

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG
INSTITUT FÜR COMMUNITY MEDICINE, UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD

Manual

zur Beurteilung von Durchgangsarztberichten
mit der Webanwendung „C-DAB“

12.04.2022

Version 3.0

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen Mitgliedern des Expertenkreises dieses Projektes bedanken, die uns bei der Erstellung dieses Manuals unterstützt haben. Für ihre eingebrachte Expertise danken wir Prof. Dr. Michael Wich, Dr. Werner Boxberg, Dr. Andreas Gruner, Thomas Ideker, Gerald Ziche, Harald Nolting, Steffen Glaubitz, Henry Schnarbach und Roman Hartkamp.

Bei der Erarbeitung und Formulierung des Manuals haben wir uns zum Teil an *Spier, R., Leuftink, D., Japtok, H.-J. (2017). Arzt & BG – Begriffe, Definitionen, Problemlösungen, Zusammenarbeit aus der Praxis für die Praxis. 6. Auflage, Kepnerdruck, Eppingen orientiert.*

INHALT

Vorwort	2
Dieses Manual – kurz erklärt	3
1 Allgemeine Anforderungen an einen D-Bericht	4
2 Aufbau und Struktur der Checkliste	4
3 Checklistenkriterien	7
3.1 Vollständigkeit der Angaben zu Unfallhergang, Unfallort und zur Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt	7
3.2 Vollständige Dokumentation der relevanten Beschwerden, klinischen Befunde und Funktionsuntersuchungen	8
3.3 Schlüssigkeit der bildgebenden Diagnostik.....	10
3.4 Ausreichende und schlüssige Beschreibung des Ergebnisses der bildgebenden Diagnostik..	11
3.5 Schlüssigkeit der Erstdiagnose	12
3.6 Schlüssigkeit der beschriebenen Maßnahmen zur Erstversorgung	13
3.7 Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalles.....	14
3.8 Schlüssigkeit der Art der eingeleiteten Heilbehandlung	15
3.9 Zutreffende Klassifikation der Verletzung nach VAV/SAV	16
4 Einschätzung der Relevanz eines Mangels im Hinblick auf die Berichtsqualität .	17
5 Gesamtbewertung des D-Berichtes	19
6 Die Webanwendung „C-DAB“	20
6.1 Der erste Login: D-Berichte zu Übungszwecken	20
6.2 Übersicht über zugewiesene echte D-Berichte	22
6.3 Beurteilung eines D-Berichtes.....	23
6.4 „Hilfe“-Funktion 	23
6.5 Vollständigkeitsüberprüfung	24
6.6 Was tun, wenn ein D-Bericht nicht beurteilt werden kann?	25
7 Zugang und Fragen zu C-DAB.....	26
7.1 Kann ich auch von privaten Rechnern auf die Checkliste zugreifen?	26
7.2 Kontaktdaten, falls Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben	26

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich dazu entschieden haben, aktiv an unserem Projekt „Qualitätssicherungsverfahren für Durchgangsarztberichte (Peer Review)“ mitzuwirken! Als Peer sind Sie mit der verantwortungsvollen Aufgabe betraut, die Qualität von Durchgangsarztberichten (D-Berichten) zu beurteilen.

Entwickelt wurde das Peer-Review-Verfahren vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus der Ärzteschaft sowie aus der Verwaltung verschiedener Unfallversicherungsträger (UV-Träger) und der DGUV. Kernstück des Verfahrens bildet eine Checkliste mit einheitlichen Bewertungskriterien, die sich eng an dem Aufbau des D-Berichtes orientiert. Die Checkliste wurde in die eigens für das Verfahren entwickelte Webanwendung „C-DAB“ („Checkliste für Durchgangsarztberichte“) implementiert, sodass jede Beurteilung eines D-Berichtes online erfolgt.

Gegenstand dieses Evaluationsverfahrens sind ausschließlich D-Berichte, mit denen eine besondere Heilbehandlung eingeleitet wurde. Bewertet werden sollen zudem nur Erstbehandlungen.

Mit diesem Manual möchten wir Ihnen zum einen die konsentierten, einheitlichen Kriterien zur Beurteilung von D-Berichten vermitteln. Zum anderen wollen wir Ihnen die Webanwendung C-DAB näher vorstellen und Ihnen zeigen, wie man mit dieser auf einfache Weise D-Berichte beurteilen kann.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen und hoffen, mit diesem Evaluationsprojekt gemeinsam einen Beitrag zur Sicherung der Qualität im durchgangsärztlichen Heilverfahren leisten zu können!

Mit freundlichen Grüßen

Das Projektteam

Projektverantwortliche seitens

Institut für Community Medicine,
Universitätsmedizin Greifswald



Prof. Dr. Thomas Kohlmann

Daniel Szczotkowski
Bianca Biedenweg
Liesa Steidle

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung



Stefanie Palfner

Dr. Ute Polak
Marion Wittwer

1 ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN AN EINEN D-BERICHT

Jedes D-Arzt-Verfahren beginnt mit der Erstellung des D-Berichtes (F1000), welcher als ärztlicher Erstbericht eine zentrale Bedeutung sowohl für die Prüfung der Leistungspflicht der UV-Träger als auch für die Steuerung des Heilverfahrens hat.

Die im D-Bericht dokumentierten Erstangaben der Verletzten zum Unfallgeschehen haben für den UV-Träger einen hohen Beweiswert, insbesondere bei späteren Kausalitätsbeurteilungen. Die D-Ärztinnen und D-Ärzte nehmen für die gesetzlichen UV-Träger eine besondere Rolle ein: Sie sind zum einen für die unfallmedizinische Erstversorgung und Behandlung der Unfallverletzten verantwortlich und zum anderen treffen sie auf Grundlage der Angaben im D-Bericht versicherungsrechtliche Entscheidungen, die für die UV-Träger zunächst bindend sind. Die Dokumentationsqualität eines D-Berichtes ist somit nicht nur nach medizinischen, sondern auch nach unfallversicherungsrechtlichen Kriterien zu beurteilen.

Unzureichend dokumentierte Angaben und Befunde im D-Bericht können ein Grund dafür sein, dass die Verwaltungsprozesse bei den UV-Trägern unnötig erschwert werden und wiederholte Nachfragen bei den D-Ärztinnen und D-Ärzten oder den verletzten Personen nach sich ziehen.

Die ärztlichen Dokumentationspflichten ergeben sich bereits aus der Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammer. Für die D-Ärztinnen und D-Ärzte sind darüber hinaus zusätzlich in § 5 Abs. 1 des Ärztevertrages¹ besondere Berichtspflichten geregelt. Die Berichte müssen **vollständig** und möglichst **ausführlich** sein. Durch die Definition des Arbeitsunfalls als ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes schädigendes Ereignis ergeben sich **besondere Tatbestandsmerkmale**, die durch den UV-Träger zu prüfen sind. Alle Angaben im D-Bericht müssen Teil eines **logisch zusammenhängenden Gesamtbildes** sein.

Dies setzt nicht zuletzt auch eine **hohe, sprachliche Präzision** voraus, durch die Unfallhergang, Befund, Diagnose, Erstversorgung oder Vorschädigungen möglichst exakt, vollständig und zugleich für die UV-Träger – als Adressaten der Berichte – allgemein verständlich zu beschreiben sind.

2 AUFBAU UND STRUKTUR DER CHECKLISTE

Im Peer-Review-Verfahren werden die D-Berichte webbasiert anhand eines Kriterienkatalogs beurteilt, der aus insgesamt **neun qualitätsrelevanten Checklistenfragen** mit dichotomem Antwortformat (Ja/Nein) besteht (**Tab. 1**). Im Falle eines festgestellten Mangels soll die **Relevanz dieses Mangels** („Wie sehr beeinträchtigt der Kritikpunkt die Qualität des Berichts?“; 1=„sehr gering“, ..., 10=„sehr stark“) eingeschätzt werden. Darüber hinaus wird Ihnen als Peer die Möglichkeit gegeben, den Mangel in einem **Kommentarfeld** näher zu beschreiben. Abschließend wird jeder D-Bericht mit einer **Gesamtbewertung** in Form einer stufenweise gestaffelten Wortbewertung („sehr gut“ bis „ungenügend“) beurteilt.

Im Folgenden stellen wir Ihnen die einzelnen Sektionen und zugehörigen Checklistenfragen im Detail vor. Dabei zeigen wir Ihnen anhand von Beispielen auf, welche Informationen bei der Erstellung eines D-Berichtes erwartet werden und wann ein D-Bericht die Anforderungen an ein Kriterium nicht erfüllt und somit Mängel aufweist.

¹ https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/verguetung/aerztevertrag__01_01_2018_mit_funktionalitaeten.pdf

Tab. 1: Aufbau und Struktur der Checkliste

Sektion <i>(mit Angaben aus dem D-Bericht)</i>	Checklistenfrage (Antwortformat)
1. Allgemeine Hintergrundinformationen <i>(Unfall- und Eintreffzeitpunkt, Arbeitszeiten, Beschäftigung, Alter, Geschlecht, Bemerkungen)</i>	
2. Unfallort, Unfallhergang, Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt <i>(weitere Hintergrundinformation: Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall)</i>	„Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig?“ (Ja/Nein)
3. Befund <i>(weitere Hintergrundinformation: Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen)</i>	„Sind die für diesen Verletzungsmechanismus relevanten Beschwerden, klinischen Befunde und Funktionsuntersuchungen dokumentiert worden?“ (Ja/Nein) „Ist eine bildgebende Diagnostik durchgeführt worden?“ (Ja/Nein) <i>(Hinweis: Diese Frage ist nicht qualitätsrelevant.)</i>
4. Bildgebende Diagnostik	„Ist die Entscheidung schlüssig?“ (Ja/Nein) „Ist die Befundbeschreibung der bildgebenden Diagnostik ausreichend und vollständig?“ (Ja/Nein) <i>(optional: Diese Frage erscheint nur, wenn eine bildgebende Diagnostik durchgeführt und die Entscheidung als schlüssig eingeschätzt wurde.)</i>
5. Erstdiagnose <i>(weitere Hintergrundinformation: Diagnoseschlüssel, ISS-Score)</i>	„Folgt die beschriebene Erstdiagnose schlüssig aus der Beschreibung des Unfallhergangs, der Beschwerden sowie der klinischen und ggf. bildgebenden Befunde?“ (Ja/Nein)
6. Erstversorgung	„Sind die beschriebenen Maßnahmen die schlüssige Folge des Unfallhergangs und des Befunds?“ (Ja/Nein)
7. Zweifel an einem Arbeitsunfall	„Ist die Beurteilung des Durchgangsarztes schlüssig?“ (Ja/Nein)
8. Eingeleitete Heilbehandlung	„Erscheint die Art der eingeleiteten Heilbehandlung schlüssig?“ (Ja/Nein) „Ist die Klassifikation der Verletzung nach VAV/SAV zutreffend?“ (Ja/Nein) <i>(optional: Diese Frage erscheint nur, wenn die Art der eingeleiteten Heilbehandlung zuvor als schlüssig eingeschätzt wurde.)</i>
Abschließende Bewertung	„Welche Gesamtbewertung würden Sie diesem Durchgangsarztbericht geben?“ („sehr gut“ bis „ungenügend“)

HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZU EINEM FALL

HINTERGRUNDINFORMATIONEN dienen dazu, das **Gesamtbild eines Falles** möglichst detailliert wiederzugeben und die Checklistenfragen adäquat bearbeiten zu können:

Tab. 2: Hintergrundinformationen aus dem D-Bericht und ihre Relevanz für die Beurteilung

Information aus dem D-Bericht	Bezeichnung in C-DAB	Relevant für die Beantwortung der Checklistenfrage, ob...
-------------------------------	----------------------	---

Allgemeine Hintergrundinformationen

Eintreffzeit und -datum der versicherten Person beim D-Arzt	<i>Eingetroffen:</i>	... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen. ... die Erstdiagnose schlüssig ist (Traumatisierungsintensität).
Im Unfallbetrieb zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit	<i>Beschäftigt als:</i>	... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen.
Datum und Zeitpunkt des Unfallereignisses	<i>Unfalltag:</i> <i>Unfallzeit:</i>	... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen. ... die Erstdiagnose schlüssig ist (Traumatisierungsintensität).
Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person	<i>Beginn der Arbeitszeit:</i> <i>Ende der Arbeitszeit:</i>	... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen.
Geschlecht	<i>Geschlecht:</i>	... alle klinischen Befunde und Funktionsuntersuchungen dokumentiert wurden. ... die Erstversorgungsmaßnahmen schlüssig sind (Thromboseprophylaxe).
Geburtsjahr	<i>Alter:</i>	... Erstdiagnose und Erstversorgungsmaßnahmen schlüssig sind. ... die (Nicht-)Durchführung und ggf. die Art einer bildgebenden Diagnostik schlüssig sind.
Bemerkungen (Kontextfaktoren, besondere Umstände)	<i>Bemerkungen:</i>	Kann für jede Checklistenfrage von Bedeutung sein

Hintergrundinformation für die Sektion UNFALLORT, UNFALLHERGANG, TÄTIGKEIT DER VERSICHERTEN PERSON ZUM UNFALLZEITPUNKT

Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall	<i>Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall:</i>	... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen. ... die Erstdiagnose schlüssig ist (Traumatisierungsintensität).
---	---	--

Hintergrundinformation für die Sektion BEFUND

Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen	<i>Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen:</i>	... alle klinischen Befunde und Funktionsuntersuchungen dokumentiert wurden. ... die (Nicht-)Durchführung einer bildgebenden Diagnostik schlüssig und ggf. die Befundbeschreibung ausreichend ist (z.B. Hinweise auf degenerative Veränderungen). ... die Erstdiagnose schlüssig ist. ... Zweifel an einem Arbeitsunfall bestehen.
---	---	---

Hintergrundinformation für die Sektion ERSTDIAGNOSE

Diagnoseschlüssel, Diagnosecode, ISS-Score	<i>ICD* / AO* / ISS*:</i>	... die freitextliche Erstdiagnose schlüssig ist. ... die eingeleitete Art der Heilbehandlung schlüssig ist. ... die Klassifikation der Verletzung nach VAV/SAV zutreffend ist.
--	---------------------------	---

* Diese Felder werden in der Webanwendung C-DAB nur dann ausgegeben, wenn im D-Bericht hierzu Informationen vorliegen.

3 CHECKLISTENKRITERIEN

3.1 VOLLSTÄNDIGKEIT DER ANGABEN ZU UNFALLHERGANG, UNFALLORT UND ZUR TÄTIGKEIT DER VERSICHERTEN PERSON ZUM UNFALLZEITPUNKT

Checklistenfrage

Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig?

☐ Ja

☐ Nein 🚩



Die Angaben zum Unfallort und Unfallhergang sowie zur Tätigkeit der versicherten Person, bei der der Unfall eingetreten ist, sind wesentlich für die Frage des Versicherungsschutzes. Die Befragung der versicherten Person durch die D-Ärztin bzw. den D-Arzt ist insbesondere deshalb von hoher Bedeutung, da die Erstangaben im Allgemeinen noch unbelastet sind von rechtlichen Fragen und Anspruchsdenken potenzieller späterer Verfahren. Auf Sprachbarrieren bei der versicherten Person sollte die D-Ärztin bzw. der D-Arzt im Bericht hinweisen. Gleiches gilt auch, wenn die versicherte Person zu einem Sachverhalt z.B. aufgrund fehlender Erinnerung keine Auskunft geben kann und die Angaben von Begleitpersonen (z.B. Kollegen, Eltern, Rettungsdienst) stammen.

Bei Unfällen im Betrieb sollte der **Unfallort** von der D-Ärztin bzw. dem D-Arzt mit der Angabe des Betriebsteils (z.B. Montagehalle XY) und bei Wegeunfällen mit der Bezeichnung der Unfallstelle (Straßenname möglichst mit Hausnummer oder markante Punkte der Umgebung) näher bezeichnet werden. Bei Wegeunfällen sollte zusätzlich zur Unfallstelle ein Hinweis erfolgen, dass sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit ereignete.

Aus den Schilderungen des **Unfallhergangs** und der **zum Unfall führenden Tätigkeit** sollte erkennbar sein, ob die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt eine versicherte Tätigkeit verrichtete („auf dem Weg zur Materialausgabe“ vs. „auf dem Weg zum Rauchen“). Zum Hergang des Unfalls gehören unbedingt Angaben zur Ursache und ggf. zur Beteiligung von Betriebseinrichtungen („Beim Einsammeln von fertigen Werkstücken infolge eines epileptischen Anfalls gestürzt und dabei mit der rechten Hand in die laufende Drehmaschine geraten“. Die Angabe "ist gestürzt" reicht in keinem Fall). Ebenso sind betroffene Körperregionen zu nennen.

Sofern relevante Angaben zum Unfallhergang, Unfallort und zur Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt (ohne nähere und nachvollziehbare Begründung) fehlen, ist die Checklistenfrage mit **"Nein"** zu beantworten.

Beispiele für unzureichende und ungenaue Angaben:

- Unfallort: „im Betrieb“, „in der Schule“, „auf der Straße“
- Unfallhergang: „hat sich das Knie verdreht“
- Tätigkeit: „während der Arbeitszeit in die Hand geschnitten“

3.2 VOLLSTÄNDIGE DOKUMENTATION DER RELEVANTEN BESCHWERDEN, KLINISCHEN BEFUNDE UND FUNKTIONSUNTERSUCHUNGEN

Checklistenfrage

Sind die für diesen Verletzungsmechanismus relevanten Beschwerden, klinischen Befunde und Funktionsuntersuchungen dokumentiert worden?



- ☐ Ja
☐ Nein

In dem Feld „*Beschwerden/Klagen*“ des D-Berichts sollten die durch Befragung der D-Ärztin bzw. des D-Arztes von der verletzten Person angegebenen Symptome (Schmerzen, Funktionsstörungen) vollständig dokumentiert werden, um diese als Ausgangspunkt für die Untersuchung und den späteren Heilverlauf verwenden zu können.

Die Befunderhebung („*Klinische Untersuchungsbefunde*“) ist zum einen Grundlage der Diagnose und damit der gezielten Therapie. Zum anderen ist sie ein wesentlicher Baustein bei der Beantwortung späterer etwaiger Zusammenhangsfragen. Grundsätzlich sollte im D-Bericht der durch die Untersuchung (Inspektion, Palpation, weitere klinische und apparative Diagnostik) festgestellte **Gesundheitserstschaden (pathologischer Befund)** dokumentiert sein. Insbesondere sollte eine Befundbeschreibung einen Bezug zur gestellten Diagnose herstellen und Unfallfolgen gegenüber etwaigen Vorschädigungen abgrenzen. Im Falle direkter Verletzungsfolgen wie z.B. Blutergüssen, Schwellungen oder Risswunden durch Schlag, Stoß, Hieb usw. wird neben dem Sicht- und Tastbefund eine **exakte Größen- und Lokalisationsbeschreibung** erforderlich. Bei Zerrungen, Dehnungen, Bandrupturen usw. infolge indirekter Traumata sollten lokale Druckschmerzhaftigkeiten beschrieben sowie typische Verletzungsfolgen und Verletzungsketten überprüft werden. Inwiefern es sinnvoll ist, auch auf angrenzende Gelenke einzugehen oder Ausschlussdiagnosen zu nennen, ist fallabhängig.

Die Befunderhebung im Bereich der Extremitäten und der Wirbelsäule ist dann vollständig, wenn auch Funktionsuntersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden (z.B. Belastungsfähigkeit, spezifische Funktions- und Stabilitätstestung, Bewegungsausmaße etc.).

Bei offenen Verletzungen ist der Tetanus-Impfstatus zu erfragen und zu dokumentieren. Da hierzu keine formalen Vorgaben bestehen, ist es legitim, wenn sich ein entsprechender Hinweis auch an einer anderen Stelle des D-Berichtes (z.B. bei den Erstversorgungsmaßnahmen) wiederfindet.

Hinweis zu Ergänzungsberichten

In diesem Peer-Review-Verfahren werden grundsätzlich keine Fälle berücksichtigt, bei denen die D-Ärztin oder der D-Arzt durch Ankreuzen auf dem Formular des F1000 dokumentiert hat, dass ein Ergänzungsbericht erstattet wird (bei Kopf-, Knie- und Schulterverletzungen sowie Verbrennungen gemäß § 27 Abs. 4 bis 7 des Arztevertrages). Wenn Sie demnach aufgrund der Art und Schwere einer Verletzung die Erstattung eines entsprechenden Ergänzungsberichtes für angezeigt halten, so liegt wegen des fehlenden Ergänzungsberichtes ein Mangel in der Dokumentation der Befunderhebung vor.

Wenn festgestellt wird, dass für den Verletzungsmechanismus relevante Beschwerden, klinische Befunde und Funktionsuntersuchungen nicht vollständig dokumentiert worden sind, ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten.

Beispiele für eine mangelhafte Dokumentation von Beschwerden sowie klinischen Befunden und Funktionsuntersuchungen:

- *Es wurde ein Supinationstrauma diagnostiziert. Allerdings wurde bei der Befunderhebung keine Angabe zu den Schmerzen, dem Bewegungsumfang des Gelenkes und der Belastungsfähigkeit des Beines gemacht.*
- *Es wurde eine Schnittverletzung festgestellt. Allerdings fehlen Angaben zur Lokalisation, Größe und Tiefe des Schnittes und zur Überprüfung der Sensibilität und ggfs. der Sehnenfunktion.*
- *Neben einer Handverletzung wurden auch Kniebeschwerden beklagt, aber nur die Befunde und Ergebnisse der Funktionsuntersuchung der Hand dokumentiert.*
- *Es wird eine schwere Verbrennung 3. Grades beschrieben. Hierfür wurde jedoch kein entsprechender Ergänzungsbericht (F1008) erstattet.*

3.3 SCHLÜSSIGKEIT DER BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK

Ist eine bildgebende Diagnostik durchgeführt worden?

- ☐ Ja
☐ Nein

Sofern eine bildgebende Diagnostik (Röntgen, CT, Sonografie, MRT etc.) dokumentiert wurde, ist die Frage mit „**Ja**“ zu beantworten.

Checklistenfrage

Ist die Entscheidung schlüssig?

- ☐ Ja
☐ Nein 



Die Frage ist mit „**Nein**“ zu beantworten, wenn:

1. eine aus Ihrer Sicht notwendige bildgebende Diagnostik nicht durchgeführt wurde
 - **Beispiel:** *Trotz Schonhaltung und Schmerzen im Bereich des Armes nach einem Sturz aus vier Metern Höhe wurde bei der versicherten Person keine Röntgenuntersuchung durchgeführt.*
2. oder eine bildgebende Diagnostik durchgeführt wurde, obwohl dies anhand der bisher dargestellten Informationen nicht notwendig gewesen wäre.
 - **Beispiel:** *Es wurde eine Röntgendiagnostik durchgeführt, obwohl die verletzte Person lediglich ein Bagateltrauma beschreibt und die klinische Befunderhebung keinen Hinweis auf eine mögliche Fraktur oder Fremdkörpereinsprengung zeigt.*

Bei der Beantwortung dieser Checklistenfrage ist zu berücksichtigen, dass im Kindesalter der Einsatz des Röntgens einer besonders strengen Indikationsstellung unterliegt.

3.4 AUSREICHENDE UND SCHLÜSSIGE BESCHREIBUNG DES ERGEBNISSES DER BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK

Checklistenfrage (optional)

Ist die Befundbeschreibung der bildgebenden Diagnostik ausreichend und vollständig?



☐ Ja

☐ Nein

Diese Checklistenfrage erscheint nur, wenn eine bildgebende Diagnostik durchgeführt und die Entscheidung als schlüssig eingeschätzt wurde.

Die Befunde der Bildgebung sollen beispielsweise die **Form einer etwaigen Fraktur und deren Lokalisation** beschreiben oder den **Ausschluss einer Fraktur** im abgebildeten Skelettabschnitt dokumentieren. Darüber hinaus sollten mögliche unfallunabhängige Veränderungen wie Arthrosis deformans, Kapselbandverkalkungen usw. ebenfalls dokumentiert sein. Bei fehlenden oder unzureichenden Beschreibungen ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten.

Beispiel für eine unzureichende Beschreibung der bildgebenden Diagnostik:

- „Fraktur im Mittelfuß“ (ohne den betroffenen Knochen zu nennen und Angaben darüber gemacht zu haben, ob disloziert oder mit Gelenkbeteiligung).
- Beim Überprüfen des Bandapparates mittels Ultraschall werden keine Angaben zu dem Ergebnis der Ultraschalluntersuchung gemacht, wie z.B. ob ein Gelenkerguss oder ein umgebendes Hämatom festgestellt wurden.
- Als Ergebnis der Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes in 2 Ebenen findet sich die alleinige Beschreibung: „keine frische knöcherne Verletzung“. Die versicherte Person befindet sich laut Angaben zu den unfallunabhängigen krankhaften Veränderungen jedoch wegen schwerer Arthrose des rechten Kniegelenkes in Behandlung.

3.5 SCHLÜSSIGKEIT DER ERSTDIAGNOSE

Checklistenfrage

Folgt die beschriebene Erstdiagnose schlüssig aus der Beschreibung des Unfallherganges, der Beschwerden sowie der klinischen und ggf. bildgebenden Befunde?



☐ Ja

☐ Nein

Die Erstdiagnose fasst die klinischen und bildgebenden Befunde zusammen und muss die **schlüssige und nachvollziehbare Folge des Unfallherganges, der Beschwerden und der klinischen und ggf. der bildgebenden Befunde** sein.

Zu bewerten ist bei dieser Checklistenfrage der **Freitext** im D-Bericht, mit dem die Erstdiagnose in eigenen Worten von der D-Ärztin oder von dem D-Arzt beschrieben wurde. Als Freitext ist immer die frei formulierte Diagnose und nicht der ICD-10-Klartext anzugeben. Sofern im D-Bericht verfügbar, werden als Hintergrundinformation auch die ICD-10-Klassifikation und die AO-Klassifikation oder ggf. der Injury Severity Score (ISS) angezeigt.

Falls die Erstdiagnose Ihrer Ansicht nach nicht schlüssig ist, so ist die Checklistenfrage bitte mit „**Nein**“ zu beantworten. Sollte Ihnen ein D-Bericht vorliegen, in dem nur ICD-10-Diagnosen angegeben wurden, ist dies in jedem Falle nicht ausreichend und die Checklistenfrage ebenfalls zu **verneinen**. Die Checklistenfrage ist auch mit „**Nein**“ zu beantworten, wenn aufgrund der Art der Verletzung die Nennung der AO-Klassifikation oder des ISS erforderlich ist, aber nicht angegeben wird. Die Angabe des ISS ist insbesondere dann notwendig, wenn schwere Verletzungen und Verletzungskombinationen (Polytrauma) mit einem ISS von 16 oder höher vorliegen.

Beispiele für eine nicht schlüssige Erstdiagnose:

- Die Röntgendiagnostik weist auf eine weitere wesentliche Verletzungsfolge hin, die sich in der Diagnosestellung jedoch nicht wiederfindet.
- Die Erstdiagnose lautet „distale Radiusfraktur rechts“. In der Beschreibung des Unfallherganges wird jedoch kein Trauma der rechten Hand erwähnt oder es wurde keine Röntgendiagnostik durchgeführt, die dies bestätigen könnte. Es fehlt zudem die Angabe der AO-Klassifikation.
- Es werden lediglich die ICD-10-Diagnosen (Klartexte) angegeben. Es fehlt die frei formulierte Beschreibung der Verletzung als Erstdiagnose der Ärztin oder des Arztes.

3.6 SCHLÜSSIGKEIT DER BESCHRIEBENEN MAßNAHMEN ZUR ERSTVERSORGUNG

Checklistenfrage

Sind die beschriebenen Maßnahmen die schlüssige Folge des Unfallhergangs und des Befunds?



- ☐ Ja
☐ Nein

Die Art der Erstversorgung hat Einfluss auf den Heilverlauf und richtet sich nach der Diagnose bei Berücksichtigung der Besonderheiten der verletzten Person (Alter, Geschlecht, Allgemeinzustand usw.). Die erbrachten therapeutischen Leistungen sollten von der D-Ärztin bzw. dem D-Arzt **sorgfältig** und **vollständig** dokumentiert sein und **nachvollziehbar** aus den bereits dargestellten Informationen folgen. Ist dies nicht der Fall, so ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten.

Beispiele für nicht schlüssige Erstversorgungsmaßnahmen:

- *Es wurde eine Claviculafraktur diagnostiziert. Die Erstversorgung beinhaltet jedoch keine Ruhigstellung der Schulter-Arm-Region.*
- *Es ist angegeben, dass ein subunguales Hämatom entlastet wurde. In der Befunddokumentation oder in den Diagnosen gibt es aber keinen Hinweis auf das Hämatom.*
- *Eine OP wurde durchgeführt, obwohl die beschriebenen Verletzungen keine OP-Indikation darstellen.*
- *Aus der Diagnose geht die Notwendigkeit eines Gipses hervor. Dieser wurde auch angelegt, jedoch sind keine Angaben zur Art des Gipses gemacht worden (zirkulär, Schiene etc.).*
- *Es wird eine Wunde oder offene Verletzung beschrieben, aber es werden keine Angaben gemacht, ob der Impfstatus/Tetanusschutz erfragt und ggf. aufgefrischt wurde (ausreichend ist auch ein Hinweis zum Impfstatus an anderer Stelle des D-Berichtes z.B. unter dem Befund). Erfolgt eine Tetanus-Impfung, dann ist diese zu dokumentieren.*

3.7 ZWEIFEL AM VORLIEGEN EINES ARBEITSUNFALLES

Checklistenfrage

Ist die Beurteilung des Durchgangsarztes schlüssig?

- ☐ Ja
☐ Nein 



Der Arbeitsunfall ist definiert als zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes und zu einem Gesundheitsschaden führendes Ereignis infolge der versicherten Tätigkeit. Ein Arbeitsunfall liegt nur dann vor, wenn:

1. *die versicherte Tätigkeit Ursache für den Unfall war **und***
2. *das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentliche Ursache ist.*

In Ziffer 10 des D-Berichtes ist durch die D-Ärztin bzw. den D-Arzt anzugeben, ob sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall ergeben. Als Peer prüfen Sie, ob diese Beurteilung aus Ihrer Sicht schlüssig ist. Je nach Einzelfall müssen die Hintergrundinformationen, die Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang sowie der Befund, die Diagnose und ggf. Vorschädigungen gemeinsam betrachtet werden und plausibel erscheinen.

Auch bei Schülerinnen und Schülern oder Kita- und Hortkindern kann es Zweifel geben, ob sich der Unfall noch im Rahmen einer versicherten Tätigkeit ereignet hat, wenn maßgebliche Hintergrundinformationen wie Unfall- und Betreuungszeiten fehlen.

Kann der Einschätzung der D-Ärztin bzw. des D-Arztbes nicht gefolgt werden, so ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten. Insbesondere bei sehr speziellen Fallkonstellationen sollte diese Entscheidung in dem zur Verfügung stehenden Kommentarfeld (siehe Kapitel 4) kurz begründet werden.

Beispiele, die Zweifel an einem Arbeitsunfall begründen können:

- *Kein passender Unfallmechanismus (z.B. Bandscheibenvorfall nach schwerem Heben, Achillessehnenriss beim „normalen Gehen“, Meniskusriss beim „Aufstehen aus der Hocke“).*
- *Die Erstdiagnose beschreibt ausschließlich atraumatische Befunde (z.B. „Sehnenüberlastung“, „Sehnenentzündung“, „Überlastungsschmerz“ etc.).*
- *Zwischen Erstdiagnose und den dokumentierten Vorschädigungen bestehen wesentliche Zusammenhänge (z.B. Luxation bei bestehender Patelladysplasie).*
- *Das Kind ist beim Spielen nach der Schule vom Klettergerüst auf dem Hortgelände gestürzt. Es fehlen jedoch die Angaben zu Beginn und Ende der Hortbetreuung, sodass nicht beurteilt werden kann, ob zum Unfallzeitpunkt noch eine versicherte Tätigkeit vorlag oder der Unfall dem privaten unversicherten Bereich zuzuordnen ist.*

3.8 SCHLÜSSIGKEIT DER ART DER EINGELEITETEN HEILBEHANDLUNG

Checklistenfrage

Erscheint die Art der eingeleiteten Heilbehandlung schlüssig?



☐ Ja

☐ Nein

Die Art der eingeleiteten Heilbehandlung entscheidet über die Steuerung des Heilverfahrens. **Im Rahmen dieses Evaluationsprojektes liegen Ihnen grundsätzlich nur solche D-Berichte zur Beurteilung vor, bei denen eine besondere Heilbehandlung eingeleitet wurde.** Nach § 11 Abs. 2 des Ärztevertrages sollen etwa 20% aller Fälle des D-Arztverfahrens der besonderen Heilbehandlung zugeordnet werden.

Als Peer prüfen Sie an dieser Stelle, ob die Art oder Schwere der Verletzung die besondere unfallmedizinische Qualifikation der D-Ärztin bzw. des D-Arztes erfordern (besondere Heilbehandlung). Wenn dies nicht der Fall ist und Ihrer Einschätzung nach eine allgemeine Heilbehandlung ausreichend gewesen wäre, so ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten.

Die besondere Heilbehandlung soll sich ausschließlich nach der Art oder Schwere der Verletzung richten. Wenn Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalles bestehen, dann sind diese im D-Bericht zu äußern. Diese Zweifel sollen aber keine Auswirkung auf die Wahl der Art der Heilbehandlung haben. Wenn in seltenen Fällen aufgrund der Angaben zum Unfallhergang, Unfallort oder Unfallzeitpunkt allerdings **ganz offenbar** kein Versicherungsfall zu Lasten der Unfallversicherung vorliegt, dann ist auch bei schweren Verletzungen keine besondere Heilbehandlung einzuleiten (z.B. Sturz auf der Treppe innerhalb des Wohnhauses, bevor der Arbeitsweg begonnen hat; Unfall während einer privaten Freizeitaktivität). In einem solchen Fall, in dem ganz offenbar kein Arbeitsunfall vorliegt, ist die Checklistenfrage mit „**Nein**“ zu beantworten.

Das Feld ART DER HEILBEHANDLUNG informiert Sie außerdem darüber, ob eine ambulante oder eine stationäre, besondere Heilbehandlung eingeleitet wurde. Auch diesbezüglich ist die Schlüssigkeit zu prüfen.

Beispiel, in dem die Art der eingeleiteten Heilbehandlung aufgrund der Art und Schwere der Verletzung nicht schlüssig erscheint:

- *Prellung des Unterschenkels bei ausgeschlossenen knöchernen Verletzungen und ohne weitere behandlungsbedürftige Weichteilschädigung.*
- *Die Einleitung der besonderen Heilbehandlung ist hier nicht schlüssig, da es sich um eine Bagatellverletzung handelt, die keiner besonderen ambulanten Heilbehandlung bedarf, sondern für die eine allgemeine Heilbehandlung ausreicht.*

3.9 ZUTREFFENDE KLASSIFIKATION DER VERLETZUNG NACH VAV/SAV

Checklistenfrage (optional)

Ist die Klassifikation der Verletzung nach VAV/SAV zutreffend?



- ☐ Ja
☐ Nein 

Diese Checklistenfrage erscheint nur, wenn die Art der eingeleiteten Heilbehandlung zuvor als schlüssig eingeschätzt wurde.

Das **Verletzungsartenverzeichnis** dient der Zuordnung von Verletzungen. In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, hat die D-Ärztin bzw. der D-Arzt dafür zu sorgen, dass die unfallverletzte Person unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren (VAV) bzw. am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird.

Hinter der Bezeichnung KLASSIFIKATION DER VERLETZUNG NACH VAV/SAV können Ihnen folgende Optionen angezeigt werden:

- „VAV“ oder
- „SAV“ oder
- „weder VAV noch SAV“

Beantworten Sie die Checklistenfrage mit „**Nein**“, wenn die angezeigte Zuordnung für den Ihnen vorliegenden Fall nicht korrekt ist.

Bitte beantworten Sie die Checklistenfrage auch dann, wenn in dem Ihnen vorliegenden D-Bericht weder das VAV noch das SAV ausgewählt wurde. Wenn Sie in einem solchen Fall zu dem Schluss kommen sollten, dass das dargestellte Verletzungsmuster dem Verletzungsartenverzeichnis zuzuordnen gewesen wäre, ist die Checklistenfrage ebenfalls mit „**Nein**“ zu beantworten.

Beispiel, in dem die Klassifikation der Verletzung nach VAV/SAV nicht zutreffend ist:

- *Die Versicherte ist infolge der versicherten Tätigkeit auf die rechte Hand gestürzt und hat eine dislozierte Kahnbeinfraktur erlitten. Auf dem D-Bericht wurde „weder VAV noch SAV“ angekreuzt.*

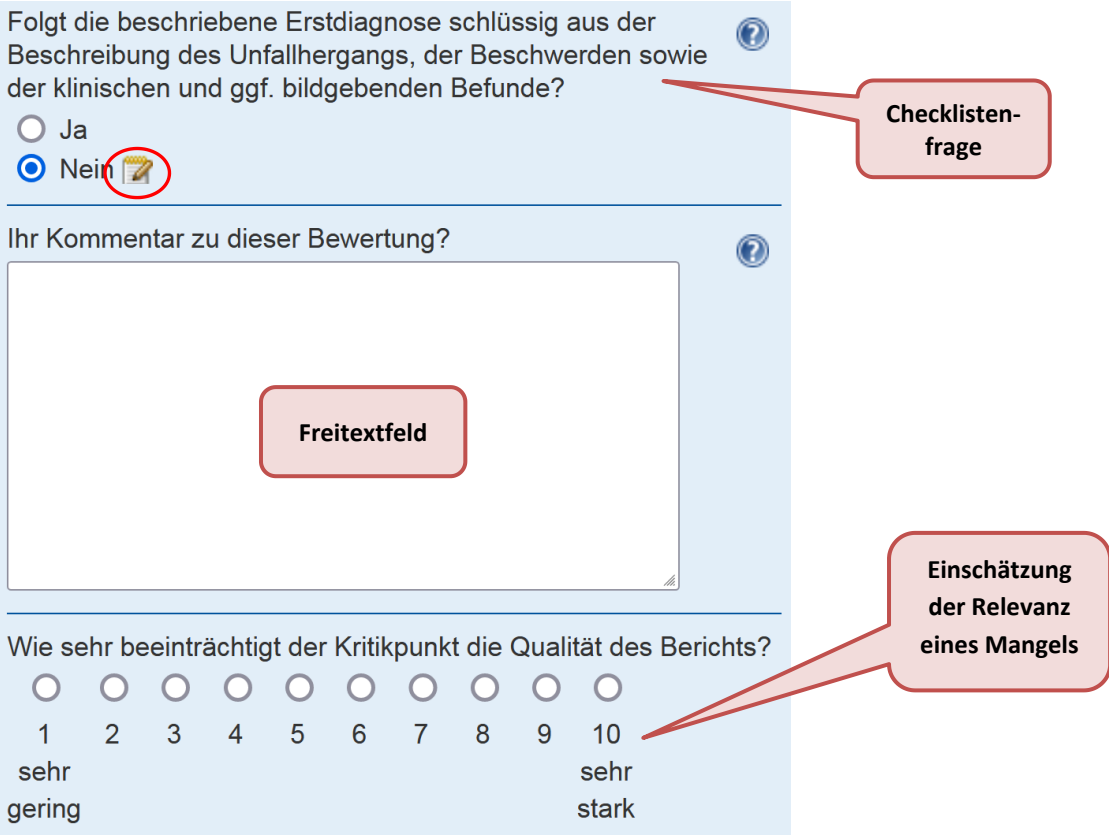
→ *Dies ist nicht schlüssig, da es sich um eine Verletzung nach dem VAV handelt.*

4 EINSCHÄTZUNG DER RELEVANZ EINES MANGELS IM HINBLICK AUF DIE BERICHTSQUALITÄT

Mängel können unterschiedlich gravierend sein. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, gibt es zwei weitere Bewertungsoptionen, die Ihnen durch dieses Symbol  hinter der Antwortmöglichkeit (Nein) einer Checklistenfrage signalisiert werden.

Beispiel für den Bereich ERSTDIAGNOSE

Falls Sie der Meinung sind, die beschriebene Erstdiagnose ist nicht schlüssig, und Sie dementsprechend auf „**Nein**“ klicken, öffnet sich folgendes Fenster mit den weiteren Bewertungsoptionen:



Folgt die beschriebene Erstdiagnose schlüssig aus der Beschreibung des Unfallhergangs, der Beschwerden sowie der klinischen und ggf. bildgebenden Befunde?

☐ Ja

☒ Nein 

Ihr Kommentar zu dieser Bewertung?

Freitextfeld

Wie sehr beeinträchtigt der Kritikpunkt die Qualität des Berichts?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr gering sehr stark

Checklistenfrage

Einschätzung der Relevanz eines Mangels

„Wie sehr beeinträchtigt der Kritikpunkt die Qualität des Berichts?“

Bei dieser Frage geben Sie bitte mithilfe der **Skala von 1 bis 10** Ihre Einschätzung ab, für wie gravierend Sie den festgestellten Mangel bzw. den Kritikpunkt halten.

„Ihr Kommentar zu dieser Bewertung?“

Für eine nähere Beschreibung des Mangels steht Ihnen zusätzlich ein Kommentarfeld zur Verfügung.

Fallbeispiel für den Bereich ERSTDIAGNOSE

Ein Kritikpunkt, der die Qualität des D-Berichtes nur gering beeinträchtigt:

Der Versicherte ist infolge der versicherten Tätigkeit gestürzt, hat sich Schürfwunden am rechten Unterarm zugezogen und klagt über einen Druckschmerz im Bereich der Foveola radialis (Tabatière) der rechten Hand. Der Röntgenbefund ergibt eine Kahnbeinfraktur. Als Erstdiagnose hält der D-Arzt im D-Bericht fest: „Kahnbeinfraktur vom Typ A1 rechte Hand“.

Im dargestellten Fallbeispiel hat der D-Arzt zwar die Hauptdiagnose korrekt gestellt, geht jedoch nicht auf die Schürfwunden am rechten Unterarm ein. Da die Erstdiagnose nicht vollständig ist, wäre in diesem Fall die Checklistenfrage zur Erstdiagnose zu **verneinen**. Die Qualität des D-Berichtes wird durch die fehlende Dokumentation der Schürfwunden als Erstdiagnose jedoch nicht stark beeinträchtigt, da die wesentlich bedeutendere Hauptdiagnose „Kahnbeinfraktur“ korrekt gestellt wurde. Für dieses Fallbeispiel empfiehlt es sich daher, den Mangel auf der Skala mit einer Relevanz zwischen „1“ und „3“ zu bewerten.

„Ihr Kommentar zu dieser Bewertung?“ (optional)

Zusätzlich haben Sie die Möglichkeit, in dem **Freitextfeld** näher auf den Mangel bzw. den Kritikpunkt einzugehen. Für obiges Fallbeispiel könnten Sie z.B. anführen:

„Hauptdiagnose korrekt, aber die Schürfwunden am rechten Unterarm wurden vergessen.“

Ein Kritikpunkt, der die Qualität des D-Berichtes stark beeinträchtigt:

Der Versicherte ist infolge der versicherten Tätigkeit gestürzt, hat sich Schürfwunden am rechten Unterarm zugezogen und klagt über einen Druckschmerz im Bereich der Foveola radialis (Tabatière) der rechten Hand. Eine Röntgendiagnostik wurde nicht durchgeführt. Als Erstdiagnose hält der D-Arzt im D-Bericht fest: „Schürfwunde Unterarm rechts sowie Prellung der rechten Hand“.

Der Druckschmerz im Bereich der Foveola radialis legt eine Kahnbeinfraktur nahe und indiziert daher zwingend eine röntgenologische Befunderhebung, die in diesem Fall nicht erfolgte. Dies kann zu einer schwerwiegenden Fehldiagnose geführt haben. Dieser Mangel ist auf der Skala mit einer Relevanz von „10“ zu bewerten, da er die Qualität des D-Berichtes sehr stark beeinträchtigt.

5 GESAMTBEWERTUNG DES D-BERICHTES

Zum Abschluss der Beurteilung vergeben Sie eine Gesamtbewertung, die widerspiegeln soll, welchen **Gesamteindruck** Sie von dem vorliegenden D-Bericht haben:

Welche Gesamtbewertung würden Sie diesem Durchgangsarztbericht geben?



- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ befriedigend
- ☐ ausreichend
- ☐ mangelhaft
- ☐ ungenügend

Dabei sollte die Bewertung wie folgt vorgenommen werden:

sehr gut: Der Fall wurde ausführlich und in allen Bereichen nachvollziehbar dokumentiert. Es bleiben keine Fragen offen und die Entscheidungen der D-Ärztin bzw. des D-Arztes sind allesamt plausibel.

gut: Der Fall wurde ausführlich und plausibel dokumentiert. Es bleiben keine relevanten Fragen offen.

befriedigend: Der Fall wurde weitgehend vollständig und plausibel dargestellt. Es bleiben Fragen offen, diese stellen jedoch keine gewichtigen Mängel dar.

ausreichend: Der Fall wurde teilweise unvollständig dargestellt, so dass nicht alle Entscheidungen nachvollziehbar sind.

mangelhaft: Der Fall wurde unvollständig dargestellt, so dass viele Entscheidungen nicht nachvollziehbar sind oder es findet sich kein Zusammenhang zwischen der Befunderhebung, der Diagnose und der Versorgung. Aufgrund der Mängel des D-Berichtes erscheint die zielgerichtete Steuerung des Heilverfahrens nicht möglich.

ungenügend: Der Fall ist aufgrund grober Mängel in der Dokumentation nicht plausibel oder es wurden eindeutige „Fehlentscheidungen“ von der D-Ärztin bzw. dem D-Arzt getroffen. Aufgrund der Mängel des D-Berichtes ist die zielgerichtete Steuerung des Heilverfahrens ausgeschlossen.

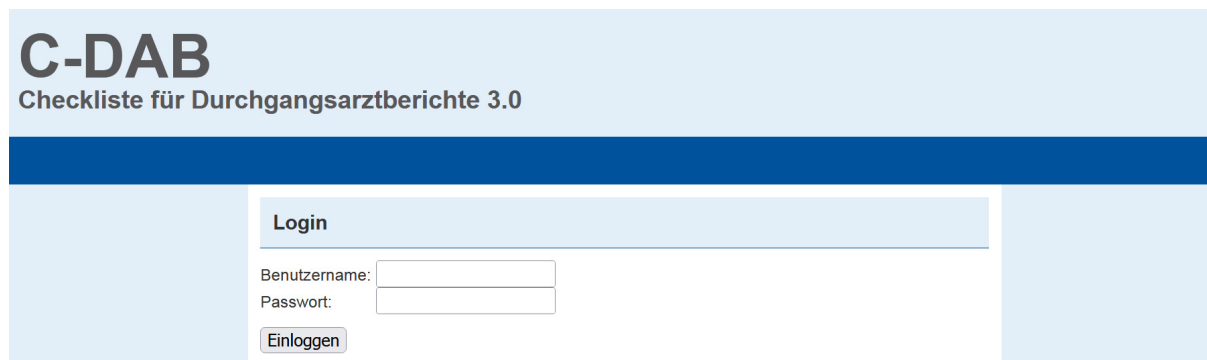
Zusätzlich steht Ihnen für die Begründung Ihrer Gesamtbewertung ein **Kommentarfeld** zur Verfügung. Falls es weitere Aspekte gibt, die Ihre Gesamtbewertung beeinflusst haben und die zuvor nicht durch die Checklistenpunkte erfragt wurden, so können Sie diese hier näher erläutern (z.B. formale Kriterien wie unübliche Abkürzungen oder mangelhafte Rechtschreibung und Grammatik, wodurch die Verständlichkeit des Berichtes beeinträchtigt wird).

6 DIE WEBANWENDUNG „C-DAB“

Die Webanwendung „C-DAB“ („Checkliste für Durchgangsarztberichte“) ist die Online-Plattform, auf der Sie die D-Berichte beurteilen. Sie erreichen C-DAB, indem Sie folgenden Internetlink in die Adresszeile Ihres Browsers eingeben:

<https://c-dab2.de/c-dab/login/>

Es erscheint die Startseite von C-DAB. Hier geben Sie Ihre Login-Daten ein, die wir Ihnen zugesandt haben:



C-DAB
Checkliste für Durchgangsarztberichte 3.0

Login

Benutzername:

Passwort:

6.1 DER ERSTE LOGIN: D-BERICHTE ZU ÜBUNGSZWECKEN

Bevor Sie mit der Beurteilung von echten D-Berichten beginnen können, haben wir für Sie zu Übungszwecken **drei fiktive D-Berichte** (Trainingsberichte) erstellt, die Sie als letzten Schritt im Rahmen der Peer-Schulung bearbeiten sollen. Nach dem erfolgreichen ersten Login erscheint folgende Übersicht auf Ihrer Startseite:

Trainingsberichte

	Allgemeine Daten	Bewertungsstatus	Bewerten
1	Eingetroffen: 11.10.2020, 10:30 Uhr Beschäftigt als: Bäckereifachangestellte	 Noch nicht bewertet	Bewerten
2	Eingetroffen: 13.6.2020, 08:00 Uhr Beschäftigt als: Hotelfachmann	 Noch nicht bewertet	Bewerten
3	Eingetroffen: 15.6.2020, 12:00 Uhr Beschäftigt als: Auszubildender Pferdewirt	 Noch nicht bewertet	Bewerten

Ziel der Trainingsberichte ist es, dass Sie sich anhand von praxisnahen Fallbeispielen schnell in die Funktionsweise des Systems einarbeiten können; Ihre Angaben werden dabei nicht ausgewertet. Die dargestellten drei D-Berichte „Bäckereifachangestellte“, „Hotelfachmann“ und „Auszubildender Pferdewirt“ behandeln fiktive Fälle, bei denen die erstellten D-Berichte von ganz unterschiedlicher Qualität sind.

Wenn Sie beispielsweise mit dem Trainingsbericht „Bäckereifachangestellte“ beginnen möchten, rufen Sie diesen ganz einfach auf, indem Sie rechts in der entsprechenden Zeile auf „**Bewerten**“ klicken.

In der sich nun öffnenden Berichtsseite finden Sie in der **linken, weißen Spalte** alle originalen Angaben des zu bewertenden D-Berichtes. In der **rechten, hellblau eingefärbten Spalte** dagegen befinden sich die entsprechenden Checklistenfragen, wie Sie in Kapitel 3 vorgestellt wurden. Zur Veranschaulichung ist hier die erste Checklistenfrage der Sektion UNFALLORT, UNFALLHERGANG, TÄTIGKEIT DER VERSICHERTEN PERSON ZUM UNFALLZEITPUNKT dargestellt:

Unfallort, Unfallhergang, Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt	
Unfallort: Verkaufsraum der Bäckerei Unfallhergang: Auf dem Weg zum Backofen ausgerutscht, keine äußeren Einwirkungen. Während des Fallens mit dem Hinterkopf an den Tresen gestoßen und auf das Gesäß gefallen. Mit den Händen den Sturz abgefangen. Keine Bewusstlosigkeit/Amnesie. Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall: hierher	Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig? ☐ Ja ☐ Nein

Durch die in Kapitel 3.1 dargestellten Anforderungen an die Dokumentation in diesem Bereich dürften Sie zu dem Schluss kommen, dass die aufgeführten Angaben vollständig sind. Klicken Sie für die Beantwortung der Checklistenfrage demzufolge auf die Antwort „Ja“. Daraufhin wird Ihnen angezeigt, dass diese Antwort korrekt ist:

Unfallort, Unfallhergang, Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt	
Unfallort: Verkaufsraum der Bäckerei Unfallhergang: Auf dem Weg zum Backofen ausgerutscht, keine äußeren Einwirkungen. Während des Fallens mit dem Hinterkopf an den Tresen gestoßen und auf das Gesäß gefallen. Mit den Händen den Sturz abgefangen. Keine Bewusstlosigkeit/Amnesie. Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall: hierher	Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig? ☒ Ja ☐ Nein Korrekt.

Falls Sie sich für die Antwort „Nein“ entschieden hätten, wäre folgender Hinweis erschienen:

Unfallort, Unfallhergang, Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt	
Unfallort: Verkaufsraum der Bäckerei Unfallhergang: Auf dem Weg zum Backofen ausgerutscht, keine äußeren Einwirkungen. Während des Fallens mit dem Hinterkopf an den Tresen gestoßen und auf das Gesäß gefallen. Mit den Händen den Sturz abgefangen. Keine Bewusstlosigkeit/Amnesie. Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall: hierher	Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig? ☐ Ja ☒ Nein Falsch. Ihr Kommentar zu dieser Bewertung? Wie sehr beeinträchtigt dieser Kritikpunkt die Qualität des Berichts? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 sehr gering sehr stark

Bearbeiten Sie auch die restlichen Checklistenfragen nach diesem Verfahren. Beachten Sie dabei bitte, dass nicht zu jedem von Ihnen angewählten Punkt auch ein Hinweistext erscheint. Die Hinweise sollen Ihnen nur eine grobe Orientierung geben.

Wenn Sie alle Checklistenfragen abgearbeitet und eine Gesamtbewertung vergeben haben, klicken Sie am Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung absenden**. Danach können Sie die anderen beiden Trainingsberichte „Hotelfachmann“ und „Bäckereifachangestellte“ aufrufen und diese bearbeiten.

Hinweis: Sie können das Bearbeiten eines Trainingsfalles auch unterbrechen und später fortsetzen, indem Sie am unteren Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung später fortsetzen** klicken. Ebenso gibt es die Möglichkeit, das Bearbeiten eines Trainingsberichtes komplett abubrechen und zu einer anderen Zeit neu zu beginnen, indem Sie am unteren Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung abbrechen** klicken (Achtung: Ihr bisheriger Bearbeitungsstand in dem jeweiligen Trainingsbericht wird hierbei nicht gespeichert). Die Zuweisung von originalen D-Berichten erhalten Sie jedoch erst nach erfolgreichem Abschluss der Peer-Schulung, welche mit der Bewertung aller drei Trainingsberichte endet.

6.2 ÜBERSICHT ÜBER ZUGEWIESENE ECHTE D-BERICHTE

Wenn Sie die vorherigen Schulungsmaßnahmen (inkl. der drei Trainingsberichte) absolviert haben, werden Ihnen nach jedem erfolgreichen Login nur noch **echte D-Berichte** auf der Startseite angezeigt. Alle auf der Startseite gelisteten D-Berichte wurden Ihnen per Zufallsprinzip zur Beurteilung zugewiesen:

Berichte		
Bitte bewerten Sie folgende Berichte:		
Allgemeine Daten	Bewertungsstatus	Bewerten
1 Eingetroffen: 23.10.2020, 08:27 Uhr Beschäftigt als: KFZ-Mechaniker	 Noch nicht bewertet	Bewerten
2 Eingetroffen: 28.4.2020, 16:35 Uhr Beschäftigt als: Physiotherapeutin	 Bewertung angefangen, aber noch nicht fertig	Bearbeiten
3 Eingetroffen: 26.8.2020, 22:40 Uhr Beschäftigt als: Koch und Platzwart	 Bewertung abgeschlossen.	
4 Eingetroffen: 7.8.2020, 09:39 Uhr Beschäftigt als: Tischler	 Ohne Bewertung abgeschlossen.	

Unter der Spalte „**Allgemeine Daten**“ finden Sie die einzelnen D-Berichte mit den Informationen, wann die versicherte Person eingetroffen ist und welchem Beruf sie nachgeht. Über die Spalte „**Bewerten**“ gelangen Sie auf die Berichtsseite, auf der Sie den jeweiligen D-Bericht einsehen und bewerten können. Für die Spalte „**Bewertungsstatus**“ sind vier Möglichkeiten vorgesehen:

„ Noch nicht bewertet “	Die Beurteilung für den D-Bericht steht noch aus.
„ Bewertung angefangen, aber noch nicht fertig “	Die Beurteilung wurde bereits begonnen, jedoch unterbrochen, um sie später fortzusetzen.
„ Bewertung abgeschlossen “	Der D-Bericht wurde vollständig beurteilt und kann nun nicht mehr aufgerufen werden.
„ Ohne Bewertung abgeschlossen “	Der D-Bericht war nicht beurteilbar (Wiedererkrankungsbericht, siehe Kapitel 6.6), ist daher abgeschlossen worden und kann nun nicht mehr aufgerufen werden.

6.3 BEURTEILUNG EINES D-BERICHTES

Nachdem Sie einen D-Bericht aufgerufen haben, werden Ihnen alle relevanten Informationen und Felder, die Sie zur Beurteilung benötigen, auf der Berichtsseite angezeigt. Wie Sie es bereits aus den Trainingsberichten kennen, finden Sie die Originalangaben aus dem D-Bericht jeweils in der **linken, weißen Spalte**, während die zugehörigen und von Ihnen zu beantwortenden Checklistenfragen auf der **rechten, hellblau eingefärbten Spalte** dargestellt sind.

Screenshot der Berichtsseite (Auszug) mit einem Beispielbericht:

Daten aus dem Durchgangsarztbericht:	Ihre Bewertung:
Allgemeine Hintergrundinformationen 	
Eingetroffen: 10.6.2020, 09:53 Uhr Beschäftigt als: Abteilungsleiter Unfalltag: 10.6.2020 / Unfallzeit: 09:00 Uhr Beginn der Arbeitszeit: 06:30 Uhr / Ende der Arbeitszeit: 15:00 Uhr Geschlecht: männlich / Alter: 32 Jahre Bemerkungen:	
Unfallort, Unfallhergang, Tätigkeit der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt 	
Unfallort: Werkhalle 3C auf dem Firmengelände Unfallhergang: Bei Glasveredelungsarbeiten wollte der UV eine Glasscheibe umstellen, dabei brach die Glasscheibe und fiel dem UV auf den rechten Unterarm und die rechte Hand Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall: Druckverband vom Kollegen angelegt bekommen und zu uns	Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig? ☐ Ja ☐ Nein 

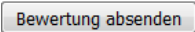
Bewerten Sie einen D-Bericht, indem Sie die Checklistenfragen beantworten und dabei die Bewertungskriterien anwenden, die in Kapitel 3 erläutert wurden. Wenn Sie alle Checklistenfragen abgearbeitet und eine Gesamtbewertung vergeben haben, klicken Sie am Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung absenden**. Nachdem Sie das Absenden bestätigt haben (es folgt eine Vollständigkeitsüberprüfung, siehe Kapitel 6.5), ist die Beurteilung dieses Falles abgeschlossen. Der D-Bericht erscheint vorübergehend noch auf Ihrer Startseite unter dem Bewertungsstatus *Bewertung abgeschlossen*, ist jedoch nicht mehr abrufbar.

Hinweis: Sie können das Bearbeiten eines Falles auch unterbrechen und später fortsetzen, indem Sie am unteren Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung später fortsetzen** klicken. Ebenso haben Sie die Möglichkeit, das Bearbeiten eines D-Berichtes komplett abubrechen und zu einer anderen Zeit neu zu beginnen, indem Sie am unteren Ende der Berichtsseite auf die Schaltfläche **Bewertung abbrechen** klicken (Achtung: Ihr bisheriger Bearbeitungsstand in dem jeweiligen D-Bericht wird hierbei nicht gespeichert).

6.4 „HILFE“-FUNKTION

Falls Sie sich während der Beurteilung eines D-Berichtes bei einer Checklistenfrage einmal hinsichtlich der Bewertungskriterien unsicher sein sollten, so steht Ihnen ganz rechts auf der Berichtsseite an mehreren Punkten eine Hilfe-Funktion zur Verfügung. Durch Klicken auf das -Symbol erscheint jeweils ein Erklärungstext, der für die Beantwortung der entsprechenden Checklistenfrage noch einmal die wesentlichen Inhalte des Manuals wiedergibt. So können Sie die Bewertungskriterien jederzeit noch einmal nachlesen, auch wenn Sie das Manual gerade nicht zur Hand haben sollten.

6.5 VOLLSTÄNDIGKEITSÜBERPRÜFUNG

Nachdem Sie zum Absenden einer Beurteilung auf den Button  geklickt haben, erscheint auf dem Bildschirm folgender Hinweis:

Ihre Bewertung wird noch kurz einer Vollständigkeitsüberprüfung unterzogen. Wenn diese ok ist, können Sie Ihre Bewertung nachträglich nicht mehr ändern. Möchten Sie Ihre Bewertung wirklich abschicken?

Vollständigkeitsüberprüfung bedeutet, dass das System prüft, ob alle Pflichtfelder von Ihnen ausgefüllt wurden. Diese müssen zwingend beantwortet werden. Falls Sie einmal vergessen haben sollten, ein Pflichtfeld zu beantworten, wird Ihnen nach der Vollständigkeitsprüfung oben auf der Berichtseite ein entsprechender Hinweis gegeben:

 **Der Bericht konnte nicht abgesendet werden. Sie haben einen oder mehrere Abschnitte des Berichts nicht bewertet. Bitte gehen Sie den Bericht noch einmal durch und geben Ihre Bewertung auch an den markierten Stellen ab.**

Welche Checklistenfelder müssen, welche sollten und welche können von Ihnen ausgefüllt werden?

Checklistenfragen (Ja/Nein-Fragen) <i>(siehe Kapitel 3)</i> Abschließende Bewertung (Gesamtbewertung) <i>(siehe Kapitel 5)</i>	Pflichtfelder. Diese müssen von Ihnen beantwortet werden.
Einschätzung der Relevanz eines Mangels <i>(siehe Kapitel 4)</i>	Soll-Felder. Diese sollten von Ihnen ausgefüllt werden, werden aber nicht für die Vollständigkeitsüberprüfung herangezogen.
Kommentare zu festgestellten Mängeln (Freitextfelder) <i>(siehe Kapitel 4)</i>	Kann-Felder. Diese können von Ihnen ausgefüllt werden, werden aber nicht für die Vollständigkeitsüberprüfung herangezogen.

6.6 WAS TUN, WENN EIN D-BERICHT NICHT BEURTEILT WERDEN KANN? (WEGEN WIEDERERKRANKUNG ODER WIEDERVORSTELLUNG)

Die Online-Checkliste ist für **Erstberichte** entwickelt worden und daher auch nur auf diese anwendbar. In den durch automatisierte Prozesse aus der Datenbank extrahierten Daten können aber auch D-Berichte enthalten sein, bei denen es sich nicht um einen Erstbericht handelt (insbesondere bei Wiedererkrankung oder Wiedervorstellung). Solche D-Berichte enthalten meistens nicht ausreichend Informationen oder nur formale Hinweise (z.B.: „Wiedererkrankung nach § 27 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, siehe Originalbericht“).

Eine Beurteilung solcher D-Berichte kann daher nicht adäquat mithilfe der Checkliste vorgenommen werden!

Wenn Ihnen ein D-Bericht mit Wiedererkrankung oder Wiedervorstellung vorliegt, schließen Sie diesen Fall bitte **ohne Bewertung** ab, indem Sie am unteren Ende der Berichtseite auf die Schaltfläche [Ohne Bewertung abschließen](#) klicken.

Vorbehandlungen und Zuweisungen

Eine besondere und je nach Einzelfall zu entscheidende Konstellation liegt vor, wenn Vorbehandlungen durch andere Leistungserbringer oder Zuweisungen stattgefunden haben. **Grundsätzlich gilt, dass ein Fall nach Möglichkeit immer dann bewertet werden soll, wenn Sie den ersten, im Rahmen des D-Arztverfahrens erstellten D-Bericht für diesen Unfall vorliegen haben.** So kann es z.B. vorkommen, dass eine versicherte Person zunächst bei einem Kinder-/Hausarzt vorstellig wird, bevor eine Überweisung an die D-Ärztin oder den D-Arzt erfolgte. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass der Ihnen vorgelegte Bericht der Erstbericht für den Unfallversicherungsträger ist, welcher durch Sie entsprechend den Checklistenkriterien bewertet werden soll.

Bei Vorbehandlungen können diverse Umstände jedoch auch dazu führen, dass ein D-Bericht nur eingeschränkt beurteilbar ist (z.B. wenn der D-Ärztin bzw. dem D-Arzt Fremdaufnahmen nicht vorlagen). **Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie einen D-Bericht bewerten sollen oder nicht, schließen Sie den Fall „Ohne Bewertung“ ab.**

Wenn Ihnen im D-Bericht wichtige Angaben fehlen, ist dies allein jedoch kein Grund, den D-Bericht zurückzuweisen. Vielmehr sind die fehlenden Angaben als Mangel zu bewerten mit der Folge, dass der D-Bericht eine schlechte Bewertung erhält.

7 ZUGANG UND FRAGEN ZU C-DAB

Bevor Sie mit den Bewertungen beginnen, hier noch einige grundsätzliche Hinweise!

7.1 KANN ICH AUCH VON PRIVATEN RECHNERN AUF DIE CHECKLISTE ZUGREIFEN?

Ja. Grundsätzlich steht es Ihnen frei, wann und von wo aus Sie sich in C-DAB einloggen, um D-Berichte zu beurteilen. Es wird stets eine SSL-verschlüsselte Verbindung zur Internetadresse von C-DAB (siehe S. 20) aufgebaut (zu erkennen am „https“).

Stellen Sie jedoch sicher, dass Sie dabei entweder über einen kabelgebundenen Anschluss (LAN-Kabel) oder ein **gesichertes W-LAN-Netz** mit dem Internet verbunden sind! Private W-LAN-Netzwerke sind in der Regel durch einen persönlichen Netzwerkschlüssel gesichert.

In öffentlichen W-LAN-Netzwerken, wie Sie sie z.B. in Hotels, Zügen, öffentlichen Gebäuden oder an öffentlichen Plätzen vorfinden, prüfen Sie bitte, ob es sich um ein gesichertes W-LAN-Netzwerk handelt, bevor Sie sich in C-DAB einloggen. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik stellt hierzu einige Sicherheitstipps auf seiner Homepage bereit:

https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/Verbraucherinnen-und-Verbraucher/Informationen-und-Empfehlungen/Cyber-Sicherheitsempfehlungen/Router-WLAN-VPN/Sicherheitstipps-fuer-privates-und-oeffentliches-WLAN/sicherheitstipps-fuer-privates-und-oeffentliches-wlan_node.html

7.2 KONTAKTDATEN, FALLS SIE HILFE BENÖTIGEN ODER FRAGEN HABEN

Wenn Sie Fragen zum Verfahren oder technische Probleme mit der Webanwendung C-DAB haben, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren! Sie erreichen die projektbetreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald über folgende Kontaktdaten:

Email: cdab@med.uni-greifswald.de

Telefon: 03834/86-7764 (Herr Daniel Szczotkowski)
03834/86-7762 (Frau Bianca Biedenweg)
03834/86-7768 (Frau Liesa Steidle)