CrossMark

T. Köhler

Landesverband Südwest, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Heidelberg, Deutschland

Bericht zur sozialpolitischen Entwicklung

„Unsere Hauptaufgabe ist nicht, zu erkennen, was unklar in weiter Entfernung liegt, sondern zu tun, was klar vor uns liegt.“ (Thomas Carlyle) In diesem Sinne greift die gesetzliche Unfallversicherung die aktuellen sozialpolitischen Herausforderungen auf und gibt konkrete Antworten. Die folgende Auswahl aktueller Entwicklungen verdeutlicht diese Handlungsmaxime.

Überarbeitung des Verletzungsartenverzeichnisses

Im Zuge der Neustrukturierung der stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurde am 01.01.2013 das aktuelle Verletzungsartenverzeichnis veröffentlicht [1]. Dieses regelt die Zuordnung von Fällen zum Verletzungsartenverfahren (VAV) und zum Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Auf diesem Katalog bauen die Verlegungspflichten auf.

Die Landesverbände der DGUV sammelten seit 2013 Änderungshinweise aus der Praxis. Diese Änderungshinweise in Form von Erfahrungen und Rückmeldungen wurden in einer Arbeitsgruppe aus Vertretern von Unfallversicherungsträgern, Unfallchirurgen und DGUV systematisch beurteilt. Ziel der aktuellen Überarbeitung des Verletzungsartenverzeichnisses ist es, möglichst eindeutige Formulierungen zu erhalten und inhaltliche Fehlinterpretationen zu minimieren. Hierfür wurde jeder Punkt des Verletzungsartenverzeichnisses überarbeitet. Der Entwurf des neuen Verletzungsartenverzeichnisses wird aktuell in den Gremien der DGUV beraten und ab-

schließend mit den Fachgesellschaften abgestimmt.

Die Neustrukturierung des SAV/VAV-Katalogs erfolgte in mehreren Punkten. Besondere Beachtung verdient hierbei die neue Ziffer 11 „Komplikationen“. Wichtige Komplikationen werden nun auch in späteren Phasen der Heilverfahren dem Schwerstverletzungsartenverfahren zugeordnet. Des Weiteren werden die Ziffern 6,5 (V) und 6,5 (S) nun aufgrund ihrer besonderen Bedeutung auf „Hüftgelenknahe Brüche des Oberschenkels“ modifiziert. Bisher wurden diese nur allgemein zu den Brüchen des Oberschenkels gezählt. In der Überarbeitung des Verletzungsartenverzeichnisses wird zudem eine Altersgrenze für Kinder zur Abgrenzung ausgewiesen. „Altersgrenzen haben aufgrund der biologischen Variabilität in der Traumatologie neben klinischen Befunden lediglich eine hinweisende Bedeutung“ heißt es in der neuen Überarbeitung. „Im Folgenden gelten Kinder im Sinne dieser Anforderungen grundsätzlich als Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.“

Der überarbeitete Katalog soll 2018 in die Praxis umgesetzt werden. Die Anbieter von Praxissoftware werden rechtzeitig über die anstehenden Veränderungen informiert.

Krankenhaushygiene

In den Anforderungen zum Verletzungsarten- und Schwerstverletzungsartenverfahren verlangt die Unfallversicherung eine Trennung der OP-Abteilung in einen „aseptischen“ und einen „septischen“ Bereich. Diese Forderung stieß in der Vergangenheit gelegentlich auf kritische Resonanz.

So erschienen im *Deutschen Ärzteblatt* vom 10.07.2017 zwei Artikel, in denen die Kritik an dieser Forderung formuliert wurde [2, 3]. Zunächst ein Editorial mit der Überschrift „Trennung von septischen und aseptischen Operationsbereichen obsolet“, mit Verweis auf eine im gleichen Heft veröffentlichte Studie der Universität Heidelberg. In einem zweiten Beitrag wurden die Ergebnisse der prospektiven, vergleichenden Beobachtungsstudie aus der Universität Heidelberg zum Thema „Mikrobielle Belastung in septischen und aseptischen Operationsräumen“ vorgestellt. Beide Überschriften erwecken den Anschein, dass die geforderte Trennung in der OP-Abteilung unangebracht ist. Nach der Beobachtungsstudie seien keine relevanten Unterschiede bezüglich der mikrobiellen Belastung in septischen und aseptischen Operationsräumen festgestellt worden, sodass eine Trennung zwischen aseptischen und septischen Eingriffen, wie sie in den Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren gefordert wird, nicht notwendig sei.

Bereits der Titel der Beobachtungsstudie „Mikrobielle Belastung in septischen und aseptischen Operationsräumen“ wirkt jedoch bei kritischer Betrachtung der Studie irreführend, da alle Untersuchungen in lediglich einem Operationssaal durchgeführt wurden. Darüber hinaus lag der Studie eine geringe Fallzahl an viszeralkirurgischen Eingriffen zugrunde ($n=30$). Unfallchirurgische Eingriffe umfasst die Studie überhaupt nicht. Zuzustimmen ist dieser Studie hinsichtlich der Schlussfolgerung, worin die Autoren formulieren: „Im Hinblick auf die Patientensicherheit sollten höherstufige Sicherheitskonzepte nur bei Vorliegen von neuer Evidenz herabgestuft werden.“

Grundsätzlich basieren die „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am SAV und VAV“ auf dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und den auf dieser Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert Koch-Instituts (RKI). Die baulich-

funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung von OP-Abteilungen richtet sich nach der Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhauses. Davon gehen sowohl die Empfehlungen des RKI als auch die Anforderungen der DGUV aus. Krankenhäuser, die am SAV und VAV beteiligt sind, haben die Versorgung Schwer-Unfallverletzter zu gewährleisten. Laut Rundschreiben des Landesverbandes Südwest der DGUV an die Durchgangsärzte stellen nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit hohem Infektionsrisiko oder Operationen bei septischen Komplikationen hinsichtlich Ausstattung und Funktionsabläufen besondere Anforderungen an die SAV- und VAV-Kliniken [4]. Demnach werden eigenständige oder abtrennbare OP-Bereiche für Eingriffe der Kontaminationsgrade-Gruppen III und IV gefordert.

Für die Unfallversicherung hat die Patientensicherheit weiterhin oberste Priorität. Die Zahl der Krankenhausinfektionen in Deutschland liegt nach Schätzungen der Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) vom März 2014 bei ca. 900.000 im Jahr. Hier von endeten etwa 30.000 Infektionen tödlich. Postoperative Wundinfektionen sind nach einer Prävalenzerhebung aus dem Jahr 2016 mit einem Anteil von 22,4 % die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart in deutschen Krankenhäusern. Der Anteil vermeidbarer Krankenhausinfektionen liegt schätzungsweise bei 20–40 %.

Aus zahlreichen Besichtigungen der Krankenhäuser durch die DGUV ergibt sich, dass die Umsetzung der Hygieneregeln nicht selten umgangen wird. Gründe dafür können zunehmende Arbeitsverdichtung, Personalmangel, fehlende Informationen sowie fehlende Einsicht im Einzelfall sein. So kann eine Gefährdung auch vom Personal der OP-Abteilung ausgehen. Diese Erfahrungen machen deutlich, dass das Thema Hygiene nicht unterschätzt werden darf und somit eine Trennung der OP-Abteilung weiterhin sinnvoll und erforderlich ist. Allerdings muss die Trennung zwischen verschiedenen Gruppen von Eingriffen näher geprüft werden. Deshalb wird angestrebt, die Anforderungen im VAV und

SAV kurzfristig weiterzuentwickeln. Dabei soll insbesondere die wachsende Bedeutung des Umgangs mit gefährlichen Keimen im Operationssaal, auf der Intensivstation sowie auf den Pflegestationen im Vordergrund stehen. Darüber hinaus soll in Zukunft das Thema „Hygiene“ nicht nur auf die Strukturqualität beschränkt sein, sondern auch die Prozess- und Ergebnisqualität in den Fokus nehmen.

Anhebung der ärztlichen Gebühren/UV-GOÄ

Die Ständige Gebührenkommission hat nach § 52 des Arztervertrages im August 2017 eine Anhebung der ärztlichen Gebühren beschlossen. Danach steigen die Gebühren der UV-GOÄ bis auf wenige Ausnahmen in einem Zeitraum von vier Jahren.

Zum 01.10.2017 erfolgte eine Erhöhung der Gebühren der UV-GOÄ um 8 %. Jeweils zum 01.10. der drei Folgejahre erfolgen weitere Erhöhungen um jeweils 3 %. Ausgenommen von dieser Regelung sind solche Leistungen, für die in den letzten Jahren die Gebühren schon angepasst oder Gebühren auf dem aktuellen Niveau neu vereinbart wurden. Hier sind beispielsweise die Leistungen für das ambulante Operieren und die Gebühren für ärztliche Gutachten zu nennen.

Darüber hinaus wurden zum 01.10. 2017 auch die Anästhesieleistungen im Leistungs- und Gebührenverzeichnis der UV-GOÄ gänzlich neu geregelt. Diese Leistungsbeschreibungen entsprechen nicht mehr dem Stand moderner Anästhesieleistungen und führten zu einer großen Anzahl an Gebührenstreitigkeiten. Für die Hauptleistungen (Allgemeine- und Regionalanästhesie) wurden jetzt Komplexgebühren vereinbart, die im Wesentlichen alle Begleitleistungen, auch prä- und postoperative, beinhalten. In den Allgemeinen Bestimmungen wurde die Anästhesiedauer für die Allgemeinanästhesie (Nr. 462 UV-GOÄ) unter Berücksichtigung der sog. Schnitt-/Nahtzeit, die im OP-Protokoll zu dokumentieren ist, definiert. Für die Beobachtung und Betreuung in den ersten zwei Stunden wurde eine neue

Position (Nr. 448 UV-GOÄ) eingeführt. Die bisherigen Nachfragen von Unfallversicherungsträgern zu Begleiterkrankungen, die die Abrechnung bestimmter Leistungen rechtfertigen, erübrigen sich nun. Zudem vereinfacht sich die Rechnungsprüfung von Anästhesieleistungen deutlich [5].

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Arztevertrags hat sich darauf geeinigt, nach Ablauf des 4-Jahres-Zeitraums zeitnah über ein geregeltes Verfahren für eine kontinuierliche Anpassung der UV-GOÄ zu verhandeln.

Amtshaftung der UV-Träger für das Tätigwerden des Durchgangsarztes

Grundsätzliche Aufgabe des Durchgangsarztes nach § 27 Abs. 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist es, zu entscheiden, ob eine allgemeine oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Dies betrifft das sog. „Ob“ und „Wie“ der Heilbehandlung.

Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs handelte der Durchgangsarzt lediglich bei der Entscheidung, ob der Unfallverletzte einer allgemeinen oder besonderen Heilbehandlung zugewiesen wird, in Ausübung eines öffentlichen Amtes. Eine falsche Entscheidung hatte zur Folge, dass nicht der Durchgangsarzt selbst, sondern der Unfallversicherungsträger für das fehlerhafte Verhalten haftbar gemacht werden konnte.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat nun mit Urteil vom 29.11.2016 (VI ZR 208/15) die bisherige seit mehr als 40 Jahren bestehende Rechtsprechung zur Amtshaftung des Unfallversicherungsträgers für das Tätigwerden des Durchgangsarztes modifiziert. Die Amtshaftung des Unfallversicherungsträgers für das Tätigwerden der Durchgangsarzte wurde erweitert. Der in der Vergangenheit aufgrund der einerseits öffentlich-rechtlich, andererseits privatrechtlich geprägten Tätigkeit des Durchgangsarztes aufkommenden Diskussion, er würde mit „doppelter Zielrichtung“ handeln, sollte mit dieser Rechtsprechung ein Ende gesetzt werden [6].

Trauma Berufskrankh 2018 · 20 (Suppl 3):S131–S135

<https://doi.org/10.1007/s10039-018-0377-8>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

T. Köhler

Bericht zur sozialpolitischen Entwicklung

Zusammenfassung

Verletzungsartenverzeichnis. Die Überarbeitung des Verletzungsartenverzeichnisses beseitigt Unklarheiten und ermöglicht eine stetige Verbesserung und Entwicklung der Zuordnung von Fällen zum Verletzungsartenverfahren und zum Schwerstverletzungsartenverfahren. Die Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Praxis sind hierfür maßgeblich.

Krankenhaushygiene. Angesichts der Problematik von Krankenhausinfektionen ist im Interesse der Patientensicherheit die Trennung der OP-Abteilung in einen aseptischen und einen septischen Bereich weiterhin sachgerecht.

Gebührenerhöhung/UV-GOÄ. Die Anhebung der ärztlichen Gebühren führt in einem Zeitraum von vier Jahren zu einer Erhöhung von 18 %. Die neu geregelten Anästhesieleistungen im Leistungs- und Gebührenverzeichnis der UV-GOÄ vereinfachen die Rechnungsprüfung und versprechen einen Rückgang von Gebührenstreitigkeiten.

Amtshaftung. Die neue BGH-Rechtsprechung erweitert die Amtshaftung der Unfallversiche-

rungsträger (UV-Träger) für das Tätigwerden der Durchgangsarzte über die Entscheidung, ob dem Unfallverletzten eine allgemeine oder besondere Heilbehandlung zugewiesen wird, hinaus auf Behandlungsfehler bei der Erstversorgung.

Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts. Das Weißbuch der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) enthält Vorschläge an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), wie das bestehende Berufskrankheitenrecht sinnvoll weiterentwickelt und entsprechend angepasst werden soll, um Klarheit und Transparenz des bisherigen Systems zu verbessern und den Wandel der Arbeitswelt zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter

Verletzungsartenverzeichnis · Krankenhaushygiene · Gebührenerhöhung · UV-GOÄ · Amtshaftung · Berufskrankheitenrechtsreform

Report on sociopolitical development

Abstract

Injury type catalogue. The revision of the injury type catalogue removes uncertainties and enables a continuous improvement and development of the assignment of cases to an injury type procedure and to the severest injury type procedure. The experiences and feedback from the practice are decisive for this.

Hospital hygiene. In view of the problem of hospital infections and in the interests of patient safety the separation of surgical departments into an aseptic and a septic area is still appropriate.

Fee increase/accident insurance remuneration regulations for physicians. The raising of medical fees leads to a cumulative increase over 4 years of 18 %. The newly regulated anesthesia service in the service and remuneration catalogue of the accident insurance remuneration regulations for physicians simplifies the invoice control and promises a reduction in disputes over remuneration.

Public liability. The new Federal Supreme Court extends the public liability of accident insurance underwriters for the activity of accident insurance consultants over the decision whether a general or special treatment is to be assigned, to treatment errors during the first line treatment.

Further development of occupational disease rights. The White Book of the German statutory accident insurance (DGUV) contains suggestions for the Federal Ministry of Labor and Social Affairs (BMAS) on how the existing legal rights of occupational disease should be meaningfully further developed and appropriately adapted to improve the clarity and transparency of the previous system and to take the change in the working world into consideration.

Keywords

Injury type catalogue · Hospital hygiene · Remuneration increase · Accident insurance remuneration for physicians · Public liability · Legal reform of occupational diseases

Der Bundesgerichtshof stellt in der Entscheidung fest, dass die Erstversorgung, Untersuchungen, Befunderhebungen zur Diagnoseerstellung und die Diagnose selbst unabdingbare Voraussetzungen für die Entscheidung des Durchgangsarztes sind, ob „allgemeine“ oder „besondere“ Heilbehandlung anzuordnen ist. Es bestehe ein innerer Zusammenhang der Diagnosestellung und der sie vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung. Deshalb handele der Durchgangsarzt hier insgesamt in Ausübung eines öffentlichen Amtes im Sinne von Art. 34 GG mit der Folge, dass der Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich im Wege der Amtshaftung nach Art. 34 GG i. V. m. § 839 BGB haftbar gemacht werden kann [7].

Demzufolge können nun auch Behandlungsfehler bei der Erstversorgung durch Durchgangsarzte entgegen der bisherigen Rechtsprechung dem Unfallversicherungsträger zugerechnet werden. Soweit der Durchgangsarzt allerdings im Rahmen der besonderen Heilbehandlung selbst die Weiterbehandlung des Patienten übernimmt und dabei ein Behandlungsfehler auftritt, liegt ein Fall zivilrechtlich zu beurteilender Haftung wie bei jedem anderen Arzt oder jeder anderen Ärztin vor.

Das Risiko für die Unfallversicherungsträger, im Rahmen der Amtshaftung in Anspruch genommen zu werden, wird durch das neue Urteil des BGH deutlich erhöht. Welche Auswirkungen diese Entscheidung haben wird und ob diesbezüglich ein Handlungsbedarf besteht, wird derzeit durch die DGUV geprüft. Sobald es hierzu Ergebnisse und Empfehlungen gibt, werden die Landesverbände die Durchgangsarzte entsprechend informieren.

Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts

Die Mitgliederversammlung der DGUV hat als Abschluss eines umfassenden Diskussionsprozesses am 01.12.2016 das sog. Weißbuch der DGUV mit dem Titel „Berufskrankheitenrecht 2016 – Probleme – Herausforderungen – Lösungen“ dem Bundesministerium für Arbeit und So-

ziales (BMAS) übergeben. Bei dem Positionspapier handelt es sich um die im Konsens mit den Sozialpartnern entwickelten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts. Hierbei geht es weniger um einen konzeptionellen Neuansatz, denn auch zukünftig wird Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit sein, dass die Arbeit ursächlich für die Erkrankung ist. Vielmehr geht es um die Anpassung und Konkretisierung des bestehenden Systems. Das bestehende System soll hierdurch sinnvoll weiterentwickelt werden, indem einerseits die Klarheit und Transparenz verbessert werden sollen, andererseits auch der Wandel in der Arbeitswelt weitestgehend berücksichtigt wird.

Die Vorschläge, die dem BMAS im Weißbuch übergeben wurden, gliedern sich in fünf Handlungsfelder [8].

So werden die gesetzliche Verankerung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Berufskrankheiten (ÄSVB) sowie die Regelung der wesentlichen Aufgaben und Organisation des ÄSVB gefordert. Damit sollen eine stärkere Transparenz und Beschleunigung der Prozesse, die zur Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten führen, erreicht werden. Mit der gesetzlichen Verankerung ist ausdrücklich keine Änderung des Charakters als reines Beratungsgremium für das BMAS beabsichtigt.

Weiterhin sollen der Stellenwert von Forschung mit Berufskrankheitenrelevanz (BK-Relevanz) in der öffentlichen Wahrnehmung sowie die Transparenz der Forschung und der Forschungsförderung der gesetzlichen Unfallversicherung durch eine gesetzlich verankerte Berichtspflicht an das BMAS erhöht werden. So soll unter anderem der Prozess der Entscheidungsfindung, wie eine Berufskrankheit in die Liste aufgenommen wird oder auch die Forschungsförderung transparenter gemacht werden.

Ein zentrales Thema der Vorschläge des Weißbuchs ist die Überlegung zur Abschaffung des Unterlassungszwanges. Berufskrankheiten sind diejenigen Krankheiten, die in der sog. Berufskrankheiten-Liste aufgeführt sind. Neun von den derzeit 80 Berufskrankheiten werden nach jetzigem Recht nur anerkannt,

wenn die Betroffenen so schwer erkrankt sind, dass sie die ursächlichen Tätigkeiten aufgeben müssen. Etwa 50 % aller Verdachtsanzeigen entfallen auf diese zahlenmäßig wenigen Berufskrankheiten wie beispielsweise Hautkrankheiten, obstruktive Atemwegserkrankungen sowie bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule oder der Halswirbelsäule. Bei diesen Krankheiten sind die Symptome in der Regel zeitlich eng mit den Einwirkungen verknüpft, sodass es mit dem Wegfall der Einwirkungen häufig zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes kommt. Die Konsequenz des Unterlassungszwangs zeigt sich am Beispiel einer Pflegekraft, die sich durch die regelmäßige Arbeit mit Desinfektionsmitteln und Handschuhen eine schwere Hauterkrankung zuzieht. Dank der vor allem bei den Hauterkrankungen erfolgreich angebotenen Präventionsmaßnahmen kann sie ihre Tätigkeit weiter ausüben. Nach geltender Rechtslage kann ihre Erkrankung allerdings nicht als Berufskrankheit anerkannt werden, denn dafür müsste sie ihre Tätigkeit aufgeben. Zukünftig soll die Anerkennungshürde des Unterlassungszwanges, die mit erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Problemen verbunden sein kann, aufgehoben werden.

Bei anderen Erkrankungen aus der Berufskrankheitenliste stehen die Unfallversicherungsträger oft vor großen Herausforderungen bei der Expositionsermittlung, da die schädigenden Einwirkungen oftmals viele Jahre, teilweise Jahrzehnte zurückliegen. Nicht selten existieren zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs die Unternehmen nicht mehr oder die Unterlagen sind nicht mehr vollständig. Außerdem ist die Erinnerung an einen so lange zurückliegenden Zeitraum nicht immer verlässlich. Bereits in der Vergangenheit hat die Unfallversicherung eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Qualität der Ermittlung zu verbessern. Damit die Unfallversicherungsträger zukünftig besser ermitteln können, ob Versicherte in der Vergangenheit schädlichen Einwirkungen bei der Arbeit ausgesetzt waren, enthält das Weißbuch weitergehende Vorschläge, wie dieser Prozess optimiert wer-

den kann. Beispielsweise werden in einem Projekt einheitliche Qualitätsstandards und Werkzeuge für die Ermittlung im Berufskrankheitenrecht beschrieben.

Des Weiteren soll im Sinne der Gleichbehandlung aller Erkrankungsfälle eine einheitliche gesetzliche Rückwirkung gefunden werden. Unabhängig vom Zeitpunkt ihres erstmaligen Auftretens sollten alle Erkrankungen anerkannt werden, sobald ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen.

Das Weißbuch liegt dem BMAS vor und ist dort grundsätzlich auf Zustimmung gestoßen. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass auch unter neuer Leitung des BMAS die Vorschläge der Unfallversicherung zur Weiterentwicklung des BK-Rechts in der neuen Legislaturperiode in das SGB VII eingearbeitet werden.

Korrespondenzadresse

T. Köhler

Landesverband Südwest, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Heidelberg, Deutschland
thomas.koehler@bgrci.de

7. BGH, Urteil vom 29. Nov. 2016 – VI ZR 208/15
8. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2016) Berufskrankheitenrecht 2016 – Probleme – Herausforderungen – Lösungen (Weißbuch)

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Köhler gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2013) Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens in der Fassung vom 1. Januar 2013, Stand zum 1. Juli 2014
2. Bischoff P, Gastmeier P (2017) Trennung von septischen und aseptischen Operationsbereichen obsolet. Dtsch Arzteblatt 114(27-28):463–464
3. Hamoss J-C et al (2017) Mikrobielle Belastung in septischen und aseptischen Operationsräumen. Dtsch Arztebl 114(27-28):465–472
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2018) Landesverband Südwest. Rundschreiben D 06/2018
5. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017) Landesverband Südwest. Rundschreiben D 14/2017
6. Ziegler O (2017) Grundlegende Änderungen der Rechtsprechung zur Haftung beim Handeln des Durchgangsarztes. DGUV/Forum 05/2017