

DGUV, Landesverband Mitte, Postfach 2948, 55019 Mainz

An die
Durchgangärztinnen und Durchgangärzte
in Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen

Ansprechpartner: Kurt Görg
Telefon: +49 (30) 13001-5600
Fax: +49 (30) 13001-865630
E-Mail: lv-mitte@dguv.de

Datum: 11.06.2025

Rundschreiben Nr. 4/2025

Neue Anforderungen für das Verletzungsartenverfahren (VAV) ab 01.07.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am Verletzungsartenverfahren (VAV) aus dem Jahre 2013 wurden überarbeitet. Die aktualisierten VAV-Anforderungen treten zum 1. Juli 2025 in Kraft und sind als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Kurt Görg
Geschäftsstellenleiter

Anlage

**SVLFG**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau**DGUV**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Verletzungsartenverfahren (VAV)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV)

Fassung vom 01.07.2025

Präambel

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit 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 (Soziale Teilhabe) 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 Ärztinnen 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 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern auf ihrem

Campus zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV). Sie stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verletzungsartenverzeichnis, welches die Zuweisung von Arbeitsunfallverletzten in Krankenhäuser der jeweiligen Verfahrensstufe nach Art und Schwere der Verletzung regelt.

Die vorzuhaltenden Fachdisziplinen, Kompetenzen und Ausstattungsmerkmale orientieren sich dabei folgerichtig an der entsprechenden Verfahrensstufe.

Sofern eine Verletzung des Schwerstverletztenartenverfahrens vorliegt, hat eine Vorstellung an einem entsprechenden Krankenhaus zu erfolgen.

Die Versorgung in Spezialzentren (z. B. Querschnittgelähmtenzentren, Schwer-Brandverletztenzentren) bleibt von dieser Zuweisung unberührt.

Die Anforderungen zur Beteiligung von Krankenhäusern am Verletzungsartenverfahren 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 innerhalb der ersten vier Monate nach dem Unfall.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von ihnen beteiligten Ärzte und Ärztinnen und Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention und verpflichten sich zur 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 schweren Verletzungen gemäß dem Verletzungsartenverzeichnis (Verletzungsartenverfahren – VAV) kann ein Krankenhaus beteiligt werden, wenn es die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen und Pflichten erfüllt und

1.1. es in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus), Hochschulklinik oder BG Klinik 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 oder einer Durchgangsarztin geleitet wird,

1.4. 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 Ärztliche Leitung (Durchgangsarzt oder Durchgangsarztin)

2.1.1 Der Leiter oder die Leiterin der Abteilung (Chefarzt/Chefärztin oder Direktor/Direktorin) nach Ziffer 1.3 des Krankenhauses muss

2.1.2 gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt und Durchgangsarztin beteiligt sein,

2.1.3 nach Erwerb der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ mindestens zwei Jahre in der Abteilung zur Behandlung Schwerst-Unfallverletzter eines am VAV oder SAV beteiligten Krankenhauses vollschichtig unfallchirurgisch tätig gewesen sein.¹

2.1.4 Tätigkeitszeiten in der

- Handchirurgie
- Kindertraumatologie
oder
- Neurochirurgie

können bis zur Dauer von maximal sechs Monaten auf die zwei Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus vollschichtig erbracht wurden.

2.1.5 über eine Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen. Diese soll in der Regel den Umfang von 18 Monaten (WBO 2020) nicht unterschreiten.

¹ Werden diese Tätigkeiten in Teilzeit erbracht, muss die Teilzeitbeschäftigung mindestens die Hälfte der wöchentlichen

Arbeitszeit betragen. Die geforderten Tätigkeitszeiten verlängern sich in diesen Fällen entsprechend.

2.1.6 Sofern im Anschluss an die Tätigkeit nach Ziffer 2.1.3 die unfallchirurgische Tätigkeit länger als drei Jahre unterbrochen wurde, ist ein Nachweis über aktuelle unfallchirurgische Kenntnisse für die Versorgung von Schwerverletzten zu führen.

2.1.7 Im Ausland ausgeübte Tätigkeiten können max. 12 Monate auf die Zeiten nach Ziffer 2.1.3 angerechnet werden, wenn sie vollschichtig in Einrichtungen erbracht wurden, deren Leistungsspektrum dem eines am VAV beteiligten Krankenhauses entsprechen.¹

2.2 Vertretung der Durchgangsarztin und des Durchgangsarztes

2.2.1 Neben dem Arzt oder der Ärztin nach Ziffer 2.1 müssen in dieser Abteilung in der Regel mindestens zwei weitere Ärzte oder Ärztinnen mit Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ vollschichtig angestellt sein. Hiervon müssen mindestens ein Arzt oder Ärztin als ständige Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt sein. Teilzeitbeschäftigungen werden entsprechend ihres Umfangs berücksichtigt.

2.2.2 Der Arzt oder die Ärztin nach Ziffer 2.1 oder deren Vertretung verfügen über Erfahrungen in der (operativen) Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und weisen diese durch einen entsprechenden Katalog nach. Dieser Nachweis kann auch durch Vorlage des Masterzertifikates Kindertraumatologie der DGU/SKT/DGKCH erfolgen.

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 24-stündige Verfügbarkeit

Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen im Tagesdienst anwesend sein, außerhalb des Tagesdienstes mindestens in Rufbereitschaft, d. h. spätestens innerhalb von 30 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung

von Arbeitsunfallverletzten verfügbar sein:

- Facharzt oder Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“
- Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie
- Facharzt oder Fachärztin für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden)

In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit mindestens auf Niveau von Assistenten oder Assistentinnen in Weiterbildung sicherzustellen.

2.3.2 Verfügbarkeit weiterer Fachkompetenzen

2.3.2.1 Facharzt oder Fachärztin für Radiologie müssen jederzeit entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können.

Die Rufbereitschaft kann auch teleradiologisch sichergestellt werden.

2.3.2.2 Facharzt oder Fachärztin für Neurochirurgie müssen jederzeit entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können.

Die Hinzuziehung kann auch über eine vertraglich abgesicherte 24 h telemedizinische Kooperation sichergestellt werden. Bei Bedarf muss die zeitnahe fachärztliche Versorgung gewährleistet sein.

2.3.2.3 Sonstige Fachdisziplinen

- Facharzt oder Fachärztin für Innere Medizin
- Facharzt oder Fachärztin für Neurologie

Sofern eine der genannten Kompetenzen nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die Verfügbarkeit auf dem Campus des

Krankenhauses durch verbindliche Kooperationen sicherzustellen.

2.4 Nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Weiterhin müssen für die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte für die Bereiche Orthopädie und Unfallchirurgie und Anästhesiologie (24-stündige Anwesenheit)
- Medizinisch-technische Assistenten oder Assistentinnen für Radiologie und Labortätigkeit (24-stündige Anwesenheit)
- Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen

Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete personelle und organisatorische Vorkehrungen getroffen werden.

2.5 Notaufnahme

2.5.1 In der Notaufnahme ist eine tägliche 24-stündige Bereitschaft zur Versorgung von Unfallverletzungen erforderlich. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Notaufnahme in den Verantwortungsbereich der Durchgangsarztin oder des Durchgangsarztes fällt.

2.5.2 Mindestens ein Arzt oder eine Ärztin 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.

2.5.3 Räumliche und apparative Ausstattung der Notaufnahme

2.5.3.1 Patienten-Transport

Jeweils in räumlicher Nähe zur Notaufnahme:

- Hubschrauberlandemöglichkeit,
- überdachte Anfahrt für Rettungs- und Krankenwagen.

2.5.3.2 Schockraum

- Ein Schockraum zur Versorgung von schwerverletzten Personen (Mindestgröße 25 m²)
- Entsprechende Ausstattung zur Versorgung von Schwerverletzten und Polytraumatisierten (die Ausgestaltung muss sich z. B. an ATLS-Kriterien orientieren)
- Für eine Ganzkörper-Computertomografie (Traumaspirale) geeignetes Gerät in unmittelbarer Nähe.

2.5.3.3 Weitere Versorgung

- Mindestens zwei Eingriffsräume zur Notfallversorgung, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade.
- Ausreichende Anzahl von Untersuchungs- und Behandlungsräumen.

2.5.3.4 Bildgebende Verfahren

- Röntgen-Bildverstärker
- Ultraschallgerät
- Gefäßdoppler

2.5.3.5 Sonstiges

- Fläche für Triage
- Isolierbereich für infektiöse Patienten und Patientinnen
- Blutdepot
- Notfalllabor

2.5.4 Radiologie

- Magnetresonanztomografie (MRT)
- Angiografiearbeitsplatz
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit

2.6 OP-Abteilung

Es gelten die jeweils aktuellen Empfehlungen der KRINKO zur "Prävention postoperativer Wundinfektionen".

2.6.1 Zu- und Abgang

- die Personalschleusen sind so zu gestalten, dass die OP-Abteilung im Sinne einer Einwegführung über einen abgeschlossenen reinen Bereich betreten und über einen unreinen Bereich verlassen werden kann.
- die Patientenschleusen sind mit baulich getrennten reinen und unreinen Bereich vorzuhalten.
- Der Aufwachraum ist hygienisch eindeutig entweder der OP-Abteilung oder dem übrigen Krankenhausbereich zuzuordnen.

2.6.2 OP-Räume

24-Stunden Vorhaltung von OP-Räumen zur Versorgung von Schwerverletzten.

2.6.3 Sonstiges

- Temperiersysteme für Patienten und Patientinnen sowie für Infusionen und Blut
- Cell-Saver
- 3-D-Röntgen-Bildverstärker (Übergangsfrist zur Inbetriebnahme bis 30.06.2030)
- Vergrößerungshilfen
- Fixateur-Externe-Systeme zur Notfallversorgung

Jederzeitige Vorhaltung des notwendigen Instrumentariums und Osteosynthesematerials für die Versorgung von akuten Verletzungen.

2.7 Intensivmedizinische Behandlung

Am Krankenhaus muss die intensivtherapeutische Betreuung Schwerverletzter jederzeit gewährleistet sein. Erforderlich ist daher die 24-stündige Vorhaltung entsprechender

Intensivkapazitäten. Hierzu gehören insbesondere:

- Facharzt oder Fachärztin 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 oder einer Fachärztin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im Tagdienst und Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten in Rufbereitschaft
- mindestens ein Weiterbildungsassistent oder eine Weiterbildungsassistentin im Schichtdienst für bis zu 12 Betten
- Pflegekräfte in ausreichender Anzahl, die aktuellen gesetzlichen Regelungen zu den Personaluntergrenzen sind mindestens zu erfüllen
- Vorhaltung von gesonderten Intensivpflegezimmern für keimbelastete Patienten und Patientinnen (Isolierzimmer)
- physiotherapeutische Behandlungen
- 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).

2.8 Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus erfüllt die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Hierzu gehören insbesondere,

2.8.1 die Einrichtung einer Hygienekommission unter Beteiligung der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung, der Verwaltungsleitung sowie aller mit dem Hygienemanagement beauftragten Bereiche und Berufsgruppen,

2.8.2 die Beratung des Krankenhauses durch einen Krankenhaushygieniker oder einer Krankenhaushygienikerin mit der Qualifikation als Facharzt oder Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ab einer Größe von 400 Betten muss das Krankenhaus über einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker oder eine hauptamtliche Krankenhaushygienikerin verfügen,

2.8.3 die Berufung von mindestens einem hygienebeauftragten Facharzt oder Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, welcher/welche in Hygienefragen weisungsbefugt ist. Diese Person muss die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Infektionsprävention über eine Weiterbildung gemäß dem Rahmenplan des Robert-Koch-Institutes erworben haben.

2.8.4 Fachgesundheits- und Krankenpfleger oder Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention (Hygienefachkräfte) in angemessener Zahl in Anlehnung an die Richtzahlen der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

2.8.5 Hygienische Prozesse müssen den anerkannten Anforderungen entsprechen.

2.9 Sonstige sächliche und räumliche Ausstattung

- Möglichkeiten für endoskopische Eingriffe
- Elektroenzephalografiegeräte (EEG)
- 24-Stunden dienstbereites Labor. Dies ist auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses möglich, sofern keine

zeitlichen Verzögerungen gegenüber einem hausinternen Labor eintreten.

- Zentrale Sterilgutversorgung mit getrennter Ein- und Ausgabe (auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses möglich)

2.10 Rehabilitation/Teilhabe, Entlassung und Weiterbehandlung

2.10.1 Der Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin ist verantwortlich für:

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physiotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die für die Erreichung der Rehabilitations- und Teilhabeziele erforderlich sind. Es müssen dafür Personal, Räumlichkeiten und apparative Ausstattung zur Verfügung stehen.
- die nahtlose Planung und Verordnung der sich unmittelbar an die akutstationäre Behandlung anschließenden Therapie- und Rehabilitations-Maßnahmen (insbesondere Physio- und Ergotherapie, EAP, BGSW, KSR).
- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt oder Ärztin sind die erforderlichen medizinischen Daten unverzüglich zur Verfügung zu stellen.
- die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Unfallversicherungsträger vor Entlassung, sofern nach Ende der stationären Behandlung eine weitere pflegerische Versorgung erforderlich ist.

3. Pflichten

3.1 Krankenhausträger und Ärzte/Ärztinnen haben die Unfallversicherungsträger bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

3.2 Der Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin und der Krankenhausträger verpflichten sich zur Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung. Der Krankenhausträger hat den Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin bei der Erfüllung seiner/ihrer vertraglichen Pflichten zu unterstützen.

3.3 Bei Vorliegen einer Verletzung, die nach dem aktuellen Verletzungsartenverzeichnis der Behandlung im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) vorbehalten ist, ist unverzüglich die Vorstellung in ein am SAV beteiligtes Krankenhaus zu veranlassen.

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

3.5 Das Krankenhaus stellt auf Aufforderung dem Landesverband die Qualitätsberichte aus dem Traumaregister und die Protokolle zur Zertifizierung zum Traumanetzwerk zur Verfügung.

3.6 Krankenhausträger und Durchgangsarzt/Durchgangsarztin verpflichten sich ferner:

3.6.1 an Maßnahmen der DGUV zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

3.6.2 die DGUV – Qualitätsstandards zu beachten und umzusetzen.

3.6.3 mit den von den Landesverbänden der DGUV beteiligten Einrichtungen, insbesondere für Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR) sowie den BG Kliniken zusammenzuarbeiten.

3.6.4 den Landesverband der DGUV unverzüglich über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z. B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter Ziffer 2.1 genannten Arztes/der genannten Ärztin, zu unterrichten,

3.6.5 das Reha-Management der Unfallversicherungsträger zu unterstützen. Diese Unterstützung erstreckt sich im Einzelfall auch auf die Verlegung der Arbeitsunfallverletzten in eine andere Einrichtung (§ 26 Abs. 5 SGB VII).

3.6.6 dem Landesverband der DGUV auf Verlangen Einsicht in die nach dem Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen und in die Hygienepläne zu gewähren.

3.6.7 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen.

3.6.8 ärztliche Unterlagen und Aufnahmen bildgebender Diagnoseverfahren über Unfallverletzte mindestens 15 Jahre aufzubewahren.

3.6.9 die Behandlung von Arbeitsunfallverletzten vollständig zu dokumentieren und diese Dokumentation, insbesondere die Aufnahmen bildgebender Diagnoseverfahren, jederzeit dem Unfallversicherungsträger zur Verfügung zu stellen.

3.6.10 durch den Landesverband der DGUV jederzeit prüfen zu lassen, ob diese Anforderungen erfüllt sind.

3.6.11 sicher zu stellen, dass die Einhaltung dieser Anforderungen auch durch externe, in die Behandlung einbezogene Leistungserbringer gewährleistet wird.

4. Beteiligung

4.1 Die Beteiligung eines Krankenhauses am VAV kann auf Antrag des Krankenhausträgers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), vertreten durch ihren jeweils regional zuständigen Landesverband, erfolgen. Sie kann an einem Standort eines Krankenhauses nicht an mehrere verantwortlichen Ärzte oder Ärztinnen im Sinne der Ziffer 2.1 gebunden werden.

4.2 Die Beteiligung wird nach jeweils fünf Jahren überprüft. Der Fünf-Jahres Zeitraum beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.3 Die Beteiligung wird gekündigt:

4.3.1 wenn die personelle oder sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter Ziffer 2 genannten Anforderungen entspricht.

4.3.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin oder den Krankenhausträger.

4.3.3 wenn in dem Fünf-Jahreszeitraum nach Ziffer 4.2 jährlich weniger als 75 Arbeitsunfälle im Verletzungsartenverfahren 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 sie zu einer Gefährdung der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten in der Fläche führen würde.

4.3.4 nach Maßgabe des § 59 SGB X.

4.4 Die Beteiligung endet mit Ablauf des Tages,

- an dem der Durchgangsarzt/die Durchgangsarztin ausscheidet oder
- an dem das Krankenhaus oder die Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter geschlossen oder verlegt wird.

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
Fax: 030 13001-9876
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de