

Umsetzung der Freiburger Arbeitsunfallstudie in die Praxis

Sicht des Unfallversicherungsträgers und des Forschungsgebers

In der Stuttgarter Zeitung vom 15.07.2005 war unter der Schlagzeile „Die Seele wird immer häufiger krank“ zu lesen, dass nach den aktuellen Zahlen der Rentenversicherungsträger psychische Erkrankungen inzwischen die Hauptursache für Frühberentungen sind. 2004 belief sich der Anteil bei den Frauen auf 37% und bei den Männern auf fast 27%. Dramatische Anstiege der psychischen Erkrankungen melden auch die Krankenkassen, und zwar um 80% in den letzten 10 Jahren. Begründete Erklärungen fehlen. Unter der Schlagzeile „Die Depression ist der Arbeitsunfall der Postmoderne“ wird in der Frankfurter Rundschau vom 24.01.2004 vermutet, dass zunehmende Anforderungen am Arbeitsplatz mit wachsendem Zeitdruck, erhöhter Flexibilität und einhergehenden Konflikten mitursächlich seien.

Die Unfallversicherungsträger sind von dieser Entwicklung nicht unberührt geblieben [6]. Im Zusammenhang mit Unfalltraumen sind in der Vergangenheit fast schon inflationär posttraumatische Belastungsstörungen geltend gemacht worden. Die Diagnose einer solchen nach einem Arbeitsunfall ist allein deshalb problematisch, weil sie die Unfallkausalität zu implizieren scheint [3]. Nach den Erfahrungen der Unfallversicherungsträger sind viele Heilverfahren unbefriedigend, wenn sich unfallbedingte psychische Störungen manifestiert haben. Häufig begin-

nt eine Odyssee von ambulanten und stationären psychotherapeutischen Maßnahmen, an deren Ende ein hoher Kostenaufwand und ein oft nicht verhinderter Ausstieg aus dem Erwerbsleben stehen.

Ziele der Förderung

Bei der Antragsstellung im Jahr 1999 hat die Freiburger Arbeitsunfallstudie besondere Aufmerksamkeit erfahren, da erstmals wissenschaftliche Erkenntnisse über die Häufigkeit von und die Frühintervention bei posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen mit primär organischen Verletzungen gewonnen werden sollten [4]. Mit der Förderung der Studie haben die Berufsgenossenschaften zudem das Ziel verfolgt, geeignete, frühzeitig einsetzende, präventive Interventionsmaßnahmen zu untersuchen.

Die Freiburger Arbeitsunfallstudie konzentriert sich auf Akutfälle in stationärer Behandlung. Nach den Statistiken der gewerblichen Berufsgenossenschaften sind jährlich etwa 90.000 solcher Behandlungsfälle zu verzeichnen, wobei die Fallzahlen insbesondere durch die verkürzte Verweildauer infolge der DRG und das verstärkte ambulante Operieren sinken.

Ein Leistungsträger, will er denn seinem gesetzlichen Leistungsauftrag ge-

recht werden, will folgende Fragen beantwortet haben:

- Wie hoch ist der Anteil von Patienten mit drohenden psychischen Störungen?
- Welcher Bedarf an Psychotherapie besteht tatsächlich für Arbeitsunfallverletzte mit initialer stationärer Behandlung?

Die Unfallversicherungsträger hatten großes Interesse an der Entwicklung eines Screeninginstruments, das Arbeitsunfallverletzte mit hohem Risiko der Entwicklung psychischer Störungen zuverlässig identifiziert. In der Verwaltungspraxis ist es bei Unfallereignissen mit organischen Verletzungen bisher schwer prognostizierbar, ob sich im Krankheitsverlauf psychoreaktive Störungen entwickeln. Nach den allgemeinen Erfahrungen ist hierbei weniger die Verletzungsschwere von Bedeutung als sonstige, bisher nicht wirklich greifbare Umstände. Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung von Arbeitsunfallverletzten mit psychischen Störungen ist aber zunächst, dass „gefährdete“ Versicherte vorausschauend herausgefiltert werden können.

Die Versorgungsstrukturen des „BG-Netzwerks“ müssen selbstverständlich auch bei psychischen Störungen Behandlungsangebote sicherstellen, es ist aber fraglich, ob zwangsläufig eine Interven-

Trauma Berufskrankh 2005 · 8 [Suppl 1]: S73–S77 DOI 10.1007/s10039-005-1093-8
© Springer Medizin Verlag 2006

C. Drechsel-Schlund

Umsetzung der Freiburger Arbeitsunfallstudie in die Praxis. Sicht des Unfallversicherungsträgers und des Forschungsgebers

Zusammenfassung

Ein zentrales Ergebnis der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften geförderten Freiburger Arbeitsunfallstudie ist ein „Frühwarnsystem“, welches die Identifikation von für psychische Störungen besonders gefährdeten Versicherten sicherstellt. Dadurch wird eine gezielte Heilverfahrenssteuerung ermöglicht und eine bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen erreicht. Den im Wissenschaftlichen Abschlussbericht der Freiburger Arbeitsunfallstudie vorgeschlagenen Umsetzungsmaßnahmen wurde zugestimmt. Es gilt, das Screeningverfahren im Klinikalltag zu implementieren und geeignete diagnostische und Interven-

tionsmaßnahmen für drohende psychische Störungen bei längerer Verweildauer bereits während der stationären unfallchirurgischen Versorgung, bei anderen Fällen in der ambulanten Weiterbehandlung zu organisieren. Für den Praxistest wird es als zweckmäßig erachtet, zunächst eine 6-monatige Erprobung an einigen regionalen Standorten durchzuführen, um Empfehlungen für die bundesweite Umsetzung entwickeln zu können.

Schlüsselwörter

Arbeitsunfall · Psychische Störungen · Forschungsergebnisse · Frühintervention · Psychotherapie

Realisation of the Freiburg Work-Accident Study in practice. Statutory Accident Insurance and Prevention Association

Abstract

A central result of the Freiburg Work-Accident study requested by the central association of the Statutory Accident Insurance and Prevention Association is an “early warning system” which identifies individuals who are particularly endangered for psychological illness. This allows the targeted treatment and requirement related care of those involved. Suggestions for the realization of this goal set out in the final scientific report of the Freiburg study have been agreed on. These involve the organization of screening procedures as a part of normal clinical prac-

tice and suitable diagnostic and interventional processes for threatening psychological illnesses for long-term inpatients during accident related hospital as well as outpatient care. In order to investigate this in practice, a 6 month test period in selected regional locations is suggested in order to make country-wide recommendations for the realization of these goals.

Keywords

Work accident · Psychological illness · Research results · Early intervention · Psychotherapy

tionsnotwendigkeit besteht und ob drohenden psychischen Störungen, wenn ein „gefährdeter“ Versicherter identifiziert ist, vorgebeugt werden kann.

Den Unfallversicherungsträgern sind präventiv wirkende Interventionsmaßnahmen geläufig, um der Entstehung von Berufskrankheiten vorzubeugen (§9 Abs. 6 Ziff. 1 SGB VII mit §3 Abs. 1 BKV). Es ist insoweit besonderes Anliegen der gesetzlichen Unfallversicherung,

- mit präventiven „niederschweligen“ Maßnahmen Chronifizierungen vorzubeugen (§26 Abs. 1 SGB VII mit §3 SGB IX),
- den Verbleib in der bisher ausgeübten Tätigkeit sicherzustellen und
- aufwändige Rehabilitationsmaßnahmen mit wirtschaftlichen und sozialen Folgen zu vermeiden.

In Bezug auf psychische Beschwerden besagten allgemeine Erfahrungen, dass es in vielen Fällen im Zug der Heilung der organischen Verletzungen zu günstigen Spontanverläufen kommt. Die Freiburger Arbeitsunfallstudie konnte den Berufsgenossenschaften erstmals Antworten liefern, bei welchen Versicherten tatsächlich Interventionsbedarf gegeben ist.

Die Unfallversicherungsträger haben mit der Förderung der Freiburger Arbeitsunfallstudie zudem das Ziel verfolgt, interdisziplinäre Behandlungsansätze zu verstärken, wenn organische Unfallverletzungen mit psychischen Störungen einhergehen.

Wesentliche Ergebnisse aus Sicht der Unfallversicherungsträger

Aus Sicht des Forschungsgebers und Leistungsträgers sind folgende Ergebnisse der Freiburger Arbeitsunfallstudie [2, 8] hervorzuheben: In einem Kollektiv nicht intensivmedizinisch versorgter stationärer Behandlungsfälle ist bei 83% der Arbeitsunfallpatienten die Entwicklung psychischer Störungen nicht zu erwarten. Bei der ambulanten Weiterbehandlung und der Steuerung des Heilverfahrens braucht eine psychische Komponente in diesen Fällen nicht bedacht zu werden. Die Quote der Arbeitsunfallverletzten mit langfristig anhaltenden psychischen Störungen liegt bei 17% (Hochri-

sikopatienten). Bei den Krankheitsbildern mit anhaltenden psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen dominieren

- posttraumatische Belastungsstörungen,
- Angststörungen,
- depressive Störungen,
- Schmerzstörungen und
- dissoziative Störungen

(in der Reihenfolge der Nennungen bei möglichen Mehrfachnennungen). Bei den Hochrisikopatienten ist zu berücksichtigen, dass 13,5% aller Arbeitsunfallverletzten im weiteren Krankheitsverlauf, bei der ambulanten Weiterbehandlung, zunächst nur beobachtet werden müssen. Nur 3,5% aller stationär behandelten Arbeitsunfallverletzten bedürfen einer sofortigen therapeutischen Intervention (Kurzzeittherapie oder störungsspezifische Therapie). Auf dieses – angesichts bisher veröffentlichter Prävalenzraten von psychischen Störungen – sehr kleine Kollektiv wird sich das Rehabilitationsmanagement der Berufsgenossenschaften initial zu konzentrieren haben.

Die Freiburger Arbeitsunfallstudie, die vergleichbar einer „Multicenterstudie“ an mehreren klinischen Standorten durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass der Screeningbogen nicht nur für den wissenschaftlichen Einsatz anwendbar, sondern auch praxistauglich ist. Er hat die Bewährungsprobe an den beiden zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Kliniken in Freiburg und Offenburg und in den BG-Unfallkliniken Murnau und Tübingen bestanden. Das Screeninginstrument erlaubt, Risikopatienten mit hoher Trennschärfe zu identifizieren. Durch dieses methodische Vorgehen werden die Voraussetzungen für ein zielgerichtetes Rehabilitationsmanagement geschaffen.

Bemerkenswert ist, dass nur bei 3% der in die Studie eingeschlossenen Arbeitsunfallverletzten durch die weiterbehandelnden Ärzte bzw. auf Veranlassung des Unfallversicherungsträgers (studienunabhängig) eine ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde – obwohl tatsächlich ein höherer Versorgungsbedarf bestanden hat.

Ein gewichtiges Ergebnis der Freiburger Arbeitsunfallstudie ist zudem, dass 44% der Hochrisikopatienten (gegenüber

26% bei den Nichtrisikopatienten) vorbestehende psychische Störungen aufweisen. Abgestellt wurde dabei nicht nur auf eine bis innerhalb der letzten 4 Wochen vor dem Trauma anhaltende psychische Störung, sondern auf eine Lebenszeitdiagnose auf psychischem Gebiet. Diese Prämorbiditätsquote kann für ein kausal orientiertes Leistungssystem wie das der gesetzlichen Unfallversicherung nicht ohne Auswirkung bleiben. Darunter ist aber keineswegs zu verstehen, dass nahezu in jedem 2. Fall der Unfallzusammenhang als kritisch zu beurteilen wäre, vielmehr kann das erlittene Unfalltrauma durchaus rechtlich wesentlich sein. Angesichts der hohen Prämorbiditätsquote wird man jedoch zukünftig Ermittlungen zu Vorerkrankungen bei den Krankenkassen und behandelnden Ärzten bei fortbestehendem Behandlungsbedarf nach Abschluss probatorischer Sitzungen als obligat ansehen müssen. Dabei darf keinesfalls eine notwendige Behandlung durch langwierige Ermittlungen zu Vorerkrankungen verhindert oder verzögert werden (§§14, 10 SGB IX).

Auftrag zur Umsetzung der Forschungsergebnisse

Der für Forschung zuständige Grundsatzausschuss „REHABILITATION“ des Vorstandes des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) hat die Ergebnisse der Freiburger Arbeitsunfallstudie in seiner Sitzung vom 13.09.2005 abgenommen und den Auftrag gegeben, die notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung zu treffen. Am Ende des Wissenschaftlichen Abschlussberichts der Freiburger Arbeitsunfallstudie [1] sind weiterführende Hinweise zur Umsetzung aufgeführt:

- Organisation von adäquaten Behandlungsmöglichkeiten für spontan nicht rückbildungsfähige psychische Gesundheitsschäden
- Implementierung des Screeningverfahrens bei allen Arbeitsunfallverletzten in stationärer Behandlung
- Sicherstellung von auf psychischem Fachgebiet ggf. erforderlichen diagnostischen und Interventionsmaßnahmen bereits während der stationären unfallchirurgischen Versorgung

- Organisation der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bei Notwendigkeit von Interventionsmaßnahmen (insbesondere bei Hochrisikopatienten)
- Begleitende Maßnahmen (Kommunikation, Fortbildungsveranstaltungen für alle Beteiligten, Berichtswesen, Ausbau des Versorgungsnetzes)

Als wichtiger Umsetzungsbaustein wird zudem die Evaluation des Screeningverfahrens und der Behandlungsergebnisse angesehen.

Einzelne Umsetzungsschritte

Die Verwaltungsgremien des HVBG und der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften sind bei der Umsetzung der Forschungsergebnisse gefordert. Einzelne Überlegungen werden nachfolgend diskutiert – ohne dem noch zu verabschiedenden Aktivitätenplan vorgreifen zu wollen.

Screeningverfahren. Für dessen Praxistest wird es als zweckmäßig erachtet, zunächst eine 6-monatige Erprobung an einigen zum *Verletzungsartenverfahren zugelassenen Kliniken* durchzuführen, um Umsetzungsempfehlungen für die Einbeziehung weiterer stationärer Einrichtungen bzw. die bundesweite Umsetzung entwickeln zu können. Bei einem standardisierten Screening müssen die vorgegebenen Klinikabläufe und diagnosespezifischen Behandlungspfade berücksichtigt werden. Daraus resultieren die sich aus der Verweildauer und der Art der Versorgung ergebende Fixpunkte, die für ein Screening besonders geeignet erscheinen. Bei kurzer Verweildauer könnte das Screening in die Abschlussuntersuchung am Entlassungstag einbezogen werden. Bei schweren Verletzungen und längerer Verweildauer wird man, um eine ggf. notwendige psychotherapeutische Intervention noch während des stationären Aufenthalts zu ermöglichen, einen früheren Standardtermin wählen.

Zu klären ist, wer das Screening durchführt. Dieses ist nicht den Ärzten vorbehalten, es könnte unproblematisch vom ärztlichen Assistenzpersonal übernommen werden. Der jeweils Verantwortliche

sollte konkrete Informationen zum Einsatz des Screeningfragebogens in Form eines Anwender-Manuals zur Verfügung gestellt bekommen. Für die Aufklärung des Unfallverletzten wäre eine allgemeine Patienteninformationen hilfreich. Der vom Versicherten ausgefüllte Screeningfragebogen ist dem Unfallversicherungsträger gemeinsam mit dem Entlassungsbericht bzw. mit Formtext F 2222 (Mitteilung – aus der stationären in die ambulante Behandlung entlassen) zuzuleiten, damit dieser die ggf. notwendigen Maßnahmen in die Wege leitet.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit. In der Testphase wird selbstverständlich auch die Zusammenarbeit zwischen den stationären Einrichtungen, den Unfallversicherungsträgern und den beteiligten Psychotherapeuten erprobt. *Aufgabe des Unfallversicherungsträgers* ist, bei Eingang des Screeningfragebogens den differenzierten Handlungsbedarf zu erkennen. Es sind die Zuordnungen zu den jeweiligen Fallkonstellationen zu treffen, insbesondere Hochrisikoversicherte zu identifizieren. Bei den Interventionsfällen mit einem Screeningwert ≥ 8 ist im Rahmen der Steuerung des Heilverfahrens auch eine sofortige psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Hier kann auf die bewährten Strukturen des „Modellverfahrens“ [5] zurückgegriffen werden: Es ist eine Vorstellung bei einem zugelassenen Psychotherapeuten zu veranlassen. *Aufgabe des Verzeichnispsychotherapeuten* ist es, nach diagnostischer Abklärung eine ggf. erforderliche Behandlung einzuleiten – bei probatorischen Sitzungen ohne Genehmigung des Unfallversicherungsträgers.

Alle übrigen Hochrisikopatienten mit einem Screeningwert ≥ 4 und ≤ 7 sind zunächst nur zu beobachten, ob sich im weiteren Heilverlauf typische Symptome wie Schlafstörungen u. a. m. entwickeln und persistieren. Dazu ist insbesondere der zeitgerechte Eingang von Zwischenberichten (Formtext F 2100) sicherzustellen und zu prüfen, ob psychische Auffälligkeiten beschrieben werden (vgl. Frage 3.2 im formatierten Zwischenbericht). Ergibt sich Handlungsbedarf, ist der Versicherte bei einem zugelassenen Psychotherapeuten/Psychiater vorzustellen.

Wird mit Ablauf 5 probatorischer Sitzungen weitergehender Behandlungsbedarf gesehen, ist angesichts der gesicherten signifikanten Prävalenz von Hochrisikopatienten zu empfehlen, Vorerkrankungen zu klären. Es bietet sich dann auch an, Vorstellungen an den psychotraumatologischen Ambulanzen [7] zu initiieren, um das weitere therapeutische Vorgehen und fortbestehende Anhaltspunkte für eine unfallbedingte Verursachung der psychischen Störung zu prüfen. Zu beachten ist selbstverständlich, dass auch bei einem Begutachtungserfordernis eine notwendige Therapie bis zur Übernahme durch den anderenfalls zuständigen Leistungsträger fortzuführen ist (§§14, 10 SGB IX).

Begleitende Maßnahmen

Die Forschungsergebnisse sind insbesondere an die „Lotsen“ im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zu kommunizieren, nämlich den stationär und ambulant tätigen Unfallchirurgen. Darüber hinaus ist beabsichtigt, Weiterbildungsveranstaltungen für alle im Modellverfahren zugelassenen Psychotherapeuten durchzuführen. Das Programm soll neben versicherungsrechtlichen und Begutachtungsfragen auch Raum für Diskussionen zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen nach Arbeitsunfällen geben. Schließlich werden auch Schulungsmaßnahmen für die berufsgenossenschaftliche Sachbearbeitung durchzuführen sein.

Die Unfallversicherungsträger sehen sich bei der Umsetzung der Forschungsergebnisse nach §26 Abs. 4 SGB VII und §20 SGB IX verpflichtet, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zu überprüfen und erreichte Behandlungsergebnisse zu evaluieren. Hierzu sind geeignete Messparameter aufzustellen und standardisierte Untersuchungsmethoden zu entwickeln.

Ausblick

Die Unfallversicherungsträger haben erstmals Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Leistungen mit Fördermitteln unterstützt [4]. Mit der Freiburger Arbeitsunfallstudie liegen jetzt

abgesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse vor, dass eine „Breitband“-Frühintervention bei allen stationären Behandlungsfällen weder therapeutisch sinnvoll noch wirtschaftlich ist. Eine frühzeitige psychotherapeutische Intervention ist nur bei einem sehr kleinen, durch ein Screeningverfahren zuverlässig zu identifizierenden Kollektiv von Hochrisikopatienten effektiv. Für diese ist ein individuelles Rehabilitationsmanagement erforderlich.

Nach Abschluss der Freiburger Arbeitsunfallstudie bleiben Fragen offen, da z. B. Schwerstverletzte mit intensivmedizinischer Versorgung aus methodischen Gründen als Probanden ausgeschlossen worden sind:

- Können die Studienergebnisse, insbesondere zum Screeningverfahren z. B. auf Polytraumatisierte übertragen werden?
- Könnten ggf. auch Arbeitsunfallverletzte in ambulanter Erstversorgung gescreent werden, wenn sich Hinweise auf eine psychische Komponente ergeben?
- Welche Wirksamkeit hat eine Frühintervention bei einem isolierten psychischem Trauma – ohne damit einhergehende organische Verletzungen?

Die Freiburger Arbeitsunfallstudie hat einige wichtige Mosaiksteine hervorgebracht, das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren in Bezug auf die mögliche psychische Dimension eines Traumas fortzuentwickeln. Bei der Umsetzung der Forschungsergebnisse kann durch das „Modellverfahren“ an bereits etablierte Strukturen angeknüpft werden. Es wird eine Herausforderung für die gesetzliche Unfallversicherung bleiben, psychische Gesundheitsschäden in den ganzheitlichen Versorgungsauftrag einzubeziehen.

Korrespondierender Autor

C. Drechsel-Schlund

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg
Röntgenring 2, 97070 Würzburg
claudia.drechsel-schlund@bgw-online.de

Literatur

1. Angenendt J, Hecht H, Berger M (2005) Wissenschaftlicher Abschlussbericht an den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Stand 29.08.2005. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, St. Augustin
2. Berger M, Angenendt J (im Druck) Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Vortrag Unfallmed Tagung Baden-Baden 2005. Trauma Berufskrankh [Suppl]
3. Drechsel-Schlund C, Plinske W (2002) Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden – aus Sicht der Verwaltung. Trauma Berufskrankh [Suppl 4] 2: S450–S455
4. Drechsel-Schlund C, Plinske W (2003) Arbeitsunfall und Psyche – Forschungsansätze zur Prävention psychischer Störungen nach Arbeitsunfällen. Aktuelle Traumatol 33: 295–299
5. Drechsel-Schlund C, Joho F, Radek E (2005) Modellverfahren der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Trauma Berufskrankh 7: 134–140
6. Hehling W, Mehrhoff F (2002) Trauma und Psyche – Probleme, Projekte und Prioritäten. Die BG 2002: 623–629
7. Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004) Rundschreiben Nr. 170/2004. Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Heidelberg
8. Südkamp N (im Druck) Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Vortrag Unfallmed Tagung Baden-Baden 2005. Trauma Berufskrankh [Suppl]