

Verletzungsartenverfahren (VAV-Kind)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an kindertraumatologisch ausgerichtete Fachabteilungen zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung von schwer-unfallverletzten Kindern (Verletzungsartenverfahren – VAV-Kind)

in der Fassung vom 01.05.2017

Präambel

Kinder im Sinn dieser Anforderungen sind Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres. Zu beachten ist, dass auch schon zu einem früheren Zeitpunkt das Wachstum abgeschlossen sein kann und § 7 Abs.1 Nr.1 SGB VIII den Kinderbegriff mit dem 14. Lebensjahr festlegt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Sie haben darüber hinaus die Teilhabe ihrer Versicherten in der Kinderbetreuung, in Schul-, Lehr- oder Universitätsbetrieb sowie am Leben in der Gemeinschaft zu sichern. Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zwecke die von Ärzten und Ärztinnen sowie Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (§ 34 Abs. 2 und 3 SGB VII).

Die nachfolgenden Anforderungen und Pflichten definieren die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV-Kind) bei

schwer-unfallverletzten Kindern. Sie stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verletzungsartenverzeichnis, das die Zuständigkeiten der jeweiligen Versorgungsstufe für die Behandlung von Kindern nach Art und Schwere der Verletzung regelt. Die in den jeweiligen Verfahren vorzuhaltenden Fachdisziplinen, Kompetenzen und Ausstattungsmerkmale sind auf die den Krankenhäusern zugewiesenen, gestuften Versorgungsaufträge ausgerichtet. Sofern die Versorgung einer Verletzung die Einbeziehung einer nicht am Krankenhaus vorgehaltenen Kompetenz erfordert, wird die sachgerechte Heilbehandlung durch den im Verzeichnis vorgesehenen Verlegungspfad sichergestellt. Gleiches gilt für die erforderliche Verlegung in Spezialzentren (z.B. Querschnittgelähmtenzentren, Schwer-Brandverletzentren).

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 schwer-unfallverletzten Kindern. Die strukturellen Voraussetzungen für zeitlich nachgelagerte planbare Eingriffe (z.B. bei sekundären und tertiären Komplikationen und Rekonstruktionseingriffen) oder die Tätigkeit von D-Ärzten mit Belegbetten werden an dieser Stelle nicht geregelt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die von ihnen beteiligten Ärzten und Ärztinnen sowie Krankenhäuser bekennen sich zu den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention und verpflichten sich zu einer Inklusion von Menschen mit Behinderung einschließlich einer umfassenden Barrierefreiheit beim Zugang zu Leistungen der Heilbehandlung und Rehabilitation.

1. Allgemeines

An der stationären Behandlung Verletzter bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres mit schweren Verletzungen gemäß dem Verletzungsartenverzeichnis (Verletzungsartenverfahren – VAV-Kind) kann eine kindertraumatologisch ausgerichtete Fachabteilung 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 Berufsgenossenschaftliche(s) Klinik/Krankenhaus ist,

1.2 gewährleistet ist, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation gemäß den Vorgaben des SGB VII dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.3 die Abteilung zur Behandlung schwerunfallverletzter Kinder von einem Durchgangsarzt geleitet wird,

1.4 diese Abteilung über die unter Ziff. 2. genannten personellen und sächlichen Ausstattungen verfügt,

1.5 der Krankenhausträger sowie der Durchgangsarzt zur Übernahme der Pflichten nach Ziff. 3. bereit sind

1.6 es der Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Versorgung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung beigetreten ist und das Krankenhaus nicht bereits am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) oder Verletzungsartenverfahren (VAV) beteiligt ist.

2. Personelle und sächliche Ausstattung

2.1 Verantwortlicher Arzt/verantwortliche Ärztin

Der Chefarzt bzw. die Chefarztin oder der leitende Arzt bzw. die leitende Ärztin der Abteilung nach Ziff. 1.3 des Krankenhauses muss

2.1.1 gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII als Durchgangsarzt für Kinder oder Durchgangsarzt beteiligt sowie vollschichtig am Krankenhaus angestellt und tätig sein,

2.1.2 nach Erwerb der kinderchirurgischen Facharztbezeichnung oder der Teilgebietsbezeichnung Kinderchirurgie mindestens vier Jahre oder nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ mindestens drei Jahre

- in einer unfallchirurgischen Abteilung, in der schwerpunktmäßig Kinder behandelt werden, oder
- in einer kinderchirurgischen Abteilung, in der schwerpunktmäßig Kindertraumatologie betrieben wird,

eines am VAV, VAV-Kinder oder SAV beteiligten Krankenhauses vollschichtig tätig gewesen sein.

In dieser Zeit soll er fakultativ zusätzliche Fertigkeiten in

- Plastischer Chirurgie
- Physikalischer und Rehabilitativer Medizin
- Handchirurgie
- Notfallmedizin und
- spezieller chirurgischer Intensivmedizin erworben haben.

Tätigkeitszeiten in der

- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie und
- Thoraxchirurgie

können bis zur Dauer von einem Jahr auf die drei bzw. vier Jahre angerechnet werden, wenn sie in einem am VAV oder SAV beteiligten Krankenhaus erbracht wurden.

2.1.3 im Regelfall über eine dreijährige Weiterbildungsbefugnis für das Fachgebiet Kinderchirurgie oder über eine mindestens 6-monatige Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung „Speziellen Unfallchirurgie“ verfügen.

2.1.4 einen Nachweis über noch vorhandene aktuelle kindertraumatologische Kenntnisse führen, sofern die kindertraumatologische Tätigkeit in der Behandlung schwerunfallverletzter Kinder länger als drei Jahre unterbrochen war.

2.2 Ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

2.2.1 Neben dem Arzt oder der Ärztin nach 2.1 müssen in dieser Abteilung in der Regel mindestens zwei weitere Ärzte und Ärztinnen mit Berechtigung zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung oder der bisherigen deutschen

Teilgebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“ vollschichtig angestellt sein. An Stelle eines der beiden Kinderchirurgen kann auch ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ vollschichtig angestellt sein. Hiervon muss mindestens ein Arzt bzw. eine Ärztin als ständiger D-Arzt-Vertreter anerkannt sein.

2.2.2 Neben Ärzten und Ärztinnen nach 2.1 und muss die folgende Fachdisziplin durch weitere Fachärzte und -ärztinnen vertreten sein, die am Standort des Krankenhauses vollschichtig tätig sind:

- Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie

2.3 Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen

2.3.1 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen durchgehend mindestens in Rufbereitschaft, d.h. spätestens innerhalb von 20 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten zur Verfügung stehen:

- Facharzt/Fachärztin für Kinderchirurgie oder Teilgebietsbezeichnung Kinderchirurgie
- Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie

In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit mit Vertretung des Fachgebietes sicherzustellen.

Ziffer 5.3 der Anforderungen zur Beteiligung von Ärzten bzw. Ärztinnen am Durchgangsarztverfahren (unfallärztliche Bereitschaft des Durchgangsarztes) bleibt von dieser Regelung unberührt.

2.3.2 Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen jederzeit, entsprechend der fachlichen Dringlichkeit kurzfristig zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten hinzugezogen werden können.

- Facharzt/Fachärztin für Radiologie mit kinderradiologischer Erfahrung (z. B. Schwerpunkt Kinderradiologie)
- Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

Sofern eine der genannten Disziplinen nicht am Krankenhaus selbst vertreten ist, ist die kurzfristige Verfügbarkeit eines Facharztes bzw. einer Fachärztin durch verbindliche Vereinbarungen sicherzustellen.

2.4 Nicht-ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Weiterhin müssen für die Versorgung von schwer-unfallverletzten Kindern in ausreichender Zahl verfügbar sein:

- Pflegekräfte der Bereiche Kinderchirurgie und Kinderanästhesiologie (24-stündige Anwesenheit)
- Medizinisch-technische Assistenten/Assistentinnen für Radiologie und Labortätigkeit (24-stündige Anwesenheit)
- Physio- und Ergotherapeuten/-therapeutinnen

Um eine ordnungsgemäße und fristgerechte Abwicklung der Berichterstattung und Begutachtung sicherzustellen, müssen geeignete organisatorische Vorkehrungen getroffen werden und Schreibkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

2.5 Notaufnahme

2.5.1 Erforderlich ist die 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme zur Versorgung schwer-unfallverletzter Kinder. Ungeachtet der Organisation muss gewährleistet sein, dass die Versorgung von unfallverletzten Kindern aus dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung in der Notaufnahme unmittelbar nach dem Eintreffen des Verletzten in den Zuständigkeitsbereich des D-Arztes fällt.

2.5.2 Das Krankenhaus verfügt über einen Schockraum in zweckentsprechender Größe (in der Regel mindestens 30 qm) und Ausstattung.

2.5.3. Zur notwendigen apparativen Ausstattung der Notaufnahme gehören

- Notfalllabor
- Atemwegssicherung und Beatmung
- Pulsoxymetrie, Absauganlage
- EKG-Monitor
- Defibrillator
- Invasive Druckmessung
- Not-OP-Sets
- Notfallmedikamente
- Konventionelle Röntgenmöglichkeit
- Röntgen-Bildverstärker
- Computertomographie-Einrichtung oder MRT in unmittelbarer Nähe zum Schockraum im 24-Stunden-Betrieb
- Ultraschallgerät, Gefäßduppler
- Blutbank
- Schienen- und Extensionssysteme
- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut

Die Ausstattung muss der besonderen Aufgabenstellung in der Versorgung schwer-unfallverletzter Kinder entsprechen.

2.5.4 Mindestens ein Arzt bzw. eine Ärztin aus dem initialen Basisteam muss über eine qualifizierte Ausbildung im Schockraum-Management (z. B. ATLS „Advanced Trauma Life Support“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. oder vergleichbare Ausbildung wie PALS „Pediatric Advanced Life Support“) verfügen.

2.5.5 Weiterhin müssen vorhanden sein:

- Untersuchungs- und Behandlungsräume
- besondere Eingriffsräume nur für die Ambulanz, getrennt für Eingriffe bestimmter Kontaminationsgrade
- Arzt- und Schreibzimmer

2.6 OP-Abteilung

2.6.1 In Bezug auf die operativen Kapazitäten ist die 24-stündige Bereitschaft erforderlich. Das Krankenhaus verfügt über OP-Einheiten in zweckentsprechender Größe und Ausstattung. Zur notwendigen apparativen Ausstattungen der OP-Abteilung gehören insbesondere:

- Temperiersysteme für Patienten sowie für Infusionen und Blut
- Röntgen-Bildverstärker
- Vergrößerungshilfen
- Fixateur externe Systeme zur Notfallversorgung

Ausstattung und Funktionsabläufe müssen der besonderen Aufgabenstellung in der kindertraumatischen Versorgung (z. B. lebensrettende Sofortoperationen, nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit besonders hohem Infektionsrisiko) entsprechen. Anästhesieeinheiten, Überwachungsgeräte und Ausrüstung zur Schockbekämpfung und Wiederbelebung müssen der besonderen Aufgabenstellung in der Versorgung schwer-unfallverletzter Kinder entsprechen.

2.6.2 Zur Unterstützung der betrieblich-organisatorischen Abläufe ist durch eine adäquate räumliche Gliederung der Räume für Eingriffe nach Gr. I/II und Gr. III/IV (eigenständiger oder abtrennbarer OP-Bereich, z. B. für Eingriffe bei Patienten oder Patientinnen, welche mit multiresistenten Erregern besiedelt sind) ein hygienisch einwandfreies Arbeiten sicherzustellen.

Eigenständigen OP-Räumen/OP-Abteilungen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen Personalschleuse und Patientenübergaberaum nach Ziff. 2 der „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-

Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) zugeordnet sein. Abtrennbaren OP-Räumen für Eingriffe nach Gr. III/IV müssen eine eigene Personalumkleidemöglichkeit und ein eigener Patientenübergaberaum zugeordnet sein.

2.6.3 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlung - S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000) in der jeweils geltenden Fassung.

2.7 Intensivmedizinische Behandlung

Am Krankenhaus muss eine intensivtherapeutische Betreuung schwer-unfallverletzter Kinder durch eine pädiatrische, pädiatrisch-kinderchirurgische oder kinderanästhesiologische Intensivstation jederzeit gewährleistet sein. Erforderlich ist daher die 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität. Hierzu gehören insbesondere.

- Facharzt bzw. Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit speziellen Kenntnissen in pädiatrischer oder kinderchirurgischer Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation als ärztliche Stationsleitung
- Pflegekraft mit Fachweiterbildung pädiatrische Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation
- Durchgehende Verfügbarkeit eines Facharztes oder einer Fachärztin mit mindestens der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im Regeldienst und Anwesenheit innerhalb von 20 Minuten in Rufbereitschaft
- ein Weiterbildungsassistent im Schichtdienst für bis zu 12 Betten, zwei Weiterbildungsassistenten bei mehr Betten
- eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst
- Physiotherapie
- Psychologische Betreuung

Der Flächenbedarf für die optimale Intensivpflege sowie die apparative Ausstattung der Intensivstation orientieren sich an den Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI).

2.8 Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus erfüllt die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen

Anforderungen Verletzungsartenverfahren (VAV-Kind)

zur Prävention nosokomialer Infektionen. Hierzu gehören:

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 Sicherstellung der Beratung des Krankenhauses durch einen Krankenhaushygieniker mit der Qualifikation als Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie,

2.8.3 die Berufung von mindestens einer bzw. einem ärztlichen Hygienebeauftragten, der/die auf diesem Gebiet über die fachärztliche Qualifikation verfügt und weisungsbefugt ist sowie die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Infektionsprävention über eine Weiterbildung gemäß dem Rahmenplan des RKI erworben hat,

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

2.9 Sonstige sächliche und räumliche Ausstattung

Am Krankenhaus müssen weiterhin vorhanden sein:

- Hubschrauberlandemöglichkeit
- Überdachte Krankenwagenanfahrt
- Zentrale Sterilgutversorgung mit getrennter Ein- und Ausgabe (auch im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Leistungserbringern außerhalb des Krankenhauses)
- Endoskopiegeräte
- Elektroencephalografiegeräte
- 24-stündig dienstbereites Labor
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Möglichkeit der Aufnahme der Eltern im selben Zimmer mit dem Kind (Rooming in)

2.10 Rehabilitation /Teilhabe und Weiterbehandlung

Der Durchgangsarzt ist verantwortlich für

- die Planung, Veranlassung und Überwachung der physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen während der stationären Akutbehandlung, die für die zügige Erreichung der Rehabilitations- und Teilhabeziele erforderlich sind; für diese Übungsbehandlungen

müssen ausgebildete Therapeuten und Therapeutinnen in genügender Zahl zur Verfügung stehen.

- für die nahtlose Planung, Verordnung und Überwachung der zeitgerecht an die akutstationäre Behandlung anschließenden Behandlungen erforderlichen Maßnahmen zur therapeutischen Behandlung und Rehabilitation (insbesondere Physio- und Ergotherapie, EAP und BGSW).
- die Information des Unfallversicherungsträgers bei erkennbarem Bedarf für Leistungen zur Teilhabe
- die nahtlose Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung. Dem weiterbehandelnden Arzt bzw. der weiterbehandelnden Ärztin sind die erforderlichen ärztlichen Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

3. Pflichten

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

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

3.3. Die Pflichten des Durchgangsarztes richten sich im Übrigen nach den für ihn geltenden Anforderungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 SGB VII zur Beteiligung von Ärzten und Ärztinnen am Durchgangsarztverfahren in der jeweils geltenden Fassung.

3.4 Der Arzt oder die Ärztin nach 2.1 verpflichtet sich zur ständigen kindertraumatologischen Fortbildung mit traumatologischem Schwerpunkt und zur Teilnahme an mindestens einer entsprechenden Fortbildungsveranstaltung pro Jahr.

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

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

3.7 Krankenhausträger und Durchgangsarzt verpflichten sich ferner:

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

3.7.2 den zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) unverzüglich über alle die Beteiligung betreffenden Änderungen, z.B. personeller, organisatorischer oder baulicher Art, insbesondere das Ausscheiden des unter 2.1 genannten Arztes, zu unterrichten,

3.7.3 in jeder Phase das Reha-Management der Unfallversicherungsträger zu unterstützen,

3.7.4 für den Bereich des VAV geltende Heilverfahrens- und Rehabilitationsstandards der DGUV zu beachten und umzusetzen,

3.7.5 dem zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) auf Verlangen Einsicht in die nach § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz zu fertigenden Aufzeichnungen zu gewähren,

3.7.6 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger zur Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

3.7.7 am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern teilzunehmen,

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

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

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

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

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

4 Beteiligung

4.1 Die Beteiligung einer kinderchirurgischen Klinik oder eines Krankenhauses mit kinderchirurgischer Abteilung am Verletzungsartenverfahren VAV-Kind kann auf Antrag des Krankenhausträgers durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), vertreten durch ihren jeweils zuständigen Landesverband, erfolgen.

4.2 Die Beteiligung endet bei:

4.2.1 Ausscheiden des Durchgangsarztes oder

4.2.2 Schließung oder Verlegung des Krankenhauses, des Standortes oder der kinderchirurgischen Abteilung zur Behandlung schwerunfallverletzter Kinder.

4.3 Die Beteiligung wird nach jeweils 5 Jahren überprüft. Der 5-Jahreszeitraum wie bei Ziffer 4.4.4 beginnt mit dem auf die Beteiligung folgenden Kalenderjahr.

4.4 Die Beteiligung wird gekündigt

4.4.1 wenn die personelle und sächliche Ausstattung des Krankenhauses nicht mehr den unter 2. genannten Anforderungen entspricht,

4.4.2 bei wiederholter oder schwerwiegender Pflichtverletzung durch den Durchgangsarzt oder den Krankenhausträger,

4.4.3 nach Maßgabe des § 59 SGB X oder

4.4.4 wenn in dem 5-Jahreszeitraum nach 4.3 jährlich weniger als 40 Arbeitsunfälle im Verletzungsartenverfahren von dem Krankenhaus versorgt wurden. Die Fallzahl von 40 gilt als erreicht, wenn sie im Jahresdurchschnitt oder in den letzten drei Jahren des 5-Jahreszeitraumes jeweils erreicht wurde. Von einer Kündigung kann abgesehen werden, wenn diese zu einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche führen kann.