Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II)

Umsetzung der Forschungsergebnisse in das Heilverfahren

Versorgungsauftrag und Versorgungsforschung

Die zunehmende Bedeutung psychischer Gesundheitsschäden auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) war Anstoß für die 2008 veröffentlichten Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen [3]. In gleicher Weise wie bei rein organischen Verletzungen haben die UV-Träger auch bei Unfallfolgen mit psychischer Komponente ihren Versorgungsauftrag mit allen geeigneten Mitteln zu erfüllen. Im Fall manifest psychischer Störungen ist eine adäquate Heilbehandlung sicherzustellen, in der Regel in Form einer störungsspezifischen Psychotherapie. Darüber hinaus sind zur Vermeidung von Chronifizierungen bei sich entwickelnden psychischen Störungen in ausgewählten Fallkonstellationen auch vorbeugende Maßnahmen geboten (Frühintervention, probatorische Sitzungen). Die UV-Träger müssen in der Lage sein, besonders gefährdete Versicherte frühzeitig zu identifizieren, um im Rahmen der Fallsteuerung mit Maß und Ziel adäquat handeln zu können.

Die Früherkennung des Risikostatus und die darauf beruhende störungsspezifische Steuerung des Heilverfahrens waren Gegenstand des von der DGUV geförderten Forschungsvorhabens FAUST

II (Freiburger Arbeitsunfallstudie II, [1]). Im Fokus standen akute, schwere Unfallverletzungen mit einer Behandlungsdauer von ≥ 6 Tagen. Damit wurde ein Kollektiv von Versicherten gewählt, bei dem ein besonderer Anspruch an die Qualität des UV-Heilverfahrens *mit allen geeigneten Mitteln* besteht. Die Forschungsarbeiten sind jetzt abgeschlossen und wurden bereits in einer wissenschaftlichen Expertentagung begutachtet.

Versorgungsforschung ganz allgemein bezweckt, Versorgungskonzepte zu evaluieren, um diese nach erfolgreicher Erprobung in die Praxis zu überführen. Nach Übergabe des Abschlussberichts zu FAUST II an die verantwortlichen Gremien der DGUV wird somit auch über die Umsetzung der Forschungsergebnisse zu entscheiden sein. In der Folge gilt es, ein Implementierungskonzept zu entwickeln und zu realisieren.

Versorgungsstrukturen und Optimierungsbedarf

Die gesetzliche Unfallversicherung hat aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen, der vielfältigen Methoden der Behandlung und Rehabilitation (medizinisch, beruflich, psychosozial), der Kontinuität (*von der Akutbehandlung bis zur Rehabilitation alles in einer Hand*) und der individuellen Fallsteuerung durch die UV-Träger, gute Voraussetzungen für eine

qualifizierte Versorgung auch psychischer Störungen. Durch das bereits 2002 eingeführte Modellverfahren Psychotherapeuten [5, 6] wurden ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in das UV-Heilverfahren eingebunden und Strukturen für die psychotraumatologische Intervention und Therapie der betroffenen Versicherten geschaffen (■ **Abb. 1**).

Die Ergebnisse von FAUST II zeigen, dass die Prozess- und Strukturqualität im Management psychischer Gesundheitsstörungen noch optimierungsfähig sind. An der Schnittstelle zwischen den erstversorgenden Kliniken und den UV-Trägern traten dadurch Informationsverluste auf, dass nur bei 58% [*Grün*-Fälle (Nichtrisikopatienten)] bis 70% [*Rot*-Fälle (Hochrisikopatienten, diagnostische Überprüfung und Indikationsstellung für weitere Maßnahmen empfohlen)] der Fälle die Benachrichtigungsschreiben über das Screeningergebnis und den Risikostatus in den Versichertenakten vorlagen. Auch wurde die nach dem Studiendesign vorgegebene Fallsteuerung von den UV-Trägern nicht konsequent umgesetzt. Nur in 22% der *Gelb*- (Risikopatienten, Verlaufsbeobachtung empfohlen) und 52% der *Rot*-Fälle überwachten und steuerten die Sachbearbeiter/Rehabilitationsmanager das Heilverfahren aktiv. Nach den bei den UV-Trägern durchgeführten Befragungen sind die Gründe dafür v. a. darin zu sehen, dass die Sachbearbeiter/Rehabilitations-

Abb. 1 ▲ Modellverfahren Psychotherapeuten, BG Berufsgenossenschaft, D-Arzt Durchgangsarzt, UV Unfallversicherung

manager nicht ausreichend vom Nutzen des Screenings für die Fallidentifikation und die Einflussnahme auf den Heilverfahrensverlauf bei psychischen Symptomen überzeugt waren [1].

Damit ergibt sich sowohl bei den UV-Trägern als auch den Leistungserbringern [Kliniken, D-Ärzten (Durchgangsärzten), Psychotherapeuten] Handlungsbedarf. Wichtige Ansatzpunkte für Optimierungen sind:

- einheitliche Qualitätsstandards der UV-Träger für das Rehabilitationsmanagement von Fallkonstellationen mit einer psychischen Komponente,
- eine spezifisch auf Bedarfe der UV-Träger ausgerichtete Weiterqualifizierung der im Versorgungsnetzwerk beteiligten, psychotraumatologisch tätigen Psychotherapeuten und
- besondere Interventions- und Behandlungspfade für die nach Arbeitsunfällen häufigsten psychischen Störungen (mit den jeweils zu empfehlenden psychodiagnostischen und -therapeutischen Maßnahmen).

Die Handlungsfelder sind erkannt und z. T. bereits in Bearbeitung. Arbeitsgruppen der DGUV befassen sich derzeit mit der praktischen Umsetzung des Handlungsleitfadens Rehabilitationsmanagement [4] in Verfahrensbeschreibungen, die ein gestuftes und differenziertes Vorgehen auch bei psychischen Symptomen regeln sollen. Voraussichtlich zum 01.07.2012 werden die Anforderungen an die im Heilverfahren beteiligten Psychotherapeuten grundlegend aktualisiert sein

und neu als *Psychotherapeutenverfahren* in Kraft treten.

Es bleiben Fragen offen, die FAUST II nicht beantworten konnte. Die Fallzahlen der tatsächlich diagnostisch untersuchten und behandelten Gelb- und Rot-Versicherten waren letztlich zu gering, um Aussagen zur Wirksamkeit von Frühintervention und Psychotherapie ableiten zu können. Deshalb erscheint es von Bedeutung, über einen Expertenkonsens zeitnah störungsspezifische Behandlungspfade für die relevanten unfallbedingten psychischen Folgeerkrankungen zu entwickeln, um Prozessstandards einerseits für die behandelnden Psychotherapeuten und andererseits für die UV-Träger als Rehabilitationsträger aufstellen zu können.

Umsetzung der Forschungsergebnisse – Empfehlungen

Die Überführung in das UV-Heilverfahren verlangt eine Rezeption der Forschungsergebnisse und die Anerkennung des daraus abzuleitenden Umsetzungsbedarfs. Dies setzt voraus, dass eine gemeinsame Überzeugung vom Nutzen

- des Screeninginstruments für die Identifikation von gefährdeten Versicherten und
- von psychodiagnostischen und -therapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität bei Fallkonstellationen mit (drohenden) psychischen Störungen

gegeben ist. Nur dann können die notwendigen Veränderungen der Struktur

und Prozessqualität bei den UV-Trägern und den Leistungserbringern (Kliniken, D-Ärzten, Psychotherapeuten) erreicht werden. Die folgenden Überlegungen für die Umsetzung der Forschungsergebnisse sind als *Vorschlag* zu sehen.

Anpassungen im Bereich der Kliniken

Bei schweren organischen Unfallverletzungen mit längerer stationärer Behandlung ist eine ganzheitliche Versorgung angezeigt, die auch psychische Folgen einbezieht. Die frühzeitige Identifikation von Versicherten mit potenziellen psychischen Störungen verlangt eine systematische Einführung des Screeninginstruments in die klinischen Routinen der Unfall- und der Neurochirurgie.

Da Patienten mit schweren Arbeitsunfällen regelmäßig in BG-Unfallkliniken (BG: Berufsgenossenschaft), VAV-Kliniken (VAV: Verletzungsartenverfahren) bzw. zukünftig in SGB VII-Traumazentren (SGB: Sozialgesetzbuch, [8]) behandelt werden, ist der Einsatz des Screeningbogens v. a. in diesen stationären Einrichtungen geboten. Für Hochrisikopatienten mit Screeningwerten ≥ 8 sollten psychotraumatologische Konsildienste in den BG-Unfallkliniken, VAV-Kliniken bzw. SGB VII-Traumazentren sichergestellt werden, damit optimalerweise noch während des stationären Aufenthalts eine diagnostische Abklärung und erforderlichenfalls psychotherapeutische Intervention stattfinden können. Mit dem Abschlussbericht müssen die nachbehand-

delnden D-Ärzte und die UV-Träger fristgerecht immer auch über den Risikostatus informiert werden. Angesichts der durch FAUST II aufgezeigten Probleme an der wichtigen Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung werden den Kliniken DV-gestützte (DV: Datenverarbeitung) Sicherungssysteme empfohlen, um eine regelhafte Übermittlung des Benachrichtigungsschreibens mit den Screeningergebnissen zu gewährleisten.

Ganz generell stellt sich die Frage, ob die Einführung des Screeninginstruments stufenweise vollzogen werden soll, z. B. zunächst nur bestimmte Regionen einbezieht. Alternativ könnte die Umsetzung in die Routine im ersten Schritt auf die BG-Unfallkliniken oder eine andere Auswahl von Kliniken der Maximalversorgung begrenzt werden. In einem Implementierungskonzept sollten die Vor- und Nachteile möglicher Vorgehensweisen diskutiert und analysiert werden.

Ein wichtiger Punkt darf dabei nicht vergessen werden: Die mit der Umsetzung verbundenen Zusatzleistungen der Kliniken (Durchführung des Screeningverfahrens, Dokumentation, Konsiliardienste) müssen selbstverständlich auch bei der Vergütung angemessen berücksichtigt werden.

Anpassungen im Bereich der UV-Träger

In den UV-Verwaltungen sind die Sachbearbeiter/Rehabilitationsmanager Dreh- und Angelpunkt für eine zielgerichtete Fallsteuerung. An diesen Personenkreis müssten sich entsprechend aufbereitete Informationen über die Forschungsergebnisse und die Schlussfolgerungen richten. Zudem sollten Qualifizierungsmaßnahmen für Sachbearbeiter/Rehabilitationsmanager angeboten werden, um die fachliche und methodische Kompetenz für die Steuerung (einschließlich Rehabilitationsplanung) von Fallkonstellationen mit psychischer Symptomatik zu stärken. Begleitend dazu müssten entsprechende Anpassungen in den Verfahrensabläufen der UV-Träger vollzogen werden.

Die Optimierung der Prozessqualität könnte für die Fallsteuerung von schweren Arbeitsunfällen mit psychischer Kom-

Trauma Berufskrankh 2012 · 14[Suppl 3]:307–310 DOI 10.1007/s10039-012-1842-4
© Springer-Verlag 2012

C. Drechsel-Schlund

Freiburger Arbeitsunfallstudie II (FAUST-II). Umsetzung der Forschungsergebnisse in das Heilverfahren

Zusammenfassung

Nach Abschluss der von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geförderten Studie FAUST II, der Freiburger Arbeitsunfallstudie II zur screeninggestützten Früherkennung psychischer Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen, ist die Überführung der Forschungsergebnisse in das Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Heilverfahren) zu prüfen. Ziel ist die systematische Früherkennung solcher schwerverletzten Versicherten, die ein besonderes Risiko tragen, psychisch zu erkranken. Für diesen Personenkreis sollen in der Versorgungsroutine eine schnelle

und unkomplizierte diagnostische Abklärung und erforderlichenfalls eine psychotherapeutische Intervention erreicht werden. Erste Überlegungen für ein Umsetzungskonzept werden nachfolgend angestellt. Dabei wird insbesondere der Anpassungsbedarf für die Prozesse und Strukturen in den Kliniken und bei den UV-Trägern hervorgehoben.

Schlüsselwörter

Unfall · Psychische Unfallfolgen · Screeningverfahren · Frühintervention · Präventive Maßnahmen

Freiburg industrial accident study II (FAUST II). Implementation of research results into treatment

Abstract

On conclusion of the FAUST II study, the Freiburg industrial accident study II on screening-supported early recognition of mental health disorders after severe occupational accidents, which was patronized by the German statutory accident insurance (DGUV), implementation of the research results in treatment procedures of the statutory accident insurance needs to be tested. The aim is a systematic early recognition of such severely injured insured persons, who run a special risk of becoming mentally ill. For this group of patients a rapid and uncomplicated

diagnostic assessment and if necessary a psychotherapeutic intervention need to be incorporated into routine healthcare. Initial considerations for a concept on implementation will be presented in the following article with special consideration to the necessity for adaptation of the processes and structures within clinics and for the insurers.

Keywords

Accident · Psychiatric sequelae · Screening · Early recognition · Preventive health services

ponente (z. B. Screeningwerte ≥ 4) durch entsprechende Qualitätsstandards mittels Prozessbeschreibungen gefördert werden. Letztere geben die notwendige Orientierung,

- wer
- wann bei
- welchen Sachverhalten
- welche Maßnahmen

zur Heilverfahrenssteuerung/im Rehabilitationsmanagement zu veranlassen hat. Veränderungen in den Verfahrensabläufen der UV-Träger sollten idealerweise durch die DV-Anwendungssysteme unterstützt werden. Ganz allgemein ist zu erwarten, dass mit der kontinuierlichen Verbreitung des Rehabilitationsma-

agements [4] bei den UV-Trägern die Fallsteuerung komplexer Konstellationen, insbesondere auch mit psychischer Symptomatik, zunehmend verbessert werden kann.

Folgerungen für die ambulanten Behandler

Das Implementierungskonzept muss auch die ambulanten Versorgungsstrukturen, hier insbesondere die D-Ärzte und die niedergelassenen Psychotherapeuten, einbeziehen. D-Ärzte sollen nach dem Modellverfahren Psychotherapeuten initiativ werden, sich entwickelnde psychische Störungen frühzeitig konsiliarisch

abzuklären und ggf. auch eine psychotherapeutische Mitbehandlung zu veranlassen. Insoweit müssten die D-Ärzte informiert werden, welche Implikationen sich aus den übermittelten Screeningwerten ergeben.

Schließlich müssten alle für die Behandlung von UV-Versicherten zugelassenen Psychotherapeuten in die Bedeutung der Screeningergebnisse sowie das weitere Prozedere eingewiesen werden. Den niedergelassenen Psychotherapeuten obliegt es, den aus den Screeningwerten folgenden Algorithmus zur diagnostischen Abklärung und störungsspezifischen Behandlung umzusetzen. Erst dadurch wird es möglich sein, über die Identifikation von Risikopatienten hinaus schlussendlich auch Heilerfolge zu erzielen.

Fazit für die Praxis

Mit den Forschungsergebnissen aus FAUST II haben die UV-Träger die Chance, Versicherte mit dem Risiko sich entwickelnder psychischer Störungen systematisch frühzeitig zu identifizieren, adäquat zu intervenieren und möglichen Chronifizierungen vorzubeugen. Die wiederholt vorgetragenen Bedenken, durch das Screeningverfahren bei den Versicherten v. a. Entschädigungswünsche auszulösen, bestätigten sich nicht. Im Interesse der ganzheitlichen Versorgung von Versicherten mit schweren Unfallverletzungen erscheint es jetzt an der Zeit, einen mutigen Schritt nach vorne zu gehen.

Ungeachtet dessen wird auch weiterhin Forschungsbedarf gesehen, um Qualität und Wirksamkeit der Frühintervention und Psychotherapie in den speziellen Fallkonstellationen der gesetzlichen Unfallversicherung unter Beweis zu stellen und Evidenz zu erreichen.

Korrespondenzadresse

C. Drechsel-Schlund
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege,
Bezirksverwaltung Würzburg,
Röntgenring 2, 97070 Würzburg
Claudia.Drechsel-Schlund@bgw-online.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Angenendt J, Riering A, Röhrich B et al (2012) Freiburger Arbeitsunfallstudie-II (FAUST-II) – Screeninggestützte Früherkennung psychischer Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen. *Trauma Berufskrankh*. DOI 10.1007/s10039-012-1843-3
2. Behrens M, Dietrich A, Habekost D et al (2011) Gemeinsame Mindeststandards im Rehabilitationsmanagement. *Trauma Berufskrankh* 13:296–302
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (2008) Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen. DGUV, Berlin, http://www.dguv.de/inhalt/medien/bestellung/documents/psych_stoerung.pdf, Zugriffen: 27.02.2012
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (2010) Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden. DGUV, Berlin, <http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>, Zugriffen: 27.02.2012
5. Drechsel-Schlund C, Feddern K, Klinkert M, Ludwig C (2010) Reha-Management bei Traumatisierungen nach Arbeitsunfällen. *Z Psychotraumatol Psychotherapiewiss Psychol Med* 3:33–48
6. Drechsel-Schlund C, Joho F, Radek E (2005) Modellverfahren der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden – Daten, Fakten und eine erste Bilanz. *Trauma Berufskrankh* 7:134–140
7. Klinkert M (2010) Perspektiven des Reha-Managements – Veränderte Rahmenbedingungen. *DGUV Forum* 3:28–31
8. Oberscheven M (2010) Änderungen der stationären Versorgung – Überlegungen aus Sicht der DGUV. *Trauma Berufskrankh [Suppl 1]* 12:5–8