Trauma Berufskrankh 2016 · [Suppl 4]:
18:S301–S306
DOI 10.1007/s10039-016-0140-y
Online publiziert: 25. April 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Michael Oberst

Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie, Ostalb-Klinikum Aalen, Aalen, Deutschland

Neuordnung stationärer Heilverfahren

Klinische Erfahrungen auf VAV-Ebene

Ich danke dem Landesverband Südwest der DGUV für die erneute Einladung zur 36. Unfallmedizinischen Tagung nach Baden-Baden, nachdem ich bereits vor 2 Jahren die Gelegenheit hatte, über meine Erwartungen hinsichtlich der Neuordnung des Verletztenartenverfahrens zu referieren¹. Erneut ist meine Betrachtungsweise hierbei rein subjektiv und „egoistisch“ aus Sicht eines Chefarztes an einer VAV-Klinik. Zur Vergleichbarkeit mit dem Vorbericht wird auch in der vorliegenden Darstellung die gleiche Strukturierung vorgenommen wie vor 2 Jahren [1].

Struktur und Umfeld der Klinik

Im Umfeld der Klinik hat sich in den vergangenen 2 Jahren keine relevante Veränderung ergeben. Die Klinik ist nach wie vor als regionales Traumazentrum zertifiziert (DGU) und erhielt im Sommer 2015 zusätzlich die Zertifizierung zum Endoprothesen-Zentrum durch die unabhängige Zertifizierungsstelle ClarCert. Die Anzahl an stationären und ambulanten BG-Fällen blieb in etwa konstant, ebenso die Anzahl an VAV- bzw. SAV-Fällen [1].

Innerhalb der Klinik wurden allerdings organisatorisch und auch räumlich relevante, strukturelle Veränderungen vorgenommen: Die Zentrale Notaufnahme wurde zur ärztlich geführten Hauptabteilung erweitert. Dies war mit einem Neu- bzw. Umbau der Räumlichkeiten der Notaufnahme verbunden. Hieraus ergab sich gemäß den Bestimmungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zwingend

die Notwendigkeit, neben dem neuen Schockraum ein zusätzliches neues CT zu installieren, um das geforderte „Tür-an-Tür-Prinzip“ von Schockraum und Erstdiagnostik zu realisieren [2]. Dies bedeutete einen finanziellen Mehraufwand für die Klinik in Höhe von ca. 300.000 €.

Erfahrungen mit dem Verletztenartenverfahren

Aus ökonomischer Sicht

Das neue CT in der Notaufnahme sowie die erhöhten Anforderungen des neuen VAV (z. B. im Bereich Hygiene) haben einen erheblichen finanziellen Mehraufwand für die Klinik mit sich gebracht.

» Die Neuordnung des VAV ist für die Klinik mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden

Diese Kosten mussten komplett aus den Erlösen des Hauses erwirtschaftet werden, da die Zahl an VAV-Fällen erwartungsgemäß konstant blieb und dadurch keine Mehreinnahmen generiert werden konnten. Da auch das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung seit Jahren de facto außer Kraft gesetzt ist, erfolgte auch diesbezüglich keine Gegenfinanzierung der genannten Mehrkosten. Die im Vorbericht formulierten negativen Erwartungen aus ökonomischer Sicht [1] wurden somit leider bestätigt.

Aus medizinischer Sicht

Die Einführung des „Tür-an-Tür-Prinzips“ von Schockraum und CT-Diagnostik ist aus medizinischer Sicht selbstverständlich uneingeschränkt positiv zu bewerten, da sich das Niveau der Erstversorgung wie auch der Erstdiagnostik damit auf das Level eines Maximalversorgers gehoben hat (vgl. **Abb. 1**).

Die Abläufe im Schockraum konnten relevant und nachvollziehbar verbessert bzw. beschleunigt werden. Diese medizinische Verbesserung wäre vom Klinikträger aufgrund der o. g. Kosten sicherlich nicht freiwillig erfolgt. Insofern sind die strengen Bestimmungen der DGUV in dieser Hinsicht ausdrücklich zu begrüßen [3]. Dennoch muss an dieser Stelle auch Kritik an den Bestimmungen des neuen VAV geübt werden, was ich anhand des nachfolgenden Fallbeispiels darstellen möchte.

Fallbeispiel

Einem zum Unfallzeitpunkt 35-jährigen Patienten fiel bei der Arbeit ein ca. 400 kg schweres Werkstück auf den rechten Unterschenkel. Es kommt zu einer Fraktur des Schienbeinkopfes Typ 41 C3 nach Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO). (**Abb. 2a, b**) mit einem hochgradigen geschlossenen Weichteilschaden im Sinne eines Kompartmentsyndroms, was eine sofortige Notfallversorgung mit Kompartmentspaltung und Stabilisierung mittels gelenkübergreifendem Fixateur externe notwendig macht. Am darauffolgenden Tag erfolgt die Feindiagnostik im CT (**Abb. 3a–c**), die Verletzung wird

Abb. 1 ▲ Neuer Schockraum der Klinik mit Realisierung des „Tür-an-Tür-Prinzips“ zum CT im Nachbarraum

Abb. 2a,b ▲ Tibiakopfaktur Typ 41 C

gemäß den Kriterien des neuen Verletzungsartenverzeichnisses als 7.11 VAV klassifiziert. In der Folgezeit werden 3 weitere Operationen notwendig (Second look nach 2 Tagen, definitive Osteosynthese am 8. Tag (vgl. [Abb. 4a, b](#)) und Sekundärnaht nach 14 Tagen). Die Weichteile heilen problemlos, neurologische Ausfälle bestehen zu keinem Zeitpunkt. Nach unkompliziertem Verlauf wird der Patient nach 23 Tagen stationären Aufenthaltes entlassen. Die weitere ambulante Nachsorge verläuft ebenfalls problemlos, nach 10 Wochen wird die berufliche Wiedereingliederungsmaßnahme eingeleitet.

Gegenüber der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG) erfolgt eine Rechnungsstellung für den stationären Auf-

enthalt in Höhe von 18.376,35 €, resultierend aus der Zuordnung in die „Diagnosis Related Groups“ (DRG) I02 C, einem effektivem Relativgewicht (RGeff) von 5,6580 und entsprechenden Zuschlägen. Die zuständige BG verweigert die vollständige Zahlung dieses Betrages mit dem Hinweis, dass es sich um einen SAV-Fall handle, und begleicht lediglich einen Betrag von 7415,09 € für die Notfalloperation und die ersten beiden stationären Behandlungstage. Es verbleibt somit ein Differenzbetrag in Höhe von 10.961,26 €, über dessen Nachzahlung inzwischen mit der BG auf juristischer Ebene gestritten wird.

Aus persönlicher Sicht

Anhand des o. g. Beispiels wird das Dilemma des neuen VAV in mehrfacher Hinsicht erkennbar. Zunächst muss festgestellt werden, dass die Definitionen des neuen VAV-Kataloges nicht präzise und exakt genug formuliert sind, sodass Streitigkeiten hinsichtlich der Zuordnung zum VAV/SAV geradezu vorprogrammiert sind.

Im genannten Beispiel wird seitens der zuständigen BG argumentiert, dass es sich gemäß Punkt 7.11 des Verletzungsartenverzeichnisses um eine SAV-Verletzung handelt. Die wörtliche Definition lautet hier wie folgt: „Vorgenannte Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei Verrenkungsbrüchen mit starker Verschiebung und mehreren Fragmenten (entsprechend Typ C 3 nach AO-Klassifikation)“ [3]. In der Tat liegt eine Verletzung nach Typ C 3 der AO-Klassifikation vor, im VAV-Katalog kommen aber zudem die Präposition „mit“ sowie das Bindewort „und“ vor, verbunden mit den Bedingungen des Verrenkungsbruches und der starken Verschiebung. Beide Bedingungen sind in diesem speziellen Fall eben nicht erfüllt. Es liegt weder eine Luxation (Verrenkung) vor, noch ist eine starke Verschiebung der Fragmente festzustellen (siehe [Abb. 2 und 3](#)), geschweige denn die geforderte Kombination dieser Konstellationen. Die juristische Auseinandersetzung diesbezüglich dauert an.

» Unschärfen im VAV-Katalog erschweren die Einschätzung der Verletzungen

Trotz der nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommenen Einschätzung nach dem VAV/SAV und der unbestritten einwandfrei erfolgten weiteren Versorgung (vgl. [Abb. 2–4](#)) wird uns seitens der Verwaltung die Kompetenz abgesprochen, diese Verletzung zu behandeln und gleichzeitig die bereits erfolgte und korrekt durchgeführte Therapie nicht vergütet. Dies würde für den Fall einer für das Haus negativen richterlichen Entscheidung zu einer Kostenunterdeckung von fast 11.000 € führen. Letzteres würde

M. Oberst

Neuordnung stationärer Heilverfahren. Klinische Erfahrungen auf VAV-Ebene

Zusammenfassung

Basierend auf den vor 2 Jahren formulierten Erwartungen einer am Verletzungsartenverfahren (VAV) beteiligten Klinik hinsichtlich der Neuordnung des Verfahrens, soll nun über die tatsächlichen Erfahrungen einer Klinik mit Schwerpunktversorgung im ländlichen Raum referiert werden.

Aufgrund von Umstrukturierungen der Klinik (neue chefarztgeführte Notaufnahme mit baulichen Veränderungen) musste das „Tür-an-Tür-Prinzip“ von Schockraum und CT realisiert werden, was die Klinik zu Investitionen in Höhe von ca. 300.000 € zwang.

Weitere finanzielle Belastungen bzw. Verluste entstanden durch das aus Sicht des Autors unpräzise formulierte Verletzungsartenverzeichnis. Die unterschiedliche Einschätzung der Klinik und der Kostenträger hinsichtlich der Zuordnung eines Falles zum Verletzungsarten-

oder zum Schwerstverletzungsartenverfahren (VAV oder SAV) führte zur Weigerung der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG), Behandlungskosten im 5-stelligen Bereich zu übernehmen.

Zusammenfassend haben sich die negativen Erwartungen hinsichtlich der Neuordnung der stationären Heilverfahren aus Sicht eines Chefarztes einer VAV-Klinik leider größtenteils bestätigt. Neben der Aberkennung medizinischer Kompetenz durch die Neuordnung wurden weiterhin finanzielle Anreize bzw. Druck geschaffen, um selbst fragliche SAV-Fälle schnell zu verlegen. Hiermit eröffnet sich ein großes neues Spannungsfeld für die Chefarzte von VAV-Kliniken, die neben ihren eigentlichen Aufgaben zusätzlich noch dem steigenden ökonomischen Druck standhalten müssen. Die durch den neu formulierten VAV-Katalog erzwungene Abgabe von

Versorgungskompetenz schüttet aus Sicht des Autors „das Kind mit dem Bade aus“, da deutschlandweit an vielen VAV-Kliniken durchaus partielle Kompetenz auch für das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) besteht.

Eine konkrete, kompetenzbasierte Zulassung zu einzelnen Bereichen des SAV würde einerseits die flächendeckende Versorgung der Versicherten aufrechterhalten und andererseits die Bereitschaft zur vorbehaltlosen Umsetzung des neuen VAV seitens der beteiligten VAV-Krankenhäuser sicherlich erhöhen.

Schlüsselwörter

VAV-Klinik · Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Reform of inpatient treatment. Clinical experiences at the injury type procedure (VAV) level

Abstract

Following a description of the expectations of the injury type procedure (VAV) clinic with regard to reform of the VAV process 2 years ago, the current experiences of a rural specialist clinic are now reported.

Because of the structural changes in the clinic (new senior consultant-led emergency room that has undergone building modifications), the „door-to-door principle“ of trauma room and CT had to be achieved, which forced the clinic to make investments to the tune of approximately 300,000 Euros.

The clinic generated further financial burdens and/or losses due to the injury type register, which, in the opinion of the author, was inaccurately worded. The diverse assessment by the clinic and/or benefactor with regard to the allocation of a case to the VAV or the severe injury type (SAV) process led to the

refusal of the relevant employer's liability insurance association to cover the five-figure cost of treatment.

In synopsis, the negative expectations with regard to the reform of inpatient health care from the viewpoint of a senior consultant of a VAV clinic have unfortunately been largely confirmed. In addition to the deprivation of medical competence due to the reform, financial incentives (or „pressure“) were still created to rapidly transfer uncertain and/or genuine SAV cases, whereby the senior consultants of VAV clinics were introduced during the arduous working day to another area in the field of conflict between medical care, fulfilment of training obligations, and acquisition of staff on the one hand, and the continually increasing economic pressure on the other.

The enforced transfer of health care competence as per the regulation of the newly formulated VAV catalogue „threw the baby out with the bathwater“, as at many VAV clinics throughout Germany, there was indeed partial SAV competence.

Concrete „competence-based admission“ to the individual areas of the SAV process would on the one hand maintain the comprehensive care of the insured person and on the other hand certainly increase the readiness of the new VAV process for a complete transformation of the participating VAV hospitals.

Keywords

VAV clinics · Severe injury type (SAV)

selbstverständlich weder beim Controlling noch bei der Betriebsleitung des Hauses auf Verständnis stoßen, und es kann fest davon ausgegangen werden, dass diese Stellen entsprechend auf den Chefarzt der Abteilung einwirken, damit sich derartige Vorfälle künftig nicht mehr wiederholen.

■ **Tab. 1** zeigt die Gegenüberstellung der Erlössituation unseres Hauses, wenn der Patient nicht nach VAV-Kriterien, sondern nach SAV-Kriterien behandelt worden wäre. Daraus ergibt sich ein komplett anderer Blickwinkel auf die Situation. In diesem Falle wäre nur die Notoperation am Aufnahmetag und am 2. postoperativen Tag die Verlegung in

eine SAV-Klinik durchgeführt worden. Bezogen auf den einzelnen Behandlungstag hätte sich die Erlössituation für das Haus somit um mehr als 400 % gesteigert. Diese immense Erlösssteigerung bei gleichzeitig deutlichem Rückgang der eingesetzten Ressourcen (nur 1 Operation, keine weiteren Implantatkosten für die definitive Osteosynthese, nur 2 Tage

Abb. 3a–c ▲ CT-Bilder der Tibiakopffraktur

Abb. 4a,b ◀ Definitive Versorgung mit freien Schrauben und Tibia-LISS

Aufenthalt) lässt die Einschätzung VAV versus SAV unweigerlich unter einem ganz anderen Blickwinkel erscheinen. Es kann sicher davon ausgegangen werden, dass künftig auch die eigene Klinikverwaltung ein großes Interesse daran haben wird, die Fälle des VAV sehr streng hinsichtlich eines möglichen „Upgrading“ zu einem SAV-Fall zu betrachten. Dies bringt den Chefarzt einer VAV-Klinik in große Bedrängnis. Seitens der Berufsgenossenschaften wird die medizinische Behandlungskompetenz reduziert bzw. abgesprochen und die erzwungene Beschränkung zudem auch noch von der eigenen Verwaltung (aus leicht nachvoll-

ziehbaren finanziellen Aspekten) gefordert. Diese kurzfristige, rein monetäre Betrachtungsweise verkennt dabei völlig die, durch die erzwungene Abgabe von medizinischer Versorgungskompetenz, einhergehenden Probleme:

Das o. g. Beispiel (Abb. 2–4) zeigt anschaulich, dass Fälle des SAV, wie natürlich auch der geschilderte „Grenzfall“, aufgrund der Verletzungsschwere bzw. -kombination selbstverständlich interessante Fälle für den Unfallchirurgen sind. Neben den wichtigen Teamerfahrungen im Handling solcher Patienten (Schockraum – Erstversorgung – Intensivstation – Definitive Versorgung –

Station – Entlassung – Rehabilitation) bieten diese Fälle erfahrungsgemäß auch die Möglichkeit für Ausbildungseingriffe. Bezugnehmend auf das Beispiel waren das der Fixateur externe im Notfall, die Kompartmentspaltung, der Wechsel der VAC (Vakuum Assisted Closure-Therapy), die definitive Osteosynthese und abschließend die Sekundärnaht. Alle genannten Eingriffe, bis vielleicht auf die Osteosynthese des Schienbeinkopfes, stellen definitiv Ausbildungseingriffe dar, die sowohl für die Erlangung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie als auch für die Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ ersatzlos wegfallen.

» Die Neuordnung des Verletztenartenverfahren erschwert die unfallchirurgische Weiterbildung an VAV-Kliniken

Bereits vor 2 Jahren habe ich vor den Gefahren dieser erzwungenen Abgabe von Versorgungskompetenz gewarnt. Neben dem dadurch zu erwartenden Wegfall von medizinischer Expertise der Abteilung verschärft sich gleichzeitig die Akquise des unfallchirurgischen Nachwuchses. Künftig wird die Weiterbildung zum speziellen Unfallchirurgen an VAV-Häusern erschwert bzw. verlängert, was im Werben um den immer weniger werdenden chirurgischen Nachwuchs ein eindeutiger Nachteil der VAV-Kliniken ist. In diesem Zusammenhang kann be-

Tab. 1 Vergleichende Erlössituation bei Betrachtung SAV versus VAV

	VAV	SAV
Diagnosis Related Groups (DRG)	I02 C	I02 C
Stationärer Aufenthalt	23 Tage	2 Tage
Anzahl Operationen	4 Operationen	1 Operation
Entgelt gesamt	18.376,35 €	7415,09 €
Entgelt pro Behandlungstag	798,97 €	3707,55 €

reits heute davon ausgegangen werden, dass Häuser, die „nur“ eine Zulassung zum stationären Durchgangsarztverfahren besitzen, künftig keine Weiterzubildenden für die spezielle Unfallchirurgie mehr bekommen werden.

Aber auch aus Sicht einer SAV-Klinik erscheint mir die oben skizzierte Situation sehr problematisch. Die Frage, wie die dortige Weiterversorgung (im vorliegenden Beispiel mit 3 weiteren Operationen) kostendeckend abgebildet werden soll, wenn die DRG bei Fallteilung gesplittet und ein Drittel des Erlöses bereits nach 2 Tagen durch die erstbehandelnde VAV-Klinik verbraucht wurden, bleibt unbeantwortet. Im konkreten Beispiel würde das Entgelt pro Behandlungstag in der SAV-Klinik auf 521,96 € sinken (vgl. **Tab. 1**). Eine kostendeckende Behandlung unter den teuren Rahmenbedingungen eines SAV- bzw. Maximalversorgers ist hiermit nicht vorstellbar. Berücksichtigt man zudem die zusätzlichen Kosten für den Transport und für die zweifach notwendigen administrativen Maßnahmen (Aufnahme- bzw. Entlassprozedur, Arbeitszeit für Anamneseerhebung, Arztbriefschreibung etc.), die bei einer Verlegung von einer VAV- in eine SAV-Klinik überdies anfallen, wird die, bei der Einführung des neuen VAV hoffnungsfroh formulierte, „Stärkung der Effektivität und Effizienz der stationären Heilverfahren“ [4] aus meiner Sicht ad absurdum geführt.

Fazit

Meine negativen Erwartungen hinsichtlich des neuen Verletzungsartenverfahrens wurden leider größtenteils erfüllt. Durch die aus Eigenmitteln der Klinik finanzierte Verbesserung der technischen und baulichen Voraussetzungen („Tür-an-Tür-Prinzip“ von Schockraum

und CT) konnte zwar die strukturelle Situation positiv beeinflusst werden, was nachfolgend die Qualität der Erstversorgung bzw. -diagnostik sicherlich optimieren wird. Leider wurde aber der Klinik durch die Neuordnung die Kompetenz für die weitere Behandlung eben dieser schwierigeren (SAV-) Fälle abgesprochen, obwohl die Fähigkeiten hierfür – natürlich nicht in allen, zumindest aber in wesentlichen Teilbereichen des Schwerstverletzungsartenverfahrens – nachweisbar vorhanden wären. Gleichzeitig wurde durch die oben geschilderte Erlössituation zusätzlich der wirtschaftliche Anreiz geschaffen, bestenfalls sogar bereits die fraglichen SAV-Fälle zeitnah zu verlegen, und damit die Erlössituation signifikant zu verbessern. Dies eröffnet den Chefärzten an VAV-Kliniken ein weiteres Gebiet im beschwerlichen arbeitstäglichen Spannungsfeld zwischen medizinischer Versorgung, Erfüllung der Ausbildungsverpflichtung und Mitarbeiterakquise einerseits und dem kontinuierlich steigenden ökonomischen Druck auf der anderen Seite. Damit verbunden ist zusätzlich die Aussicht auf eine finanzielle Sanktionierung bei vorgenommener Versorgung eines SAV-Falles.

Erneut möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass deutschlandweit an den VAV-Kliniken weitreichende SAV-Kompetenz vorhanden ist. Selbstverständlich besteht diese nicht an allen Kliniken und in allen Bereichen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung an verschiedenen Standorten. Dass aber diese hervorragende Expertise den VAV-Kliniken aufgrund der verwaltungstechnischen Vorgaben des neuen VAV abgesprochen, und damit den Versicherten vorenthalten wird, schüttet aus meiner Sicht „das Kind mit dem Bade aus“ und führt, neben den o. g. abenteu-

erlichen finanziellen Verschiebungen, gleichzeitig auch zu einer Erhöhung der Gesamtkosten der Behandlung.

Im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Versicherten sollte auf die tatsächliche Kompetenz der einzelnen VAV-Kliniken geachtet werden. Eine ähnliche Zulassung in Abhängigkeit der tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten wird im Bereich der Kindertraumatologie bereits praktiziert. Eine konkrete kompetenzbasierte Zulassung zu einzelnen Bereichen des SAV würde einerseits die flächendeckende Versorgung der Versicherten aufrechterhalten, und andererseits die beteiligten Kliniken vor den oben skizzierten Problemen der Abrechnung/Finanzierung bewahren.

» Partielle, kompetenzorientierte Zulassungen könnten ein Ausweg aus dem VAV-Dilemma sein

Was spräche im genannten Beispiel dagegen, die Klinik auch an der Versorgung von 7.11 SAV-Fällen zu beteiligen, wenn entsprechende Kompetenz (z. B. in Form nachgewiesener Fallzahlen/Möglichkeit der intraoperativen 3D-Bildgebung/Navigation etc.) vorliegt? Es gilt zu bedenken, dass die Bereitschaft zur vorbehaltlosen Umsetzung des neuen VAV seitens der beteiligten Krankenhäuser sicherlich höher wäre, wenn die tatsächliche Leistungsfähigkeit einer Abteilung konkret berücksichtigt, und nicht via Verordnung eines ungenau formulierten VAV-Kataloges pauschalisiert wird.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. M. Oberst

Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie, Ostalb-Klinikum Aalen
Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen, Deutschland
generalisten@online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Oberst gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Oberst M (2014) Neuordnung des Verletzungsartenverfahrens (VAV) aus Sicht einer VAV-Klinik. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 3):227–230
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2013) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV). http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/verletz1.pdf (Erstellt: 1. Januar 2013)
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2013) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV). http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/verletz3.pdf (Erstellt: 1. Januar 2013)
4. Oberscheven M, Kranig A (2014) Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Gesetzliche Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh 16(Suppl):5–8