

Freiburger Arbeitsunfallstudie III

FAUST-III

Evaluation des Umsetzungskonzeptes FAUST-II in die Versorgung von psychischen Gesundheitsstörungen bei SAV-Fällen

Jörg Angenendt, Anne Riering, Luisa Egly, Utz Ullmann

Gefördert mit Mitteln der Forschungsförderung der DGUV, St. Augustin

F271 A/B

Laufzeit der Studie Oktober 2018 bis August 2022

Freiburg, den 28.02.2023

Danksagung

Unser wissenschaftliches Forschungsvorhaben mit vierjähriger Laufzeit, mehr als 2800 gescreenten Arbeitsunfallverletzten, 350 eingeschlossenen und 270 vollständig nachuntersuchten Teilnehmer:innen sowie Prozesserhebungen bei den Psychologischen Diensten und den UV-Fallmanager:innen konnte nur deshalb so erfolgreich realisiert werden, weil wir als Forschungsgruppe durchgehend umfassende Unterstützung erhalten haben:

Wir bedanken uns herzlich bei den Leiter:innen der Psychologischen Dienste der neun BG Unfallkliniken und den jeweiligen Assistent:innen, die vier Jahre die Rekrutierung, Untersuchungen und Behandlungen der SAV-Fälle unermüdlich und mit größtem Engagement durchgeführt haben. Auch während der Corona-bedingt erschwerten Arbeitsbedingungen und Einschränkungen haben sie alle organisatorischen, klinischen und wissenschaftlichen Maßnahmen für die Studienpatient:innen ausgezeichnet umgesetzt.

Weiterhin bedanken wir uns bei allen Projektverantwortlichen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die einen vollständigen Rücklauf der UV-Nachuntersuchungen mit „harten Daten“ zum Heilverlauf und eine einzelfallbezogene Evaluation der Anwendungserfahrungen sichergestellt haben. Die mailbasierte und telefonische Zusammenarbeit war immer durch höchste Zuverlässigkeit, Unterstützungsbereitschaft und einen sehr freundlichen Umgang miteinander geprägt. Die zuständigen UV-Mitarbeitenden haben die für die Nachuntersuchungen benötigten Informationen auf einem hohen Qualitätsniveau bereitgestellt, obwohl diese zusätzlichen Aufgaben außerhalb der Routinearbeiten und auch hier – coronabedingt – teils unter quantitativ (erhöhtes Fallaufkommen) und qualitativ (Homeoffice) stark erschwerten Arbeitsbedingungen realisiert werden mussten.

Unser ganz besonderer und sehr persönlicher Dank gilt den Verantwortlichen der „AG Trauma und Psyche“, hier besonders hervorzuheben Frau C. Drechsel-Schlund, Herrn D. Scholtysik, sowie dem wissenschaftlichen Vertreter im „Studienbegleitenden Arbeitskreis-FAUST-III“, Herrn Prof. Dr. M. Wich. Alle hatten bereits intensiv an den FAUST-Vorläuferstudien mitgewirkt und durch ihre hohen Sachkenntnisse und ihr unermüdliches Engagement die Planung, Durchführung und den erfolgreichen Abschluss der Studien gefördert und möglich gemacht. Die schon jahrzehntelang bestehende intensive Zusammenarbeit und auch das gegenseitige Vertrauen haben die Lösung aufgetretener Probleme und Verzögerungen im Studienablauf gefördert. Herr Dr. Schmidt von der Forschungsförderung der DGUV war für uns – wie auch bei den Vorstudien – eine sehr kompetente und lösungsorientierte Ansprechperson für alle Belange der organisatorischen und finanziellen Unterstützung.

Wir bedanken uns bei Frau Dr. U. Polak (Referatsleiterin Heilbehandlung/Gesundheitswesen), Frau Dr. B. Schmucker (BG Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung) und Herrn R. Hartkamp (Referent Unfallbegutachtung/Pflege/Psychotherapeutenverfahren) für die vielfältige Unterstützung und Koordination der sehr konstruktiven Zusammenarbeit von DGUV, BG Unfallkliniken und deren Psychologischen Diensten mit unserer Forschungsgruppe.

Ferner gilt unser Dank den beiden inzwischen emeritierten Klinikdirektoren Prof. Dr. M. Berger und Prof. Dr. N. Südkamp (beide Universitätsklinikum Freiburg), die an der aktuellen Studie noch in der Vorbereitungsphase beteiligt waren und die vor allem die Vorläuferstudien FAUST I + II und das Konzept einer eng-verzahnten und bereichernden Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie/Orthopädie und Psychiatrie/Psychotherapie entscheidend geprägt und praktisch umgesetzt haben.

Nicht unerwähnt bleiben sollen die vielen Versicherten und Studienpatient:innen, deren Bereitschaft zur Mitwirkung unverzichtbare Voraussetzung für die Beantwortung der sehr wichtigen und praxisrelevanten Forschungsfragen war.

Wir sind überzeugt, mit den vorgelegten Ergebnissen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung und Verbesserung der klinischen Versorgung von Arbeitsunfallverletzten mit psychischen Gesundheitsbeschwerden und –störungen innerhalb des UV-Heilverfahrens leisten zu können.

Im Namen der gesamten Forschungsgruppe ein herzliches Dankeschön!

Dr. Jörg Angenendt & Dr. Utz Ullmann

Kurzfassung

Ziele: Die vorliegende versorgungswissenschaftliche Studie hat die Prozess- und Ergebnisqualität eines Screening-gestützten Vorgehens zu Früherkennung, Diagnostik und Frühintervention psychischer Unfallfolgebeschwerden nach akuten, schweren Arbeitsunfallverletzungen re-evaluiert. Ein optimiertes Konzept zur sekundären Prävention von Risikopatient:innen (RP) wurde seit 2016 routinemäßig bei SAV-Fällen in neun BG Unfallkliniken eingesetzt. Güte der Umsetzung, Anwendungserfahrungen und Ergebnisse wurden bei den psychologischen Diensten (PD), UV-Verwaltungen und Versicherten prospektiv untersucht. **Aktivitäten/Methoden:** Zwischen 2018 und 2021 wurden n=2822 akute SAV-Patienten mit dem Freiburger Screeningfragebogen (FSQ) untersucht. Dabei wurden 16% als RP identifiziert. Die n=211 eingeschlossenen RP wurden innerhalb der ersten 21 Tage nach Klinikaufnahme und erneut nach 6 Monaten mit psychometrischen Selbstbeurteilungsfragebögen untersucht. Verfahrensabläufe und Anwendungserfahrungen wurden von den PD für die stationäre Phase und von den UV-Fallmanager:innen für das Heilverfahren nach sechs Monaten schriftlich erhoben. Zu Kontrollzwecken wurden zusätzlich 152 Nichtrisikopatienten untersucht. Da die Intervention naturalistisch und ohne Kontrollbedingungen evaluiert wurde, wurden Daten der methodisch vergleichbaren Vorläuferstudie (FAUST-II) für historische Vergleiche herangezogen. **Ergebnisse:** Das Screening hat bei guter Praktikabilität und hoher Akzeptanz während der Erstbehandlung bei 2/3 aller RP zu spezifischen psychodiagnostischen oder/und -therapeutischen Maßnahmen geführt. Die standardisierte Benachrichtigung der UVT über den Risikostatus hat bei 90% funktioniert. Die für die rot-Fälle vorgesehenen, für gelb-Fälle nur optionalen Befundberichte mit individuellen Weiterbehandlungsempfehlungen lagen für 50% der RP vor. In den Versichertenakten waren bei 33% der RP explizite psychische Diagnosen dokumentiert. Auch wurden bei einem Drittel der RP ambulante psychotherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Diese waren überwiegend noch im Anfangsstadium. Die Prozessevaluation durch die UV-SB war überwiegend positiv, für die gelb-Gruppe aber kritischer als für die beiden anderen Risikogruppen. Im Vergleich zur Vorgängerstudie zeigte sich eine verbesserte Rezeption durch die SB der UVT. Nach 6 Monaten war eine Reduktion psychischer Unfallfolgebeschwerden (PTBS, Depression, Angst) nicht nachweisbar. Die signifikanten initialen Unterschiede zwischen den Risikogruppen blieben im Mittel ohne klinisch relevante Verbesserungen erhalten. Etwa die Hälfte der RP gaben in ihrer Selbstbeurteilung klinisch relevante Beschwerden, Einschränkungen ihrer Alltagsbewältigung und ihrer Lebensqualität an. Dabei hatten die am stärksten Belasteten konsequenterweise häufiger Behandlungen erhalten. Historische Vergleiche mit der Vorläuferstudie erbrachten - trotz signifikant besserer Detektion, einer positiveren Bewertung des Screening-Algorithmus und einer höheren psychotherapeutischen Behandlungsquote der RP keine Überlegenheit in den Heilverläufen der aktuellen Stichprobe gegenüber der von FAUST-II. **Schlussfolgerungen:** Der fehlende Wirksamkeitsnachweis für die Intervention im 6-Monatsverlauf muss vor dem Hintergrund der bei SAV-Patient:innen prioritären Behandlung der schweren körperlichen Verletzungsfolgen, der in 72% noch nicht erreichten beruflichen Rehabilitation und der zumeist noch im Anfangsstadium befindlichen psychotherapeutischen Behandlungen bewertet werden. Die deutlich verbesserten und inzwischen gut etablierten Prozessabläufe in den Kliniken und bei den UVT lassen erwarten, dass das Screening-gestützte Handlungskonzept bei höherer Therapiedosis und leitliniengerechter Anwendung der entsprechenden Psychotherapieverfahren seine Wirksamkeit zeigen wird. Entsprechende Effekte werden sich realistischerweise jedoch erst nach ca. 12-18 Monaten beurteilen lassen.

Summary

Objectives: The naturalistic study re-evaluated the process- and outcome quality of a screening-based approach for early detection, diagnosis and intervention of psychological sequelae after acute, severe occupational injuries. An optimized concept for secondary prevention of high-risk patients has been routinely applied to SAV-cases in nine highly specialized accident-emergency hospitals since 2016. Degree and quality of implementation, application experiences, and outcomes were prospectively evaluated among psychological services, administrators of the workers-liability, and insured patients. **Activities/Methods:** Between 2018 and 2021, n=2822 patients after severe accidents at the workplace were screened with a short screening questionnaire (FSQ). 16% were identified as „risk“ or „high-risk-patients“. The n=211 included study participants were examined with psychometric self-report questionnaires within the first 21 days of hospital admission and after 6 months. Psychological Services collected data concerning diagnostic and therapeutic procedures and application experiences for the inpatient phase, Case Managers reported curative procedures within a 6-months follow-up phase. For control purposes 152 non-risk patients (NR) were studied additionally. Data from the methodologically comparable previous study (FAUST-II) were used for historical comparisons, because the intervention was evaluated naturalistically and without control condition. **Results:** Screening led to specific psychodiagnostic or/and psychotherapeutic interventions in 2/3 of all at-risk cases with good practicability and high acceptance during initial treatment. The concordance between risk status and clinical impression or mental examination findings was higher in NR than in RP. Standardized notification of risk status to the workers-liability insurance worked in 90%. Reports of findings with individual follow-up recommendations, which were provided for high-risk-cases (HRP) and only optional for risk-cases (RP) were available for 50%. Explicit mental health diagnoses were documented in the insurance files for 33%. Outpatient psychotherapeutic support was carried out for one third of the identified risk cases. However, most of these were still in the early stages. The process-evaluation by the Case managers was mostly positive, but more critical for the risk group than for both other groups (HRP and NR). After 6 months, a reduction in psychological accident sequelae (PTSD, depression, anxiety) was not detectable. The significant initial differences between the three risk groups were maintained on average without clinically relevant improvements. Approximately half of the RP reported clinically relevant complaints, limitations in their ability to cope with everyday life, and their quality of life. The most severely distressed consistently had more frequently received treatments. Comparisons with the previous study did not yield superiority of the current intervention over that of FAUST-II, despite significantly better detection, a more positive evaluation of the screening algorithm und its procedures, and a higher rate of psychotherapeutic treatment for RP. **Conclusions:** The lack of evidence of efficacy for the intervention at 6 months must be evaluated in light of the priority given to treatment of severe physical injury sequelae in SAV patients, vocational rehabilitation not yet achieved in 72%, and psychotherapeutic treatments mostly still in the early stages. The significantly improved and now well-established process flows in the casualty-hospitals and at the administration lead us to expect that the screening-based action concept will show its effectiveness in treating the psychological sequelae in risk-patients – but with higher psychotherapy doses and guideline-compliant application of the corresponding psychotherapy procedures. The effects of such treatment will however only be realistically assessable after about 12 to 18 months.

Inhalt

1	PROBLEMSTELLUNG	7
2	FORSCHUNGSZWECK / FORSCHUNGSZIEL	8
3	METHODIK	9
3.1	UNTERSUCHUNGSDESIGN, ABLÄUFE UND INSTRUMENTE	9
3.1.1	ABLÄUFE UND UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE IN DEN KLINIKEN	10
3.1.2	ABLÄUFE UND UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE IN DEN UV-VERWALTUNGEN	10
3.1.3	ABLÄUFE UND UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE BEI PATIENT:INNEN	11
3.2	AUSWERTUNGSMETHODIK	11
3.3	TATSÄCHLICHER STUDIENVERLAUF	12
4	ERGEBNISSE DES GESAMTVORHABENS	13
4.1	STICHPROBE	13
4.1.1	PROBANDENFLUSS	13
4.1.2	STICHPROBENBESCHREIBUNG	14
4.2	PROZESSEVALUATION	16
4.2.1	PROZESSE IN DER BGU	16
4.2.2	PROZESSE AN DER SCHNITTSTELLE BGU ZU UVT	20
4.2.3	PROZESSE BEI DEN UVT	21
4.2.4	PROZESSE AUS PATIENT:INNENPERSPEKTIVE	25
4.2.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER PROZESSEVALUATION	27
4.3	HEILVERLÄUFE	28
4.3.1	SYMPTOMSKALEN	28
4.3.2	WEITERE ASPEKTE DES HEILVERLAUFS IM HISTORISCHEN VERGLEICH	34
4.4	WEITERFÜHRENDE ANALYSEN DER HEILVERLÄUFE	37
4.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER HEILVERLÄUFE	38
5	DISKUSSION UND AUSBLICK	39
6	LITERATUR	43
7	ANHANG	46

1 Problemstellung

Psychische Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen sind seit zwei Jahrzehnten ein vielbeachtetes Thema der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Steigende Fallzahlen und Besonderheiten der Heilverfahren (HV) zeigen, dass nicht nur Berufsgruppen mit erhöhtem Risiko für psychische Traumatisierungen aufgrund ihrer beruflichen Exposition betroffen sind (z.B. Lokführer, Bankangestellte, Rettungskräfte). Auch bei Versicherten, die Unfälle mit primär körperlichen Verletzungen erleben, können psychische Belastungen und Traumafolgestörungen aus dem unmittelbaren Unfallereben und/oder aus den vielschichtigen Unfallfolgen resultieren (Angenendt et al., 2006; 2012, 2016; AWMF, 2019; 2020; Bryant et al., 2010). Anhaltende psychische Beschwerden und Symptome wurden empirisch als komplizierende Faktoren der medizinischen und rehabilitativen HV erkannt (Frommberger et al., 1998a,b; Drechsel-Schlund, 2012). Negative Auswirkungen auf die Lebensqualität von Unfallopfern sind nachgewiesen (Angenendt et al., 2011, 2012, 2014). Das Referat „Trauma und Psyche“ der DGUV befasst sich fortlaufend mit den vielschichtigen Aspekten des Themas und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Das DGUV-Psychotherapeutenverfahren (Drechsel-Schlund et al., 2015; 2018), die Qualitätssicherung der „Begutachtung zur Zusammenhangsfrage bei psychischen Gesundheitsstörungen“ und die gezielte Forschungsförderung im Bereich der Früherkennung und Frühintervention psychischer Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen sind dabei besonders hervorzuheben. Seit Ende der 90er Jahre besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Freiburger Forschungsgruppe, aus der zwei vorherige wissenschaftliche Studien (FAUST-I und FAUST-II) zur Rehabilitations- und Versorgungsforschung im unfallchirurgischen Kontext hervorgegangen sind (Angenendt et al., 2011, 2012, 2016; Südkamp et al., 2012, Riering, 2015).

Die aktuelle Evaluationsstudie leitet sich direkt aus der 2011 abgeschlossenen Freiburger Arbeitsunfallstudie-II (FAUST-II) ab. Deren Ziele waren die Implementierung und Evaluation einer Screening-gestützten Früherkennung psychischer Belastungen nach schweren Arbeitsunfällen während der stationär-unfallchirurgischen Erstbehandlung, deren Verlaufsbeobachtung im weiteren HV sowie eine bedarfsgerechte Diagnostik, Indikationsstellung und Einleitung spezifischer Therapiemaßnahmen. Praktikabilität und Akzeptanz des Screening-gestützten Vorgehens wurden damals in 18 Unfallkliniken an 1800 Patient:innen untersucht. Die Prozess- und Ergebnisqualität definierter Behandlungspfade wurde multimethodal bei den Versicherten, Kliniken und UV-Verwaltungen evaluiert. Nach Abnahme des wissenschaftlichen Abschlussberichtes hatte der GFK-Ausschuss „Rehabilitation“ im Februar 2013 den Auftrag erteilt, aus den Studienergebnissen und deren Schlussfolgerungen ein „Umsetzungskonzept FAUST-II“ zu erarbeiten. Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von D. Scholtysik und C. Drechsel-Schlund (AG Trauma und Psyche) hatte den Auftrag, die identifizierten strukturellen und prozessualen Schwachstellen abzubauen und optimierte Voraussetzungen für Früherkennung und Frühbehandlung zu schaffen. Der GFK-Ausschuss hatte gleichzeitig beschlossen, das Umsetzungsvorhaben begleitend wissenschaftlich evaluieren zu lassen.

2 Forschungszweck / Forschungsziel

Nationale und internationale Leitlinien beschreiben einen proaktiven „Screen-and-Treat“ Ansatz für akute Traumatisierungen (AWMF 2019, 2020; NICE, 2005; ACPMH, 2006). Ziel der vorliegenden Studie war zu prüfen, wie gut sich dieser Screening-basierte Ansatz (siehe auch Roberts et al., 2010, 2019; O`Donnell et al., 2012, Becker-Nehring et al., 2014, Zatzik et al., 2013, Shalev et al., 2019) auch in der HV-Steuerung für schwer Arbeitsunfallverletzte mit psychischen Folgebelastungen unter naturalistischen Bedingungen umsetzen lässt.

Die Studie wurde federführend von der Freiburger Forschungsgruppe in enger Kooperation mit den Psychologischen Diensten (PD) der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken (BGU - vertreten durch deren Sprecher und zweitem Forschungsleiter Dr. U. Ullmann, BG Kliniken Bergmannstrost Halle) geplant und durchgeführt. Sie verfolgte das Ziel einer wissenschaftlichen Evaluation der Implementierung des „FAUST-II Umsetzungskonzeptes“, das seit Januar 2016 in neun BGU routinemäßig durchgeführt wurde. Es handelt sich hierbei um eine Intervention zur Screening-gestützten Früherkennung und -behandlung unfallbedingter psychischer Störungen bei Versicherten mit einer akuten Verletzung nach dem Schwerverletztenartenverfahren (SAV), die in den Rundschreiben 144/2015 und 153/2015 der DGUV beschrieben ist.

Gegenüber dem Vorgehen in der Vorläuferstudie FAUST-II wurden Modifikationen vorgenommen, die optimierte Voraussetzungen für eine frühzeitige Erkennung psychischer Folgestörungen bieten: 1. Das Screening und die aus dem Screeningergebnis abgeleiteten psychodiagnostischen und -therapeutischen Maßnahmen während der Erstbehandlung erfolgten durch die PD. In FAUST-II waren unterschiedliche Berufsgruppen für das Screening und z.T. klinikexterne Ärzte für die konsiliarischen psychiatrisch-psychologischen Untersuchungen zuständig gewesen. 2. Die Weitergabe des Screening-Resultats und ggfs. zusätzlicher Untersuchungsbefunde sowie Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen im ambulanten HV erfolgte durch standardisierte Berichtsformulare an die UV-Verwaltungen. 3. Die jeweiligen UVT waren durch die DGUV Rundschreiben und zusätzlich über das UV-Net (<http://uv-net.dguv.de/leistungen/trauma-und-psychische-gesundheits-schaeden/forschung/index.jsp>) über die Prozessabläufe und Dokumente zur Umsetzung des Projektes informiert. 4. Eine enge Zusammenarbeit mit dem bei SAV-Fällen zumeist involvierten Reha-Management (DGUV, 2010; Bonner, 2015; Lahr, 2015) und die Hinzuziehung der zum DGUV-Psychotherapeutenverfahren (Drechsel-Schlund et al., 2015, 2018) zugelassenen Psychotherapeut:innen war zur Umsetzung der Therapieempfehlungen nach dem Screening vorgesehen. Gegenüber der Laufzeit von FAUST-II (2007-2011) war in den UV-Verwaltungen eine höhere Prozessstabilität bei der Steuerung von Fällen mit psychischer Komponente erreicht, so dass die Hinzuziehung der entsprechenden Netzwerkpartner:innen in deutlich höherem Maße erwartet werden konnte.

Zielgruppe des Implementierungsprojektes und der Evaluationsstudie waren Arbeitsunfallpatient:innen im SAV-Verfahren, die in einer der BGU stationär erstbehandelt wurden. Die Zielgruppe wurde aus Gründen einer bestmöglichen Vergleichbarkeit mit den in den FAUST-Vorläuferstudien eingeschlossenen Patient:innengruppen (akut verletzte

Arbeitsunfallpatient:innen mit mindestens 6 Tagen Liegedauer) gewählt. Die Routine-Implementierung wurde nach Entscheidungen der DGUV-Gremien in den BGU durchgeführt, weil hier durch die PD die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen vorliegen, Screening, Diagnostik, und stationäre Frühintervention leitliniengerecht durchzuführen und qualifizierte Empfehlungen für eine bedarfsgesteuerte Weiterbehandlung der Versicherten an die UV-Mitarbeitenden zu geben.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden die folgenden zwei Hauptfragestellungen wissenschaftlich untersucht:

1. Kann die Intervention (FAUST-II Umsetzungskonzept) angemessen in die Versorgung von Arbeitsunfallopfern implementiert werden? (Prozess- und Implementierungsevaluation).
2. Sind durch die Intervention Verbesserungen der Ergebnisse bezüglich psychischer Symptome und Störungen nach 6 Monaten nachweisbar? (Effekt- bzw. Ergebnisevaluation).

3 Methodik

3.1 Untersuchungsdesign, Abläufe und Instrumente

Im Folgenden werden neben dem allgemeinen Studiendesign (s. Abb. 1) die Abläufe und Erhebungsinstrumente für die verschiedenen am Untersuchungsprozess beteiligten Institutionen und Personen beschrieben.

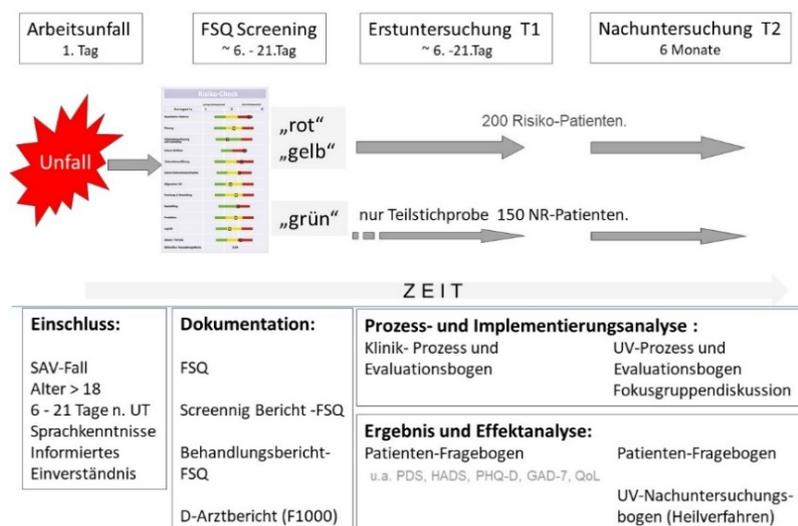


Abb. 1: Ablauf der Studie und Erhebungsinstrumente

An der Studie waren – nach vorzeitiger Beendigung der Patient:innenrekrutierung im Department für Unfallchirurgie des UK-Freiburg im Juni 2019 – neun BGU beteiligt. Einschlusskriterien waren: Stationär erstbehandelter Arbeitsunfall mit SAV-Verletzung,

Screening zwischen dem 6. und 21. Tag nach dem Unfall, Alter mindestens 18 Jahre, ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, informiertes schriftliches Einverständnis, vorheriger Einschluss in das FSQ-Implementierungsprojekt. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten (Ersterhebung: (T1) und 6-Monats-Katamnese: (T2)). Alle verwendeten Erhebungsinstrumente sind im Anhang einzusehen (→ A2).

Die Nähe zur UV-lichen Praxis war dadurch gewährleistet, dass das Forschungsteam in allen Phasen der Studie eng mit den PD der BGU und mit Vertretern des Referates „Trauma und Psyche“ der DGUV (unter der Leitung von D. Scholtysik und C. Drechsel-Schlund), in dem alle BGen und 5 UVTöH vertreten sind, kooperierten. Dem studienbegleitenden Arbeitskreis „FAUST-III“ gehörten folgende Personen an: Frau Dr. U. Polak, Herr Prof. Dr. M. Wich (UK Berlin-Marzahn), Herr D. Scholtysik, Frau C. Drechsel-Schlund (beide AG Trauma und Psyche), die Forschungsleiter (Herr Dr. J. Angenendt, Herr Dr. U. Ullmann).

Mitarbeitende der PD und die von den gewerblichen BG und UK für die „FAUST-III“ Studie benannten Projektverantwortlichen hatten an einer ganztägigen Auftakt- und Multiplikatoren-Veranstaltungen zur „Umsetzung FAUST-II“ in Frankfurt (22.07.2015; Leitung: Frau C. Drechsel-Schlund) bzw. Berlin (09.09.2015; Leitung: D. Scholtysik) teilgenommen. Weitere konzeptuelle Abstimmungen erfolgten bei gemeinsamen Treffen der „Arbeitsgemeinschaft der an BG-Kliniken tätigen Psychotherapeuten und Psychologen“ (AGPP), Dr. B. Schmucker (BG Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH) und den Forschungsleitern am 13.10.2015 und 23.02.2016 in der BGU Frankfurt und am 25.10.2016 in der BGU in Halle.

3.1.1 Abläufe und Untersuchungsinstrumente in den Kliniken

Die Intervention in den Kliniken beinhaltete die Vorgabe und Auswertung des FSQ-Screenings (Stieglitz et al., 2002), die Versendung des Screening-Berichtes sowie bei rot-Patient:innen (obligat) und bei gelb-Patient:innen (optional) eine persönliche Exploration zur Evaluation des Risikostatus und zur Befunderhebung. Im Bedarfsfall erfolgte Verlaufsuntersuchungen und psychologische Therapiemaßnahmen waren dabei mit dem FSQ-Behandlungsbericht zu dokumentieren und an die UVT und das Studienzentrum in Freiburg zu versenden.

Im „Prozess- und Evaluationsbogen – Psychologischer Dienst“ wurde die Umsetzung der Intervention durch die Mitarbeitenden der Dienste schriftlich erfragt (Prozessevaluation): Abläufe und Zeitaufwand des Screenings (Meldung, Einschluss, Vorgabe, Rücknahme, Auswertung), die auf der Basis des FSQ-Screenings erfolgten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen und der Versand der FSQ-Benachrichtigungsbögen. Darüber hinaus wurden der klinische Nutzen der Intervention, Übereinstimmungen/Diskrepanzen zwischen FSQ-Ergebnis und klinischen Untersuchungsbefunden sowie Abweichungen gegenüber dem sonst klinik-üblichen Vorgehen bei psychischen Unfallfolgebeschwerden bewertet.

3.1.2 Abläufe und Untersuchungsinstrumente in den UV-Verwaltungen

Mit dem nach sechs Monaten versandten „UV- Prozess- und Evaluationsbogen“ und dem „UV-Katamnesebogen“ wurden die Prozessabläufe in den Verwaltungen nach Eingang des

FSQ-Ergebnisberichtes und ggfs. des Zusatzbefundes (FSQ-Behandlungsbericht) untersucht. Die versendeten Fragen wurden durch die zuständigen Fallmanager anhand der Versichertenakten schriftlich beantwortet. Erfragt wurden - neben HV-Daten - eingesetzte Methoden der Verlaufsbeobachtung psychischer Belastungen und die Umsetzung der im Behandlungsbericht empfohlenen Therapiemaßnahmen sowie mögliche Gründe oder Hindernisse bei mangelnder Umsetzung. Abschließend wurde eine einzelfallbezogene Evaluation der Anwendungserfahrungen mit der Intervention (z.B. Verständlichkeit, Eindeutigkeit, Nutzen) vorgenommen. Eine zusätzliche Datenerhebung erfolgte durch ein Gruppeninterview mit den Projektverantwortlichen der BG/UK in Form einer Fokusgruppe.

3.1.3 Abläufe und Untersuchungsinstrumente bei Patient:innen

Zur intraindividuellen Veränderungsmessung wurden die nach Unfalltraumata häufigen psychischen Folgesymptome mit Hilfe psychometrisch überprüfter und wissenschaftlich etablierter Selbstbeurteilungsfragebogen zu T1 und T2 erfasst (Ergebnisevaluation): Das PTBS-Syndrom wurde über die „Posttraumatic Diagnostic Scale“ (PDS; Foa et al., 1995), depressive Symptome durch die Unterskala „Depression“ des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-D; Gräfe et al., 2004), Angstsymptome über die Unterskala der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS; Hermann-Lingen et al., 1995) erfasst. Darüber hinaus waren in den Patient:innen-Erhebungsbögen offene, halboffene und geschlossene Fragen zu Reaktionen auf den Arbeitsunfall und dessen Folgen sowie der subjektiven Bewertung integriert. Der Patient:innenfragebogen liegt in einer Version zur Ersterhebung und zur Katamnese vor. Einige Aspekte wurden nur zum zweiten Zeitpunkt erfasst, z.B. Lebensqualität (WHOQOL-BREF; Angermeyer et al., 2000) und Generalisierte Angst (GAD-7; Löwe et al., 2002). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden gegenüber den Erhebungsinstrumenten in FAUST-II nur geringfügige Modifikationen vorgenommen. Die Nachuntersuchung wurde postalisch durch die Forschungsgruppe durchgeführt. Zur Förderung der Bereitschaft wurde den Teilnehmenden nach Rückversand der Nachuntersuchungsbögen eine Aufwandsentschädigung (30 €) überwiesen.

3.2 Auswertungsmethodik

Für die Datenauswertung kamen unterschiedliche deskriptive und inferenzstatistische Verfahren zur Anwendung:

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurden deskriptive Methoden eingesetzt, um den Stand der Implementierung abzubilden. Darüber hinaus wurde über einen Vergleich der aktuellen Prozessvariablen mit den Daten aus Kontroll- und Interventionsphase von FAUST-II überprüft, ob eine signifikante Verbesserung des Implementierungsprozesses gegenüber den historischen Daten vorliegt. Dies geschah anhand von statistischen Mittelwerts- und Anteilsvergleichen sowie durch qualitative, inhaltsanalytische Auswertungen.

Zur Auswertung der zweiten Fragestellung (Veränderung der psychischen Symptomatik nach 6 Monaten) wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor und einer historischen Kontrollgruppe aus der Kontrollphase der FAUST-II Studie durchgeführt. Ein signifikanter Interaktionseffekt sollte als Hinweis auf den erwarteten Interventionseffekt interpretiert werden.

Primäre outcome-Variablen waren die Symptomschwere von PTBS (Summenscore PDS) und depressivem Syndrom (Summenscore PHQ-D). Sekundär wurden – neben der Angstsymptomatik (erfasst über den GAD-7 zu T2) – weitere Variablen des Heilverlaufs (Funktionsbeeinträchtigungen, Schmerzen, Arbeitsunfähigkeit, etc.) über Anteils- und Mittelwertvergleiche in Bezug zur historischen Stichprobe analysiert.

3.3 Tatsächlicher Studienverlauf

Die Studie wurde entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen, insbesondere den seit 2017 eingeführten Vorgaben der „Europäischen Datenschutz Grundverordnung – DSGVO“ und nach positivem Votum der Ethik-Kommission der Universität Freiburg und – soweit erforderlich – den Anschlussvoten der zuständigen Ethik-Kommissionen der jeweiligen Kliniken durchgeführt. Der Studienbeginn verzögerte sich durch hierfür nötige Anpassungen etwas. Nach persönlicher und schriftlicher Aufklärung lag für alle eingeschlossenen Patient:innen eine schriftliche Einverständnis- und Teilnahmeerklärung vor.

Da das „FAUST-II Umsetzungskonzept“ bereits seit 2016 in der Versorgungsroutine bei SAV-Fällen angewendet worden war, war das klinisch-praktische Vorgehen bei RP bereits etabliert. Alle Zentren waren mit den notwendigen Studienunterlagen und einer Übersicht der Abläufe und Arbeitsschritte ausgestattet. Von Oktober 2018 bis November 2020 wurden ausschließlich Risiko- (gelb) und Hochrisikopatient:innen (rot) eingeschlossen. Entgegen bisherigen Erfahrungswerten mit eher geringen Ablehnungsquoten ergaben sich von Anfang an Rekrutierungsprobleme: Eine unerwartet große Anzahl (ca. 60%) von einschussfähigen Unfallpatient:innen konnten oder wollten an der wissenschaftlichen Untersuchung nicht teilnehmen. Die Rekrutierung im 10. Studienzentrum (Department für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Freiburg) musste nach dem Tod der an beiden FAUST-Vorläuferstudien beteiligten psychologischen Mitarbeiterin und wegen eines zu geringen Aufkommens von akuten SAV-Fällen im Juni 2019 eingestellt werden. Im Rahmen der seit Februar 2020 in Deutschland aufgetretenen Covid-19 Pandemie kam es wegen der gravierenden Gesundheitsgefährdungen zu umfassenden Schutzmaßnahmen, Kontaktbegrenzungen und –verboten in den Kliniken, so dass der Zugang der psychologischen Mitarbeitenden zu den unfallchirurgischen Stationen erheblich eingeschränkt und z.T. völlig unterbrochen war. Im Rahmen einer ersten Sitzung des forschungsbegleitenden Arbeitskreises wurden Abhilfemaßnahmen intensiv diskutiert. Wegen der weiterhin anhaltenden Rekrutierungsprobleme musste die anvisierte Stichprobengröße von ursprünglich geplanten 350 auf 200 RP reduziert werden. Eine erste kostenneutrale Laufzeitverlängerung der Studie mit konsequenter Weiterführung aller o.b. Forschungsarbeiten für zunächst 12 Monate wurde in dieser Sitzung einstimmig empfohlen und von der DGUV-Forschungsförderung gewährt.

Die zu Kontrollzwecken erfolgte vollständige Erhebung von 152 NR konnte zwischen November 2020 und Mai 2021 erfolgreich abgeschlossen werden. Die Nachuntersuchungen (T2 nach 6 Monaten) bei den Patient:innen und UVT konnten im Mai 2022 abgeschlossen werden.

Ergänzend zu den einzelfallbezogenen Evaluationen der UV-SB wurde im Februar 2022 eine Fokusgruppendifkussion im online-Format durchgeführt.

Die Treffen der AGPP waren durch die Corona-bedingten Mobilitäts- und Kontaktbeschränkungen eingeschränkt und konnten zeitweise nur im Online-Format erfolgen.

Seit Studienbeginn erfolgten Treffen der beiden Forschungsleiter mit den PD der BGU im Rahmen der AGPP-Sitzungen in Berlin (11/2018), in Bad Reichenhall (10/2019), in Halle/Saale (12/2019), in Murnau (10/2021) und Tübingen (10/ 2022). Die Studienlaufzeit war nach Abnahme des 3. Zwischenberichts im Dezember 2021 nochmals bis zum 31.08.2022 verlängert worden.

4 Ergebnisse des Gesamtvorhabens

4.1 Stichprobe

Einschlussvoraussetzung war die Teilnahme an dem seit 2016 laufenden „FSQ-Routineverfahren“. Dessen Teilnahmestatik wurde durch Herrn Dr. Obermeier (BGU Halle) erstellt. Dazu meldeten die PD monatlich die im IT-System gemeldeten SAV-Fälle, Teilnahme-Ausschlussgründe (z.B. elektive Aufnahmen, Alter < 18 J., Entlassung), Anzahl der Screening-Fälle und Verteilung auf die drei Risikokategorien.

4.1.1 Probandenfluss

Zwischen Oktober 2018 und September 2021 konnten insgesamt n=2822 Patient:innen erfolgreich gescreent werden. Davon waren n=2350 (83,6%) NR-Fälle, die - mit Ausnahme der Erfassung von n=152 während der Kontrollphase - nicht eingeschlossen wurden. n=461 waren anhand ihres FSQ-Wertes der Risikogruppe zugeordnet worden: 4 bis 7 Punkte -> gelb: n=371; > 7 Punkte -> rot: n=91). Die Risikoquote war somit niedriger als in FAUST-II (23,5%). Von den RP nahmen 211 (45,5%) an der Studie teil. Gründe der Nicht-Teilnahme finden sich in Abbildung 2.

Wegen nicht durchführbarer Nachuntersuchungen (n=14) reduzierte sich die primäre Erhebungsstichprobe auf n=349 Teilnehmende. Von diesen nahmen (76%) an der Nachuntersuchung teil, so dass die Datenanalyse und Ergebnisdarstellung auf diese N=270 Fälle fokussiert wurde, für die vollständige Datensätze zu beiden Messzeitpunkten vorlagen. Die Auswertungsstichprobe setzte sich somit aus n=159 RP (gelb: n=131; rot: n=28) und n=111 NR-Fällen (grün) zusammen.

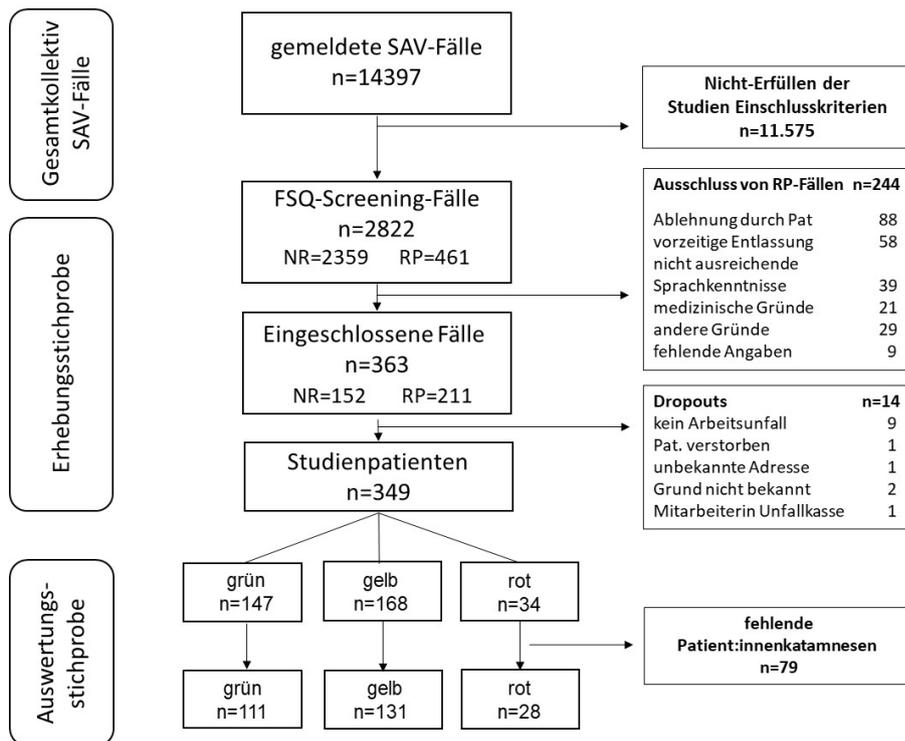


Abb. 2: Probandenfluss vom Gesamtkollektiv der SAV-Fälle zur Auswertungsstichprobe

Um Ergebnisverzerrungen durch die Beschränkung auf die Auswertungsstichprobe auszuschließen, wurden zentrale Merkmale mit denen der Erhebungsstichprobe verglichen. Zu T1 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich folgender Variablen: Quoten der Risikogruppen, Alter, Geschlecht, Schwere der PTBS- und depressiven Symptomatik, stationäre Erstbehandlungsdauer. Zu T2 ergaben sich keine signifikanten Abweichungen bezüglich folgender Variablen: Mittelwerte des depressiven und des PTBS-Syndroms, Arbeitsunfähigkeit, Komplikationsgrad der HV.

4.1.2 Stichprobenbeschreibung

4.1.2.1 Soziodemografische und unfallbezogene Merkmale

In Tabelle 1 sind Merkmale für die drei Risikogruppen, die aggregierte Gruppe der RP (gelb und rot) und die Gesamtgruppe (N=270) wiedergegeben: Die Stichprobe bestand zu 75% aus männlichen Teilnehmenden, das Durchschnittsalter betrug knapp 47 Jahre. Der Anteil von Untersuchten nicht deutscher Nationalität betrug nur 5% und war geringer als es dem behandelten Patient:innenkollektiv entspricht. Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse waren einer der häufigsten Gründe für die Nicht-Teilnahme sowohl am Routinescreening als auch der Evaluationsstudie (16%). Vergleiche der Stichprobenmerkmale zwischen RP und NR-Gruppe erbrachten keine signifikanten Unterschiede: Allerdings lag bei den RP im Trend ein höherer Anteil von Frauen (28,2%) im Vergleich zu den NR (18,3%) vor. Eine Übersicht relevanter Stichproben- und Heilverlaufsdaten nach Geschlecht getrennt betrachtet findet sich im Anhang (→ A3-1).

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

	FAUST-III					FAUST-II Kontrollphase
	Gesamt 270	Rot 28	Gelb 131	Grün/NR 111	Orange/RP 159	Orange/RP 168
Alter in Jahren (M ± SD)	47,3 ± 13,6	45,3 ± 14,1	48,6 ± 13,5	46,4 ± 13,5	48,0 ± 13,6	44,8 ± 11,7
Geschlecht (% männlich)	75,5	78,6	69,5	81,7	71,2	76,2
Ausbildung (% Haupt- & Realschule)	80,4	82,2	80	80,5	80,4	
in Bez. Lebend (%)	65,7	67,9	65,1	65,7	65,6	
Nationalität (% deutsch)	95	88,9	96,1	95,3	94,8	
Zugehörigkeit Betrieb in Monaten (M ± SD)	133,4 ± 136,8	101,6 ± 130,2	142,9 ± 145,3	130,1 ± 127,7	135,8 ± 143,2	
weitere Aspekte						
Tage bis Screenervorgabe (M ± SD)	10,2 ± 4,8	11,1 ± 4,2	10,4 ± 5,6	9,8 ± 3,9	10,48 ± 5,4	9,6 ± 7,1
Art des Unfalls (% Arbeitsunfall)	73,9	82,1	71,5	74,5	73,4	59,4
Trauma A1 erfüllt (%)	37,0	75,0	45,0	18,0	50,3	32,5
FSQ-Screening (M ± SD)	3,8 ± 2,8	8,8 ± 0,7	5,1 ± 1,0	1,0 ± 0,9	5,8 ± 1,7	6,0 ± 1,7

Annähernd 3/4 der Unfallverletzten hatten in der dichotomen Klassifizierung einen Arbeitsunfall i.e.S. erlitten. Der Anteil an Wegeunfällen betrug - ohne Gruppenunterschiede - 25%. Ein für die Bedeutung des Risikostatus relevanter Unterschied zeigte sich bezüglich des Unfallereignisses: Die PD sahen bei 50% der RP- und bei 18% der NR-Fälle die Kriterien für ein potenziell traumatisierendes Unfallereignis nach der ICD-10 als erfüllt an. Dieser Unterschied war besonders deutlich für die HR mit einem Anteil von fast 3/4 als potenziell psychisch traumatisierend bewerteter Unfallereignisse. In der Kontrollphase der Vorläuferstudie FAUST-II war der Anteil als traumatisch beurteilter Ereignisse für die RP mit 32,5% signifikant geringer ($\chi^2(1) = 6,526, p = .011$). An dieser Stelle ist eine abweichende Erhebungsform zu beachten. Die Beurteilung erfolgte damals anhand der Beschreibungen des Unfallhergangs im D-Arztbericht durch die Forschungsgruppe.

4.1.2.2 FSQ-Screening

Der FSQ wurde zwischen dem 6. und 21. stationären Behandlungstag vorgegeben, im Mittel nach 10 Tagen. Bei den gelb-Patient:innen wies er einen Mittelwert von 5,1 auf, 2/3 hatten 4 oder 5 der FSQ-Fragen bejaht. Bei den rot-Patient:innen betrug der Mittelwert 8,8, hier hatten 20% den Maximalwert von 10 erreicht. Bei den grün-Patient:innen lag der Mittelwert unter 1, mehr als 1/3 hatte im FSQ überhaupt keine psychischen Initialsymptome bejaht.

4.1.2.3 Verteilung der Fälle auf die UVT

Erwartungsgemäß waren die Studienteilnehmer:innen nicht gleichmäßig auf die verschiedenen UVT verteilt (s. Abb. 3).

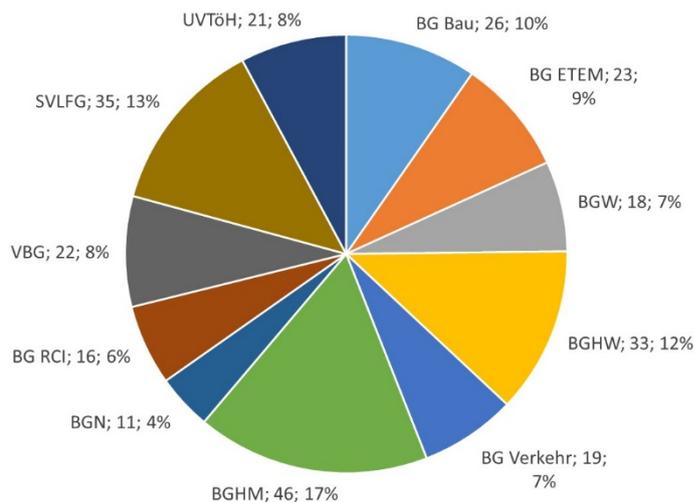


Abb. 3: Verteilung der Fälle der Auswertungsstichprobe auf die verschiedenen UVT

Es zeigte sich allerdings ein überraschend geringer Anteil von Pat. der UVTöH, der mit insgesamt lediglich 8% in der Gruppe der SAV-Fälle deutlicher geringer vertreten war als im Kollektiv des DGUV-Psychotherapeutenverfahrens, in dem die Quote ca. 20% beträgt.

4.2 Prozessevaluation

4.2.1 Prozesse in der BGU

4.2.1.1 Umsetzung der Intervention durch die PD

Die Ergebnisse zu den einzelnen Prozessschritten der PD in den BGU sind überblicksartig in den Abbildungen 4 und 5 wiedergegeben.

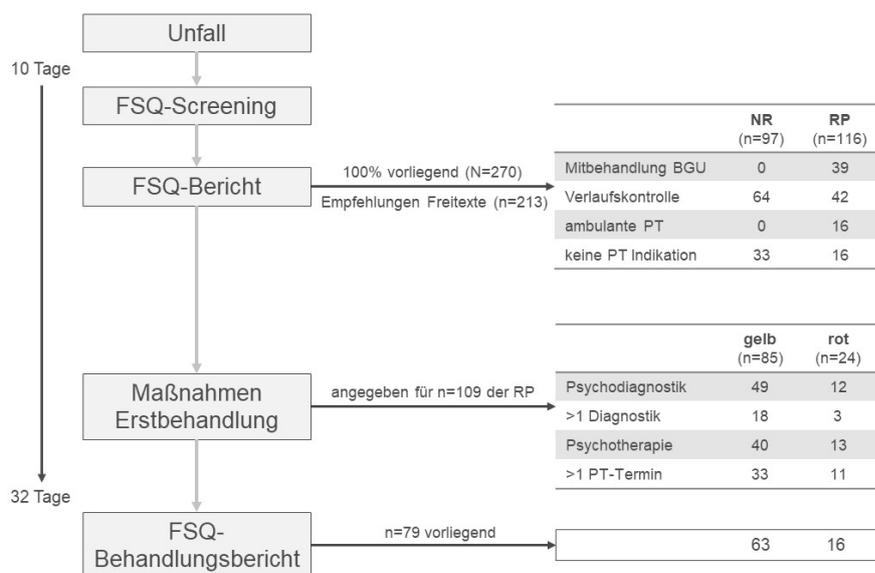


Abb. 4: Prozesse in der BGU – vom Screening zum Behandlungsbericht

4.2.1.1.1 FSQ-Bericht

Der FSQ-Bericht lag für alle Studienpatient:innen vor. Neben den Standardbeschreibungen und den aus dem Risikostatus abgeleiteten allgemeinen Handlungsempfehlungen bestand die Möglichkeit für zusätzliche Kommentare oder Empfehlungen an die UVT. In fast 2/3 der Berichte (auch der NR) fanden sich solche individuellen Zusatzinformationen. Diese ließen sich bei den RP inhaltlich fünf Kategorien zuordnen: 1. Vorab-Ankündigung einer psychologischen Mitbetreuung während der Klinikbehandlung und des separat versendeten FSQ-Behandlungsberichts (n=39). 2. Empfehlung einer gezielten Verlaufsbeobachtung durch die UVT oder einer Hinzuziehung des D-Arztbes bei psychischen Belastungen (n=42), 3. Frühe Indikationsstellung für ambulante Psychotherapie (n=16), 4. Einschätzung eines aktuell nicht gegebenen Bedarfs spezifischer psychologischer Maßnahmen (n=16), 5. andere Hinweise (n=3: z.B. keine Untersuchung wegen vorzeitiger Entlassung).

4.2.1.1.2 Maßnahmendurchführung

Bei 86% der rot-Fälle wurden während der stationären Erstbehandlung Diagnostik- und/oder Therapiemaßnahmen umgesetzt. Dabei handelte es sich je zur Hälfte um ein- bzw. zweimalige Untersuchungstermine mit primär psychodiagnostischer Zielsetzung, bzw. um explizit als Therapie bezeichnete Behandlungssitzungen. In 9 Fällen konnten bis zu 5 Therapiesitzungen durchgeführt werden, in 4 mehr als 5 Sitzungen. Bei den gelb-Patient:innen lag die Quote weiterführender Maßnahmen jenseits des Screenings bei etwa 2/3. Dabei wurden häufiger psychodiagnostisch orientierte (n=49) als Behandlungssitzungen (n=40) angegeben.

Nicht durchgeführte Maßnahmen waren vor allem bei den gelb-Fällen durch vorzeitige Entlassungen (n=12), eine bereits ausreichende psychische Entlastung im Rahmen des Screeningkontaktes (n=7) sowie eine Ablehnung des Gesprächsangebotes durch die Versicherten (n=18) begründet. D.h. bei 30% der gelb-Fälle waren frühe stationäre Maßnahmen nicht realisierbar, nicht gewollt oder nicht notwendig. Bei den HR-Fällen waren vorzeitige Entlassungen in zwei Fällen und eine Ablehnung ausschlaggebend für nicht realisierbare Maßnahmen.

4.2.1.1.3 FSQ-Behandlungsbericht

Die o.b. Maßnahmen wurden nach Angaben der PD nach Abschluss bzw. zur Klinikentlassung bei 84 RP (rot: n=20; gelb: n=64) mit dem FSQ-Behandlungsbericht dokumentiert. Für die Auswertungsstichprobe konnten die Behandlungsberichte von 63 gelb- und 16 rot-Patient:innen analysiert werden, die der Forschungsgruppe vorlagen. Diese waren im Durchschnitt 32 Tage (gelb: M=34,4 rot: M=20,0) nach dem Screening erstellt.

Die dichotome Fremdbeurteilung der 10 Beschwerdebereiche nach Abschluss der Maßnahmen beinhaltete - analog zu den 10 Items des FSQ - eine psychopathologische Befundeinschätzung als jeweils „vorhanden“ bzw. „nicht vorhanden“. Diese Fremdbeurteilung wies auf eine deutlich geringere Beschwerdebhäufigkeit als die initiale FSQ-Selbstbeurteilung durch die Patient:innen hin (gelb: M=3,5; rot: M=6,2): 7 der rot-Patient:innen wurden bezüglich ihrer Symptombelastungen weiterhin als HR (> 7 bestätigte Symptome) beurteilt, 7

im Bereich der mittleren Belastung (4-7 bestätigte Symptome) und 2 im Wertebereich der NR-Gruppe (<3). Etwa 1/3 der gelb-Fälle (n=24) verblieb bezüglich der fremdbeurteilten Symptome in der gleichen (=mittleren) Risikokategorie, nur 3 Fälle wurden als stärker belastet eingeschätzt.

Ca. die Hälfte aller gelb-Fälle mit Behandlungsbericht (n=34) wies fremdbeurteilt weniger als 4 Symptome auf, würde somit der NR-Gruppe zugeordnet werden. Auch wenn dieser Vergleich aus methodischen Gründen problematisch ist, weil sowohl Beurteiler als auch Messzeitpunkte unterschiedlich sind, korrespondieren die geringer eingeschätzten Belastungsgrade mit den zusammenfassenden Verlaufseinschätzungen: Eine tendenzielle Verbesserung psychischer Symptome und Belastungen nach dem 4-Wochen-Zeitraum wurde bei 43,8% der rot- und 83,9% der gelb-Fälle angegeben. In vielen Fällen scheinen die Beurteilenden von „noch normalpsychologischen“ und „passageren“ psychischen Beschwerden mit günstiger Rückbildungstendenz ausgegangen zu sein. Eine Verlaufsverschlechterung wurde lediglich bei zwei gelb-Fällen angegeben. 56,3% der rot- aber nur 12,9% der gelb-Verläufe wurden über den stationären Beobachtungszeitraum als „unverändert“ eingestuft.

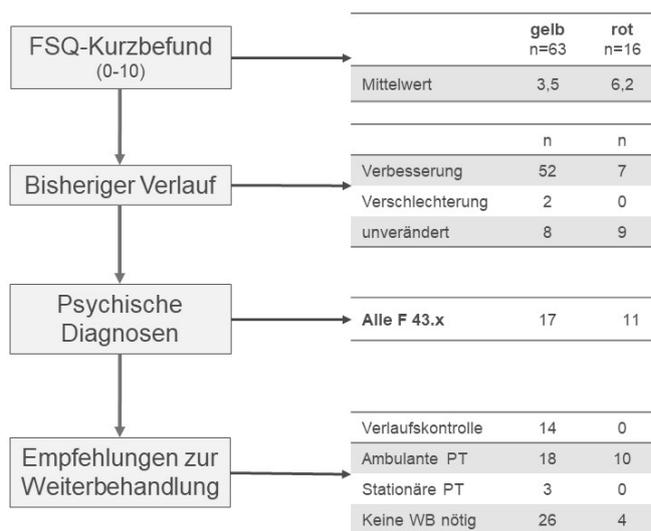


Abb. 5: Prozesse in der BGU - Inhalte des FSQ-Behandlungsberichts

Während der Erstbehandlung war im FSQ-Behandlungsbericht bei lediglich 11 der 16 rot- und 17 von 63 gelb-Patient:innen eine Verdachts- oder gesicherte ICD-10 Diagnose vergeben worden, allesamt aus dem Kapitel F43 der ICD-10 (psychische Belastungsstörungen). Über Gründe für die zurückhaltende Diagnosestellung können nur Hypothesen aufgestellt werden, z.B. Vorbehalte, frühe unfallbedingte Beschwerden zu pathologisieren. Nur in drei Fällen wurden im Vordergrund stehende unfallunabhängige Beschwerden beschrieben.

Als Weiterbehandlungsempfehlungen waren in 71,4% der rot-, und knapp 30% der gelb-Fälle ambulante Psychotherapien dokumentiert worden. Die Indikation für stationäre psychosomatische Behandlungsmaßnahmen wurde ausschließlich bei drei gelb-Fällen gestellt. In immerhin 40% der im FSQ-Behandlungsbericht beschriebenen RP-Fälle waren spezielle therapeutische Maßnahmen explizit als nicht notwendig beurteilt worden.

4.2.1.2 Evaluation der Intervention durch die PD

Die einzelfallbezogene Evaluation der Intervention durch die psychologischen Mitarbeitenden fiel überwiegend positiv aus. In Abbildung 6 sind die Zustimmungswerte der zusammengefassten Kategorien „hohe“ bzw. „sehr hohe Zustimmung“ auf einer 5-stufigen Skala getrennt für die drei Untergruppen aufgeführt.

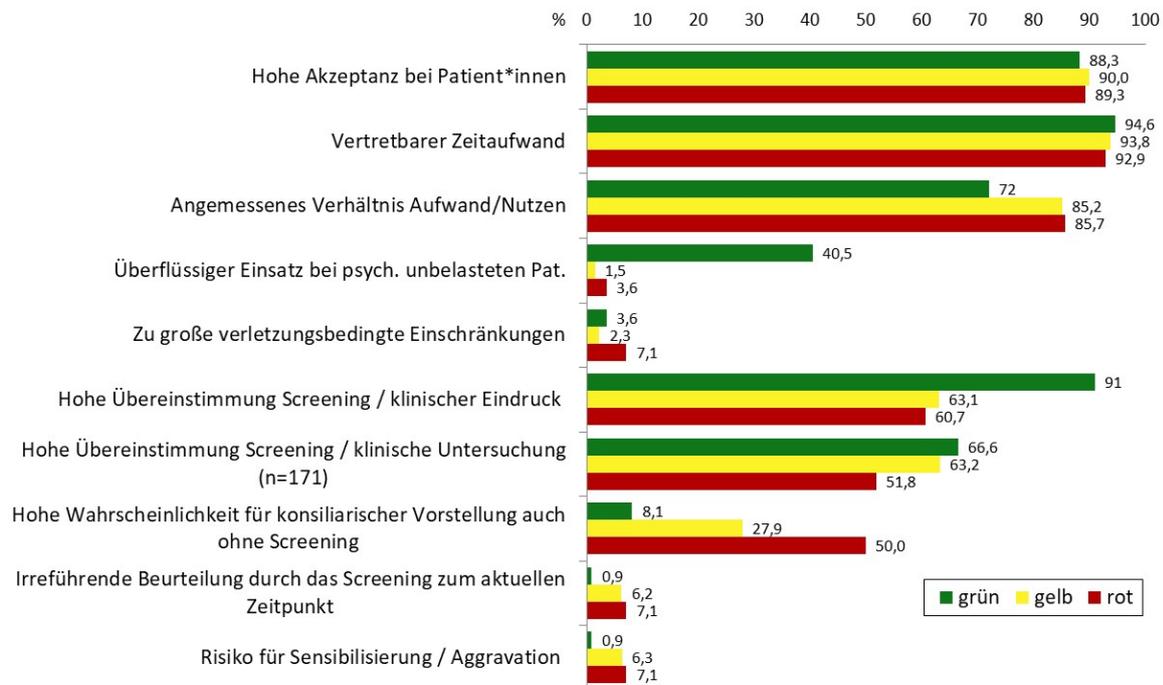


Abb. 6: Evaluation der Intervention durch die PD der BGU für die drei Risikogruppen

Mit über 80% Zustimmung wurden positiv bzw. sehr positiv beurteilt: Akzeptanz und Praktikabilität des Vorgehens, zeitlicher Aufwand und Kosten-Nutzen-Verhältnis des Screenings. Das Risiko einer Aggravation oder irreführender Einschätzung psychischer Beschwerden wurde als sehr gering beurteilt. Eine sehr hohe Übereinstimmung des Risikostatus mit dem im Screeningkontext gewonnenen ersten klinischen Eindruck (ohne explizite weitere Psychodiagnostik) wurde in 61 bzw. 63% der RP angegeben, deutlich höher mit 91% aber bei den NR-Fällen. Die Übereinstimmung nach durchgeführter psychodiagnostischer Untersuchung fiel nur bei den rot-Fällen mit 52% niedriger aus. Die Untersuchenden gehen davon aus, dass bei etwa der Hälfte der HR und 28% der gelb-Fälle ohne das FSQ-Screening eine konsiliarische Vorstellung sonst wahrscheinlich nicht erfolgt wäre. Der FSQ scheint somit Aufmerksamkeit auf eine Teilgruppe von RP gerichtet zu haben, die sonst nicht detektiert worden wären. Dieses Ergebnis war auch für die Mitarbeitenden der PD unerwartet und hat zu einer erhöhten Sensibilisierung für die Kriterien der Früherkennung beigetragen. Das Screening wurde für die psychisch wenig belasteten grün-Fälle, die 84% der Gesamtstichprobe ausmachen, in 40% der Fälle als „überflüssig“ beurteilt. Für die RP zeigte sich eine solche Einschätzung in weniger als 4% der Fälle.

Eine Evaluation der Prozesse durch die Mitarbeitenden in den beteiligten Unfallkliniken liegt für die Vorgängerstudie und einen historischen Vergleich nicht vor.

4.2.2 Prozesse an der Schnittstelle BGU zu UVT

4.2.2.1 FSQ-Bericht

Die Intervention verfolgte das wichtige Ziel, durch das Screening systematisch und frühzeitig auf Risikopersonen mit psychischen Auffälligkeiten oder gar manifesten Störungen aufmerksam zu werden, und das Ergebnis bzw. bereits erhobene Untersuchungsbefunde für die HV-Steuerung nach der Klinikentlassung nutzbar zu machen. Tatsächlich ist dies durch Übermittlung des FSQ-Berichtes in 85 bis 90% der Fälle erfolgreich gelungen.

Gegenüber einer Übermittlungsquote von nur 68% in der Interventionsphase der FAUST-II Vorläuferstudie war eine deutliche und statistisch hochsignifikante Verbesserung des Informationsflusses an der Schnittstelle Klinik - UVT festzustellen ($\chi^2(1) = 39,802, p < .001$).

4.2.2.2 FSQ-Behandlungsbericht

Der FSQ-Behandlungsbericht mit Verlaufs- und Befundangaben zu den bereits erfolgten Maßnahmen lag den zuständigen Mitarbeitenden in den UV-Verwaltungen in 70% der von den PD erstellten Befundberichte für gelb-Patient:innen sowie in 85% der erstellten Berichte für rot-Fälle vor.

Aufgrund der detektierten Diskrepanz zwischen den Angaben der PD über diese Behandlungsberichte und den im Studienzentrum sowie den UV-Verwaltungen vorliegenden Berichten wurde diesbezüglich nach Abschluss der Erhebung eine Problemanalyse durchgeführt. Nachforschungen bei den PD ergaben folgendes Bild: Berichte wurden teils zwar an die UV, nicht aber an das Studienzentrum geschickt; in einem der beteiligten Zentren waren die Berichtsinhalte systematisch in den FSQ-Screeningbericht integriert und somit lediglich in anderer Form an die UVT und das Studienzentrum übermittelt worden. Insgesamt kann somit davon ausgegangen werden, dass den UVT die relevanten Informationen deutlich häufiger vorlagen, als die Anzahl der als vorliegend angegeben FSQ-Behandlungsberichte dies zunächst vermuten ließ.

Weitere mögliche Gründe für die Diskrepanz könnten in Form von Zuordnungsschwierigkeiten auf Seiten der UVT bestehen, wenn der zweite Bericht separat und zu einem späteren Zeitpunkt als der (erste) FSQ-Bericht versendet wurde oder die psychischen Untersuchungsbefunde in den Entlassungsbrief der unfallchirurgischen Behandlung integriert worden waren.

Ein Vergleich mit der Vorgängerstudie ist an dieser Stelle nur bedingt möglich, da psychologische Konsiliar-Untersuchungen ausschließlich bei rot-Fällen durchgeführt worden waren. Für diese HR-Gruppe lag der geforderte Konsiliarbericht den UVT in ca. 2/3 der Fälle vor. Dies entspricht in etwa dem Anteil der Behandlungsberichte für die Gruppe der rot-Fälle in der aktuellen Stichprobe.

4.2.3 Prozesse bei den UVT

4.2.3.1 Umsetzung der Intervention durch die UV-SB

4.2.3.1.1 *Verlaufsüberwachung durch UV-SB*

Unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen des individuellen FSQ-Behandlungsberichts in den Versichertenakten wurde die Durchführung einer expliziten systematischen Überprüfung und Verlaufsüberwachung des initialen Risikostatus, der den UV-SB als FSQ-Bericht in fast 90% der Fälle vorlag, in nur etwa 1/3 aller RP (n=50) bestätigt. Diese erfolgte vor allem über gezielte Nachfragen bei den Versicherten (n=30), den RM (n=23) oder D-Ärzten (n=13). In n=24 RP-Fällen wurde eine systematische Verlaufskontrolle für psychische Beschwerden nach 12 Wochen, wie in den Standardempfehlungen des Screening-Berichts beschrieben, ohne weitere Begründung verneint. In n=76 Fällen wurde zwar die Eingangsfrage verneint, die als Freitexte angegebenen Begründungen ließen aber erkennen, dass sich entweder im Rahmen des etablierten Case-Managements für die SB keine Hinweise auf fortbestehende psychische Belastungen (n=24) oder die Notwendigkeit einer Veranlassung spezieller psychodiagnostischer Abklärungen (mehr) ergeben hatten (n=20) oder einer der folgenden Gründe angegeben wurde: Bereits eingeleitete ambulante psychotherapeutische Maßnahmen (n=14), erkennbare Fortschritte des Rehabilitationsprozesses (n=7), die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (n=5) oder Ablehnung eines speziellen psychologischen Unterstützungsangebots durch die Versicherten (n=6). D.h. die SB haben sich bei der HV-Steuerung bezüglich psychischer Beschwerden vor allem bei gelb-Fällen auf die aktuellen Verlaufsindikatoren nach der Klinikentlassung fokussiert. Sofern sich hier keine Auffälligkeiten (mehr) ergaben, wurde dem initialen, während der stationären Behandlungsphase ermittelten Risikostatus offensichtlich nicht (mehr?) eine so hohe Bedeutung beigemessen. Eine Form von Verlaufsüberwachung hatte folglich stattgefunden, auch wenn die entsprechende Frage im UV-Nachuntersuchungsfragebogen verneint worden war.

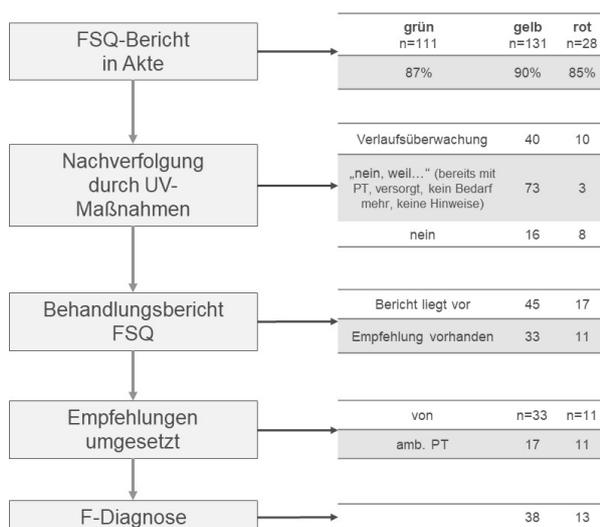


Abb. 7: Prozesse bei den UVT

Bei Vorliegen des FSQ-Behandlungsberichts mit spezifischen Empfehlungen für eine psychotherapeutische Behandlung gaben die SB dagegen an, diese bei allen rot- (11 von 11) und 17 von 33 gelb-Fällen umgesetzt zu haben. Für 28 Fälle wurden ambulante Maßnahmen bei zum DGUV PT-Verfahren zugelassenen Therapeut:innen eingeleitet. In vier Fällen wurde eine Umsetzung der Empfehlungen im Rahmen stationärer rehabilitativer Behandlungen beschrieben, mit dem expliziten Auftrag zur weiteren Psychodiagnostik und ggfs. psychologischen Mitbehandlung.

4.2.3.1.2 Veranlassung psychotherapeutischer Maßnahmen

Von Seiten der UVT wurden für n=13 (61%) der rot- und n=38 (29%) der gelb-Fälle stattgehabte psychotherapeutische Behandlungen nach der Erstbehandlung beschrieben. Es ist möglich, dass der Anteil psychologischer Unterstützungsmaßnahmen insgesamt höher ist, als die o.b. explizit von den SB veranlassten, da im Rahmen durchgeführter Rehabilitation (z.B. Komplexe Stationäre Rehabilitation, Tätigkeitsorientierte Rehabilitation) oder spezieller schmerztherapeutischer Behandlungen psychodiagnostische Untersuchungen und/oder psychologische Maßnahmen häufig integraler Bestandteil sind.

Der Umfang ambulanter Psychotherapien bis zur 6-Monats-Nachuntersuchung lag in 56% bei bis zu 5 Sitzungen, in weiteren 25% bei bis zu 15 Sitzungen. Nur 11% hatten mehr als 15 Sitzungen durchgeführt. 2/3 dieser Psychotherapien waren noch nicht abgeschlossen, vor allem bei den rot-Fällen (nur 3 von 17). Eine Beurteilung der Wirksamkeit zu diesem Zeitpunkt wurde – vor dem Hintergrund des noch laufenden Prozesses – bei einem Drittel der Fälle als nicht möglich angegeben. Sofern eine Beurteilung erfolgte, wurden die Behandlungen von den SB als „eher hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ bewertet.

4.2.3.1.3 Historischer Vergleich

Ein statistischer historischer Vergleich der in der Vorgängerstudie durch die UV-SB erfolgte Verlaufsüberwachung erscheint aufgrund der abweichend formulierten Fragestellung nicht zulässig. Der Anteil überwachter Fälle lag in der FAUST-II Interventionsphase mit 23,8% für die RP jedoch erheblich niedriger. Begründungen für die Nicht-Überwachung psychischer Folgestörungen - wie für die aktuelle Stichprobe oben beschrieben - lagen damals leider nicht vor.

Gut vergleichbar ist hingegen der Anteil durchgeführter psychotherapeutischer Maßnahmen. Dieser war für RP in der aktuellen Studie signifikant höher als in der Interventionsphase von FAUST-II ($\chi^2(1) = 25,410, p < .001$). Entsprechende Maßnahmen wurden damals für lediglich 13 RP-Fälle angegeben, in der Kontrollphase von FAUST-II für 16, in der aktuellen Stichprobe für 51 Risikofälle.

4.2.3.2 Evaluation der Intervention durch die UVT

4.2.3.2.1 Aktuelle Evaluation durch die SB

Bei der Evaluation des FSQ-Diagnose- und Behandlungsalgorithmus durch die UV-Mitarbeitenden zeigte sich eine eher kritische und tendenziell in Frage stellende Beurteilung für die RP-Fälle.

Abbildung 8 beschreibt den jeweiligen Anteil hoher und sehr hoher Übereinstimmung auf einer 5-stufigen Skala für die drei Risikogruppen.

Zwar wurden die FSQ-Empfehlungen von 2/3 als klar und verständlich beurteilt, nur in der Hälfte der Fälle seien daraus aber konkrete Verfahrensschritte für die Fallsteuerung ableitbar gewesen, häufiger bei rot- als bei den gelb-Patient:innen. Ein Überwiegen potenzieller Nachteile gegenüber den Vorteilen des FSQ-Vorgehens wurde zwar nur in Ausnahmefällen bejaht, die Vorteile einer Früherkennung psychischer Beschwerden für das Fallverständnis (42,2%), oder die Unterstützung bei der HV-Steuerung (37,5%) wurden dennoch zurückhaltend beurteilt. Dabei waren tendenziell kritischere Einschätzungen für die gelb-Fälle erkennbar. Bei einem Viertel wurde das FSQ-Screening sogar als überflüssig beurteilt, bei den NR-Fällen in 30%. Eine Übereinstimmung des Screenings mit der gesamten Verlaufs- und Fallbeurteilung (in puncto Psyche) durch die UV-Mitarbeitenden wurde zur Katamnese für die RP in etwas weniger als der Hälfte bejaht, bei den NR-Fällen mit fast 90% deutlich häufiger.

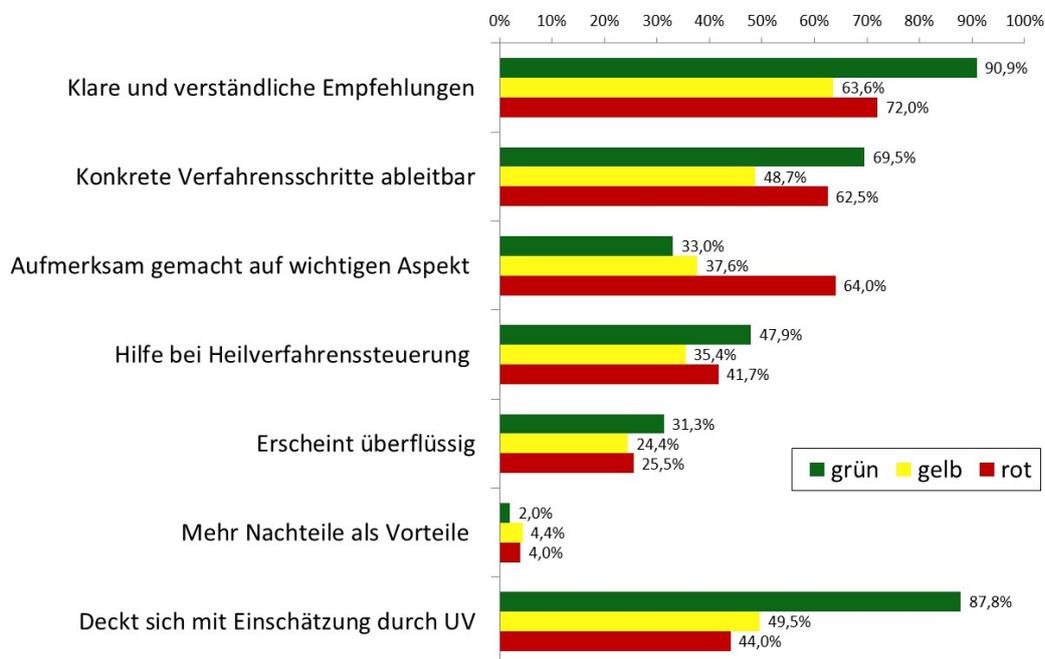


Abb. 8: Evaluation der Intervention durch die UVT für die drei Risikogruppen

Individuelle Begründungen für eine unzureichende oder mangelnde Übereinstimmung des Risikostatus mit der generellen Fallbewertung waren als Freitexte formuliert: Fehlende Hinweise auf psychische Beschwerden oder gar die explizite Feststellung einer Abnahme der anfänglichen Auffälligkeiten waren in 2/3 der Fälle als Gründe angeführt worden. In

anderen Fällen wurde das Bestehen einer unfallunabhängig vorbestehenden psychischen Störung genannt, für die die Zuständigkeit in der HV-Steuerung nicht gegeben war. Auch die Ablehnung eines Therapieangebots von Seiten der RP, wurde in einigen Fällen als Grund dafür genannt, dass „der Risikostatus sich wohl nicht bestätigt habe“.

4.2.3.2.2 Evaluation durch die SB im historischen Vergleich

Ein Vergleich mit entsprechende Bewertungen der Sachbearbeitenden der UVT ist für die Interventionsphase von FAUST-II möglich. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, dass die Beteiligungs- und Rücklaufquote damals recht gering war (47%). Abbildung 9 zeigt einen Vergleich der Bewertungen für die RP. Die Aussagen wurden hierfür dichotomisiert (Anteil hoher und sehr hoher Zustimmung). Signifikante Unterschiede (Chi²-Tests) sind gekennzeichnet.

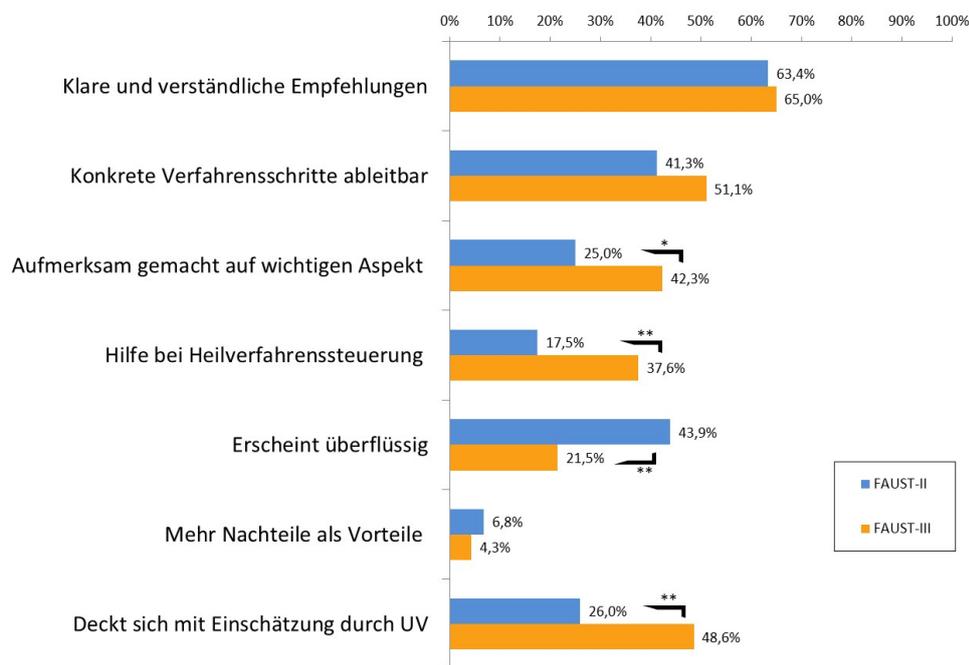


Abb. 9: Evaluation der Intervention durch die UVT im historischen Vergleich der RP (* p<.05; ** p<.01)

Insgesamt zeigte sich im historischen Vergleich - auch wenn die Evaluation wie o.b. aktuell weiterhin durchaus kritische Aspekte enthält - eine deutliche Verbesserung der Rezeption und Akzeptanz des FSQ-Algorithmus durch die UV-SB.

4.2.3.2.3 Fokusgruppe

Im Februar 2022 wurde die geplante Fokusgruppe - coronabedingt im online-Format - durchgeführt. An der 6-stündigen Veranstaltung nahmen 16 Projektverantwortliche der BG/UK, Verantwortliche des Referats „Trauma & Psyche“, Prof. Dr. Wich (UK Berlin) und die Forschungsgruppe teil. Die Diskussion war durch vorab versendete Fragen zu vier übergeordneten Themenkomplexen vorstrukturiert. Die Moderation der Diskussionsrunden erfolgte durch verschiedene Beteiligte. Ein Ergebnisprotokoll war von der Forschungsgruppe erstellt und an die Teilnehmenden versendet worden (→ Anhang: A4). Wichtige Ergebnisse werden hier zusammengefasst:

1. Organisatorische Umsetzung des FSQ-Screenings und Berichtwesens in der HV-Steuerung: Die Grundzüge des Screenings und Ampelsystems sollten angesichts geringer Fallzahlen für die einzelnen SB wiederholt präsent gemacht werden. Zentrale Ansprechpartner:innen bei den jeweiligen UVT – wie unter Studienbedingungen realisiert – wurden hierfür als geeignete Möglichkeit angesehen. Die Einbindung der FSQ-Ergebnismitteilung in andere IT-gestützte Meldewege (oder den Klinik-Entlassbericht) wäre nur dann von Vorteil, wenn diese auch separat gut auffindbar und zeitnah verfügbar wären.
2. Inhaltliche Angemessenheit der Screening-gestützten Diagnostik- und Therapieempfehlungen: Die Frage, ob die FSQ-Handlungsempfehlungen ausreichend seien, wurde in Abhängigkeit von der in den einzelnen BG/UK und bei den einzelnen SB bereits bestehenden Sensibilisierung für das Thema „psychische Folgestörungen“ unterschiedlich beantwortet. Tendenziell wurden konkretere Empfehlungen, Handlungsanleitungen und Schulungen als wünschenswert beschrieben. Limitierungen wurden dabei aber wegen der individuell stark variierenden Fallkonstellationen und Unterstützungsbedarfe gesehen.
3. Differenzieller Nutzen für die drei Risikogruppen: FSQ-Berichte bei NR-Fällen wurden unterschiedlich bewertet: Teils als überflüssig, teils als hilfreiche Bestätigungen, dass psychische Folgen unwahrscheinlich und folglich hier keine speziellen Maßnahmen zu veranlassen waren. In den BGu seien rot-Fälle in der Regel bereits gut identifizierbar und versorgt, wobei fast die Hälfte der RP ohne FSQ wahrscheinlich nicht detektiert worden wären. Schwierigkeiten bereitete das Verständnis, was im Einzelfall unter „watchful waiting“ zu verstehen sei, welche Maßnahmen und Verfahren wann und durch wen zu veranlassen seien. Das Erstellen und Hinterlegen branchenspezifischer Fallvignetten gerade für die Verlaufsbeobachtung von gelb-Fällen wurde angeregt. Auch wurde für RP ein „niederschwelliges“ und „großzügiges“ Angebot probatorischer Sitzungen vorgeschlagen.
4. Perspektiven über den zukünftigen Einsatz des FSQ-Screenings: Zusammenfassend wurde das Ampelscreening grundsätzlich als inzwischen bekannt und bewährt beurteilt. Die nachfolgenden Prozesse müssten aber über geeignete Maßnahmen noch stabilisiert und weiterentwickelt werden. Niedrigschwellige Telefonkontakte/ Beratungsangebote (z.B. initial zunächst telefonisch bei Pat. anfragen), bei Bedarf auch über speziell geschulte und auch fremdsprachige SB seien prinzipiell möglich, könnten jedoch die strukturellen Voraussetzungen vieler UVT übersteigen. Eine Erweiterung des FSQ-Screenings über die SAV-Fälle hinausgehend sei sehr wünschenswert, insbesondere da in VAV-Kliniken und im D-Arzt-Verfahren psychologisch-psychiatrische Expertise schwerer vermittelbar seien.

4.2.4 Prozesse aus Patient:innenperspektive

Im Rahmen der schriftlichen Nachbefragung gaben 70% (gelb) bzw. 74,1% (rot) der RP an, nach dem Unfall nach ihrer Einschätzung einer psychologischen Unterstützung bedurft zu haben. D.h. etwa 30% der RP sahen - zumindest retrospektiv - keinen Bedarf, über ärztliche

Gespräche im unfallchirurgischen und/ oder hausärztlichen Behandlungsrahmen hinausgehende Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Dieses Ergebnis ist bei der Bewertung der Versorgung mit Psychotherapie zu berücksichtigen. Es spiegelt sich auch in Beurteilungen der PD und UV-SB wieder, dass keineswegs bei allen RP eine klinisch relevante Belastung oder gar Störung bestätigt wurde. Auch gab es eine Untergruppe von RP, die das Angebot therapeutischer Gespräche oder psychologischer Unterstützungsmaßnahmen im ambulanten oder stationären Heilverfahren nicht in Anspruch nehmen wollte. Als mögliche Gründe kommen die nachvollziehbar hohe Beanspruchung durch und Fokussierung auf die zunächst prioritären körperlichen Verletzungen und deren Behandlung, Informationsdefizite, Unsicherheiten oder Vorbehalte gegenüber psychologischen Angeboten (Angst vor Stigmatisierung) sowie Probleme der verletzungsbedingt eingeschränkten Mobilität oder regionalen Verfügbarkeit von ambulanten Angeboten in Frage.

Wegen fehlender Antworten konnte die Frage nach der tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Gespräche und Unterstützung nur für 119 der 159 RP beurteilt werden. Unter der Annahme, dass fehlende Antworten eher gegen eine Inanspruchnahme sprechen, hätten 61% aller rot und 33% aller gelb-Patient:innen psychologische Unterstützung erhalten. Diese Behandlungsquoten wären in etwa vergleichbar mit den Angaben von Seiten der UVT (s. Kapitel 4.2.3). Art, Umfang und Inhalte konnten nicht näher beschrieben und beurteilt werden. Sofern Angaben gemacht wurden, beurteilten die Patient:innen die durchgeführten Therapien in 80% als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“. 11% der gelb- und 32% der rot-Fälle gaben an, wegen ihrer psychischen Beschwerden auch psychopharmakologisch behandelt worden zu sein.

Neben der Frage nach der potenziellen Unterstützung durch ihr soziales Umfeld und ihren Arbeitgeber wurden die Patient:innen auch nach der wahrgenommenen Unterstützung durch die BG/UK nach dem Unfall befragt. Hier gaben sowohl die RP- als auch die NR-Fälle in 84% an, sich „gut“ oder „sehr gut“ unterstützt zu fühlen.

Im historischen Vergleich der Gesamtgruppe der RP ergaben sich bezüglich der Patient:innenperspektive auf Bedarf und Versorgung interessante Ergebnisse:

Der Anteil subjektiv benötigter psychotherapeutischer Unterstützung lag in der aktuellen Studie deutlich höher (71% vs. 47%; $\chi^2(1) = 18,868$, $p < .001$). Mögliche Erklärungsansätze liegen in einer gestiegenen gesellschaftlichen Sensibilisierung/Akzeptanz für das Thema „Psychische Beschwerden/Störungen“ (Kohorteneffekt) und/oder dem höheren Anteil der als „potenziell traumatisierend“ beurteilten Unfallereignisse in der aktuellen Stichprobe.

Dementsprechend gab in der aktuellen Stichprobe auch ein signifikant höherer Anteil (62%) an, in der Unfallklinik die Gelegenheit gehabt zu haben, mit ärztlichem Personal über psychische Probleme zu sprechen als in der Vorgängerstudie (FAUST-II: 37%; $\chi^2(1) = 20,744$ $p < .001$).

Die Frage nach erhaltener psychotherapeutischer Unterstützung wurde aktuell signifikant häufiger bejaht als in FAUST-II (50% vs. 34%; $\chi^2(1) = 6,366$, $p = .012$).

4.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Screening-gestützte Früherkennung von Risikofällen konnte sehr gut umgesetzt werden. Der standardisierte FSQ-Screeningbericht an die UVT war in allen Fällen durch die PD erstellt und in 2/3 aller Fälle noch um zusätzliche individuelle Empfehlungen ergänzt worden. Bei 68,5% der RP (109 von 159) waren noch während der stationären Erstbehandlung psychodiagnostische Untersuchungen und/oder psychologische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden. Deren Ergebnisse waren von den Therapeut:innen in 84 Fällen mit dem FSQ-Behandlungsbericht dokumentiert. In den Behandlungsberichten der meisten gelb- und etwa 1/3 der rot-Fälle wurde eine erkennbare Verbesserung der unfallbedingten psychischen Beschwerden während der stationären Behandlungsphase und folgerichtig kein Bedarf für spezifische weitere Psychotherapien gesehen.

Bei der Evaluation der Intervention durch die PD wurden zeitlicher Aufwand, Akzeptanz bei Patient:innen und klinischer Nutzen sehr positiv beurteilt. Relevante Nachteile (z.B. durch zu frühe Beurteilung, Aggravation) wurden nur selten angegeben. Eine Übereinstimmung des FSQ-Risikostatus mit dem ersten klinischen Eindruck bzw. nach psychodiagnostischer Untersuchung wurde in etwa der Hälfte der HR-Fälle und 55% Prozent der RP-Fälle bestätigt.

Die FSQ-Screeningberichte waren in 85 bis 90% der Fälle für die SB der UV verfügbar, was basale Voraussetzung für die weitere Umsetzung der Intervention war. Gegenüber der Vorläuferstudie (68%) war hier eine deutliche Verbesserung des Informationsflusses zu verzeichnen. Bei den differenzierteren FSQ-Behandlungsberichten war die Quote weniger hoch, da nur für rot-Fälle eine obligate Erstellung vorgesehen war. Diese waren für 40% der gelb- und 57% der rot-Fälle verfügbar.

Die Umsetzung der FSQ-basierten Maßnahmenempfehlungen durch die SB-UV war insbesondere im Hinblick auf die konkreten Maßnahmen zur „systematischen Verlaufsüberwachung“ bei gelb-Fällen schwierig. In vielen Fällen waren hier bezüglich des somatischen und beruflich rehabilitativen Heilverlaufs positive Verlaufsindikatoren ersichtlich, so dass ein Bedarf für explizite Nachforschungen im Hinblick auf den Risikostatus nicht mehr gesehen wurde. Aus dem Fehlen von Hinweisen auf psychische Beschwerden von Seiten der Versicherten, D-Ärzte oder RM wurde dann häufig implizit auf das Nicht-Bestehen entsprechender Belastungen geschlossen.

Die SB beurteilten die übermittelten Berichte und Empfehlungen als klar und verständlich, überwiegend nützlich für das Fallverständnis aber als nur bedingt hilfreich für die HV-Steuerung, wobei die Einschätzungen für die Risikogruppen variierten. Eine hohe Übereinstimmung des Screeningbefundes mit der Gesamteinschätzung des Falles nach sechs Monaten wurde in weniger als 50% der RP, dagegen in mehr als 90% der NR gesehen. Als am schwierigsten wurden die gelb-Fälle bewertet, da sich initiale Beschwerden im Verlauf häufig zurückgebildet hatten. Bei den grün-Patient:innen und den HR wurde die Übereinstimmung deutlich höher eingeschätzt. Auch wenn diese Einschätzungen durchaus als kritisch zu bewerten sind, so zeigte sich im Vergleich zur Vorläuferstudie eine deutliche und in vielen Bereichen signifikante Verbesserung der Rezeption durch die SB.

Explizite psychische Diagnosen fanden sich in den Versichertenakten in einem Drittel der gelb- und knapp der Hälfte der rot-Fälle. Ambulante Psychotherapien wurden in einer vergleichbaren Größenordnung bei 1/3 der RP veranlasst bzw. durchgeführt. Bezüglich der dokumentierten psychischen Diagnosen und unfallbedingter Psychotherapien waren deutliche Verbesserungen gegenüber FAUST-II zu beobachten.

Aus Perspektive der Studienteilnehmer:innen sahen immerhin 30% der RP keinen subjektiven Bedarf für spezielle psychotherapeutische Unterstützung. Diejenigen, die diese in Anspruch genommen hatten, gaben aber zu 80% eine hohe bzw. sehr hohe Zufriedenheit an.

Projektverantwortliche der gewerblichen BG und der öffentlichen UVT haben im Rahmen einer Fokusgruppe Potenziale und Limitierungen der Intervention kritisch diskutiert. Dabei wurde von der überwiegenden Mehrzahl der Teilnehmenden der Einsatz des Screening-Algorithmus positiv beurteilt und als hilfreich hervorgehoben. Unsicherheiten wurden primär bei gelb-Patient:innen und den daraus abzuleitenden Maßnahmen gesehen, insbesondere, wenn sich im weiteren HV keine aktuellen Hinweise auf psychische Beschwerden der Versicherten (mehr) ergaben und deren Heilverläufe regelhaft erschienen. „Sollte trotzdem noch etwas erforderlich sein?“. „Hat sich die Risikowarnung quasi erledigt?“ „Lohnt sich die Überprüfung durch eine spezielle diagnostische Untersuchung überhaupt?“ waren häufige Fragen für solche Risikofälle. Bei grün- und rot-Fällen wurde allgemein eine sehr hohe Übereinstimmung gesehen und herrschte hoher Konsensus, auch wenn für grün-Fälle die Bestätigung zuweilen als „etwas redundant“ gesehen wurde. Die Diskussion erbrachte zahlreiche Lösungsvorschläge, wie den o.b. Unsicherheiten zu begegnen sei.

4.3 Heilverläufe

4.3.1 Symptomskalen

4.3.1.1 Aktuell

Art und Ausmaß psychischer Beschwerden wurden zeitnah zum FSQ-Screening etwa 10 Tage und danach 6 Monate nach dem Arbeitsunfall erhoben. In Tabelle 2 findet sich ein Überblick über Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei zentralen Beschwerdebereiche, differenziert für die 3 Risikogruppen. In dieser Tabelle finden sich zudem die Vergleichswerte für die historische Stichprobe. Eine Übersicht der Mittelwerte in nach Geschlecht getrennter Darstellung findet sich im Anhang (→ A3-1). Hier zeigt sich eine deutlich höhere Belastung der männlichen Studienteilnehmer in vielen Beschwerdebereichen. Dies ist vermutlich den branchenspezifisch höheren Risiken in Männer-dominierten gewerblichen Berufen zuzuschreiben.

Tab. 2: Übersicht der Ausprägung auf den Symptomskalen und weitere Heilverlaufs-Aspekte aus den 6 Monatskatamnesen im historischen Vergleich

	FAUST-III (N=270)				FAUST-II-Kontrollphase	FAUST-II-Interventionsphase
	Rot (n=28)	Gelb (n=131)	Grün/NR (n=111)	Orange/RP (n=159)	Orange/RP (N=168)	Orange/RP (N=174)
Symptomskalen; M ± SD						
Symptomschwere PDS zu T1	29,11 ± 8,47	16,54 ± 8,20	4,87 ± 5,58	18,75 ± 9,52	17,14 ± 9,89	14,79 ± 9,25
Symptomschwere PDS zu T2	26,50 ± 12,52	16,36 ± 10,30	6,08 ± 7,43	18,14 ± 11,36	16,82 ± 11,15	12,78 ± 10,29
Symptomschwere PHQ-D zu T1	14,64 ± 5,68	8,99 ± 5,08	3,00 ± 3,47	9,99 ± 5,60	10,19 ± 5,02	8,84 ± 5,39
Symptomschwere PHQ-D zu T2	12,50 ± 6,40	8,11 ± 5,21	3,72 ± 4,49	8,88 ± 5,67	9,06 ± 6,21	7,50 ± 6,15
Symptomschwere HADS-Angst zu T1	11,21 ± 3,98	6,91 ± 3,70	2,95 ± 2,77	7,67 ± 4,08		
Symptomschwere HADS-Angst zu T2	10,43 ± 4,57	7,14 ± 4,20	3,99 ± 3,66	7,72 ± 4,44		
Symptomschwere GAD-7 zu T2	9,57 ± 4,80	6,66 ± 5,06	2,64 ± 3,55	7,18 ± 5,12	7,35 ± 5,42	6,05 ± 5,35
Patient:innenkatamnese						
Vorliegen von Schmerzen in %	92,6	88,4	67,9	89,1	92,1	91,3
Schmerzintensität; M ± SD (von n)	4,9 ± 2,3 (n=26)	4,8 ± 1,8 (n=117)	3,9 ± 1,9 (n=78)	4,9 ± 1,9 (n=143)	5,2 ± 2,2 (n=154)	4,9 ± 1,9 (n=160)
Funktionsbeeinträchtigung phys.; M ± SD	5,7 ± 2,7	5,8 ± 2,4	3,9 ± 2,7	5,8 ± 2,4	5,7 ± 2,6	5,2 ± 2,5
Funktionsbeeinträchtigung psych.; M ± SD	5,7 ± 2,7	4,6 ± 2,7	2,1 ± 2,3	4,7 ± 2,7	4,4 ± 2,9	3,5 ± 2,8
WHO-BREF (LQ) phys.; M ± SD	44,18 ± 20,47	50,45 ± 19,44	66,13 ± 20,21	49,38 ± 19,70	49,37 ± 20,62	54,16 ± 20,17
WHO-BREF (LQ) psych.; M ± SD	49,26 ± 22,22	59,68 ± 17,40	73,98 ± 18,05	57,84 ± 18,69	55,55 ± 19,03	62,41 ± 19,44
UV-Katamnese						
Unfallbedingte Diagnosen in % (von n)	52,0 (n=25)	31,1 (n=122)	3,1 (n=98)	34,7 (n=147)	19,6 (n=97)	22,5 (n=80)
Arbeitsunfähigkeit in % (von n)	67,9	73,1	46,3	72,2	47,6 (n=168)	39,7 (n=105)
Schwieriger Heilverlauf in % (von n)	50,0	45,8	34,9	46,6	46,0 (n=150)	40,3 (n=154)

4.3.1.1.1 PTBS-Syndrom (PDS)

In allen drei Risikogruppen waren in den 6-Monats-Verläufen keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptomatik zu beobachten (Abb. 10).

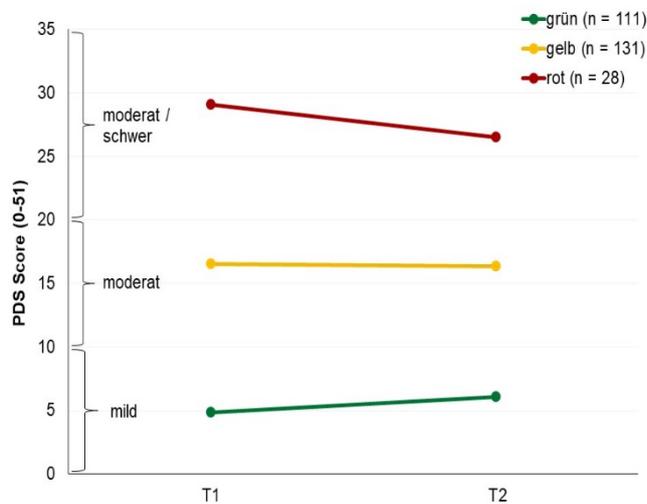


Abb. 10: Mittelwertverläufe für das PTBS-Syndrom (PDS)

Die Gruppen unterschieden sich aber sowohl bei der Ersterhebung als auch der Nachuntersuchung entsprechend ihres Risikostatus: Hohe bis sehr hohe Symptomausprägungen bei rot-Patient:innen; geringe PTBS-Belastungen weit unterhalb des Cut-off Wertes für klinisch relevante Beschwerden bei den grün-Patient:innen. Gelb-Patient:innen nahmen eine Mittelstellung ein und wiesen über den Verlaufszeitraum eine im Mittel moderate Symptomstärke auf. Die Varianzanalyse bestätigt einen hochsignifikanten Gruppeneffekt ($F(2, 267) = 138,934, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .51$), bei nicht signifikantem Zeiteffekt ($F(1, 267) = 0,563, p = .454, \text{partielles } \eta^2 = .002$).

Differenzielle Symptomausprägungen im 6-Monats-Verlauf

Da die Mittelwerte die individuellen Symptomverläufe nur unzureichend wiedergeben, werden zusätzlich Übergänge im 6 Monats-Verlauf – differenziert für drei Schweregrade der PDS-Skalenwerte: mild (≤ 10), moderat (≤ 20), schwer (> 20) – für die drei Risikogruppen dargestellt (\rightarrow Abb. 11 – 13).

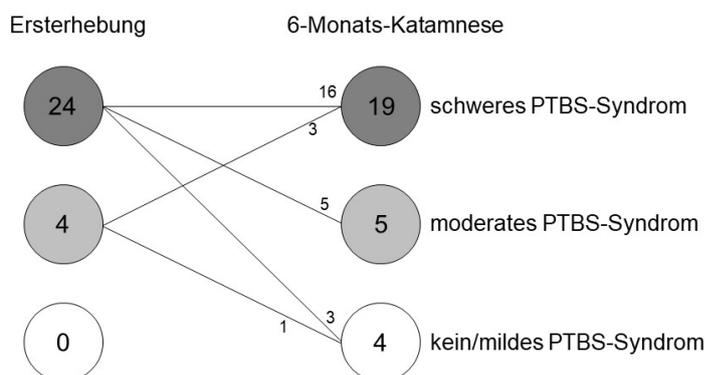


Abb. 11: PTBS-Übergänge bei HR (rot; n=28)

Bei den rot-Fällen fiel eine Persistenz der schweren und moderaten Ausgangswerte im Verlauf auf. 2/3 blieben unverändert auf dem höchsten Ausprägungsgrad, weitere 21% zeigten zwar eine Symptomverbesserung, verblieben aber im Bereich moderater Beschwerden. Bestand initial eine bereits moderate Belastung zeigte sich im Verlauf eine Verschlechterungstendenz in 3 von 4 Fällen. Nur 16,6% aller HR-Fälle wiesen nach sechs Monaten ein leicht ausgeprägtes Symptombild auf, 68% ein sicher klinisch relevantes Syndrom. Die HR-Gruppe zeigte bezüglich des PTBS-Syndroms einen überwiegend „chronischen Verlaufstyp“.

Initial wiesen knapp die Hälfte der gelb-Fälle eine moderate, 28% eine schwere und 24% eine milde Symptomintensität auf. Im Unterschied zur HR-Gruppe war eine stärkere Variabilität zu beobachten. Die initial am stärksten Belasteten verblieben zu etwa 60% auf diesem hohen Niveau, 35% verbesserten sich, etwa 5% zeigten eine Remission. Mittelstark Belastete wiesen am häufigsten (46%) eine Verbesserung auf oder blieben unverändert (34,9%). Nur etwa 20% verschlechterten sich im Verlauf. Die initial gering Belasteten wiesen nach 6 Monaten in etwas mehr als der Hälfte eine Verschlechterung auf. Zusammenfassend war ein hoher Anteil von „Wechslern“ zwischen den Schweregraden zu beobachten. 30% der gelb-Patient:innen wiesen bezüglich ihrer PTBS-Symptomatik sicher auffällige follow-up Werte auf.

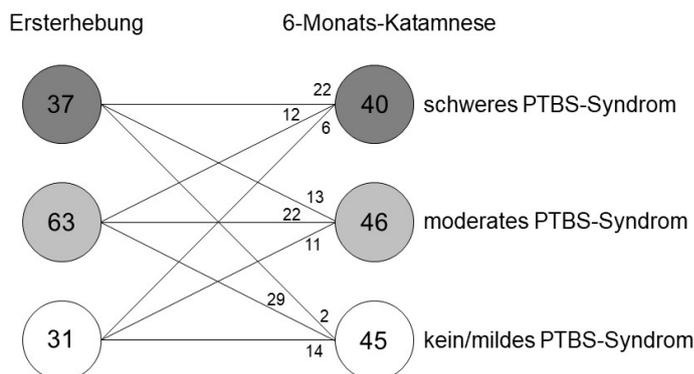


Abb. 12: PTBS-Übergänge bei RP (gelb; n=131)

Konsistent zur Risikoeinschätzung wiesen 83% der NR initial keine oder allenfalls moderate Symptome (13,5%) auf. 2,7% zeigten wider Erwarten Werte oberhalb des Cut-off Wertes für eine schwere Symptomatik.

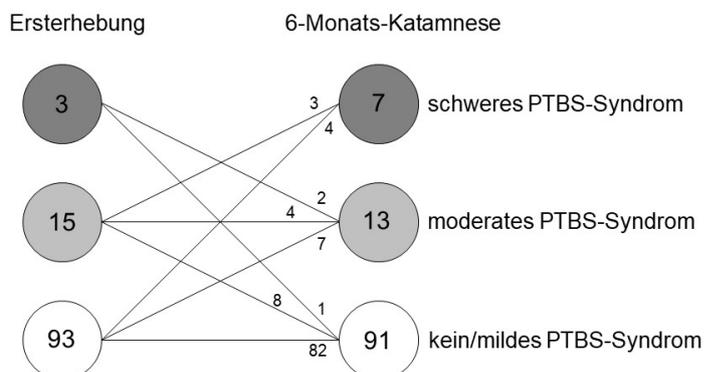


Abb. 13: PTBS Übergänge bei NR (grün; n=111)

Der Verlaufstyp mit Verbleib auf dem niedrigen Ausgangsniveau in 88% oder einer Verbesserung vom moderaten zum geringen Belastungsgrad in 55% der Fälle kann als resilienter Verlauf bezeichnet werden. In 4,3% war eine Verschlechterung vom niedrigsten zum höchsten Schweregrad zu beobachten, was auf einen Verlauf mit verzögertem Symptombeginn hinweist. Nach 6 Monaten befanden sich 82% aller grün-Fälle im „sicher unauffälligen“ Bereich.

4.3.1.1.2 *Depressives Syndrom (PHQ-D)*

Bei den selbstbeurteilten depressiven Beschwerden fanden sich bei signifikanten Unterschieden zwischen den drei Risikogruppen ($F(2, 266) = 93,652, p < .001$, partielles $\eta^2 = .413$) keine signifikanten Verbesserungen über die Zeit ($F(1, 266) = 3,352, p < .068$, partielles $\eta^2 = .012$ -> lediglich Tendenz). Es zeigte sich jedoch eine signifikante Wechselwirkung Zeit*Gruppe ($F(2, 266) = 93,652, p < .001$, partielles $\eta^2 = .413$), was auf unterschiedliche Verläufe der Untergruppen hinweist: Eine leichte Zunahme depressiver Beschwerden für die NR-Fälle (diese bleiben dennoch im klinisch unauffälligen Bereich), bei leichter Abnahme der depressiven Beschwerden für die RP-Fälle.

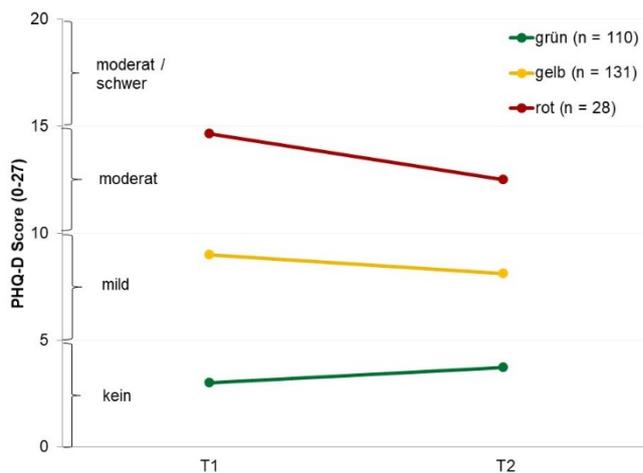


Abb. 14: Mittelwertverläufe für das depressive Syndrom (PHQ-D)

Aufgrund der Ähnlichkeiten zu den Übergängen beim PTBS-Syndrom werden differenzielle Symptomausprägungen im 6-Monats-Verlauf an dieser Stelle nicht erneut berichtet. Entsprechende Analysen und zugehörige Abbildungen befinden sich im Anhang (→ A3-2).

4.3.1.1.3 *Angstsymptome (HADS-Angst)*

Auch bezüglich der erfassten Angstbeschwerden unterschieden sich die Risikogruppen signifikant voneinander ($F(2, 266) = 74,230, p < .001$, partielles $\eta^2 = .358$).

Rot-Patient:innen erreichten Werte in dem „klinisch auffälligen“ Schweregrad, gelb-Patient:innen deutlich geringere Werte im Übergangsbereich zwischen „unauffälligen“ bis „suspekten“ Angstbeschwerden. Grün-Patient:innen zeigten im Durchschnitt über die sechs Monate unauffällige Werte. Während bei gelb- und grün-Patient:innen eine tendenziell leichte Zunahme erkennbar wurde, fand sich bei rot-Patient:innen eine geringfügige Abnahme. In

der Varianzanalyse ergab sich entsprechend eine Tendenz in der Wechselwirkung ($F(2, 266) = 2,756$, $p = .065$, partielles $\eta^2 = .020$). Der Faktor Zeit wurde nicht signifikant ($F(1, 266) = 0,244$, $p = .622$, partielles $\eta^2 = .001$).

4.3.1.1.4 Generalisierte Angst (GAD-7)

Beschwerden des generalisierten Angstsyndroms, das durch exzessive Sorgen, anhaltende körperliche und mentale Anspannung sowie situationsunabhängige allgemeine Ängstlichkeit gekennzeichnet ist, waren nur zur Nachuntersuchung erhoben worden. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen ($F(2, 269) = 38,522$, $p < .001$, $\eta^2 = .224$). Ein Viertel der gelb- und mehr als die Hälfte (54%) der rot-Fälle zeigten Werte, die auf das Bestehen eines GAD-Syndroms hinweisen.

4.3.1.2 Historische Vergleiche

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurden für die primären outcome-Variablen (Symptomschwere in PDS und PHQ-D) Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor berechnet. Verglichen wurden dabei die RP der Kontrollphase aus FAUST-II mit den RP aus FAUST-III. Eine signifikante Wechselwirkung (Zeit * Gruppe) sollte als Effekt der Intervention gewertet werden. Die zugehörigen Mittelwerte und Standardabweichungen für beide Stichproben sind Tabelle 2 (S. 29) zu entnehmen.

4.3.1.2.1 PTBS-Syndrom (PDS)

Für den Vergleich der PTBS-Symptomatik ergaben sich weder signifikante Haupteffekte (Zeit/ Gruppe), noch eine signifikante Wechselwirkung (Zeit * Gruppe: $F(1, 321) = 0,132$, $p = .716$, partielles $\eta^2 = .002$). Beide Stichproben zeigten zu beiden Messzeitpunkten im Mittel eine (noch) moderate PTBS-Symptomatik.

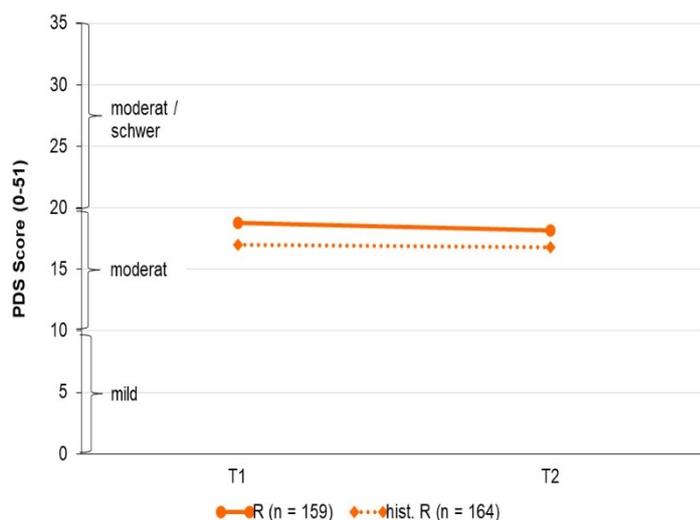


Abb. 15: Mittelwertverläufe der PTBS-Symptomatik im historischen Vergleich (RP)

Um einen verzerrenden Einfluss der besonders stark belasteten rot-Patient:innen auszuschließen wurde die Analyse für die Subgruppe der gelb-Patient:innen wiederholt. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Effekte (Zeit * Gruppe: $F(1, 260) = 0,011$, $p = .671$, partielles $\eta^2 = .001$).

4.3.1.2.2 *Depressives Syndrom (PHQ-D)*

Im Vergleich der Stichproben bzgl. der depressiven Symptomatik ergab sich ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1, 319) = 10,760$, $p = .001$; partielles $\eta^2 = .033$). Beide Stichproben zeigten zu T1 eine mild/moderate, zu T2 eine mild ausgeprägte depressive Symptomatik (→ Abbildung im Anhang: A3-3). Gruppenunterschied und Wechselwirkung wurden nicht signifikant (Zeit * Gruppe: $F(1, 319) = 0,000$, $p = .990$, partielles $\eta^2 = .000$). D.h. es gab keinen Effekt der Intervention.

Auch für die Subgruppe der gelb-Patient:innen allein ergab sich keine signifikante Wechselwirkung (Zeit * Gruppe: $F(1, 258) = 0,077$, $p = .781$, partielles $\eta^2 = .000$), d.h. kein Interventionseffekt.

4.3.1.2.3 *Generalisierte Angst (GAD-7)*

Der historische Vergleich der Angstsymptomatik erfolgte über die Symptomschwere im GAD-7 zu T2. Die Ausprägung des generalisierten Angstsyndroms zu T2 zeigte keinen signifikanten Unterschied im Vergleich der Risikogruppen von FAUST-II und FAUST-III ($t(324) = 0,303$, $p = .381$).

4.3.2 Weitere Aspekte des Heilverlaufs im historischen Vergleich

Im Folgenden werden die Analysen weiterer Variablen des Heilverlaufs berichtet. Der besseren Übersichtlichkeit halber wird dabei für die aktuelle Stichprobe lediglich zwischen RP und NR-Fällen differenziert. Die Werte für die drei Risikogruppen wie auch die historische Vergleichsstichprobe finden sich in Tabelle 2 (S. 29). Der historische Vergleich erfolgt wie zuvor für beide Gruppen der RP.

4.3.2.1 Heilverlaufsaspekte aus der Patient:innenkatamnese

4.3.2.1.1 *Schmerzen*

In der aktuellen Untersuchung gaben fast 90% der RP und ca. 2/3 der NR-Fälle an, nach 6 Monaten unter unfallbedingten Schmerzen zu leiden. Auch hinsichtlich der Intensität der vorliegenden Schmerzen - erfasst über eine 11-stufige visuelle Analogskala - wiesen die RP deutlich höhere Mittelwerte auf als die NR (→ Tab. 2).

Ein Vergleich mit den RP der Kontrollphase von FAUST-II erbrachte weder für das Vorliegen von Schmerzen ($\chi^2(1) = 0,862$, $p = .353$) noch für deren Intensität ($t(294) = 1,478$, $p = .070$) einen statistisch signifikanten Unterschied.

4.3.2.1.2 Funktionsbeeinträchtigungen

In der aktuellen Stichprobe ergaben sich interessante Unterschiede im Hinblick auf die selbstbeurteilten Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag: RP beklagten im Vergleich zu NR doppelt so häufig - in 70% vs. 35% der Fälle - Einbußen durch ihre körperlichen Verletzungsfolgen (≥ 5 auf 11-stufiger visuellen Analogskala). Bei den Alltagsbeeinträchtigungen durch psychische Beschwerden waren es bei den RP etwas mehr als die Hälfte (53%), dabei aber dreimal so viele als bei den NR (16%).

Eine stärkere Ausprägung der körperlich bedingten Funktionsbeeinträchtigungen fand sich für alle 3 Risikogruppen durchgängig und zeigte sich auch auf Ebene der Mittelwerte (\rightarrow Tab. 2).

Die berichteten Funktionsbeeinträchtigungen waren für die RP sowohl bezüglich der körperlichen als auch der psychischen Unfallfolgen vergleichbar mit denen der Kontrollphase der Vorläuferstudie, in der keine SAV-Fälle, sondern Unfallverletzte mit einer Liegedauer von mindestens 6 Tagen eingeschlossen worden waren (körperlich: $t(319) = -0,170$, $p = .433$; psychisch: $t(319) = -0,897$; $p = .185$).

4.3.2.1.3 Lebensqualität

Die Lebensqualität sechs Monate nach dem Unfall bildet neben den direkten körperlichen und psychischen Unfallfolgen vor allem deren Auswirkungen auf die Lebensführung und die Zufriedenheit mit dem Alltagsleben ab. Untersucht wurden zwei Indikatoren: Lebensqualität in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit. Die Mittelwerte der aktuellen Risikogruppe werden in Abbildung 17 mit denen der aktuellen NR, den RP der Kontrollphase von FAUST-II und der Referenzgruppe der „Deutschen Allgemeinbevölkerung“ verglichen (eine Übersicht über die Mittelwerte auch differenziert für die aktuellen 3 Risikogruppen findet sich in Tab. 2; S. 29).

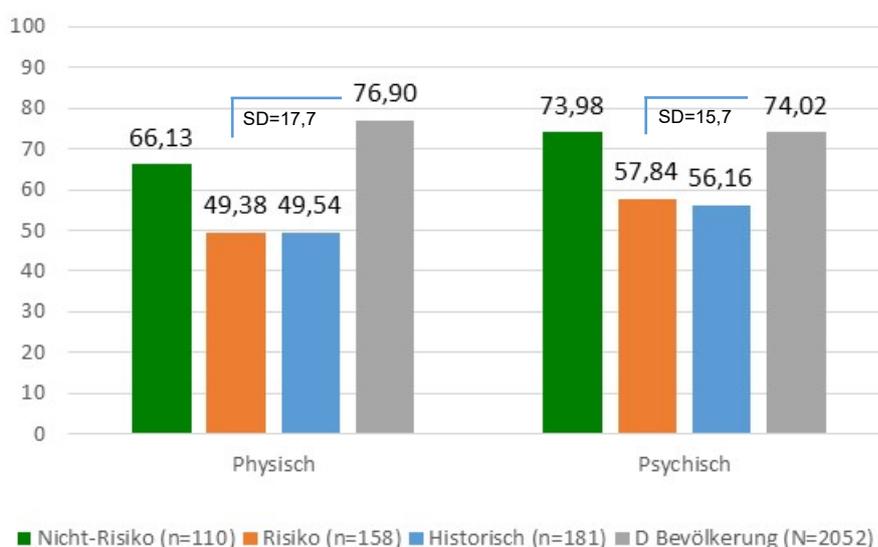


Abb.16: Mittelwerte der physischen und psychischen Lebensqualität nach 6 Monaten (WHO-BREF-100)

Bei den RP fielen – im Vergleich zu den Normwerten für die deutsche Allgemeinbevölkerung – geringere Zufriedenheitswerte in beiden Domänen auf, die beide mehr als eine Standardabweichung des Referenzmittelwerts betragen. Kontrastiert man die Angaben der NR, wird die Relevanz des FSQ-Risikostatus unterstrichen: NR unterschieden sich nur bezüglich ihrer körperlichen, nicht aber ihrer psychischen Lebensqualität von den Referenzwerten für die Allgemeinbevölkerung. D.h. die Unfallpatient:innen der NR-Gruppe konnten Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität differenziert und spezifisch auf ihre verletzungsbedingten körperlichen Einschränkungen attribuieren, waren aber bezüglich ihrer psychischen Lebensqualität vergleichbar zufrieden wie Personen aus der Allgemeinbevölkerung.

Die RP beider FAUST-Studien unterschieden sich bezüglich ihrer Lebensqualität nach 6 Monaten nicht signifikant (physisch: $t(323) = -0,004$, $p = .498$; psychisch: $t(324) = -1,094$; $p = .137$).

4.3.2.2 Heilverlaufsaspekte aus der UV-Katamnese

4.3.2.2.1 *Unfallbedingte Diagnosen*

In den Krankenakten fanden sich bei ca. 1/3 der RP unfallbedingte psychische Diagnosen. Dabei handelte es sich primär um Störungen aus dem Kapitel F43 der ICD-10 (v.a. psychische Anpassungsstörungen und PTBS), nur in 2 Fällen depressive Episoden (F32). Unfallfremde Diagnosen wurde bei dieser Frage nicht aufgeführt, aber im Kontext anderer Themenbereiche benannt. Für die NR fand sich bei lediglich $n=3$ Fällen eine unfallbedingte psychische Diagnose in der Akte.

In der Interventionsphase von FAUST-II betrug die Quote in den Akten verzeichneter psychischer Diagnosen bei den RP nur 22,5%, in der Kontrollphase 19,6%, d.h. die Detektion und Dokumentation manifester psychischer Störungen im Heilverfahren war signifikant verbessert (Vgl. Kontrollphase: $\chi^2(1) = 6,518$, $p = .011$).

4.3.2.2.2 *Arbeitsunfähigkeit*

In der aktuellen Stichprobe waren nach 6 Monaten 72,2% der RP noch nicht wieder arbeitsfähig. Bei den NR lag dieser Anteil bei immerhin 46,3%.

Im historischen Vergleich fand sich eine deutliche Differenz: In der Kontrollphase der Vorgängerstudie waren nach 6 Monaten lediglich ca. die Hälfte (47,6%) der RP noch nicht wieder arbeitsfähig geworden ($\chi^2(1) = 12,003$, $p < .001$). Da bezüglich der beklagten Schmerzen (vgl. Kapitel 4.3.2.1) und der angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen durch die körperlichen Verletzungsfolgen keine Unterschiede bestanden, stellt sich die Frage nach dem Einfluss des signifikant höheren Anteils besonders schwerer und „potenziell psychisch traumatisierender“ Unfallereignisse bei den SAV-Fällen im Vergleich zu den Fällen in FAUST-II. Ein Vergleich der Verletzungsschwere (z.B. mit dem ISS) ist jedoch leider nicht möglich.

4.3.2.2.3 Abschließende Fallbeurteilung

In der aktuellen Stichprobe beurteilten die UV-SB in einer abschließenden Einschätzung nahezu die Hälfte aller RP (46,6%) als „komplizierte“ oder „sehr komplizierte Heilverläufe“. Bei den NR war der Anteil deutlich geringer (34,9%).

Im Vergleich zur Kontrollphase der Vorgängerstudie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(1) = ,146, p = .703$).

4.4 Weiterführende Analysen der Heilverläufe

Aufgrund der o.b. nicht vorhandenen Effekte der Intervention im historischen Vergleich wurden für die aktuelle Stichprobe die Heilverläufe der RP, die psychotherapeutische Unterstützung erhalten hatten (in BGU und / oder ambulant) mit denen verglichen, die eine solche spezifische Unterstützung nicht erhalten hatten. Abbildung 17 zeigt entsprechende Mittelwerte exemplarisch für die Verläufe der PTBS-Symptomatik.

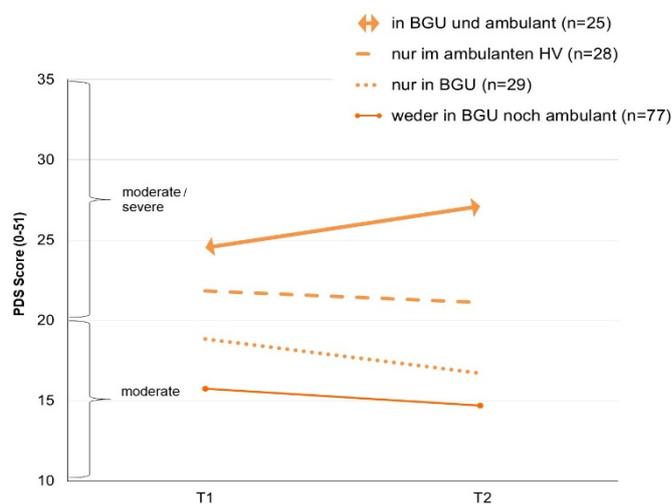


Abb. 17: Verläufe der PTBS-Symptomatik (PDS) in Abhängigkeit erhaltener psych. Unterstützung

Es zeigte sich einerseits, dass die Anzahl an RP, die sowohl bereits in der BGU als auch im ambulanten HV kontinuierliche psychologische Unterstützung und Behandlung erhalten hatten, mit $n=25$ von 159 recht gering war. Gleichzeitig zeigte diese Gruppe schon zu T1 eine deutlich höhere psychische Belastung als diejenigen RP, die keine Unterstützung bekommen hatten. Das galt auch im Vergleich zu denjenigen Risikopatienten, die lediglich in der BGU ODER ambulant psychologische Unterstützung erhalten hatten.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Heilverläufe

Bezüglich der initialen unfallbedingten psychischen Syndrome (PTBS-, depressives-, Angstsyndrom) ergaben sich für die drei Risikogruppen erwartungsgemäß – mit individuellen Ausnahmen - große Mittelwertunterschiede: HR schwere bis sehr schwere, NR unauffällige oder leichte Schweregradbereiche. Gelb-Patient:innen hatten mit moderaten bis auffälligen Werten eine Mittelstellung. Das kurze FSQ-Screening bildete diese Gruppenunterschiede sehr gut ab.

Diese anfänglichen Beschwerden blieben im 6-Monatsverlauf im Mittel weitgehend unverändert. Das trifft für alle drei Untergruppen zu. Deren Verlaufstypen können zusammenfassend als „chronisch und therapieresistent“, „wechselnd mit Veränderungen in beide Richtungen“ und „resilient“ beschrieben werden. Verbesserungen nach sechs Monaten waren bei den frühzeitig identifizierten RP trotz Frühintervention im stationären oder/und ambulanten HV bei mehr als einem Drittel aller Fälle leider nicht nachweisbar. Das korrespondierte mit fortbestehenden Funktionsbeeinträchtigungen im Alltagsleben, die von mehr als der Hälfte der RP sowohl durch die körperlichen als auch die anhaltenden psychischen Unfallfolgen beklagt wurden. Die Lebensqualität wurde vor allem bezüglich der psychischen Gesundheit als deutlich geringer eingeschätzt als von den NR. Noch größer waren die Abweichungen von den Referenzwerten in der Allgemeinbevölkerung.

Vergleiche der Heilverläufe der aktuellen Stichprobe mit den historischen Daten der 2007 bis 2011 durchgeführten Vorläuferstudie konnten eine Überlegenheit gegenüber FAUST-II nicht belegen. Gründe sind primär in der Schwere und Komplexität der SAV-Fälle und dem für psychische Veränderungsprozesse noch zu kurzen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Arbeitsunfall zu sehen. Die mittlere Behandlungsdauer betrug fast einen Monat, die stationären Heilverfahren waren zumeist abgeschlossen, die Patient:innen befanden sich aber in der Regel noch im Stadium der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In 72% der RP-Fälle war eine Arbeitsfähigkeit noch nicht wiedererlangt. 2/3 der Psychotherapie-Fälle waren noch in einem sehr frühen Stadium (ein Großteil noch im Rahmen der ersten 5 Sitzungen), auf jeden Fall nicht abgeschlossen. Der noch laufende psychotherapeutische Prozess war entsprechend durch medizinische, psychosoziale und berufliche Aspekte überlagert, so dass wahrscheinlich die Wirksamkeit auch etablierter, evidenz-basierter Therapieverfahren dadurch eingeschränkt war. Eine differenzierte Betrachtung der Heilverläufe in Abhängigkeit der erhaltenen psychologischen Unterstützung – während der Erstbehandlung wie auch ambulant – deutet darauf hin, dass diejenigen, die Unterstützung erhalten hatten, initial auch besonders starke psychische Symptome und Belastungen aufgewiesen hatten, die psychisch „kränkeren“ und belasteteren Unfallpatienten waren.

5 Diskussion und Ausblick

Im Rahmen der multizentrischen Versorgungsstudie wurde ein optimiertes Konzept zur Früherkennung und Frühintervention psychischer Unfallfolgebeschwerden und -störungen in der Erstbehandlung und frühen Rehabilitationsphase bei schwerstverletzten Arbeitsunfall-Patient:innen evaluiert. Beteiligt waren die PD der neun BGU und die Fallmanager:innen der UVT. Die Umsetzung der Screening-orientierten Diagnose- und Behandlungspfade in den Kliniken und den UV-Verwaltungen (Prozessqualität) und die Veränderungen der unfallbedingten psychischen Symptomatik nach 6 Monaten (Ergebnisqualität) wurden vor allem für 211 RP, zusätzlich und zu Kontrollzwecken für 152 NR untersucht. Die Laufzeit der Studie musste wegen Rekrutierungsproblemen und den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie um zwei Jahre verlängert werden. Die Datenerhebung in den Kliniken und bei den UV-Verwaltungen waren vollständig. Der Rücklauf der Nachuntersuchungsbögen bei den Patient:innen betrug 75%, so dass die Auswertungstichprobe 270 vollständige Fälle umfasste. Diese unterschieden sich von den 350 Fällen der Erhebungstichprobe weder zu T1 noch zu T2, so dass systematische Ergebnisverzerrungen durch die Beschränkung auf die 270 Datensätze ausgeschlossen werden konnten. Die Praxisrelevanz für das UV-liche HV ist durch die Mitwirkung von UV-Verantwortlichen an der Planung und Durchführung der Studie sowie den Einbezug wichtiger Netzwerkpartner sehr hoch.

Die Studie bestätigte erneut die quantitative (15% RP) und qualitative Bedeutung und Notwendigkeit einer angemessenen Berücksichtigung unfallbedingter psychischer Beschwerden und Folgestörungen nach schweren Arbeitsunfällen.

Eine offensichtlich gestiegene Sensibilität und Offenheit für psychische Unfallfolgen war bei den unfallchirurgischen Ärzten und Behandlungsteams indirekt, bei Patienten und bei UV-Mitarbeitenden unmittelbar durch deren Selbstangaben in den Fragebögen festzustellen. Die Zufriedenheit der Studienteilnehmer:innen mit der Unterstützung im Heilverfahren durch die BG/UK war bei 85% „hoch“ oder „sehr hoch“, und zwar unabhängig von dem Risikostatus. Auch das kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass sich die Verunfallten bezüglich ihrer Anliegen auch in psychologischer Hinsicht wahrgenommen und unterstützt gefühlt haben.

Die Prozessanalyse zeigte, dass die PD bei entsprechender strukturell-personeller Ausstattung das frühe systematische Risiko-Screening auf einem sehr hohen Niveau realisieren konnten. Hohe Expertise und klinische Erfahrung im Umgang mit den multiplen psychischen und psychosozialen Folgen von Arbeitsunfällen haben eine - grundsätzlich ergebnisoffene - Überprüfung des FSQ-Risikostatus und eine bedarfsentsprechende akute stationär realisierte Unterstützung und perspektivische Maßnahmenempfehlung sichergestellt. Die qualifizierte Frühdiagnostik hat dabei auch Fälle mit normalpsychologischen Reaktionen, denen keine psychopathologische Relevanz beizumessen war und die sich entweder spontan oder mit begrenzten Unterstützungsangeboten bereits im Rahmen der Erstbehandlung verbesserten, detektiert. Die von den PD dokumentierten psychischen Befunde und Empfehlungen für die weitere differenzielle HV-Steuerung in Bezug auf psychische Folgebeschwerden waren

richtungsweisende Weichenstellungen, sodass im Rahmen des interdisziplinären Reha-Managements für diagnostisch bestätigte Bedarfsfälle psychotherapeutische Unterstützung frühzeitig angeboten bzw. vermittelt werden konnte. Ein funktionierender Informationsfluss an der Schnittstelle Klinik - UVT - ambulante Netzwerkpartner war dafür unerlässlich. Die Übermittlung des FSQ-Risikostatus war mit fast 90% weitestgehend gelungen. Etwas schwieriger gestaltete sich die Situation bei der regelhaften Erstellung und Verwertung der ausführlicheren Befund- bzw. Behandlungsberichte. Informationsverluste ergaben sich, weil über den langjährigen Anwendungszeitraum und bei „nur“ psychodiagnostischen Untersuchungen die „FSQ-Behandlungsberichte“ speziell bei gelb-Patienten nicht immer erstellt bzw. an die UVT versendet wurden. Die Umsetzung der für Risikofälle empfohlenen Maßnahmen durch die SB hängt aber stark von diesen Berichten ab. Diese können die Handlungssicherheit der UV-SB deutlich stärker fördern als die FSQ-Screeningberichte, die „nur“ auf der initialen und subjektiven Selbsteinschätzung der Verunfallten beruhen.

Einzelfallbezogene Evaluationen und die Fokusgruppen-Beiträge haben gezeigt, dass bei den HR- und NR-Fällen die (Handlungs-) Konsequenzen und auch Übereinstimmung mit dem eigenen Fallverständnis als überwiegend klar und eindeutig beurteilt wurden. Die zwischen den beiden Polen befindlichen „gelb-Fälle“ wurden unisono als „schwieriger“, „uneindeutiger“, bewertet. Verlaufsinformationen über Besserungen, regelhafte Heil- und Reha-Verläufe, explizite Angaben von Versicherten, keine relevanten psychischen Beschwerden und keinen Bedarf für psychologische Unterstützung (mehr) zu sehen, wurden in diesen Fällen als irritierend oder verunsichernd bewertet. Indikatoren, dass sich anfängliche Risikohinweise auf psychische Beschwerden – erfreulicherweise – im Verlauf nicht bestätigt haben, wurden als nicht (mehr) so relevant angesehen, auch wenn diese für die ganzheitliche Sicht auf den Rehabilitationsprozess doch sehr wichtige Informationen sind. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass die gelb-Gruppe nominell viermal so groß war wie die HR-Gruppe und dass mindestens ein Drittel nach sechs Monaten noch sicher-auffällige Beschwerden bezüglich der untersuchten Störungsbereiche aufwiesen. Daraus ermisst sich ein fortbestehender Psychotherapiebedarf für diese Risikofälle auch über den Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall hinausgehend.

Der o.b. Unsicherheit im Umgang mit gelb-Fällen kann durch gezielte Fortbildung, prototypische Fallvignetten und einer engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen DGUV-Psychotherapeut:innen begegnet werden. Auch gezielte telefonische Rückfragen bei den Psychologischen Mitarbeitenden der BGU bei unklar erscheinenden gelb-Konstellationen wären eine Option. Nach unsystematischen Eindrücken der PD wurden für Versicherte, die seit 2016 an dem FSQ-Routinescreening teilgenommen hatten, direkte Nachfragen aber eher selten gestellt. Die Projektverantwortlichen der BG/UK gingen davon aus, dass die Handlungssicherheit der Fallmanager:innen bei höherem Aufkommen und längerer Erfahrung mit den drei Fallkonstellationen des Ampelscreenings verbessert werden könnten, wenn Rücksprachemöglichkeiten bei zentralen Ansprechpartner:innen weiterhin sichergestellt seien.

Im Vergleich zu der vor 12 Jahren abgeschlossenen FAUST-II Studie waren signifikante Verbesserungen der Erkennungs-, Diagnose- und Behandlungsquoten psychischer Folgestörungen bei RP festzustellen.

„Eine höhere Sensibilisierung für psychische Folgen, funktionierende Prozessabläufe und positivere Einstellungen gegenüber dem Vorgehen; das alles hat sich im Vergleich zu der in FAUST-II untersuchten Intervention, deren Defizite in FAUST-III weitgehend beseitigt werden konnten, deutlich verbessert, ...aber an den Ergebnissen veränderte das nichts?“ „Psychische Syndrome blieben trotz des hohen personellen und materiellen Aufwands sowie großen Engagements aller Beteiligten für viele SAV-Risikofälle unverändert – schlecht?“ So könnte auf den ersten Blick und pointiert formuliert das vorläufige Fazit lauten. Tatsächlich springen die nicht nachweisbaren Verbesserungen bezüglich der untersuchten psychischen Beschwerdebereiche, den „objektiven“ Heilverlaufsdaten, den Funktionseinschränkungen sowie der Lebensqualität der Risikopatient:innen ins Auge. Patienten, die eine Kombination akuter psychologischer Unterstützungsmaßnahmen während der Klinikbehandlung und anschließender ambulanter Psychotherapien erhalten hatten, waren nach einem halben Jahr nicht besser als die Risikopersonen ohne solche Maßnahmen.

Auf den ersten Blick könnte fälschlicherweise der Eindruck entstehen, dass psychotherapeutische Unterstützung mit einem ungünstigeren psychischen Befinden verbunden wäre. Plausibler ist allerdings, dass diejenigen RP, die weder in der BGU noch im ambulanten HV spezifische psychotherapeutische Unterstützung erhalten hatten, im gesamten Verlauf die geringsten psychischen Belastungen aufwiesen und eben deshalb keiner speziellen Therapie bedurften. Zudem drängt sich aus diesem und anderen Befunden der Eindruck auf, daß vor allem bei initial besonders hohen Symptombelastungen das untersuchte 6-Monats-Zeitfenster zu kurz greift, um durch die zumeist erst im Anfangsstadium befindlichen psychotherapeutischen Behandlungen bereits wirksame Verbesserungen nachweisen zu können. Gerade bei den körperlich-psychisch traumatisierten SAV-Patienten mit bereits gravierender psychischer Ausgangssymptomatik kann die Phase nach der Klinikentlassung und Rückkehr in den Alltag zu einer verstärkten Konfrontation mit dem „wirklichen“ Ausmaß der Unfallfolgen für die (zumeist verringerten) Lebensmöglichkeiten führen, die mit einer psychopathologischen Verschlechterung verbunden ist. Möglicherweise kann hier sogar als ein „Teilerfolg“ gesehen werden, dass sie nach der Rückkehr in den Alltag und der damit verbundenen „harten Konfrontation“ mit ihren Unfallfolgen – jenseits des „schützenden Kliniksettings“ – keine psychopathologische Verschlechterung zeigten.

Diese teils ernüchternd erscheinenden Ergebnisse werfen die Frage auf, ob der „Screen-and-treat“ Ansatz bei Arbeitsunfallopfern mit schweren Körperverletzungen wegen unzureichender Wirksamkeit nicht weiterverfolgt werden sollte? Nein. Diese Schlussfolgerung wäre voreilig, zu vereinfachend und ließe sich mit den Studienergebnissen nicht begründen.

Unbedingt müssen die Besonderheiten der untersuchten Patient:innengruppe berücksichtigt werden: Schwerstverletzte akute Unfallpatient:innen, die Hälfte nach dem Erleben (potenziell) auch psychisch traumatisierender Unfallereignisse, im Mittel 4-wöchige

Erstbehandlung in Kliniken der Maximalversorgung, die nach einem halben Jahr in 90% unter fortbestehenden Schmerzsyndromen litten und in 72% noch arbeitsunfähig waren. 60% der HR und knapp 30% der gelb-Fälle hatten psychotherapeutische Behandlungen (z.T. in Kombination mit einer Psychopharmakotherapie) erhalten, die zumeist noch nicht abgeschlossen waren – angesichts der empirisch ermittelten Bedingungen jedoch auch noch nicht abgeschlossen sein konnten. Im Gesamtkollektiv aller Arbeitsunfallopfer sind SAV-Fälle mit (Hoch)Risikostatus eine hochselektive Untergruppe. Eine Extremgruppe häufig kombiniert körperlich und psychisch traumatisierter Fälle, die sich nur schwer vergleichen lassen mit den typischen Fällen im ambulanten DGUV-Psychotherapeutenverfahren: Hier konnten erfreulicherweise fast 50% im Rahmen der fünf probatorischen Sitzungen, weitere 25% nach Kurzzeit-Therapien mit bis zu 15 Sitzungen erfolgreich abgeschlossen werden (nicht veröffentlichte Statistik der DGUV zum Psychotherapeutenverfahren im Jahr 2021). Diese Maßstäbe lassen sich nicht auf die SAV-Risikogruppen übertragen, die am äußersten Rand des Schweregradspektrums anzusiedeln sind. Eine aktuelle Metanalyse hat die prognostisch besondere Bedeutung der anfänglichen Schwere des posttraumatischen Belastungssyndroms für das längerfristige Ergebnis dieser Folgestörung hervorgehoben (Shalev et al., 2019). Es darf keineswegs schlussgefolgert werden, dass Psychotherapie für diese Fälle nicht wirksam wäre. Viel wahrscheinlicher ist, dass für diese Komplexfälle längere Beobachtungszeiträume als sechs Monate zu berücksichtigen sind. Diese Zeitspanne erlaubt angesichts der prioritär im Mittelpunkt stehenden körperlich-medizinischen Maßnahmen noch keine ausreichende Fokussierung auf die psychischen Unfallaspekte und Unfallfolgen. Bewältigungskapazitäten können nicht gleichermaßen intensiv auf alle Dimensionen (körperlich, sozial, psychisch) ausgerichtet sein. Die 6-Monats-Katamnese dürfte als (vorläufiger) Endpunkt der Wirksamkeitsevaluation für die untersuchte SAV-Risikogruppe insgesamt zu kurz bemessen sein.

Das bei SAV-Fällen zumeist erforderliche Reha-Management sieht ein optimales Zusammenwirken aller relevanten Netzwerkpartner vor, betont die Orientierung an einen ganzheitlichen - medizinisch, sozialen und psychischen – Behandlungskonzept (ICF: WHO, 2005). Dafür stehen evidenz-basierte und leitlinien-empfohlene Therapieverfahren im Bereich der stressbezogenen psychischen (Unfallfolge-) Störungen zur Verfügung (Frommberger et al., 2014, AWMF, 2019, 2020; Roberts et al., 2019).

Der vorliegende Bericht soll für die „AG Trauma und Psyche“ sowie die Gremien und Verantwortlichen der DGUV eine Grundlage für die weitere Gestaltung und Entwicklung eines evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Umgangs mit den psychischen Folgebeschwerden und –störungen nach schweren Arbeitsunfällen mit gemischt körperlich-psychischen Traumatisierungen bereitstellen. Die Früherkennung von Risikofällen für psychische Folgestörungen dürfte dabei im VAV- und D-Arzt Verfahren von besonderer Relevanz sein, sind hier doch die strukturellen Voraussetzungen im Vergleich zu den BGU mit ihren Psychologischen Diensten weniger elaboriert.

Wir sind überzeugt, dass die vorgelegten Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der klinischen Versorgung von Arbeitsunfallverletzten mit psychischen Gesundheitsbeschwerden und –störungen innerhalb des UV-Heilverfahrens leisten können.

6 Literatur

Angenendt, J, Hecht, H, Nowotny-Behrens, U, Köstler, W, Südkamp, N, Stark, B, Berger, M. (2006). Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST): Teil II: Wirksamkeit einer stationären psychologischen Frühintervention. Trauma und Berufskrankheit 8, (Supplement 1):74 -79

Angenendt J, Röhrich B, Riering A et al. (2011). Die Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II) Früherkennung, Diagnostik und Prävention psychischer Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen: Auswirkungen auf die Rehabilitation. Trauma Berufskh.13:56-64

Angenendt J, Röhrich B, Riering A et al. (2012) Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II). Trauma und Berufskrankh (Suppl3) 14:299-306

Angenendt, J (2014). Psychische Folgen von Unfällen und deren Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 57: 666-672

Angenendt J, Drechsel-Schlund, Südkamp N, Berger M (2016). Psychotraumatologie nach Unfällen. Deutsches Ärzteblatt, 13(40):1752-1754

Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger (2000). WHOQOL-100 und WHQOL-BREF. Hogrefe, Göttingen

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften – AWMF (2019) Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. [051-0271 S2k Diagnostik Behandlung akute Folgen psychischer Traumatisierung 2019-10.pdf \(awmf.org\)](#)

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften - AWMF (2020) S-3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. [155-0011 S3 Posttraumatische Belastungsstoerung 2020-02 1.pdf \(awmf.org\)](#)

Australian Center of posttraumatic mental health - ACPMH (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. www.acpmh.unimelb.edu.au

Becker-Nehring K, Becker AK & Bengel J (2014). Screeningfragebögen zu Risiko- und Schutzfaktoren für Traumafolgestörungen: Ein systematischer Review. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 63(4)

Bronner M (2015). Reha-Management: Erwartungen und Erfahrungen. Ein Überblick. Trauma und Berufskrankheit, 17 (Suppl 2): 283-286

Bryant R, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, Clark C, McFarlane A (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. American Journal of Psychiatry 167: 312-320

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2010). Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden. Berlin: DGUV

Drechsel-Schlund C (2012). Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II). Trauma und Berufskrankheit 14(3): 307-310

Drechsel-Schlund C, Scholtysik D, Ullmann U (2015). Drei Jahre Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung. DGUV-Forum (10) 2015: 18-23

- Drechsel-Schlund C, Ullmann U, Angenendt J (2018). Psychotherapeutenverfahren – Versorgungsstrukturen bei traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz. ASU. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 53:20–24
- Foa E (1995). The posttraumatic diagnostic Scale (PDS). Manual. Minneanapolis. National Computer Systems
- Frommberger, U, Schlickewei, W, Stieglitz, RD, Nyberg, E, Kuner, E & Berger, M (1998a). Die psychischen Folgen nach Verkehrsunfällen. Teil I: Relevanz, diagnostische Kriterien und Therapie psychischer Störungen. Unfallchirurgie 24(3): 115-121
- Frommberger, U, Schlickewei, W, Nyberg, E, Stieglitz, R-D, Kuner, E & Berger, M (1998b). Die psychischen Folgen nach Verkehrsunfällen- Teil II: Ergebnisse einer prospektiven Studie. Unfallchirurgie 24(3): 122-128
- Frommberger U, Angenendt J, Berger M (2014) Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Dtsch Arztebl 111(5):59–65
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W et al. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. Diagnostica 50: 171-181
- Hermann-Lingen C, Buss U, Snaith RP (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version (HADS-D). Göttingen: Huber
- Lahr F (2015). Reha-Management. Erwartungen und Erfahrungen aus der Praxis der Unfallversicherungsträger. Trauma und Berufskrankheit, 17 (Suppl 2): 287-290
- National Institute of Clinical Excellence- NICE (2005). Posttraumatic stress disorder – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Nummer 26 [http:// www.nice.org.uk/guidance /](http://www.nice.org.uk/guidance/)
- O'Donnell M, Lau W, Tipping S et al. (2012). Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders and depression following serious injury. Journal of Traumatic Stress 25:125-133
- Riering A (2015). Risikofaktoren für psychische Beeinträchtigungen nach Arbeitsunfällen. Unveröffentlichte Dissertation Universität Freiburg
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson, JI (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Database Syst Rev. 2010, 3. Art. No.: CD007944. DOI: 10.1002/14651858.CD007944.pub2
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Lewis CE, Bisson, JI (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology 10:1695486
- Shalev AY, Gevonden M, Ratanatharathorn A, et al. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma: results of the International Consortium to predict PTSD. World Psychiatry. 18(1):77-87
- Stieglitz, RD., Nyberg, E, Albert, M, Frommberger, U, Berger, M (2002). Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. Z. Klin.Psychol. Psychother. 31: 22-30

Südkamp, N, Angenendt, J, Hecht, H, Nowotny-Behrens, U, Köstler, W, Niemeyer, P , Stark, B, Berger, M. (2006). Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST).Teil I: Epidemiologie und Verlauf psychischer Folgestörungen nach Arbeitsunfällen. Trauma und Berufskrankheit 8, (Supplement 1): 67 -73.

WHO (World Health Organisation) (2005). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf

Zatzick D, Jurkovich G, Rivara F et al. (2013). A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors. Ann Surg ,257(3): 390-399

7 Anhang

A1) Abkürzungsverzeichnis

A2) Erhebungsinstrumente

A3) ergänzende Ergebnisse, Tabellen & Abbildungen

A4) Protokoll des Fokusgruppentreffens

A5) Liste beteiligter Mitarbeiter:innen der Psychologischen Dienste

A1) Abkürzungsverzeichnis

BG	Berufsgenossenschaft/en
BGU	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik/en
HR	Hoch-Risiko-Patient:in/nen (rot-Fälle)
HV	Heilverfahren
NR	Nicht-Risiko-Patient:in/nen (grün-Fälle)
PD	Psychologische Dienste
RM	Reha-Manager:in/nen
RP	Risiko-Patient:in/nen (orange-Fälle)
SB	Sachbearbeiter:in/nen
SAV	Schwerstverletztenartenverfahren
UK	Unfallkasse/n
UV(T)	Unfallversicherung(sträger)

A2) Erhebungsinstrumente

- A2 – 1 Screeningbogen FSQ
- A2 – 2 FSQ-Screeningbericht
- A2 – 3 FSQ-Behandlungsbericht
- A2 – 4 Prozess- und Evaluationsbogen PD
- A2 – 5 Patient:innenfragebogen T1
- A2 – 6 Patient:innenfragebogen T2
- A2 – 7 Katamnesebogen UV
- A2 – 8 Prozess- und Evaluationsbogen UV

**Ersterhebung psychischer Belastung nach Arbeitsunfall
Screening-Bogen FSQ**

Name der/des Versicherten:	
Unfalltag:	
Screening-Wert:	
Datum der Screening-Vorgabe:	

Sie hatten vor wenigen Tagen einen Unfall und befinden sich deshalb in unserer stationären Behandlung. Viele Menschen haben nach einem solchen Ereignis nicht nur körperliche Verletzungen erlitten, sondern leiden auch psychisch unter den Folgen des Unfalls. Hier ist eine Liste von Beschwerden, die nach einem Unfall auftreten könnten. Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Fragen an, ob Sie persönlich seit dem jetzigen Unfall unter den angegebenen Problemen leiden.

Das Ergebnis der Einschätzung der psychischen Belastung wird für die Organisation und Steuerung einer evtl. nachstationären Weiterbehandlung an den Kostenträger übermittelt.

Bitte beantworten Sie unbedingt alle 10 Fragen entweder mit „ja“ oder mit „nein“.

1. **Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst (oder evtl. sogar Todesangst)?**
ja nein
2. **Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?**
ja nein
3. **Fühlen Sie sich psychisch stark belastet, wenn Sie etwas sehen oder hören, das Sie an den Unfall erinnert?**
ja nein
4. **Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall (Aufgewühlt sein oder Unwohlsein)?**
ja nein
5. **Fällt es Ihnen schwer einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil Ihnen Bilder oder Gedanken über den Unfall in den Sinn kommen?**
ja nein
6. **Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf (während Sie eigentlich mit anderen Dingen beschäftigt sind)?**
ja nein
7. **Haben Sie belastende Träume oder Alpträume vom Unfall?**
ja nein
8. **Versuchen Sie mit aller Anstrengung, bloß nicht über den Unfall nachzudenken?**
ja nein
9. **Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Fähigkeit Gefühle (z.B. Freude, Trauer) zu erleben, eingeschränkt ist (bzw. Sie sich innerlich abgestumpft fühlen)?**
ja nein
10. **Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit (z.B. bleibende körperliche Beeinträchtigungen)?**
ja nein

Summe: _____

Klinikspezifischer Briefkopf

Adresse der
zuständigen UV-Verwaltung

Erhebung psychischer Belastung nach Arbeitsunfall (FSQ-Bogen) - Screening-Bericht FSQ -

Name der/des Versicherten:	
Unfalltag:	
Screening-Wert:	
Datum der Screening-Vorgabe:	
Ansprechpartner /Tel.	Abteilung / Zentrale Nummer

Im akutstationären Bereich der BG Unfallkliniken werden SAV-Patienten mit dem Screening-Bogen (FSQ) zur Beurteilung psychischer Unfallfolgen untersucht. Der FSQ dient zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit psychischer Belastung nach Arbeitsunfällen mit primär körperlichen Verletzungsfolgen. Er besteht aus 10 mit "Ja" oder "Nein" von den Patienten zu beantwortenden Aussagen zum Unfallereignis und zu frühen psychoreaktiven Symptomen. Anhand eines „Ampelmodells“ mit der Gruppe „keine Belastung“ („grün“), „mittelgradige psychische Belastung“ („gelb“) und „starke psychische Belastung“ („rot“) werden die Patienten kategorisiert. Davon leiten sich gestufte Diagnose- und Therapiemaßnahmen in Bezug auf mögliche psychische Gesundheitsschäden ab.

- Screening-Wert: 0 - 3** „grün“ **Keine psychische Belastung**
▶ Sofern sich im weiteren Verlauf keine gegenteiligen Hinweise ergeben, sind wahrscheinlich **keine weiterführenden und speziellen** psychodiagnostischen oder psychotherapeutischen **Maßnahmen** erforderlich.
Hinweis: Auch bei Grün-Fällen ist nicht auszuschließen, dass im weiteren Heilverlauf psychoreaktive Entwicklungen auftreten können, die dann diagnostisch abzuklären sind.

- Screening-Wert: 4 - 7** „gelb“ **mittelgradige psychische Belastung**
▶ Hinweise auf anfänglich erhöhte psychische Beschwerden erfordern eine **systematische Verlaufsbeobachtung**.
Aufgabe des UT-Trägers: Auf Aktenbasis bzw. in Zusammenarbeit mit den behandelnden D-Ärzten und Reha-Managern ist spätestens nach 10 bis 12 Wochen zu überprüfen, ob sich die anfänglichen Beschwerden zurückgebildet haben. Bei Hinweisen auf verbliebene psychische Beschwerden (z.B. durch Patienten, Arbeitgeber, D-Ärzte) oder im weiteren Verlauf nicht erklärbarer Verzögerungen des Heilverfahrens bzw. der Eingliederung, ist die **Beauftragung** von am Psychotherapeutenverfahren beteiligten Ärzten oder Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik dringend angezeigt.

- Screening-Wert: 8 – 10** „rot“ **starke psychische Belastung**
▶ Die stark auffälligen Screening-Werte wurden bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes durch Hinzuziehung eines Psychologen / Psychotherapeuten klinisch überprüft. Hinweis: Es erfolgt eine weitere Information über den Fortgang der Diagnostik und Behandlung während des stationären Aufenthaltes zum Entlassungszeitpunkt.

Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung:

.....
Datum

.....
Unterschrift Psychologischer Dienst

Anlage: Ggf. Untersuchungsbefund

Adresse der zuständigen UV-Verwaltung
--

Erhebung psychischer Belastung nach Arbeitsunfall (FSQ-Bogen)
- Behandlungsbericht FSQ -

Name der/des Versicherten:	
Unfalltag:	
Screening-Wert:	
Datum der Screening-Vorgabe:	
Ansprechpartner / Tel.	Abteilung / Zentrale Nummer

Nach der initialen Einschätzung der psychischen Belastung mit Hilfe des Screening-Bogens (FSQ) zur Beurteilung psychischer Unfallfolgen wurde der Patient aufgrund des Fragebogenergebnisses (mittelgradige / hohe psychische Belastung) persönlich untersucht bzw. behandelt.

Aktueller psychischer Kurzbefund klinisch relevanter Symptome am Ende der stationären Behandlung

Angst ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Hilflosigkeit ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Unfallereinerungen ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Übererregung ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Schlafstörungen ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Intrusionen ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Alpträume ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Abgestumpftsein ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Befürchtungen chronischer körperlicher Beeinträchtigungen ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/> Niedergeschlagenheit ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>

Bisheriger Verlauf während der stationären Erstbehandlung

Verbesserung: <input type="radio"/> Verschlechterung: <input type="radio"/> unveränderter psychischer Zustand: <input type="radio"/>

Vorläufige unfallabhängige Diagnose am Ende der stationären Behandlung

ICD-10

Maßnahmen Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung in Bezug auf die obigen Beschwerden:

keine weitere Behandlung <input type="radio"/> ambulante Behandlung notwendig <input type="radio"/> Stationäre Behandlung notwendig <input type="radio"/>
--

.....
Zusätzliche Bemerkungen / Hinweise (z.B. weitere Risikofaktoren)

.....
Datum

.....
Unterschrift Psychologischer Dienst

Anlage: Ggf. Untersuchungsbefund

Evaluation des „Umsetzungskonzeptes FAUST-II“ in der Erstbehandlung von SAV Fällen

Prozess- und Evaluationsbogen Psychologischer Dienst

Dieses Feld bitte immer ausfüllen!

- Kein Studien Einschluss (anonym) **nur Fragen 1 und 2** Studieneinschluss (pseudonymisiert) **Frage 2 entfällt**

Geschlecht des Pat: weiblich männlich
 Alter des Patienten: _____ Jahre
 Unfalltag: _____ 2019
 Datum der Befragung: _____ 2019

1. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme sind **prinzipiell** erfüllt:

- UV-versicherter Patient
- SAV Fall mit akuten Unfallverletzungen
- Alter ≥ 18
- 6. bis 20. Tag nach Unfall
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse
- Teilnahme am Umsetzungskonzept FAUST-II: FSQ Screening
- FSQ>3 (bei FSQ \leq 3: keine weitere Untersuchung)

Bei Einschluss → bitte weiter mit Frage 3 (S. 2)

2. Gründe, die trotz Einschlusskriterien **Teilnahme verhindert** haben:

- Pat. konnte nicht über die Studie informiert werden wegen fehlender Sprachkenntnisse
- Patient konnte die Fragen der Studienbögen inhaltlich nicht verstehen
- Patient wurde entlassen/verlegt, bevor die wissenschaftliche Befragung möglich war
- Studienbögen konnten nicht mehr eingesammelt werden (z.B. wegen Verlegung, Entlassung)
- Patient konnte wegen seiner Verletzungen an der umfangreichen Befragung nicht teilnehmen
- Patient hat sein Einverständnis zur Teilnahme verweigert, **wegen**.....
- andere Gründe (bitte hier **aufführen!**)

Bei Nicht Einschluss → nur Seite 1 des Studienbegleitbogen im Ordner ablegen!

3. Bei Einschluss in die Studie

- Patient **erfüllt** Einschlusskriterien
- Teilnahme** am Implementierungs-Projekt
- schriftliches **Einverständnis liegt vor**
- Rückgabe** des Patientenfragebogens



4. Gab es aus Ihrer Sicht **Schwierigkeiten / Unklarheiten** beim Einsatz des FSQ-Screening- Bogens?

- Unklarheit über den Zeitpunkt der Vorlage des Screening-Bogens
- Schwierigkeiten, den Patienten anzutreffen und zu erreichen
- Probleme, den Patienten über den Zweck der Untersuchung zu informieren
- ablehnende Äußerungen des Patienten gegenüber den Fragen
- weitere Erläuterungen / Erklärungen zu den Fragen waren erforderlich
- der Patient wurde mehrfach motiviert / angehalten, doch die Fragen zu beantworten
- der Bogen musste nochmals zur Vervollständigung zurückgegeben werden
- Patient wollte sehr lange über die Fragen sprechen
- insgesamt hoher Zeitaufwand
- Probleme, die Vorgabe des Bogens in Routineabläufe zu integrieren
- zusätzliche Beobachtungen, die Sie bei Einsatz des Screenig-Bogens gemacht haben und Ihnen wichtig erscheinen

.....
.....

5. Geschätzter **Zeitaufwand** für den Screening-Prozess (ohne die Zeiten für zusätzliche psychodiagnostische oder -therapeutische Maßnahmen / ohne Zusatzarbeiten nur für die wissenschaftliche Studie):

- < 15 Min. 15 bis 30 Min. 30 bis 45 Min. 45 bis 60 Min. > 60 Min.

FSQ: 4 bis 10 mit „Ja“ beantwortete Fragen

→ zusätzlichen Fragebogen vorgeben und Sichtkontrolle auf Vollständigkeit!

- 1. Einverständniserklärung (3-fach)
- 2. FSQ-Screeningbogen
- 3. Studien Prozess- u. Evaluationsbogen
- 4. Kopie des D-Arzt Berichtes F1000 (geschwärzt)
- 5. Kopie FSQ-Ergebnismitteilung UV-Träger
- 6. Patienten-Fragebogen T1

bitten checken + im Studienordner ablegen!

Fragen zu den Prozessabläufen des „FAUST-II Umsetzungskonzeptes“

6. Wie wurde nach Ihrer Einschätzung der Screening-Fragebogen (FSQ) von Ihrem Patienten aufgenommen?

- ablehnend kritisch teils/teils eher positiv sehr positiv

Worauf gründet sich Ihre Einschätzung:

.....
.....
.....

7. Für wie sinnvoll beurteilen Sie aus klinischer Sicht die Durchführung des Screenings bei diesem Patienten und zum gegenwärtigen Zeitpunkt?

- gar nicht etwas teils/teils überwiegend sehr sinnvoll

Worauf gründet sich Ihre Einschätzung:

.....
.....
.....

8. Wie hoch erscheint Ihnen bei diesem Patienten die Übereinstimmung zwischen Screening-Ergebnis („grün“, „gelb“, „rot“) und Ihrem ersten klinischen Eindruck?

- sehr hoch hoch teils/teils niedrig sehr niedrig

Worauf gründet sich Ihre Einschätzung:

.....
.....
.....

9. Welche diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen haben Sie noch während der Klinikerstbehandlung im vorliegenden Fall veranlasst?

- keine weiteren Maßnahmen, weil „grün“ Fall
- keine, weiteren Maßnahmen, obwohl „gelb“ Fall,
weil
- keine weiteren Maßnahmen, obwohl „rot“ Fall,
weil
- Einmalige psychodiagnostische Untersuchung und Beratung
- Wiederholte psychodiagnostische Untersuchungen (zur Verlaufsbeobachtung)
→ Anzahl der Termine.....
- Wiederholte Behandlungstermine (i.S. einer Krisen- oder Frühintervention
oder Psychotherapie)
→ Anzahl der Termine.....
- andere Behandlungsmaßnahmen (z.B. Pharmakotherapie).....

10. Die o.g. Diagnostik- bzw. Behandlungsmaßnahmen wurden mit Hilfe des Behandlungsberichtes – FSQ dokumentiert.

- nein
- ja

11. Wie schätzen Sie nach durchgeführter persönlicher Untersuchung die Übereinstimmung mit dem per FSQ ermittelten initialen Risikostatus ein?

- sehr hoch hoch teils/teils niedrig sehr niedrig

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung:

12. Welche Art von Unfall liegt vor?

- Arbeitsunfall (kein Wegeunfall)
- Wegeunfall (Straßenverkehrsunfall)

13. Erfüllt der vorliegende Arbeitsunfall nach Ihrer klinischen Einschätzung die Kriterien für ein traumatisches Ereignis nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10?

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.

- ja, vollständig
- ja, aber nur unvollständig, weil
- nein
- nicht beurteilbar

14. Wie beurteilen Sie die möglichen folgenden Kritikpunkte?

	trifft voll zu	trifft zu	teils/ teils	trifft nicht zu	trifft überh.nicht zu
a. Überflüssig erscheinender Einsatz bei offensichtlich psychisch unbelasteten Patienten	<input type="checkbox"/>				
b. Zu große verletzungsbedingte Einschränkungen beim Ausfüllen des Bogens	<input type="checkbox"/>				
c. Risiko der Sensibilisierung / Aggravation des Patienten bei direktem Nachfragen nach psychischen Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
d. Diesen Patienten hätten wir ohne FSQ sonst nicht konsiliarisch vorgestellt bekommen	<input type="checkbox"/>				
e. Eine vorläufige Beurteilung der psychischen Unfallfolgen zum aktuellen Zeitpunkt ist bei diesem Patienten irreführend	<input type="checkbox"/>				
f. Für diesen Patienten hätten wir unabhängig von dem FSQ-Screening sicherlich einen Auftrag zur Psychodiagnostik erhalten	<input type="checkbox"/>				
g. Aufwand und Nutzen des Screenings stehen hier in einem angemessenen Verhältnis	<input type="checkbox"/>				

Für weitere Anmerkungen und Kommentare jeder Art sind wir Ihnen sehr dankbar.

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Chiffre

— — — — —

Datum: _____

Evaluation des „Umsetzungskonzeptes FAUST-II“ in der Erstbehandlung von SAV Fällen

Kurztitel: Freiburger Arbeitsunfallstudie-III (FAUST-III)

Patientenfragebogen Ersterhebung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben einen kurzen Fragebogen zum Auftreten von psychischen Belastungen nach einem Unfall bereits ausgefüllt. Mit Hilfe des folgenden Fragebogens möchten wir Ihre Beschwerden, die möglicherweise im Zusammenhang mit Ihrem Unfall und Ihren Verletzungen aufgetreten sind, noch genauer kennen lernen.

Wir bitten Sie, sich die einzelnen Fragen genau durchzulesen und dann zu beantworten. Den meisten Fragen folgen Antwortmöglichkeiten, die bereits ausformuliert sind. Bitte entscheiden Sie dann durch ankreuzen, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage für Sie persönlich zutrifft. Es sind meistens mehrere Abstufungen vorgegeben (z.B. „gar nicht“ - „etwas“ - „stark“ – „sehr stark“).

Wenn es Ihnen schwer fällt, sich zu entscheiden,
kreuzen Sie bitte die eine Antwort an, die für Sie persönlich noch am ehesten zutrifft. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort.
Nur die letzten 3 Fragen (9-11) beantworten Sie bitte mit eigenen Worten.

Bitte überprüfen Sie vor der Rückgabe des Fragebogens, ob Sie wirklich alle Fragen angekreuzt bzw. beantwortet haben, da wir sonst Ihre Angaben nicht vollständig auswerten können. **Bitte beachten Sie dabei die Vorder- und Rückseiten!**

Mit unserer wissenschaftlichen Studie untersuchen wir, wie neben den körperlichen Verletzungsfolgen auch mögliche psychische Reaktionen auf Unfälle die weiteren Heilungsverläufe beeinflussen können.

Wir werden Ihnen deshalb nach **einem halben Jahr** mit der Post (mit frankiertem Rückumschlag) einen 2. Fragebogen zusenden, der ähnliche Fragen enthält. Wir bitten Sie dann um nochmalige Beantwortung der Fragen, um den weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit zu erfahren.

Für die Teilnahme an dieser schriftlichen Nachuntersuchung nach 6 Monaten erhalten Sie dann nach Eingang dieses 2. Fragebogens eine **Aufwandsentschädigung von 30,- €**, die wir auf Ihr Konto überweisen.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie!

1. Angaben zu Ihrer Person

Alter:Jahre

Nationalität:

Familienstand: verheiratet / fest zusammenlebend allein lebend getrennt lebend

Anzahl der Kinder:

Höchster Schulabschluss: Hauptschule Mittlerer Schulabschluss Abitur
 abgeschlossenes Studium

Abgeschlossene Berufsausbildung: als

Zuletzt ausgeübter Beruf / Tätigkeit:

Zugehörigkeit zum Unfallbetrieb:(Jahre)

2. Haben Sie während Ihres Unfalls oder kurz danach Ihr Bewusstsein verloren (überhaupt keine oder nur sehr lückenhafte Erinnerungen)?

Nein → weiter mit Frage 3 Ja → und zwar:

ca. 1 bis 5 Minuten

mehrere Minuten bis Stunden

länger als 24 Stunden

3. Haben Sie Ihren Unfall (zumindest teilweise) auf ungewöhnliche Weise erlebt?	gar nicht	etwas	stark	sehr stark
1. Hatten Sie während des Unfalls das Gefühl von Unwirklichkeit, so als ob alles wie in einem Film oder Traum ablaufen würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie sich während des Unfalls wie betäubt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat sich das übliche Zeitgefühl verändert, z.B. ungewöhnlich langsam (Zeitlupe) oder schnell (Zeitraffer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie eine veränderte Wahrnehmung des eigenen Körpers, z.B. Fehlen von Schmerzen trotz vorhandener Verletzungen, oder die Wahrnehmung von Körperpartien als ungewöhnlich groß oder klein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Taten Sie Dinge – wie Sie später von anderen erfahren haben-, an die Sie sich nicht erinnern können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mögliche Beschwerden nach dem Unfall Kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die am besten beschreibt, wie häufig Sie in der letzten Woche bis einschließlich heute von diesen Beschwerden betroffen waren. <small>(PDS, Foa et al., 1995)</small>	<u>in der letzten Woche</u> gar nicht 1 mal 2-4 mal 5 mal oder öfter			
1. Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an den Unfall, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über den Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. War es, als würden Sie den Unfall plötzlich noch einmal durchleben, oder als handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Belastet es Sie, wenn Sie an den Unfall erinnert wurden (fühlen Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an den Unfall erinnert wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie sich bemüht, nicht an den Unfall zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an den Unfall erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Konnten / können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Unfalls nicht erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Unfall für Sie wichtig waren oder haben Sie diese deutlich seltener unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie in Ihrem Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein zufrieden stellendes Leben haben werden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie sich mit dem Rücken zur Tür befinden, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 10-14 Tagen (bzw. nach Ihrem Unfall) durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (PHQ-D, Löwe et al., 1999)	In den letzten 10-14 Tagen			
	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	fast jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten, ein oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Essbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fragen zu persönlichen Reaktionen auf Ihren Unfall:	gar nicht	etwas	stark	sehr stark
1. Machen Sie sich derzeit Schuldvorwürfe wegen Ihres Unfalls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Befürchten Sie aufgrund Ihres Unfalls und seiner Folgen den Verlust Ihrer Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befürchten Sie aufgrund Ihres Unfalls und seiner Folgen eine Gefährdung Ihrer gesamten wirtschaftlichen oder sozialen Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grübeln Sie übermäßig über den Unfall und seine Umstände oder Folgen nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erwarten Sie, bei der Bewältigung Ihres Unfalls und seiner Folgen von Ihrer Familie, von Verwandten oder Freunden angemessen unterstützt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erwarten Sie, bei der Bewältigung Ihres Unfalls und seiner Folgen von Ihrem Arbeitgeber /Betrieb angemessen unterstützt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glauben Sie - trotz Ihrer körperlichen Verletzungen - noch „Glück im Unglück“ gehabt zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden.

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf.

(HADS-D; Hermann et al. (1995))

Ich fühle mich ganz angespannt oder überreizt	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
<input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
<input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorge <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
<input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	Ich blicke mit Freude in die Zukunft
<input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie	<input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio oder Fernsehsendung freuen
<input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

<p>8. Im Folgenden geht es um mögliche Veränderungen, welche sich in Ihrem Leben durch den Unfall ergeben haben könnten und wie stark Sie diese einschätzen. Diese Fragen sollen das Ausmaß an negativen Konsequenzen keinesfalls in Frage stellen bzw. abmildern und könnten in Ihrer aktuellen Situation für unpassend, verfrüht oder schwierig gehalten werden. Wir bitten Sie dennoch, falls möglich, kurz Stellung zu beziehen.</p> <p style="text-align: right;"><small>(PTGI-G, Maercker & Langner, 2001)</small></p>	<p style="text-align: center;">Ich erlebe diese Veränderung als Resultat des aktuellen Arbeitsunfalls</p>					
	<p>überhaupt nicht</p>	<p>kaum</p>	<p>ein wenig</p>	<p>ziemlich</p>	<p>stark</p>	<p>sehr stark</p>
1. Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wichtig mir mein Leben ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich entwickelte neue Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fange mehr mit meinem Leben an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mehr in der Lage, die Wendungen zu akzeptieren, die die Dinge nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich würdige jeden Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe mehr Mitgefühl mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin mehr dazu geneigt Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich akzeptiere, dass ich andere brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Bitte geben Sie in eigenen Worten an, welche Merkmale ihres Unfalles Sie persönlich am meisten belastet haben oder noch belasten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Waren Sie vor Ihrem Unfall früher schon einmal von extrem belastenden Ereignissen betroffen (z.B. schwere Unfälle, körperliche oder sexuelle Gewalt, Beobachter belastender Ereignisse)?

Nein Ja Welche?

.....

11. Gibt es noch persönliche Anmerkungen, die Sie ergänzen möchten, weil bestimmte Themen mit den vorliegenden Fragen noch nicht angesprochen worden sind? Wir freuen uns über zusätzliche Angaben!

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an der Untersuchung!!

Chiffre

— — — — — — — — — —

Evaluations-Studie FAUST-II Umsetzungskonzept

Patienten Nachuntersuchung 6 Monate nach dem Arbeitsunfall

Wir bitten Sie, sich die folgenden Fragen genau durchzulesen und dann zu beantworten. Den meisten Fragen folgen Antwortmöglichkeiten, die bereits ausformuliert sind.

Bitte entscheiden Sie dann durch ankreuzen, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage für Sie persönlich zutrifft. Es sind meistens mehrere Abstufungen vorgegeben (z.B. „gar nicht“ - „etwas“ - „stark“ – „sehr stark“).

Wenn es für Sie schwer ist, sich zu entscheiden,
kreuzen Sie bitte die eine Antwort an, die für Sie persönlich noch am ehesten zutrifft.
Es gibt keine richtige oder falsche Antwort.

Bitte überprüfen Sie vor der Rückgabe des Fragebogens, ob Sie wirklich alle Fragen angekreuzt bzw. beantwortet haben, da wir sonst Ihre Angaben nicht angemessen auswerten können.

Bitte beachten Sie dabei die Vorder- und Rückseite des Bogens !

2. Derzeitige psychische Folgen Ihres Unfalls

1. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter möglichen psychischen Beschwerden in Folge Ihres Unfalls gelitten?

- gar nicht leicht stark sehr stark

2. Welche Beschwerden sind das?

.....

3. Haben Sie bisher mit Ihrem Arzt über mögliche psychische Beschwerden gesprochen?

- bei Ihrer Behandlung in der Unfallklinik
 in der Rehabilitationsklinik
 in der ambulanten Behandlung (D-Arzt, Hausarzt)
(Mehrfachnennungen sind möglich)
 nicht zutreffend, da keine psychischen Beschwerden auftraten

4. Hätten Sie nach Ihrer Einschätzung bisher eine spezielle psychologische Unterstützung oder Behandlung benötigt?

- Nein → dann bitte weiter zu Frage 7 auf dieser Seite
 Ja während der Unfallbehandlung in der Klinik
 nach der Rückkehr in den Alltag
 zum gegenwärtigen Zeitpunkt
 (Mehrfachnennungen sind möglich!)

5. Haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen psychischer Probleme eine **spezielle** psychologische Unterstützung oder Behandlung erhalten?

- Nein Ja, nämlich diese:

6. Als wie hilfreich bewerten Sie diese Behandlung für sich?

- nicht hilfreich wenig hilfreich hilfreich sehr hilfreich

7. Wurden Sie nach Ihrem Unfall wegen psychischer Beschwerden mit Medikamenten behandelt?

- Nein Ja, mit:

.....

Name des Medikaments

Dosis pro Tag

8. Grübeln Sie übermäßig über den Unfall und seine Umstände oder Folgen nach?

- gar nicht leicht stark sehr stark

9. Machen Sie sich derzeit Schuldvorwürfe wegen Ihres Unfalls?

- gar nicht leicht stark sehr stark

4. Wie oft fühlten Sie sich <u>im Verlauf der letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? <small>(PHQ-D, Löwe et al., 1999)</small>	über- haupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	fast jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Essbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie stark fühlten Sie sich <u>im Verlauf der letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? <small>(GAD-7, Spitzer et al., 2006)</small>	über- haupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	fast jeden Tag
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden.

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif.

(HADS-D; Hermann et al. (1995))

Ich fühle mich ganz angespannt oder überreizt	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
<input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
<input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorge <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
<input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> Ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	Ich blicke mit Freude in die Zukunft
<input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie	<input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio oder Fernsehsendung freuen
<input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

7. Wie stark fühlen Sie sich insgesamt durch Ihre psychischen Beschwerden in der Bewältigung Ihres Alltags (Arbeit, Familie, Freizeit) beeinträchtigt?

Bitte beantworten Sie die Frage so, wie es für Ihre Situation in den letzten 4 Wochen zutrifft.

(zutreffende Ziffer bitte einkreisen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht										maximal

8. Ihre Lebensqualität

Im folgenden Abschnitt werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung an Ihr Leben während der vergangenen 2 Wochen.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	Völlig
10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? (in den letzten zwei Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©WHOQOL-BREF

<p>9. Im Folgenden geht es um mögliche Veränderungen, welche sich in Ihrem Leben durch den Unfall ergeben haben könnten und wie stark Sie diese einschätzen. Diese Fragen sollen das Ausmaß an negativen Konsequenzen keinesfalls in Frage stellen bzw. abmildern und könnten in Ihrer aktuellen Situation für unpassend, verfrüht oder schwierig gehalten werden. Wir bitten Sie dennoch, falls möglich, kurz Stellung zu beziehen.</p> <p style="text-align: right;"><small>(PTGI-G, Maercker & Langner, 2001)</small></p>	<p style="text-align: center;">Ich erlebe diese Veränderung als Resultat meines Arbeitsunfalls</p>					
	überhaupt nicht	kaum	Ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wichtig mir mein Leben ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich entwickelte neue Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fange mehr mit meinem Leben an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mehr in der Lage, die Wendungen zu akzeptieren, die die Dinge nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich würdige jeden Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe mehr Mitgefühl mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin mehr dazu geneigt Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich akzeptiere, dass ich andere brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Unterstützung bei der Unfallbewältigung

1. Wie sehr haben Sie sich bisher bei der Bewältigung Ihres Unfalls und seiner Folgen von Ihrer Familie, von Verwandten oder Freunden unterstützt gefühlt?

- gar nicht wenig gut sehr gut

2. Wie sehr haben Sie sich bisher bei der Bewältigung des Unfalls und seiner Folgen von Ihrem Arbeitgeber bzw. Betrieb unterstützt gefühlt?

- gar nicht wenig gut sehr gut

3. Wie sehr haben Sie sich bisher bei der Bewältigung des Unfalls und seiner Folgen von Ihrer Berufsgenossenschaft/Unfallkasse unterstützt gefühlt?

- gar nicht wenig gut sehr gut

11. Ergänzende Bemerkungen und Kommentare

Gibt es noch persönliche Ergänzungen und Aspekte, die Ihnen wichtig erscheinen, die aber möglicherweise in den oben genannten Fragen nicht enthalten sind?

Wir sind sehr interessiert an Ihren Einschätzungen!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wir bedanken uns nochmals sehr herzlich für Ihre freundliche Mitarbeit !

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen? Sie können uns jederzeit ansprechen unter:

0761 / 270 69140 Dr. J. Angenendt oder joerg.angenendt@uniklinik-freiburg.de

Evaluation des „Umsetzungskonzeptes FAUST-II“ in der Erstbehandlung von SAV Fällen (FAUST-III)

Screeningverfahren BG Unfallkliniken

Erhebung von Daten aus der Versichertenakte 6 Monate nach AU

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Januar 2016 wird in allen 9 BG Unfallkliniken das o.g. Umsetzungskonzept bei Versicherten mit SAV-Verletzungen durchgeführt. Dabei unterrichten die Mitarbeiter der Psychologischen Dienste die Unfallversicherungsträger mit Hilfe eines speziellen Rückmeldebogens („Screeningbericht-FSQ“) über das Ergebnis eines Screenings für psychische Belastungen nach dem Arbeitsunfall.

Dieser Bericht - ggfs. noch ergänzt durch einen weiteren („Behandlungsbericht-FSQ“) - beinhaltet Empfehlungen für weitere Maßnahmen zur Heilverfahrenssteuerung bei unfallbedingten psychischen Belastungen oder Gesundheitsstörungen.

Die DGUV hatte Sie mit einem Rundschreiben über die wissenschaftliche Studie, deren Fragestellungen und Ablauf bereits informiert.

Neben der schriftlichen Nachbefragung der Versicherten bitten wir auch die UV-Verwaltungen 6 Monate nach dem Unfall **erstens** den beigefügten UV-Katamnesefragebogen auf Basis der Versichertenakte zu beantworten. Darüber hinaus stellen wir **zweitens** in dem „UV-Prozess- und Evaluationsbogen“ Fragen zu den von Ihnen durchgeführten bzw. veranlassten Verfahrensschritten oder Maßnahmen und bitten Sie um die Einschätzung Ihrer praktischen Anwendungserfahrungen im vorliegenden Einzelfall.

Eine Kopie von Einverständniserklärung und Schweigepflichtsentbindung des Versicherten ist beigefügt.

Für mögliche Rückfragen steht Ihnen der Forschungsleiter Dr. J. Angenendt (Universitätsklinikum Freiburg) und der Projektverantwortliche Ihrer Berufsgenossenschaft/Unfallkasse gerne zur Verfügung.

Mit unserer heutigen Anfrage wenden wir uns mit der Bitte an Sie, unsere Forschungsarbeiten verwaltungsseitig zu unterstützen.

Wird von der Forschergruppe ausgefüllt:

Name des Patienten:
Geburtsdatum:
Unfalltag:
Erstbehandlung in BG Unfallklinik:
Berichtete Fallkonstellation Ihres Versicherten nach FSQ: (.....Punkte)

Bitte senden Sie uns ausschließlich die beiden ausgefüllten Fragebögen und NICHT dieses Deckblatt zurück!

Chiffre

____ - ____ - _____

Persönlich/ Vertraulich

Herrn
 Dr. J. Angenendt
Freiburger Arbeitsunfallstudie FAUST III
 Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstraße 5
 79104 Freiburg im Breisgau

1. Dauer der stationären Akut-/ Erstbehandlung Tage bis zur 1. Entlassung
2. Diagnosen bei Entlassung aus der Rekrutierungsklinik (Volltext)	ICD-10 codierte Diagnoseziffern
a.	
b.	
c.	
d.	
e.	
3. Stationäre Wiederaufnahmen im Rahmen des bisherigen Heilverfahrens a. Revisions-OP, Komplikationen, etc. b. elektiver Eingriff (z. B. Metallentfernung) c. stationäre Rehabilitationsbehandlung (BGSW) Ist das stationäre Heilverfahren bereits abgeschlossen? Tage Tage Tage Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Belastungserprobung (BE) durchgeführt BE-Maßnahme abgebrochen? Ist der Versicherte in denselben Betrieb (Unfallbetrieb) zurückgekehrt? Konnte der Versicherte seine bisherige Tätigkeit im Betrieb wieder ausüben?	Ja <input type="checkbox"/> Wochen Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Eintritt Arbeitsfähigkeit (nach der Erstbehandlung)	am Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>

<p>6. Fachärztliche Begutachtung</p> <p>Chirurgisch / orthopädisch Psychiatrisch-psychotherapeutisch Andere:.....</p> <p>Wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgestellt?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Verfahren veranlasst, noch laufend <input type="checkbox"/> festgestellt in Höhe von % <input type="checkbox"/> keine MdE</p>
<p>7. Wurden spezielle psychodiagnostische Untersuchungen nach Abschluss der stationären Erstbehandlung durchgeführt?</p> <p>im stationären Heilverfahren (z.B. in Rehabilitationsklinik)?</p> <p>im ambulanten Heilverfahren ?</p> <p>Wurde eine <u>psychische Diagnose</u> nach Abschluss der Erstbehandlung gestellt?</p> <p>Wurden aufgrund der psychodiagnostischen Untersuchung, die nach Abschluss der Erstbehandlung durchgeführt wurden, spezifische Therapiemaßnahmen empfohlen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>→ wenn ja:</p> <p>wann?</p> <p>durch wen?.....</p> <p>wann?.....</p> <p>durch wen?.....</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> welche ?</p> <p>..... </p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>→ wenn ja:</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> andere, nämlich..... </p>

<p>8. Durchführung spezieller psychotherapeutischer Maßnahmen</p> <p>Wurden psychiatrisch-psychotherapeutische Therapiemaßnahmen nach Abschluss der stationären Erstbehandlung durchgeführt?</p> <p>ambulante Sitzungen (bisheriger Umfang)</p> <p>stationär psychiatrisch-psychosomatische Behandlungstage?</p> <p>Sind diese Behandlungsmaßnahmen derzeit bereits abgeschlossen?</p> <p>Haben die psychotherapeutischen / psychiatrischen Maßnahmen nach Einschätzung der UV-Verwaltung zu einer Besserung der psychischen Beschwerden geführt?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>→ wenn ja : → ab wann?.....</p> <p>bis 5 probatorische Sitzungen <input type="checkbox"/> bis 15 Sitzungen <input type="checkbox"/> bis 25 Sitzungen <input type="checkbox"/> mehr als 25 Sitzungen <input type="checkbox"/></p> <p>..... Tage</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Abbruch der Therapie <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar</p>
<p>9. Welche Art von Unfall liegt vor?</p> <p>(AU = Arbeitsunfall)</p>	<p><input type="checkbox"/> AU bei betrieblicher Tätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> AU bei betrieblicher Tätigkeit im Straßenverkehr</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstwegeunfall</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstwegeunfall im Straßenverkehr</p> <p><input type="checkbox"/> Wegeunfall</p> <p><input type="checkbox"/> Wegeunfall im Straßenverkehr</p>

10. Abschließende subjektive und zusammenfassende Einschätzung
des bisherigen Heilungsverlaufs aus Sicht des UV-Trägers.

Unter Berücksichtigung der festgestellten körperlichen Verletzungsschwere!

- „normaler Heilverlauf“**
entsprechend den Erwartungswerten der körperlichen Verletzungen
- „schwieriger Heilverlauf“**
verzögerter medizinischer und /oder Rehabilitationsprozess
- „ sehr komplikationsreicher Heilverlauf“**
erhebliche nicht vorhersehbare Schwierigkeiten im medizinischen und /oder Rehabilitationsprozess / rechtliche Auseinandersetzungen oder Ähnliches

Herzlichen Dank für Ihre freundliche Unterstützung und Mitarbeit!

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

Dr. J. Angenendt

Freiburger Forschergruppe:

Tel.: 0761 / 270 69140

e-mail: joerg.angenendt@uniklinik-freiburg.de

4. Bitte nur beantworten, wenn der **Behandlungsbericht-FSQ** vorliegt und darin Empfehlungen angegeben waren (= Frage 2: Ja)

Welche der im „**Behandlungsbericht-FSQ**“ angegebenen „Maßnahmenempfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung“ in Bezug auf die psychische Belastung wurden von Ihnen umgesetzt?

die Empfehlungen wurden nicht umgesetzt, weil.....

es wurde eine **ambulante** psychodiagnostische Untersuchung / Behandlung durch einen zum DGUV – Psychotherapeuten Verfahren zugelassenen Psychotherapeuten oder Arzt veranlasst

Wann?

Hatten Sie Probleme, zeit- und ortsnah einen Psychotherapeuten (für Diagnostik oder Therapie) hinzu zu ziehen?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen entsprechende Befundberichte (z.B. F2270, 2274) vor?

Nein

Ja

es wurde eine **stationäre** rehabilitative Behandlung veranlasst

mit psychosomatischem Schwerpunkt (von:..... bis:.....)

mit Schwerpunkt auf den körperlichen Verletzungsfolgen, aber ausdrücklichem Auftrag zur weiteren Psychodiagnostik und -therapie (von:..... bis:.....)

Hatten Sie Probleme, zeitnah einen entsprechenden Klinikplatz zu finden?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen Zwischen- oder Abschlussberichte vor?

Nein

Ja

andere, nämlich (bitte benennen):

.....
.....
.....

5. Gab es Hinweise auf medizinisch nicht erklärbare Verzögerungen im Behandlungsverlauf?

Nein

Ja, im weiteren Verlauf:

des medizinischen Heilverfahrens

der beruflichen Wiedereingliederung

6. Hat sich insgesamt die FSQ-basierte anfängliche Risikoeinschätzung („mittelgradige psychische Belastung“) aus Ihrer Sicht im bisherigen Heilverlauf nach 6 Monaten bestätigt?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie uns eine kurze Begründung Ihrer Einschätzung:

.....

.....

.....

7. Allgemeine Bewertung Ihrer Erfahrungen mit dem Screening-Verfahren im vorliegenden Fall					
	gar nicht	etwas	teils-teils	stark	sehr stark
a. Die Empfehlungen für die Fallkonstellation „gelb“ waren klar und verständlich	<input type="checkbox"/>				
b. Aus den Empfehlungen waren für die Verwaltung konkrete Verfahrensschritte eindeutig abzuleiten	<input type="checkbox"/>				
c. Das Screening hat auf einen wichtigen Aspekt des Gesamtproblems aufmerksam gemacht	<input type="checkbox"/>				
d. Die Empfehlung hat geholfen, das Heilverfahren im Hinblick auf psychische Faktoren zu steuern	<input type="checkbox"/>				
e. Das Screening erscheint in diesem Fall überflüssig	<input type="checkbox"/>				
f. Im vorliegenden Fall ergaben sich mehr Nachteile als Vorteile des FSQ-Screenings	<input type="checkbox"/>				
g. Das Screening-Ergebnis deckt sich mit der allgemeinen Einschätzung des Falles durch unsere UV-Verwaltung	<input type="checkbox"/>				

8. Weitere Einschätzungen, Kommentare oder Anregungen können Sie in freier Form hier abgeben:

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und die Rücksendung des Fragebogens!!

4. Bitte nur beantworten, wenn der **Behandlungsbericht-FSQ** vorliegt und darin Empfehlungen angegeben waren (= Frage 2: Ja)

Welche der im „**Behandlungsbericht-FSQ**“ angegebenen „Maßnahmenempfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung“ in Bezug auf die psychische Belastung wurden von Ihnen umgesetzt?

die Empfehlungen wurden nicht umgesetzt, weil.....

es wurde eine **ambulante** psychodiagnostische Untersuchung / Behandlung durch einen zum DGUV – Psychotherapeuten Verfahren zugelassenen Psychotherapeuten oder Arzt veranlasst

Wann?

Hatten Sie Probleme, zeit- und ortsnah einen Psychotherapeuten (für Diagnostik oder Therapie) hinzu zu ziehen?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen entsprechende Befundberichte (z.B. F2270, 2274) vor?

Nein

Ja

es wurde eine **stationäre** rehabilitative Behandlung veranlasst

mit psychosomatischem Schwerpunkt (von:..... bis:.....)

mit Schwerpunkt auf den körperlichen Verletzungsfolgen, aber ausdrücklichem Auftrag zur weiteren Psychodiagnostik und -therapie (von:..... bis:.....)

Hatten Sie Probleme, zeitnah einen entsprechenden Klinikplatz zu finden?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen Zwischen- oder Abschlussberichte vor?

Nein

Ja

andere, nämlich (bitte benennen):

.....
.....
.....

5. Gab es Hinweise auf medizinisch nicht erklärbare Verzögerungen im Heilverlauf?

Nein

Ja, im weiteren Verlauf:

des medizinischen Heilverfahrens

der beruflichen Wiedereingliederung

6. Hat sich insgesamt die FSQ-basierte anfängliche Risikoeinschätzung („kein Risiko für psychische Folgebeschwerden“) aus Ihrer Sicht im bisherigen Heilverlauf nach 6 Monaten bestätigt?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie uns eine kurze Begründung Ihrer Einschätzung:

.....

.....

.....

7. Allgemeine Bewertung Ihrer Erfahrungen mit dem Screening-Verfahren im vorliegenden Fall					
	gar nicht	etwas	teils-teils	stark	sehr stark
a. Die Empfehlungen für die Fallkonstellation (grün) waren klar und verständlich	<input type="checkbox"/>				
b. Aus den Empfehlungen waren für die Verwaltung konkrete Verfahrensschritte eindeutig abzuleiten	<input type="checkbox"/>				
c. Das Screening hat auf einen wichtigen Aspekt des Gesamtproblems aufmerksam gemacht	<input type="checkbox"/>				
d. Die Empfehlung hat geholfen, das Heilverfahren im Hinblick auf psychische Faktoren zu steuern	<input type="checkbox"/>				
e. Das Screening erscheint in diesem Fall überflüssig	<input type="checkbox"/>				
f. Im vorliegenden Fall ergaben sich mehr Nachteile als Vorteile des FSQ-Screenings	<input type="checkbox"/>				
g. Der Screening-Befund deckt sich mit der allgemeinen Einschätzung des Falles durch unsere UV-Verwaltung	<input type="checkbox"/>				

8. Weitere Einschätzungen, Kommentare oder Anregungen können Sie in freier Form hier abgeben:

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und die Rücksendung des Fragebogens!!

4. Bitte nur beantworten, wenn der **Behandlungsbericht-FSQ** vorliegt und darin Empfehlungen angegeben waren (= Frage 2: Ja)

Welche der im „**Behandlungsbericht-FSQ**“ angegebenen „Maßnahmenempfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung“ in Bezug auf die psychische Belastung wurden von Ihnen umgesetzt?

die Empfehlungen wurden nicht umgesetzt, weil.....

es wurde eine **ambulante** psychodiagnostische Untersuchung / Behandlung durch einen zum DGUV – Psychotherapeuten Verfahren zugelassenen Psychotherapeuten oder Arzt veranlasst

Wann?

Hatten Sie Probleme, zeit- und ortsnah einen Psychotherapeuten (für Diagnostik oder Therapie) hinzu zu ziehen?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen entsprechende Befundberichte (z.B. F2270, 2274) vor?

Nein

Ja

es wurde eine **stationäre** rehabilitative Behandlung veranlasst

mit psychosomatischem Schwerpunkt (von:..... bis:.....)

mit Schwerpunkt auf den körperlichen Verletzungsfolgen, aber ausdrücklichem Auftrag zur weiteren Psychodiagnostik und -therapie (von:..... bis:.....)

Hatten Sie Probleme, zeitnah einen entsprechenden Klinikplatz zu finden?

Nein

Ja, welche?
.....

Liegen Ihnen Zwischen- oder Abschlussberichte vor?

Nein

Ja

andere, nämlich (bitte benennen):

.....
.....
.....

5. Gab es Hinweise auf medizinisch nicht erklärbare Verzögerungen im Behandlungsverlauf?

Nein

Ja, im weiteren Verlauf:

des medizinischen Heilverfahrens

der beruflichen Wiedereingliederung

6. Hat sich insgesamt die FSQ-basierte anfängliche Risikoeinschätzung („schwere psychische Belastung“) aus Ihrer Sicht im bisherigen Heilverlauf nach 6 Monaten bestätigt?

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie uns eine kurze Begründung Ihrer Einschätzung:

.....

.....

.....

7. Allgemeine Bewertung Ihrer Erfahrungen mit dem Screening-Verfahren im vorliegenden Fall					
	gar nicht	etwas	teils-teils	stark	sehr stark
a. Die Empfehlungen für die Fallkonstellation „rot“ waren klar und verständlich	<input type="checkbox"/>				
b. Aus den Empfehlungen waren für die Verwaltung konkrete Verfahrensschritte eindeutig abzuleiten	<input type="checkbox"/>				
c. Das Screening hat auf einen wichtigen Aspekt des Gesamtproblems aufmerksam gemacht	<input type="checkbox"/>				
d. Die Empfehlung hat geholfen, das Heilverfahren im Hinblick auf psychische Faktoren zu steuern	<input type="checkbox"/>				
e. Das Screening erscheint in diesem Fall überflüssig	<input type="checkbox"/>				
f. Im vorliegenden Fall ergaben sich mehr Nachteile als Vorteile des FSQ Screenings	<input type="checkbox"/>				
g. Das Screening-Ergebnis deckt sich mit der allgemeinen Einschätzung des Falles durch unsere UV-Verwaltung	<input type="checkbox"/>				

8. Weitere Einschätzungen, Kommentare oder Anregungen können Sie in freier Form hier abgeben:

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und die Rücksendung des Fragebogens!!

A3) ergänzende Ergebnisse, Tabellen & Abbildungen

- A3 – 1 Stichproben- und Heilverlaufs-Daten getrennt nach Geschlecht (RP)
- A3 – 2 Übergänge der Symptomschwere im PHQ-D
- A3 – 3 Abbildung zum historischen Vergleich der depressiven Symptomatik

A3 – 1) Übersicht relevanter Stichproben- und Heilverlaufs-Daten für die RP getrennt nach Geschlecht

	weiblich (n=45)	männlich (n=111)	Signifikanz
Summe FSQ; M \pm SD	5,36 \pm 1,55	5,96 \pm 1,76	*
Erstbehandlungsdauer in Tagen; M \pm SD	17,73 \pm 8,56	27,95 \pm 22,07	**
Traumakriterium erfüllt in %	33,3	56,8	**
Symptomskalen; M \pm SD			
Symptomschwere PDS zu T1	16,89 \pm 9,05	19,48 \pm 9,73	Tendenz *
Symptomschwere PDS zu T2	14,80 \pm 9,32	19,52 \pm 11,88	
Symptomschwere PHQ-D zu T1	9,98 \pm 6,17	9,99 \pm 5,45	
Symptomschwere PHQ-D zu T2	7,73 \pm 5,20	9,33 \pm 5,81	
Symptomschwere HADS-Angst zu T1	7,67 \pm 4,15	7,73 \pm 4,09	
Symptomschwere HADS-Angst zu T2	7,53 \pm 4,41	7,77 \pm 4,49	
Symptomschwere GAD-7 zu T2	6,40 \pm 4,91	7,45 \pm 5,25	
Patient:innenkatamnese			
Vorliegen von Schmerzen in %	88,9	88,9	
Funktionsbeeinträchtigung phys.; M \pm SD	5,11 \pm 2,57	6,01 \pm 2,34	*
Funktionsbeeinträchtigung psych.; M \pm SD	3,53 \pm 2,76	5,22 \pm 2,58	**
WHO-BREF (LQ) phys.; M \pm SD	53,10 \pm 18,37	48,00 \pm 20,28	
WHO-BREF (LQ) psych.; M \pm SD	60,52 \pm 18,45	56,70 \pm 18,93	
UV-Katamnese			
Unfallbedingte Diagnosen in %	30,0	37,1	
ArbeitsUNfähigkeit nach 6 Monaten in %	60,0	77,3	*
Schwieriger/komplizierter HV in %	52,3	45,9	

(* p < .05; ** p < .01; Tendenz p < .07)

Bei den männlichen Studienteilnehmern ist das Traumakriterium häufiger erfüllt, Erstbehandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit sind länger, sie zeigen eine deutlich höhere PTBS-Symptomatik und stärkere Funktionsbeeinträchtigungen. Vorliegen von Schmerzen, Lebensqualität und depressive sowie Angst-Symptomatik unterscheiden sich nicht. Die Erklärung der Unterschiede liegt vermutlich in den branchenspezifisch höheren Risiken der Männer-dominierten Berufe.

A3 – 2) Differenzielle Symptomausprägungen im 6-Monats-Verlauf für das depressive Syndrom

Bei **rot-Patient:innen** war der Anteil initial schwerer depressiver Beschwerden mit 53% etwas höher als bei der Nachuntersuchung (46%). Dieses Ergebnis kam zur Hälfte durch ein Verbleiben auf dem anfänglich hohen Ausgangsniveau zustande, 6 weitere Patient:innen zeigten dagegen Verschlechterungen vom moderaten/milden Bereich hin zu sicher auffälligen Depressionswerten. 28,5% aller rot-Patient:innen zeigten unauffällige Werte.

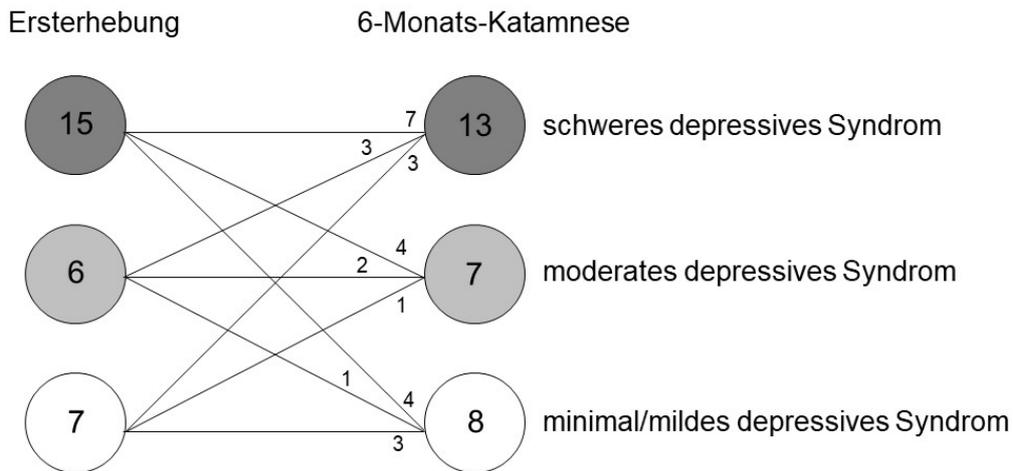


Abb. A3 – 2c: Übergänge Depression bei HR (rot)

Fast 2/3 der **gelb-Patient:innen** gaben initial keine oder geringe, nur 15,5% schwere depressive Belastungen an. Zur Katamnese wiesen 11,5% sicher klinisch auffällige Werte auf. Anders als beim PTBS-Syndrom bestand diese Gruppe vor allem aus Fällen, die anfänglich eher geringe oder moderate Beschwerden gezeigt hatten. Nur 2 von 15 sicher depressiven Fällen hatten bis zur Nachuntersuchung gleichermaßen schwere affektive Symptome beibehalten. Häufiger als beim PTBS-Syndrom hatten gelb-Fälle bei depressiven Symptomen eine Besserung oder gar eine Remission erreicht.

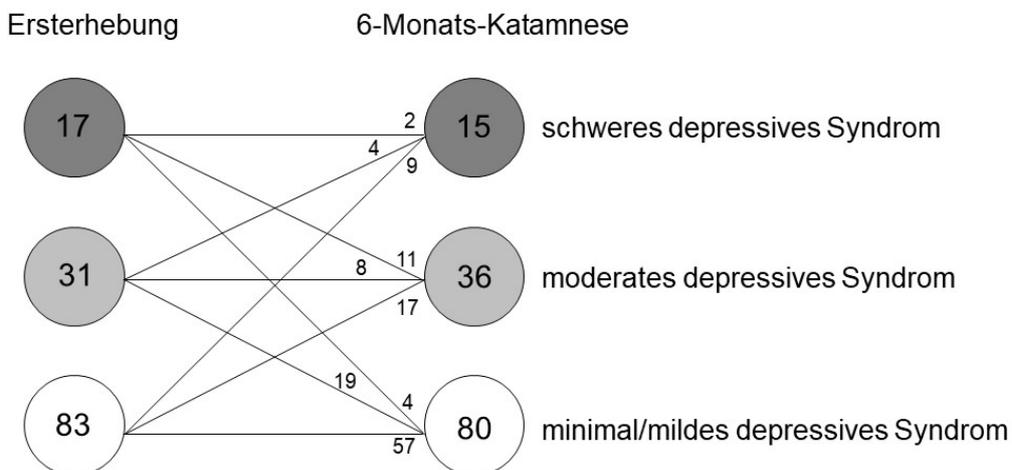


Abb. A3 – 2b: Übergänge Depression bei RP (gelb)

Grün-Patient:innen befanden sich initial zu 92,7% im unauffälligen Bereich, zur Nachuntersuchung zu 91,8%. Die meisten der anfänglich moderaten Fälle und ein „Ausreißer“ mit hohem Ausgangsniveau zeigten im Verlauf eine vollständige Remission. Nur bei 3,5% der NR ergaben sich nach 6 Monaten Hinweise auf ein klinisch schweres depressives Syndrom, für weitere 4,5 % auf einen mittelstarken Belastungsgrad. Sofern kurz nach dem Unfall kein depressives Syndrom vorgelegen hatte, verblieben 93% weiter klinisch unauffällig.

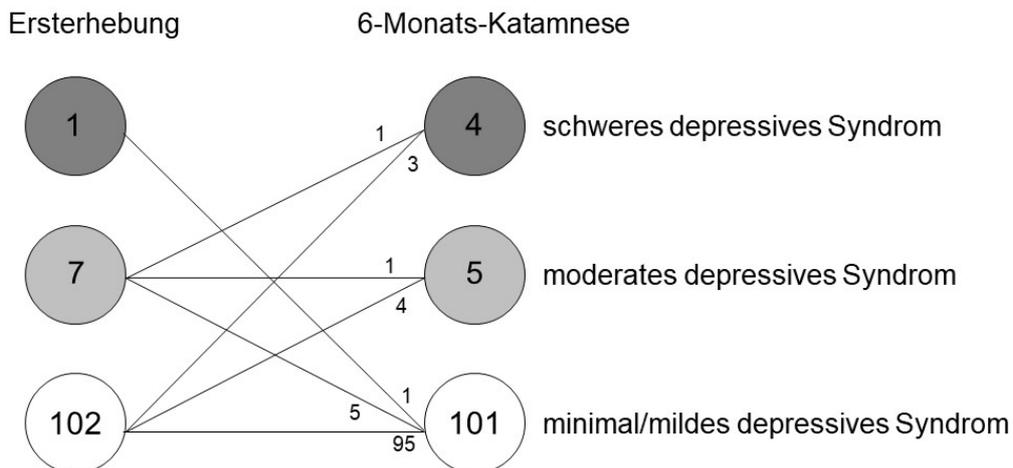


Abb. A3 - 2a: Übergänge Depression bei NR (grün)

A3 – 3) Historischer Vergleich der depressiven Symptomatik

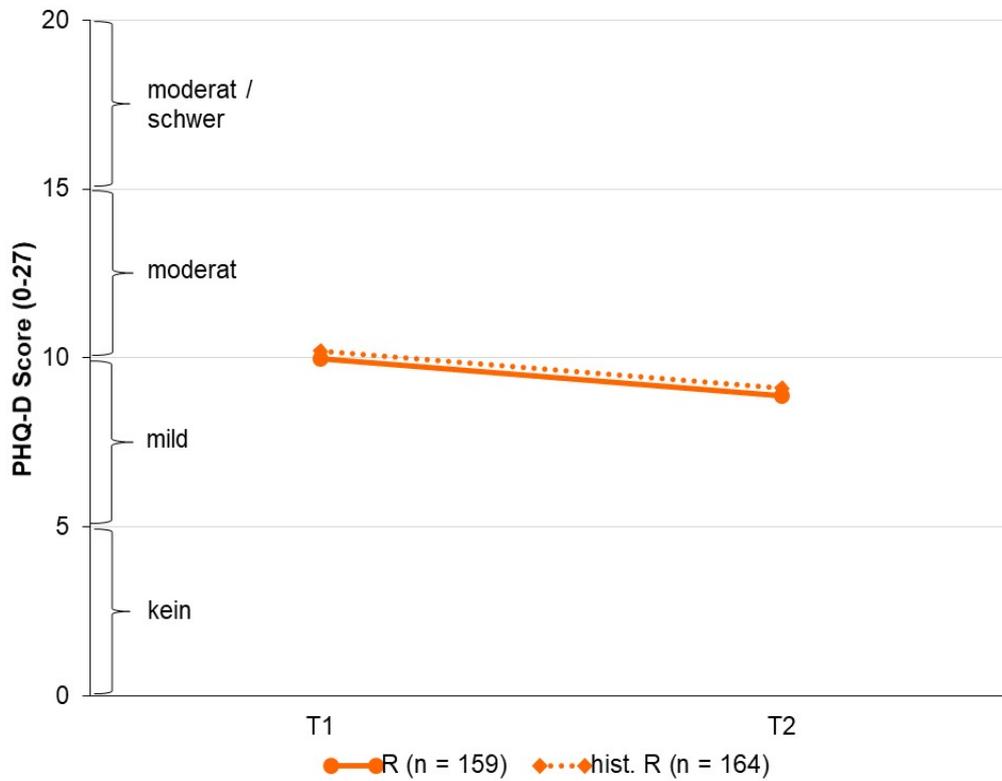


Abb. A3 - 3: Mittelwertverläufe der depressiven Symptomatik im historischen Vergleich (nur RP)

Freiburger Arbeitsunfall-Studie-III (FAUST-III)

Ergebnisprotokoll des FOKUSGRUPPEN-Treffens (online-Veranstaltung am 21. März 2022)

TEILNEHMENDE

DGUV/ Referat Trauma & Psyche:

Dr. U. Polak, R. Hartkamp, D. Scholtysik (bis 2021), C. Drechsel-Schlund (BGW)

Projektverantwortliche der BG und UK:

A. Brodkorb (BG RCI), C. Meeh (UKBW), H. Christeleit (VBG), J. Laborge (BGBau), K. Blanck (UK Berlin), K. Stuckert (BGW), R. Kühn (UK Brandenburg), S. Müller-Möll (GUV Hannover), S. Risch (SVFL Kassel), S. Reinecke (BGN), Frau Jäger, M. Kögler (BGHW), M. Werdes (UK Bund&Bahn), D. Neumann (UK Sachsen), C. Weigel

Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. M. Wich (UK Berlin)

Forscherguppe: Dr. U. Ullmann (BGU Halle); Dr. J. Angenendt, Dr. A. Riering, L. Egly, D. Burdach (alle Uniklinik Freiburg)

Kurzfristig wg. Krankheit abgesagt: N. Helmis (BG ETEM), I. Melchers (BGHM)

AGENDA

10:00 - 10:30	Begrüßung (Dr. Polak) – Agenda (Dr. Angenendt) - Kurzvorstellung der Teilnehmenden (Dr. Riering)
10.30 - 11:15	Vortrag: Vorläufige Ergebnisse der UV-Katamnesen und UV-Prozessevaluation (Dr. Angenendt)
11:30 - 12:10	1. Organisatorische Umsetzung des FSQ-Screenings und Berichtwesens in der HV-Steuerung (Moderierte Gruppendiskussion – I Scholtysik)
13:00 - 13:55	2. Inhaltliche Angemessenheit der Screening-gestützten Diagnostik- und Therapieempfehlungen (Moderierte Gruppendiskussion – II Dr. Ullmann)
14:10 - 14:50	3. Differenzieller Nutzen für die drei Risikogruppen (gelb, rot, grün) (Moderierte Gruppendiskussion – III Dr. Riering)
14:55 - 15:50	4. Diskussion über den zukünftigen routinemäßigen Einsatz des FSQ-Screenings (Scholtysik & Dr. Ullmann)
15:50 - 16:00	Abschluss (Dr. Angenendt / Drechsel-Schlund)

Aus Block 1 – Organisatorische Aspekte (Einstieg und Umfrage s. Anhang)

Schwierigkeiten durch teils geringe Fallzahlen in einigen BG oder für den einzelnen Sachbearbeitenden (abgek.: SB) und mögliche daraus folgende Handlungsunsicherheiten (fehlende Routine)

- Die Versorgungslage hat sich im Vergleich zu FAUST-II deutlich verbessert
- Das System der Ansprechpartner*innen ist eine gute Weiterentwicklung
- Nachhaken und erneute Erklärungen waren oft notwendig
- Schulungen der SB könnten hilfreich sein
- Die Rationale des Screenings und Ampelsystems muss von den SB-Verstanden und immer wieder präsent gemacht werden, hierzu ist wiederholte Kommunikation auch in Arbeitskreisen und auf Führungsebene nötig

Könnte eine Einbindung in andere Meldewege (z.B. Entlassbericht) hilfreich sein?

- Ambivalenz, da der Meldezeitpunkt gerade bei Schwerverletzten zu spät sein könnte
- Wenn, dann könnte es für einen elektronischen Bericht/ die elektronische Akte sinnvoll sein, dann müsste das FSQ-Ergebnis aber im System auch separat gut sichtbar/auffindbar sein und auch zeitnah bei der BG eingehen
- Es sollte weiterhin eine zentrale Kontaktperson geben, die ansprechbar ist und sich zuständig fühlt

Aus Block 2 – inhaltliche Aspekte (Einstieg und Umfrage s. Anhang)

Aggravation

- Sowohl die bisherige Studienlage als auch die sehr hohe Anzahl der „grün“-gescreenten Patient*innen spricht gegen die Annahme, dass Nachfragen mit dem FSQ eine Aggravation von psychischen Beschwerden begünstigen oder gar induzieren
- Es gibt aber unabhängig vom FSQ durchaus vereinzelte Versicherte, bei denen der Eindruck entsteht, dass diese aus anderen Gründen nicht „gesund werden wollen“

Zielgruppe SAV-Fälle

- Die Einschränkung auf SAV-Fälle wird durchaus als Begrenzung wahrgenommen, da diese sowieso im HV, hier insbesondere durch das Reha-Management gut „überwacht“ werden
- teils wird eine Ausweitung auf VAV-Fälle gewünscht, hierzu wären jedoch aktuell vermutlich in vielen Häusern nicht die nötigen Strukturen, auch nicht die nötigen personellen Ressourcen vorhanden

Sind die vorhandenen Handlungsempfehlungen ausreichend?

- Hier ergibt sich ein gemischtes Bild in Abhängigkeit bereits bestehender Sensibilisierung der jeweiligen BG fürs Thema Psyche
- Tendenziell besteht der Wunsch nach konkreteren Empfehlungen/ Handwerkszeug, Schulungen, fraglich aber ist, inwieweit mögliche konkretere Handlungsanweisungen als derzeit überhaupt möglich sind; dies auch gerade weil a) die Verläufe sehr individuell sind und auch so behandelt werden müssen und b) Verständnis und Aufgeschlossenheit der SB gegenüber psychischen Folgebeschwerden unterschiedlich ausgeprägt sind

Aus Block 3 – differenzierter Nutzen für die drei Risikogruppen (Umfrage s. Anhang)

Grün-Fälle

- Bericht über vorhandene Irritation seitens mancher SB über Meldung eines „grünen“ Ergebnisses („muss ich da jetzt doch noch was machen? warum bekomme ich es überhaupt, wenn der Fall doch unauffällig ist?“)
- Meldung zu grün-Fällen zu unterlassen wäre ein großer Informationsverlust; es ist ja auch hilfreich zu wissen, dass man eben nichts weiter veranlassen muss; bzw. mögliche psych. Folgen sehr unwahrscheinlich sind

Rot-Fälle

- In den 9 BG Unfallkliniken bleiben rot-Fälle durch Einbezug der psychologischen Dienste in der Regel nicht unberücksichtigt(wobei es auch Berichte gab, dass manche allein im Rahmen der klinischen Routine vermutlich ohne FSQ nicht detektiert worden wären); bei potentieller Ausweitung über SAV-Fälle hinaus, ist jedoch davon auszugehen, dass der FSQ auch da sehr hilfreich ist, da in vielen Kliniken weder das know-how noch die manpower in dem erforderlichen Ausmaß vorhanden wären

Gelb-Fälle

- Die große Schwierigkeit, was für den Einzelfall genau unter „watchful waiting“ zu verstehen ist
- Welche Konzepte, welche Maßnahmen und Verfahren stehen für das systematische Überwachen zur Verfügung?

Aus Block 4 – Fragen, Ideen, Wünsche, Lösungsansätze, Ausblick (Umfrage s. Anhang)

Fragen

- Wie kann die Handlungssicherheit erhöht werden, so dass sie weniger von der persönlichen Affinität des einzelnen SB zum Thema abhängig ist?
- Was ist bei gelb-Fällen ein „angemessener Aufwand“?

Ideen/ Lösungsansätze

- Eine mögliche Erweiterung könnte sein, gezielter an die Eigenverantwortung der Versicherten zu appellieren, indem diese bspw. bereits von den psych. Diensten darauf hingewiesen werden, sich bei subjektivem Unterstützungsbedarf oder einer Verschlechterung psychischer Beschwerden eigeninitiativ an die BG zu wenden
- Das Erstellen und Hinterlegen branchenspezifischer Fallvignetten gerade für die systematische Verlaufsbeobachtung bei gelb-Fällen (z.B. durch Schulung)
- Schulungen in der Breite unter Zuhilfenahme digitaler Medien
- Niederschwellige Telefonkontakte/Beratungsangebote (bspw. initial telefonisch bei Pat. anfragen); bei Bedarf auch über weiter psych. geschulte oder auch fremdsprachige Sachbearbeitende möglich, dafür fehlen aber vermutlich bei vielen UV-Trägern die Strukturen)
- Niederschwellig/großzügig Probatorik für gelb-Fälle anbieten

Abschluss/ Zusammenfassung

- Das Ampelscreening hat sich bewährt
- Die Prozesse haben sich im Vergleich zu FAUST-II verbessert
- Die Prozesse müssen bspw. über oben genannte Maßnahmen noch stabilisiert und weiterentwickelt werden
- Eine Erweiterung über die aktuelle Zielgruppe SAV-Fälle hina ist wünschenswert
- Es geht darum, breitflächig Strukturen aufzubauen für eine niederschwellige, wirtschaftliche und effiziente Versorgung

NACHBESPRECHUNG (ULLMANN, HARTKAMP, SCHOLTYSIK, ANGENENDT, RIERING, EGLY, BURDACH)

- Ullmann: finanzielle Situation nach Corona könnte Einfluss auf weitere Möglichkeiten der Routineumsetzung und Zukunft der Ausstattung der psychol. Dienste haben
- Scholtysik: noch dieses Jahr sollten Entscheidungen getroffen und das weitere Vorgehen in den wichtigen Gremien besprochen werden; hierzu wäre eine Präsentation der Ergebnisse durch die Forschergruppe hilfreich
- Angenendt: im Sommer wird es den Abschlussbericht geben
- Ullmann: Anfrage von Protokoll der Veranstaltung
- Angenendt: wird vor nächstem AG Trauma & Psyche Termin von Freiburg rumgeschickt (inklusive Vortragsfolien und Umfrage-Ergebnissen)

UMFRAGEN

1. Wie gut konnte Ihrer Ansicht nach der screening-gestützte Diagnostik- & Behandlungspfad organisatorisch umgesetzt werden?

A. gar nicht gut	1/17 (6%)	reale %:	1/10 (10%)
B. eher nicht gut	0/17 (0%)		0/10 (0%)
C. teils/teils	3/17 (18%)		3/10 (30%)
D. gut	5/17 (29%)		5/10 (50%)
E. sehr gut	1/17 (6%)		1/10 (10%)
Keine Antwort	7/17 (41%)		

2. Wie stark hat Ihnen der bisherige Einsatz des frühen Screenings für psychische Folgebeschwerden nach akuten Unfällen bei der HV-Steuerung geholfen?

A. sehr viel	1/16 (6%)	reale %:	1/10 (10%)
B. viel	4/16 (25%)		4/10 (40%)
C. teils/teils	4/16 (25%)		4/10 (40%)
D. wenig	1/16 (6%)		1/10 (10%)
E. gar nicht	0/16 (0%)		0/10 (0%)
Keine Antwort	6/16 (38%)		

3. Für welche der Risikogruppen erscheint Ihnen ein Screening mit dem FSQ am hilfreichsten? (Mehrfachauswahl möglich!)

A. grün	0/16 (0%)	reale %:	0/11 (0%)
B. gelb	11/16 (69%)		11/11 (100%)
C. rot	3/16 (19%)		3/11 (27%)
D. keine	0/16 (0%)		0/11 (0%)
Keine Antwort	5/16 (31%)		

4. Würden Sie den weiteren routinemäßigen Einsatz des FSQ-gestützten Diagnostik-& Behandlungspfad im Heilverfahren befürworten?

A. ja, unverändert so fortführen	0/13 (0%)	reale %:	0/10 (0%)
B. ja, mit geringen Modifikationen	10/13 (77%)		10/10 (100%)
C. kann ich nicht einschätzen	0/13 (0%)		0/10 (0%)
D. eher nicht	0/13 (0%)		0/10 (0%)
E. nein, sollte eingestellt werden	0/13 (0%)		0/10 (0%)
Keine Antwort	3/13 (23%)		

Was ist Ihnen organisatorisch in der praktischen Anwendung des FSQ-Screenings aufgefallen? (Stichworte)

es wurden in meinem örtlichen Bereich erstaunlich wenig Fälle gescreent

unterschiedliche Zeitpunkte des Screenings und der Rückmeldungen an den UV-Träger

Insgesamt gelang die organisatorische Umsetzung sehr gut. Teilweise mussten MA aufgrund von Zeitablauf nochmal aufgegleist werden.

- Sachbearbeiter haben aufgrund geringer Fallzahl wenig Berührung und haben Schwierigkeiten beim Ausfüllen-Auswahl der Fälle (insbesondere ohne psychische Auffälligkeiten) führt zu Schwierigkeiten beim Ausfüllen

zentrale Steuerung in die dezentralen Einheiten sinnvoll, Qualitätssicherung der Rückmeldungen aus den Standorten erforderlich,

Durch geringe Fallzahlen mussten Mitarbeiter häufig neu informiert und motiviert werden.

Gute Organisation durch persönlichen Kontakt

Geringe Fallzahlen lassen es im Ablauf immer wieder in den Hintergrund rücken

Welche Faktoren könnten gegen den Einsatz eines frühen Screenings für psychische Folgebeschwerden in der stationären Erstbehandlung sprechen?

-Symptome werden evtl. von den Betroffenen erst in einer späteren Phase wahrgenommen

Vermengung der subjektiven Wahrnehmung mit Beschwerdesymptomatik, die bereits vor dem Unfall bestand

physische Unfallfolgen stehen zunächst im Fokus, Schwerpunkt liegt auf der Akutbehandlung der meist chirurgischen / neurologischen Verletzungen,

Folgebeschwerden in der frühen Phase ggf. noch nicht bestimmbar, ggf. vom weiteren Heilverlauf / von Heilverfahrensdauer im Anschluss an stat. Behandlung abhängig

- Beschwerden werden erst durch Nachfrage "verursacht"

Normale psychische Reaktion auf ein unnormales Ereignis, die dann wieder auch ohne Behandlung zurückgeht.

A5) Liste der Projektverantwortlichen und Mitarbeitenden der Psychologischen Dienste

BG Unfallklinik	Projektverantwortliche	Mitarbeitende
Berlin-Marzahn	Frau Dipl.Psych. A. Brink / Frau Dipl.-Psych. A.H. Hildebrandt	Herr M.Sc. B. Geiss Frau M.Sc. L. Graumann
Bochum	Frau Dr. Dipl.-Psych. J. Frettlöh	Frau M.Sc. J. Brost Frau Dipl.-Psych. J. Kläsener
Duisburg	Frau Dr. med. S. Seddigh / Frau Dr. P. Kriependorf	Frau M.Sc. N. Grabner
Frankfurt	Frau Dipl. Psych. Ch. Ackermann	Herr Dipl.-Psych. G. Krahl Frau M.Sc. A. Ernsthaus Frau Dipl.-Psych. D. Bacic
Hamburg	Herr Dr. Dipl.-Psych. A. Schumacher	Herr Dipl.-Psych. S.Th. Rung
Halle/ Saale	Herr Dr. Dipl.-Psych. U. Ullmann	Herr Dr. Ch. Obermeier
Ludwigshafen	Frau Dr. Dipl.-Psych. M. Weiss	Frau Dipl.-Psych. K. Romer-Raschidi Herr M.Sc. L. Eberspach
Murnau	Herr Dipl.-Psych. L. Linsl	Frau Dipl.-Psych. Weiss-Brummer Frau M.Sc. M. Esser Frau M.Sc. A. Starke
Tübingen	Frau Dipl.-Psych. E. Beck	Frau Dr. Dipl.-Psych. J. Siess Frau Dipl.-Psych. A. Sarcan-Yalcin Frau M.Sc. A Kobza