



Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen

**Empfehlungen der
Gesetzlichen Unfallversicherung
zur Prävention und Rehabilitation
von psychischen Störungen
nach Arbeitsunfällen**

Broschürenversand: info@dguv.de

Herausgeber: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Mittelstraße 51, D - 10117 Berlin
Telefon: 030 288763-800
Telefax: 030 288763-808
Internet: www.dguv.de
- August 2008 -

Satz und Layout: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

ISBN: 978-3-88383-744-4

Kurzfassung

Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen

Die Prävention und Rehabilitation von psychischen Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen gewinnt für die Gesetzliche Unfallversicherung in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Ziel präventiver Maßnahmen ist es, Arbeitsunfälle und psychische Traumatisierung infolge von Arbeitsunfällen zu verhindern. Auf der Basis einer detaillierten Gefährdungsbeurteilung werden daher technische, organisatorische und personelle Schutzmaßnahmen konzipiert.

Bei Eintritt eines Arbeitsunfalls mit unmittelbaren psychischen Störungen sollte die Akutintervention mit der betrieblichen Erstbetreuung einsetzen. Bei erst im Heilverlauf sich entwickelnden psychischen Folgen haben die UV-Träger ihren Rehabilitationsauftrag zu erfüllen. Mit allen geeigneten Mitteln ist möglichst frühzeitig der durch den Versicherungsfall

verursachte Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Wichtig ist daher die rasche Einleitung notwendiger Interventions- und gezielter therapeutischer Maßnahmen. Gefordert ist hier auch ein besonderes berufliches Rehamanagement, das sowohl auf die Identifizierung von betroffenen Unfallverletzten als auch auf die erforderliche Rehaabklärung – bezogen auf das konkrete psychische Störungsbild – ausgerichtet ist.

Bei der Begutachtung psychischer Störungen gelten die allgemeinen rechtlichen Beurteilungskriterien und verfahrensmäßig methodischen Begutachtungsregeln. Auftraggeber und Gutachter haben aber dabei besondere Grundsätze und Einzelkriterien zu beachten.

Abstract

Recommendations in statutory accident insurance on the prevention and rehabilitation of mental health problems following accidents at work

The prevention and rehabilitation of mental health problems following accidents at work has been gaining in importance for statutory accident insurance in recent years. The aim of preventive measures is to prevent accidents at work and mental traumatisation as a result of accidents at work. Technical, organisational and personal protective measures are therefore designed on the basis of a detailed risk assessment.

When an accident at work with direct mental health impact happens, acute intervention with company initial care should take effect. If the mental consequences only develop during the healing process, the accident insurers must fulfil their rehabilitation obligation. All

appropriate means should be used to cure or improve the damage to health caused by the accident claim, its deterioration should be prevented and its consequences mitigated. The rapid start of necessary intervention and targeted therapeutic measures is therefore important. What is required here is also special occupational rehabilitation management, which relates both to the identification of affected people injured in accidents and the necessary rehabilitation and is aimed at the specific mental health problem. When assessing mental health issues, the general legal assessment criteria and procedural methodological assessment rules apply. Clients and experts must therefore respect special principles and individual criteria.

Résumé

Recommandations de l'assurance accident légale pour la prévention et la réadaptation en cas de troubles psychiques après des accidents du travail

L'assurance accident légale donne, ces dernières années, de plus en plus d'importance à la prévention et la réadaptation en cas de troubles de santé psychique après des accidents du travail. L'objectif des mesures préventives est d'éviter des accidents du travail et traumatisme psychique suite à un accident du travail. Des mesures protectrices techniques, organisationnelles et personnelles sont ainsi conçues sur la base d'une évaluation détaillée des risques.

En cas d'accident du travail avec des troubles psychiques immédiats, une intervention d'urgence devrait accompagner les premiers soins donnés dans l'entreprise. Dans le cas de suites psychiques qui se révèlent seulement en cours de traitement, les organismes d'assurance accident doivent alors remplir leur mission de réadaptation. Pour éliminer ou améliorer

les troubles de santé causés par le sinistre et éviter une dégradation et atténuer les conséquences, il faut employer le plus tôt possible tous les moyens adaptés. D'où l'importance de l'introduction rapide de mesures nécessaires d'intervention et mesures thérapeutiques précises. Un management professionnel spécifique pour la réadaptation est ici nécessaire, ayant pour objectif aussi bien d'identifier les blessés concernés que de déterminer la nécessité de réadaptation liée au dysfonctionnement psychique concret.

Pour l'expertise de troubles psychiques, ce sont les critères juridiques généraux d'évaluation qui s'appliquent et, sur le plan de la procédure, les règles méthodiques d'expertises. Ainsi les donneurs d'ordre et experts doivent respecter des principes spécifiques et critères individuels.

Resumen

Recomendaciones de los seguros legales de accidentes para la prevención y rehabilitación en caso de trastornos psíquicos derivados de accidentes de trabajo

La prevención y rehabilitación en el caso de trastornos psíquicos derivados de accidentes de trabajo han venido adquiriendo, en los últimos años, cada vez mayor importancia para el seguro legal de accidentes. El objetivo de las medidas preventivas es evitar accidentes de trabajo y la traumatización psíquica a consecuencia de accidentes de trabajo. Sobre la base de una evaluación detallada de los riesgos se conciben, por eso, medidas técnicas, organizativas y personales de protección.

Cuando ocurre un accidente de trabajo con trastornos psíquicos inmediatos, debería entrar en acción la intervención aguda con la asistencia primaria de la empresa. En el caso de secuelas psíquicas desarrolladas sólo durante el proceso de recuperación, las aseguradoras de accidentes deben cumplir su mandato de rehabilitación. Se deberá tratar, por todos los

medios adecuados y lo más temprano posible, de reparar o mejorar el perjuicio de la salud causado por el siniestro, impedir su agravamiento y atenuar sus consecuencias. Por eso, es importante tomar rápidamente las medidas necesarias de intervención y medidas terapéuticas precisas. Aquí es indispensable también una gestión profesional especial de la rehabilitación, orientada tanto en la identificación de los accidentados concernidos como también en la aclaración de la rehabilitación, referida al cuadro psíquico concreto.

Para la peritación de trastornos psíquicos valen los criterios jurídicos generales de apreciación y las reglas metódicas procedimentales para la peritación. En este caso, sin embargo, el mandante y el perito deberán observar principios y criterios individuales especiales.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	9
2 Begriffe	10
2.1 Gewalt am Arbeitsplatz.....	10
2.2 Arbeitsunfall mit psychischen Gesundheitsstörungen	10
2.3 Interventions-/Stabilisierungs- und Behandlungsphase.....	10
2.4 Akutintervention/Erstbetreuung	10
2.5 Erstbetreuer.....	10
3 Allgemeine Ziele	11
3.1 Prävention	11
3.2 Rehabilitation	11
4 Maßnahmen der Primärprävention	12
4.1 Grundsätze	12
4.2 Gefährdungsbeurteilung.....	12
4.3 Organisatorische Maßnahmen	13
5 Akutintervention/Erstbetreuung (Phase 1)	14
5.1 Grundsätze	14
5.2 Aufgaben und Einsatz von Erstbetreuern	14
5.3 Wer kann Erstbetreuer werden?	15
5.4 Schulung/Ausbildung/Qualitätssicherung.....	15
6 Prävention möglicher Störungen und Stabilisierungsmaßnahmen (Phase 2)	16
6.1 Frühzeitige professionelle Intervention.....	16
6.2 Initiative für psychotherapeutische Intervention.....	16
6.3 Qualifikation der professionellen Betreuer/Behandler	16
6.4 Auswahl von Therapeuten.....	16
6.5 Qualitätsstandards für Diagnostik und Therapie.....	17
7 Weiterbehandlung (Phase 3)	18
7.1 Diagnostische Abklärung und Behandlungsnotwendigkeit.....	18
7.2 Genehmigung und Einleitung der geeigneten Psychotherapie	18
7.3 Qualifikation der Therapeuten, Qualitätsstandards der Psychotherapie und Honorierung	18

	Seite
8 Teilhabe am Arbeitsleben	19
8.1 Allgemeine Bedeutung psychischer Störungen	19
8.2 Typische Aufgaben des beruflichen Reha-Managements.....	19
8.3 Spezielle Aspekte einzelner Berufshilfemaßnahmen.....	19
9 Begutachtung	21
9.1 Besonderheiten der Begutachtung psychischer Störungen.....	21
9.2 Wesentliche Zuständigkeiten und Aufgaben	21
9.3 Maßgebliche Beurteilungskriterien und MdE-Aspekte	22
Anhang 1:	
Grafische Darstellung des Phasenmodells.....	23
Anhang 2:	
Einsatzkriterien und Aufgabenumfang der Erstbetreuer	24
Anhang 3:	
Qualifikationsanforderungen, Anforderungen an Ausbildung und Referenten	26
Anhang 4:	
Modellverfahren	28

1 Einleitung

Die Relevanz psychischer Gesundheitsstörungen nach Belastungen am Arbeitsplatz und nach Arbeitsunfällen und ihre quantitativ und qualitativ zunehmende Bedeutung ist von der Prävention und von der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger im letzten Jahrzehnt erkannt worden. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können im Zusammenhang mit körperlichen Verletzungen oder als eigenständige Unfallfolge auftreten. Psychische Traumata können durch Bedrohung von Leib und Leben der eigenen oder fremder Personen ausgelöst werden. Sie sind i.d.R. verbunden mit Reaktionen intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beispiele hierfür sind: Schwere Unfälle, Gewaltereignisse wie Überfälle oder Übergriffe.

Prävention und Rehabilitation haben trotz unterschiedlicher Aufgabenstellungen das gemeinsame Ziel, gesundheitlichen Störungen vorzubeugen bzw. eingetretene Störungen zu beseitigen. Speziell im Bereich der psychischen Belastungen ist eine strenge Trennung der Aufgaben nicht durchgängig möglich. Insbesondere der nahtlose Übergang zwischen der Akutintervention unmittelbar nach einem Unfall und der nachfolgenden Stabilisierungsphase des Verletzten erfordert eine enge Abstimmung der Maßnahmen zwischen Prävention und Rehabilitation. Aus diesem Grund sind die vorliegenden Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen gemeinsam von Prävention und Rehabilitation erarbeitet worden. Die Empfehlungen richten sich an die gewerblichen Berufsgenossenschaften und an die Träger der Unfallversicherung der öffentlichen Hand sowie an die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

2 Begriffe

2.1 Gewalt am Arbeitsplatz

Um den Begriff der Gewalt am Arbeitsplatz einzugrenzen, wird aus Sicht der Prävention die Definition der ILO als praxisgeeignet angesehen: „Jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt, verwundet wird.“ Darin sind sowohl Übergriffe Dritter mit gesundheitlicher (körperlicher und psychischer) Schädigung als auch die Übergriffe von Kollegen enthalten.

2.2 Arbeitsunfall mit psychischen Gesundheitsstörungen

Der Unfallbegriff erfasst körperliche und psychische Gesundheitsstörungen als Reaktion auf ein unfreiwilliges zeitlich begrenztes äußeres Ereignis. Als äußeres Ereignis zählt, sowohl beim Opfer als auch beim Beobachter, die unmittelbare Wahrnehmung eines Unglücks, die Bedrohung bzw. die Konfrontation mit einer Gewalttat, wenn dies von außergewöhnlichem Ausmaß war und von dem Rahmen der alltäglichen Belastung abweicht.

2.3 Interventions-/Stabilisierungs- und Behandlungsphase

Psychologische Hilfe nach einem akuten Ereignis lässt sich in drei Phasen einteilen:

Phase 1

umfasst den Zeitraum der Akutintervention/Erstbetreuung vor Ort, unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis (in der Regel innerhalb 24h).

Phase 2

dient der Prävention möglicher Störungen und der Stabilisierung nach der Phase 1 (in der Regel im Rahmen von probatorischen Sitzungen).

Phase 3

umfasst die Weiterbehandlung zur Beseitigung der Störungen.

2.4 Akutintervention/Erstbetreuung

Akutintervention/Erstbetreuung ist eine kurzfristige Maßnahme, die während oder unmittelbar nach einem traumatisierenden Ereignis ansetzt und Betroffene die folgenden Stunden (i.d.R. 24 Stunden) nach einem belastenden Ereignis begleitet. Sie dient der Erstversorgung von Menschen, die aufgrund des Erlebens eines traumatisierenden Ereignisses in psychische Not geraten sind.

2.5 Erstbetreuer

Erstbetreuer sind Laienhelfer, die im Rahmen der Phase 1 (siehe auch Abschnitt 3.3) unmittelbar nach einem psychisch belastenden Ereignis als unterstützende Helfer für die Betroffenen wirken. Andere dafür verwandte Begriffe sind psychologische Ersthelfer bzw. psychologisch geschulte Erstbetreuer.

3 Allgemeine Ziele

3.1 Prävention

Die Maßnahmen der Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger beziehen sich neben der klassischen Aufsichtstätigkeit in erster Linie auf die Beratung der Mitgliedsunternehmen, auf Schulung, Ermittlung von Ursachen und Begleitumständen von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Zertifizierung, Forschung und Entwicklung, Bereitstellung von Informationsmaterialien sowie die Erarbeitung von Unfallverhütungsvorschriften.

Gewalt am Arbeitsplatz und die Betreuung der Versicherten nach anderen Arbeitsunfällen und psychischen Traumatisierungen infolge von Arbeitsunfällen erfordern besondere Maßnahmen. Präventive Maßnahmen müssen grundsätzlich vor einem Arbeitsunfall einsetzen. Sie verfolgen das Ziel, durch abgestimmte Maßnahmen die Arbeitsverhältnisse und das Verhalten der Versicherten so zu beeinflussen, dass Gewalt vermieden bzw. gemindert wird. Dieses ist Aufgabe und Schwerpunkt der primären Prävention und dient dem Ziel, Arbeitsunfälle und psychische Traumatisierungen infolge von Arbeitsunfällen weitgehend zu verhindern.

Der Arbeitgeber hat Gefährdungen am Arbeitsplatz, worunter auch Gefährdungen der psychischen Gesundheit zu verstehen sind, zu verhüten und notwendige Sofortmaßnahmen bei Schadensereignissen einzuleiten. Aufgabe der Unfallversicherungsträger in diesem Zusammenhang ist

die Unterstützung des Unternehmers bei allen Maßnahmen der Prävention (Beratung, Schulung und sonstige geeignete Mittel, § 1 SGB VII).

3.2 Rehabilitation

Die Unfallversicherungsträger haben bei Eintritt eines Arbeitsunfalls mit unmittelbaren psychischen Störungen, aber auch bei erst im Heilverlauf sich entwickelnden psychischen Störungen den Rehabilitationsauftrag zu erfüllen. Mit allen geeigneten Mitteln ist möglichst frühzeitig der durch den Versicherungsfall verursachte Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 Ziffer 1 SGB VII). Die rasche Einleitung notwendiger Interventions- und gezielter therapeutischer Maßnahmen hat gegenüber der Kausalitätsklärung Vorrang. Die Chronifizierung einer psychischen Störung ist unbedingt zu vermeiden (§ 3 SGB IX). Nach dem Grundsatz der Nahtlosigkeit der Rehabilitation muss der Unfallversicherungsträger entweder selbst alle notwendigen Heilbehandlungsmaßnahmen einleiten oder aber er ist (mit-) verantwortlich für die rasche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen durch den anderweitig zuständigen Rehabilitationsträger.

4 Maßnahmen der Primärprävention

4.1 Grundsätze

Maßnahmen zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz sollten sich wie andere Präventionskonzepte an der Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz orientieren. Ansätze hierzu sind bereits publiziert.

Basis für die Festlegung konkreter Maßnahmen ist eine detaillierte Gefährdungsbeurteilung, die ohnehin vom Gesetzgeber für alle Arbeitsbereiche gefordert wird. Der Faktor „Gefährdung durch Personen“ ist genauer zu betrachten für Personal, das häufig direkten Kontakt zu Kunden hat.

Gemäß der Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz haben technische Schutzmaßnahmen grundsätzlich Vorrang vor organisatorischen oder personellen Maßnahmen. Zum Schutz vor Übergriffen können klassische technische Maßnahmen des Arbeitsschutzes allerdings nur eingeschränkt umgesetzt werden. So würde z.B. eine strikte räumliche Trennung von Dienstleister und Kunde die Zielsetzung eines kundenorientierten Dienstleistungsunternehmens nicht erfüllen. Auch andere baulich/technische Maßnahmen wie die Verfügbarkeit von Notrufeinrichtungen und eine übersichtliche Gestaltung von Betriebsanlagen wirken zwar positiv auf das Sicherheitsempfinden der Mitarbeiter, können Übergriffe letztlich aber nicht ausschließen.

Wesentlich größere Bedeutung kommt daher organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen zu. Personenbezogene Maßnahmen haben das Ziel, Mitarbeiter auf potenzielle Konfliktsituationen in ihrem Arbeitsalltag vorzubereiten. So soll z.B. ein zielgruppenspezifisches Training diese in die Lage versetzen, Konfliktsituationen frühzeitig zu erkennen und gezielt einer Eskalation vorzubeugen.

4.2 Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung muss u.a. die Ereignisse identifizieren und bewerten, die im Rahmen der üblichen betrieblichen Tätigkeit auftreten können und eine Betreuung der Betroffenen ggf. erforderlich machen. In der Gefährdungsbeurteilung sind betriebstypische, schwerwiegende und plötzlich auftretende Ereignisse zu berücksichtigen, die das Potenzial haben, ein Trauma auszulösen. Beispiele hierfür sind: schwere Unfälle, Angriffe Dritter auf Mitarbeiter von Banken, Ordnungs- und Aufsichtsdiensten oder Übergriffe von Patienten in der Psychiatrie.

Für eine Gefährdungsbeurteilung können dem Unternehmer Handlungshilfen der Unfallversicherungsträger zur Verfügung gestellt werden. Die Unfallversicherungsträger unterstützen durch Beratung und Handlungsanleitungen die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung auch auf diesem Feld.

Die Gefährdungsbeurteilung hat zum Ziel, die gefährdeten Personengruppen im Unternehmen zu identifizieren und sich einen Überblick zu verschaffen, wie hoch das Risiko jeweils einzuschätzen ist. Um präventiv tätig werden zu können, ist es wichtig, nicht nur das tatsächliche Unfallgeschehen auszuwerten, sondern zu versuchen, bereits im Vorfeld Hinweise auf Konfliktpotenzial zu erhalten. Wichtige Hinweise auf problematische Bereiche sind dabei auch von den Betroffenen selbst abzufragen. Auch die Sicherheitsbeauftragten, die Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und die Betriebsvertretung sind einzubinden, z.B. über den Arbeitsschutzausschuss.

Grundsätzlich wird empfohlen, bei vorhandenen einschlägigen Gefährdungen die Gewaltprävention in die Unternehmensziele aufzunehmen, um gegenüber den Mitarbeitern und Dritten den Stellenwert des präventiven Umgangs mit Gewalt am Arbeitsplatz deutlich werden zu lassen.

4.3 Organisatorische Maßnahmen

Auf der Grundlage einer vorliegenden Gefährdungsbeurteilung können Konzepte erarbeitet werden, wie mit entsprechenden Ereignissen umgegangen werden soll. Diese Konzepte unterscheiden sich bei Großunternehmen und kleinen sowie mittleren Unternehmen erheblich. Großunternehmen können innerbetriebliche Konzepte aufbauen, während dies in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) kaum möglich ist. Hier kann aber auf Netzwerke oder überbetriebliche Lösungen zurückgegriffen werden.

Nach einem Arbeitsunfall mit schweren psychischen Beeinträchtigungen sind zur Begrenzung der Folgen für den Versicherten und zur Förderung des Heilungserfolges weitere Maßnahmen erforderlich. Ein in Zusammenhang mit (psychisch) traumatisierenden Ereignissen geeignetes Mittel der Prävention von möglichen Folgestörungen stellt die Akutintervention/Erstbetreuung dar. Da hier der Versicherungsfall bereits eingetreten sein kann, andererseits aber betriebliche Organisationsstrukturen bei der wirksamen Gestaltung der Betreuung der Versicherten vorhanden sein müssen, ist im Bereich der Betreuung der Versicherten eine Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation notwendig.

Die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger umfasst die Beratung der Unternehmen bei der Schaffung wirksamer Organisationsstrukturen sowie – bei Bedarf – die Unterstützung bei Schulung und Ausbildung. Die Rehabilitation ist bei der Abwicklung der Versicherungsfälle insbesondere bei der Inanspruchnahme fachlicher Hilfe, während der Stabilisierungsphase und bei der Weiterbehandlung gefragt. Eine genaue Abgrenzung der Zuständigkeiten von Prävention und Rehabilitation ist nicht immer eindeutig zu treffen. Durch eine koordinierte Zusammenarbeit erhöhen sich die Erfolgchancen.

Maßnahmen der Prävention und auch der Rehabilitation (z.B. bei Wiederaufnahme der Tätigkeit) lassen sich nicht ohne die aktive Mitwirkung der Unternehmen gestalten oder wirksam umsetzen. Deren Beratung hat deshalb einen hohen Stellenwert.

5 Akutintervention/Erstbetreuung (Phase 1)

5.1 Grundsätze

Eine Betreuung setzt nach Eintreten des psychotraumatisch wirkenden Arbeitsunfalles ein. Grundsätzlich können Maßnahmen der Akutintervention in allen Mitgliedsunternehmen der Unfallversicherungsträger eingesetzt werden.

Eine Betreuung von Versicherten nach Schockunfällen kann nur dann wirksam werden, wenn zusammen mit dem Unternehmen vor Auftreten der ausgewählten, belastenden Ereignisse ein betriebliches Konzept ausgearbeitet worden ist. Die Erarbeitung des Konzeptes sollte durch Beratung der Unfallversicherungsträger unterstützt werden. Die Beratung sollte auf Erfahrungen mit branchenspezifischen Konzepten aufbauen und unterschiedliche Konzepte für Grossbetriebe und KMU berücksichtigen. Großbetriebe können aufgrund der größeren personellen Ressourcen Erstbetreuungskonzepte innerbetrieblich umsetzen.

KMU brauchen überbetriebliche Lösungen für die Erstbetreuung, da die belastenden Ereignisse zu selten auftreten und der Aufbau einer Organisationsstruktur dafür nicht angemessen ist. Überbetriebliche Lösungen können durch Kompetenzzentren realisiert werden oder durch branchenspezifische Netzwerke erfolgen.

Zur Sensibilisierung für die Problematik und zur Klärung organisatorischer Fragen bei der Einführung Betrieblicher Erstbetreuung wird die Teilnahme an einer Informationsveranstaltung der Unfallversicherungsträger empfohlen. Zielgruppe der Veranstaltung sind Unternehmer oder deren Beauftragte.

Die Anzahl der Erstbetreuer variiert in Abhängigkeit von der Gefährdungsermittlung (Risikoklassen). Betriebe ohne erhöhtes Risiko bedürfen keines Erstbetreuers. Betriebe, deren Mitarbeiter im Rahmen ihrer Tätigkeit regelmäßig solchen Ereignissen ausgesetzt sind (erhöhtes Risiko), sind aufgefordert, Erstbetreuer in ausreichender Anzahl auszubilden, sofern sie dieser Anforderung nicht bereits durch andere geeignete Maßnahmen, z.B. durch Kooperation mit Externen, entsprechen.

5.2 Aufgaben und Einsatz von Erstbetreuern

Entsprechend den Festlegungen des Konzeptes aufgrund der Gefährdungsermittlung ist die betriebspezifisch erforderliche Anzahl der Erstbetreuer festzulegen. Die Erstbetreuer sind auszubilden oder es sind Vereinbarungen mit überbetrieblichen Diensten zu treffen.

Eine Erstbetreuung sollte durch persönliche Kontaktaufnahme mit dem Betroffenen in möglichst zeitlicher Nähe zum Ereignis erfolgen. Wünschenswert hierfür ist eine Zeitspanne, die im Bereich

weniger Stunden liegt. Im günstigsten Fall wird die Erstbetreuung noch am Unfallort geleistet.

Ein Erstbetreuer übernimmt folgende Aufgaben:

1. Auffangen der Schockreaktion durch Anwesenheit und Beruhigung
2. im weiteren Verlauf lenkend und gestaltend wirken, um weitere negative Folgen zu vermindern und Problemlösungen zu erleichtern
3. Übergabe an das soziale Umfeld
4. bei Bedarf Übergabe an fachspezifische Dienste, Unfallversicherungsträger, Betriebsärzte, D-Ärzte oder betriebliche Netzwerke

Da die Erstbetreuung durch psychologisch geschulte Laienhelfer erfolgt, ist sie in Struktur und Bedeutung analog zur medizinischen Ersten Hilfe nach BGV A1/GUV VA1 „Grundsätze der Prävention“ zu sehen. Demzufolge können die Ausbildungskosten vom Unfallversicherungsträger teilweise oder vollständig getragen werden. Voraussetzung ist, dass die Ausbildung nach einem vorgegebenen Qualitätsstandard durch zugelassene Ausbildungsstellen erfolgt.

Einsatzkosten sind in Analogie zur medizinischen Ersten Hilfe nicht zu erstatten, sondern gehören zum betrieblichen Aufgabenfeld. Dies gilt auch, wenn der Einsatz durch überbetriebliche Dienste oder professionelle Helfer geleistet wird.

5.3 Wer kann Erstbetreuer werden?

Die Aufgabe eines Erstbetreuers kann, Freiwilligkeit vorausgesetzt, grundsätzlich jeder geschulte Laie übernehmen.

Eine über die Schulung hinausgehende fachliche Qualifikation ist für die Laienhilfe nicht erforderlich. Eine andere Aufgabe kann zeitgleich zur Betreuung nicht wahrgenommen werden (z.B. medizinische Ersthilfe). Eine klare Aufgabenabgrenzung ist deshalb anzustreben.

Insbesondere bieten sich an:

- Arbeitsschutzakteure (Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte, Ersthelfer)
- Personen mit psychosozialen Fertigkeiten wie z.B. Mitarbeiter betrieblicher Sozialdienste, Personalabteilungen

5.4 Schulung/Ausbildung/Qualitätssicherung

Erstbetreuer benötigen eine Schulung/Ausbildung sowie eine regelmäßige Fortbildung, um die Aufgabe als Laienhelfer in der Akutphase übernehmen zu können. Die Schulung hat durch Fachleute mit psychologisch fundiertem Hintergrundwissen und Erfahrung in der Psychotraumatologie zu erfolgen.

Die Qualitätssicherung der Ausbildung erfordert eine koordinierte Abstimmung der Inhalte einer Schulung für Erstbetreuer. Eine Zertifizierung auf der Grundlage von abgestimmten Mindestinhalten ist anzustreben. Ausbildungsträger, die nach den vorgegebenen Qualitätskriterien hinsichtlich Inhalt und Umfang ausbilden, werden von den Unfallversicherungsträgern zugelassen. Diese Zulassung ist Voraussetzung für eine (mögliche) Kostenübernahme (siehe auch Anhang 3).

6 Prävention möglicher Störungen und Stabilisierungsmaßnahmen (Phase 2)

6.1 Frühzeitige professionelle Intervention

Es ist wichtig, frühzeitig Personen zu identifizieren, die Ereignissen ausgesetzt waren, aufgrund derer sie psychische Störungen entwickeln könnten.

Nicht alle Betroffene benötigen eine professionelle Intervention (Betreuung oder Behandlung). In der Mehrzahl der Fälle klingen die Beschwerden von selbst wieder ab. Anderenfalls müssen alle erforderlichen Maßnahmen der Stabilisierung möglichst schnell einsetzen, um Chronifizierungen zu vermeiden. Stabilisierende (probatorische) psychotherapeutische Sitzungen sollten daher bei Bedarf rechtzeitig, spätestens vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis, eingeleitet werden.

6.2 Initiative für psychotherapeutische Intervention

Stabilisierende Sitzungen können Personen aus dem Umfeld des Betroffenen anregen, z.B. Ärzte, Unternehmer, Kollegen oder Familie des Versicherten oder der Versicherte selbst, der die Ersthelferbetreuung für nicht oder nicht mehr ausreichend hält. Die psychotherapeutische Betreuung oder Behandlung wird durch den D-Arzt oder den Unfallversicherungsträger veranlasst, dem auch die Steuerung des Heilverfahrens obliegt. Probatorische Sitzungen werden in der Regel im Rahmen des Modellverfahrens der Landesverbände „Einbindung von ärztlichen und

psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“ (Anhang 4) eingeleitet.

6.3 Qualifikation der professionellen Betreuer/Behandler

In der Stabilisierungsphase ist die professionelle kurzfristige Hilfe durch besonders geschulte ärztliche und approbierte psychologische Psychotherapeuten zu gewährleisten. Deren Qualifikation hat den Anforderungen des Modellverfahrens (siehe 7.2) zu entsprechen.

6.4 Auswahl von Therapeuten

Die Unfallversicherungsträger benennen dem Betroffenen geeignete Therapeuten und sind ggf. Vermittlungsstelle zwischen Betrieb und Behandler. Für die Auswahl eines „Therapeutennetzwerkes“ kann zudem auf die Verzeichnisse der Landesverbände mit den im Modellverfahren zugelassenen Behandlern zurückgegriffen werden.

6.5 Qualitätsstandards für Diagnostik und Therapie

Psychologische Stabilisierungsmaßnahmen (d.h. Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen) nach Unfalltraumen sollen nach einheitlichen Standards durchgeführt werden. Bei psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen sind regelmäßig kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieverfahren zu empfehlen. Vorzugeben ist, dass Diagnosen nach dem ICD 10 gestellt werden.

Näheres regelt das Modellverfahren der Landesverbände „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“.

7 Weiterbehandlung (Phase 3)

7.1 Diagnostische Abklärung und Behandlungsnotwendigkeit

Mit Ende der probatorischen Sitzungen sollte eine Diagnose durch den eingeschalteten Psychotherapeuten gesichert sein. Ergeben sich aus den Behandlungs- und Befundberichten keine schlüssigen Aussagen zur Diagnose und/oder weitergehenden Behandlungsbedürftigkeit, sollte der beratende Facharzt eingeschaltet werden, ggf. auch die Psychotraumatologischen Ambulanzen der BG-Unfallkliniken oder entsprechenden Ambulanzen in anderen Kliniken. Im Einzelfall können auch mehrtägige Untersuchungen für die diagnostische Abklärung geboten sein.

Für die Weiterbehandlung ist zu fordern, dass konkrete Rehabilitationsziele formuliert sind. Insbesondere hat der Therapieplan stets die berufliche Wiedereingliederung im Blick zu haben (vgl. Ziffer 8).

7.2 Genehmigung und Einleitung der geeigneten Psychotherapie

Die psychotherapeutische Weiterbehandlung (im Anschluss an die probatorischen Sitzungen) wird vom Unfallversicherungsträger grundsätzlich als Kurzzeittherapie genehmigt und ist zunächst auf zehn Therapiesitzungen zu limitieren.

In besonderen Fällen kann auch eine stationäre Behandlung angezeigt sein. Zur Indikationsstellung und Auswahl einer geeigneten Klinik können die Psychotraumatologischen Ambulanzen der BG-Unfallkliniken bzw. der Universitätskliniken in Anspruch genommen werden.

7.3 Qualifikation der Therapeuten, Qualitätsstandards der Psychotherapie und Honorierung

Es gelten die gleichen Anforderungen wie für Phase 2 (vgl. Ziffer 6), im Übrigen ist auf die Regelungen im Modellverfahren der Landesverbände „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“ zu verweisen (vgl. Anhang 4).

8 Teilhabe am Arbeitsleben

8.1 Allgemeine Bedeutung psychischer Störungen

Bei der Wiedereingliederung von Unfallverletzten in das Erwerbsleben sind psychische Störungen in zweifacher Hinsicht von wesentlicher Bedeutung:

- Identifizierung von Unfallverletzten mit bereits vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen oder dem Risiko für das Entstehen solcher Beeinträchtigungen
- Ausrichtung erforderlicher Reha-Abklärungen und Qualifizierungsmaßnahmen sowie der unmittelbaren Reintegrationsbemühungen auf das konkrete psychische Störungsbild

Beide Aufgabenbereiche verlangen ein besonderes berufliches Reha-Management im Rahmen der allgemeinen Fall-Managementstrukturen der UV-Träger.

8.2 Typische Aufgaben des beruflichen Reha-Managements

Mit einem frühzeitigen Erkennen psychisch bedingter Störungen und derartiger Gefährdungen kann sofort die berufliche Reha-Strategie präzisiert werden; insbesondere lassen sich mit gesteigerter Erfolgsaussicht präventive Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes ergreifen. Dazu gehört auch eine rasche Abklärung zumindest des allgemeinen Störungsbildes und der noch möglichen Therapieerfolge, um wegweisende Hinweise zu erhalten. Wenn durch die Schwere der psychischen

Beeinträchtigen Qualifizierungsmaßnahmen zu erwarten sind, können durch Zwischenprüfungen zügig die ersten Ermittlungen für spätere Entscheidungen eingeleitet werden; vor allem wird bereits das Auswahlverfahren für eventuell erforderliche, geeignete Maßnahmenangebote möglich. Das berufliche Reha-Management verlangt im besonderen Maße eine vertrauensschaffende Kommunikation mit dem Versicherten und dem Arbeitgeber sowie Berücksichtigung der persönlichen Befindlichkeiten.

8.3 Spezielle Aspekte einzelner Berufshilfemaßnahmen

Bei den regelmäßigen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind hinsichtlich psychischer Störungen folgende Aspekte zu beachten:

- Eine stufenweise Wiedereingliederung, vor allem mit einer betrieblichen Arbeits- und Belastungserprobung, kann bereits neben einer noch laufenden Therapie in Betracht kommen und eine enge psychologische Betreuung verlangen
- Die abschließende Reha-Abklärung mit Leistungs- und Eignungsdiagnostik ist im Allgemeinen in ausgewiesenen Kompetenzzentren durchzuführen. Sie kann mit den eingeführten Assessment-Methoden, u.a. spezifische psychologische Testverfahren, vorgenommen werden.

- Die Entwicklung konkreter beruflicher Perspektiven erfordert besondere Berufsfindungsmaßnahmen, hauptsächlich auch mit längeren Erprobungen und stärkerer Berücksichtigung des bisherigen Berufsfeldes sowie der allgemeinen Lebensumstände.
- Ausgewählte Qualifizierungsmaßnahmen sind zur Erfolgssicherung in schwereren Fällen zumeist stationär (evtl. auch mit einer zusätzlichen Vorförderung) durchzuführen. Sie verlangen eine intensive, begleitende Betreuung durch den Berufshelfer.
- Die Förderung der unmittelbaren beruflichen Wiedereingliederung beinhaltet in besonderem Maße die Betreuung zur Erlangung eines konkreten Arbeitsplatzes – im Rahmen eines qualifizierten „Disability-Managements“ oder durch Einschaltung von Fachdiensten.

9 Begutachtung

9.1 Besonderheiten der Begutachtung psychischer Störungen

Die gutachtliche Würdigung geistig-seelischer Erlebnis- und Wirkungsvorgänge kann sich auf verschiedene Fallkonstellationen beziehen, die grundsätzlich zu unterscheiden sind:

- Psychische Reaktion auf ein äußeres Unfall- oder Verletzungsgeschehen, dazu gehören auch rein psychische Abläufe (psychische Traumata)
- Organische Verursachung psychischer Störungen, z.B. durch ein Schädel-Hirn-Trauma oder Krebserkrankung
- Psychische Verursachung einer organischen Erkrankung, z.B. stressbedingtes Magengeschwür

In der Begutachtungspraxis der Gesetzlichen Unfallversicherung überwiegen die psychisch-reaktiven Komplexe (erste Fallgruppe).

Es gelten die allgemeinen rechtlichen Beurteilungskriterien und verfahrensmäßig-methodischen Begutachtungsregeln. Auftraggeber und Gutachter haben aber dabei besondere Grundsätze und Einzelkriterien zu beachten.

9.2 Wesentliche Zuständigkeiten und Aufgaben

Die auftraggebende Verwaltung hat vor allem das äußere Ereignis und sonstige Geschehen zu ermitteln und dem Gutachter mit entsprechenden Unterlagen als Anknüpfungstatsachen zu benennen. Außerdem sind Informationen über einschlägige Vorerkrankungen, zu den allgemeinen persönlichen und sozialen Verhältnissen und zur Arbeitssituation zu übermitteln. Noch vor Erteilung des Gutachtauftrags ist regelmäßig eine Abklärung der für die psychischen Beschwerden bedeutsamen organischen Befunde zu veranlassen.

Mit der Begutachtung psychischer Störungen sind Sachverständige zu beauftragen, die sich durch hohe Fachkunde und besondere Erfahrungen in dieser schwierigen Materie auszeichnen und möglichst umfassende Beurteilungen kompetent vornehmen. Sie müssen neben den sozialrechtlichen Beweismaßstäben und formalen Begutachtungsanforderungen insbesondere auch die in der Gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kriterien der Kausalität einzelner psychischer Störungen mit bestimmten Ereignissen sowie die Grundsätze zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit kennen. Ob der behandelnde Arzt als Gutachter im konkreten Fall als geeignet erscheint, ist sowohl vom Auftraggeber als auch vom ersuchten Sachverständigen kritisch zu prüfen.

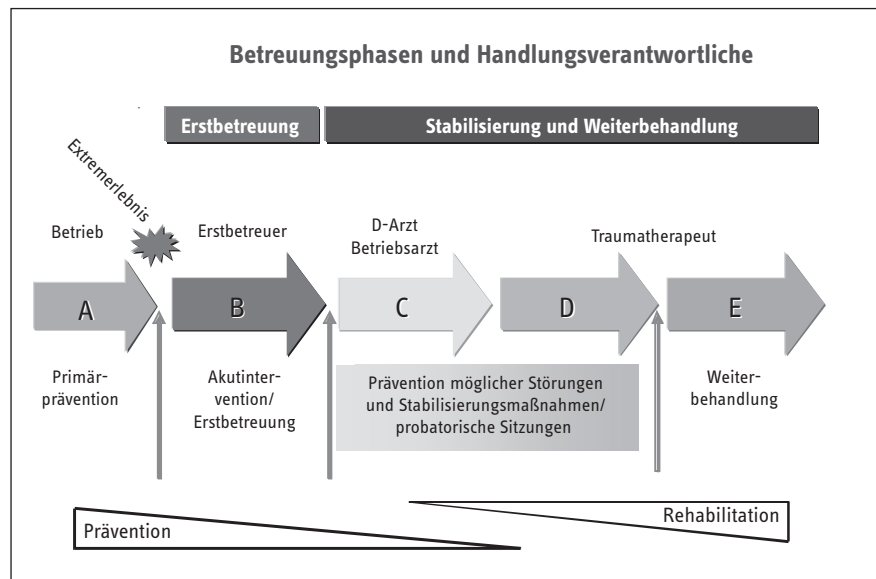
9.3 Maßgebliche Beurteilungskriterien und MdE-Aspekte

Der allgemeine Beweismaßstab des sog. Vollbeweises (Gewissheit) gilt auch für die gutachterliche Feststellung psychischer Befunde als Gesundheitsstörungen. Wegen der allgemeinen Schwierigkeiten bei subjektiv geprägten Beschwerden genügt jedoch die sog. Objektivierung mit einer Erklärung durch weniger willensabhängige Faktoren. Dabei müssen die einzelnen psychischen Störungen mit ihrer Spezifität, einschließlich differenzialdiagnostischer Eigenart und Ausmaß, nachgewiesen werden.

Der Gutachter hat bei seinen inhaltlich-fachlichen Prüfungen und Bewertungen die allgemein gültige wissenschaftliche Lehrmeinung und anerkannten bzw. gesicherten Erfahrungsregeln seines Fachgebietes anzuwenden. „Leitlinien“ von Gesellschaften und andere Begutachtungsempfehlungen müssen ebenso diese Voraussetzungen erfüllen, was insbesondere bei der rechtlichen Eigenschaft als sog. antizipiertes Sachverständigengutachten der Fall ist.

Für die MdE-Einschätzung sind die spezifischen Maßstäbe dieses gesetzlichen Begriffs, hauptsächlich die funktionellen Auswirkungen der psychischen Störungen im Erwerbsleben, zu berücksichtigen. Entsprechende Sätze bzw. Eckwerte z.B. des allgemeinen Entschädigungsrechts können deshalb nicht unmittelbar zugrunde gelegt werden. Die Erfahrungswerte für körperlich-organische Unfallfolgen umfassen die regelmäßigen psychischen Begleitbeschwerden. Anhaltspunkte für die psychischen Störungsbilder mit wesentlichen körperlichen Auswirkungen bieten die MdE-Sätze für Organschäden.

Anhang 1: Grafische Darstellung des Phasenmodells



Anhang 2: Einsatzkriterien und Aufgabenumfang der Erstbetreuer

Einsatzkriterien

Objektive Einsatzkriterien

Ereignisse, die nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand und allgemeiner Erfahrung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bei den Betroffenen führen. Beispiele hierfür sind:

- Bedrohung für Leib und Leben der Betroffenen
- Schwere körperliche Verletzungen oder Schädigungen
- Überfall oder Angriff auf die eigene Person
- Konfrontation mit verstümmelten menschlichen Körpern
- Gewaltsamer oder plötzlicher Tod von Kollegen
- Beobachtung von Gewalt gegen Kollegen oder Berichte hierüber
- Information oder Mitteilung, dass man einem potenziell tödlichem Umweltreiz, z.B. Giftgasunfall, ausgesetzt war/ist
- Schuld haben am Tod oder schwerer Schädigung anderer Personen

Subjektive Einsatzkriterien

Hierbei handelt es sich um durch ein Ereignis ausgelöste innerpsychische Zustände (Emotionen, Denkmuster):

- Erlebte Todesangst
- Erlebte Hilflosigkeit
- Verlust der Kontrolle
- Erleben von Schuld
- Persönliche Betroffenheit (z.B. Bergen von toten oder schwer verletzten Kindern)

Subjektive Einsatzkriterien lassen sich nur am Betroffenen erkennen. Spezifische Hinweise können sein:

- Scheinbares Unbeteiligtsein
- Aggressives Überreagieren
- Erstarrtsein (Stupor)
- Apathie
- Weinen
- Atemnot
- Schweißausbrüche

Aufgabenumfang

Die Akutintervention/Erstbetreuung umfasst:

1. Schaffung von Schutz und Sicherheit
2. Kontaktaufnahme
3. Klärung aktueller Bedürfnisse
4. Information über das Ereignis
5. Information über mögliche Belastungsfolgen und mögliche Bewältigungsstrategien
6. Betreuung mindestens während der ersten 24 Stunden; ggf. Übergabe an professionelle Versorgung oder soziales Umfeld

Anhang 3: Qualifikationsanforderungen, Anforderungen an Ausbildung und Referenten

Qualifikations- und Grundanforderungen

Betriebliche Psychologische Ersthelfer müssen an einer Schulung zu psychologischen Sofortmaßnahmen teilgenommen haben. Inhalt und Umfang der Schulung müssen den Standards der Bundespsychotherapeutenkammer zur Psychologischen Ersten Hilfe entsprechen. Die Bundespsychotherapeutenkammer ist zurzeit die einzige im Gesundheitswesen verankerte Institution, die Standards hierfür erarbeitet hat. (Sofern weitere im Gesundheitswesen verankerte Fachverbände Standards hierzu veröffentlichen, wird die Notwendigkeit einer Überarbeitung geprüft.) Maßnahmen der Betrieblichen Psychologischen Ersten Hilfe sind erlaubnisfrei im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie des Heilpraktikergesetzes (HPG), sie können also von geschulten Laien durchgeführt werden.

Standards der Ausbildung sind:

- Medizinische Erste Hilfe hat Vorrang
- Herstellung der Eigensicherheit des Ersthelfers/der Ersthelferin während des Einsatzes
- Herstellung der Sicherheit der Traumatisierten am Schadensort
- Augenmerk auf alle potenziell Betroffenen

- Klärung der aktuellen/situativen Bedürfnisse der Betroffenen
- Information über eingeleitete Maßnahmen
- Schutz vor weiteren Belastungen und psychischen Gefährdungen (z.B. Abschirmen vor Neugierigen, Reportern etc.)
- Angebote für eine weitere Unterstützung
- Angebot der Vermittlung in weitere fachliche Versorgungsmaßnahmen und Versorgungseinrichtungen

Anforderungen an die Ausbildung zum Betrieblichen Psychologischen Ersthelfer

Zeitlicher Rahmen

Die Grundausbildung beträgt idealerweise 16 Stunden (internationaler Standard), für Personen mit einschlägiger Ausbildung/Berufserfahrung, z.B. Sanitäter, Ärzte, Sozialberater, Psychologen, kann die Ausbildung verkürzt werden.

Eine Fortbildung ist alle zwei Jahre erforderlich. Der zeitliche Rahmen sollte mindestens vier Stunden betragen und die Inhalte denen der Ausbildung entsprechen.

Neben der Vermittlung theoretischer Inhalte stehen praktische Übungen und Simulationsszenarien im Vordergrund. Handlungshilfen für den konkreten Einsatzfall sollen den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden (Notfallflyer etc.).

Anforderungen an Referenten und Ausbildungsinstitutionen

Ausbilder für die Psychologische Erste Hilfe müssen über einschlägige Vorerfahrungen aus dem Einsatzbereich verfügen. Sie müssen darüber hinaus eine fachbezogene Ausbildung in einem psychologischen oder medizinischen Beruf aufweisen und über einschlägige pädagogische Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen.

Anhang 4: Modellverfahren

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung



Modellverfahren „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“

der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

- Fassung November 2004 -

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

- 1 Arbeitsunfall und psychischer Gesundheitsschaden
- 2 Die medizinische Rehabilitation von psychischen Gesundheitsschäden
- 3 Qualifikationsanforderungen
 - 3.1 Fachdisziplinen
 - 3.2 Fachliche Befähigung
 - 3.3 Pflichten
 - 3.4 Einbindung/Mitwirkung
- 4 Abgrenzung der Leistungen im Modellverfahren zu sonstigen Leistungen bei psychischen Gesundheitsschäden
- 5 Empfehlungen zu Diagnostikverfahren
- 6 Empfohlene Therapieverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden
- 7 Verfahren bei ambulanter und teilstationärer Behandlung
- 8 Verfahren bei stationärer Behandlung
- 9 Dokumentation und Berichtswesen
- 10 Honorierung
- 11 Datenschutz und Auskunftspflicht
- 12 Qualitätssicherung
- 13 Ausbau eines Netzes geeigneter psychotherapeutischer Behandler

Vorwort

In der 1999 vom Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (jetzt: Landesverband Südwest der DGUV) herausgegebenen Broschüre „Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden“ war ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass man mit dieser Veröffentlichung in der Gesetzlichen Unfallversicherung „Neuland“ betrete. Es fehle noch an einer umfassenden Darstellung der vielschichtigen Probleme bei der Behandlung von Unfallfolgen auf psychischem Gebiet. Ziel der Broschüre war deshalb auch, Anregungen und Hinweise zu erhalten, um auf längere Sicht eine gemeinsam von Ärzten, Unfallversicherungsträgern und sonstigen am berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren Beteiligten getragene und anerkannte Arbeitsempfehlung zu erhalten.

Der in der Folgezeit zu diesem Zweck entwickelte Handlungsrahmen der UV-Träger hat als wichtigen Baustein bei der Entwicklung eines geschlossenen Werkes zur frühzeitigen Erkennung und rechtzeitigen Behandlung von psychischen Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen die zielgerichtete Einbeziehung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bezeichnet. Voraussetzung für eine solche Beteiligung ist zunächst die Klärung der Fragen

- welche Qualifikationsanforderungen an Behandler von psychischen Gesundheitsschäden bei Arbeitsunfällen zu stellen sind und
- welche Maßnahmen fachlicher Art (Mittel) geeignet sind, Unfallfolgen mit dem gewohnten Maß an Qualität zu behandeln.

Dieses Arbeitspapier verfolgt das Ziel, Antworten und damit Hinweise für die tägliche Praxis der UV-Träger zu geben. Die Inhalte sind in enger Abstimmung mit Sachverständigen dieses Bereiches entwickelt worden. Sie orientieren sich am Bedarf der Sachbearbeitung und setzen die Bemühungen der Unfallversicherungsträger fort, die mit der eingangs zitierten Broschüre begonnen und mittlerweile zu vielfältigen Maßnahmen und Aktivitäten geführt haben.

Weitere „Bausteine“ für jetzt noch offene Fragestellungen zu formen, wird unsere künftige Arbeit sein mit dem Ziel, umfassende Hinweise für die Steuerung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens auch auf dem schwierigen Gebiet der psychischen Gesundheitsschäden zu erhalten.

Das zunächst zeitlich begrenzte Modellverfahren wird bis auf Weiteres fortgeführt.

1 Arbeitsunfall und psychischer Gesundheitsschaden

Die UV-Träger haben mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch einen Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern [1]. Der Rehabilitationsauftrag erstreckt sich auch auf psychische Gesundheitsschäden, die unmittelbar bei einem Arbeitsunfall entstehen (psychisches Trauma) oder sich nachfolgend entwickeln können (psychoreaktive Störungen). Die Beurteilung der Kausalität im Sinne der Theorie der rechtlich wesentlichen Ursache ist bei psychischen Gesundheitsschäden regelmäßig sehr komplex. Es besteht Einigkeit, dass die rasche Einleitung notwendiger therapeutischer Maßnahmen gegenüber der Kausalitätsklärung Vorrang hat. Die Chrono-

nifizierung eines psychischen Gesundheitsschadens ist unbedingt zu vermeiden [2]. Nach dem Grundsatz der Nahtlosigkeit der Rehabilitation muss der UV-Träger entweder selbst alle notwendigen Heilbehandlungsmaßnahmen einleiten [3] oder aber er ist (mit-)verantwortlich für die rasche Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen durch den zuständigen Rehabilitationsträger [4]. Sichergestellt werden muss, dass die medizinische und berufliche Rehabilitation des Versicherten nicht dadurch gefährdet wird, weil eine psychische Symptomatik länger unbehandelt bleibt.

2 Die medizinische Rehabilitation von psychischen Gesundheitsschäden

Für die weitaus überwiegende Zahl von Arbeitsunfällen mit körperlich-organischen Gesundheitsschäden sind durch das Durchgangsarztverfahren und das Verletzungsartenverfahren besondere Regelungen geschaffen, die eine qualifizierte ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation gewährleisten. Solche besonderen Verfahren der Heilbehandlung [5] sind für psychische Gesundheitsschäden noch nicht etabliert. Im Interesse der Qualitätssicherung sind solche spezifischen Verfahrensbeschreibungen angesichts einer zunehmenden Zahl von Fällen mit unbefriedigenden Heilverfahrensergebnissen dringend erforderlich.

Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren liegt traditionell, aufgrund des Schwerpunkts bei körperlich-organisch schädigenden Unfallgeschehen, in der bewährten Hand von Durchgangsarzten und H-Ärzten (Unfallchirurgen, Chirurgen oder Orthopäden). Für die Heilbehandlung psychischer Gesundheitsschäden ist zusätzlich die Zusammenarbeit mit Experten anderer Fachrichtungen geboten.

Für die Einbeziehung von Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren und das Zusammenwirken mit Durchgangsarzten und H-Ärzten sind Regelungen der Struktur- und Prozessqualität zu treffen über

- die zu fordernden fachlichen Qualifikationen geeigneter Behandler,
- das formelle Verfahren, wie diese Leistungserbringer im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren hinzuzuziehen sind und
- die Dokumentation der Behandlung und die Berichterstattung an den UV-Träger, einschließlich der Gebührenregelung.

Für die anzustrebende Ergebnisqualität ist darüber hinaus die Erarbeitung spezifischer Behandlungsempfehlungen für die gesetzliche Unfallversicherung zu initiieren, um die Beachtung allgemeiner anerkannter Diagnostik- und Therapiestandards bei unfallbedingten psychischen Gesundheitsschäden bei den beteiligten Behandlern sicherzustellen. Die Diskussion um die Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien muss deshalb in Gang gesetzt werden.

3 Qualifikationsanforderungen

3.1 Fachdisziplinen

In die Behandlung Arbeitsunfallverletzter mit psychischen Gesundheitsschäden können Angehörige der folgenden Fachdisziplinen eingebunden werden:

- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Psychiatrie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für psychotherapeutische Medizin
- ärztliche Psychotherapeuten sowie
- psychologische Psychotherapeuten

3.2 Fachliche Befähigung

Die Bewerber müssen – nach ihrer Approbation – eine mindestens dreijährige Tätigkeit in einer universitären psychiatrischen Klinik, einer neurologischen Rehabilitationsklinik, einer anderen Klinik mit Spezialabteilung für neurologische Psychosomatik/neurologische Psychotherapie oder einer anderen psychosomatischen Klinik, in der Unfallverletzte (möglichst auch regelmäßig Arbeitsunfallverletzte) behandelt werden, nachweisen. Zu fordern sind praktische Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung psychischer Störungen nach Unfällen (auch nach Arbeitsunfällen) einschl. solcher nach Schädelhirntraumen.

Für psychologische Psychotherapeuten ist die Approbation mit Abschluss in einem der als Richtlinienverfahren anerkannten Psychotherapieverfahren notwendig [6]. Erforderlich sind ferner:

- spezifische Fortbildungen im Bereich Traumatherapie
- sozialmedizinische Kenntnisse und Kenntnisse über die Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft
- Kenntnisse im Berichtswesen der Unfallversicherungsträger (UV-Träger)

Wenn die Kenntnisse hierzu bisher nicht vorliegen, muss besondere Bereitschaft zum Erwerb der Kenntnisse durch Fortbildungsveranstaltungen bestehen. Vorhandene Erfahrungen in der Behandlung von psychischen Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen sind im Rahmen einer Prüfung der Qualitätsanforderungen besonders zu berücksichtigen.

3.3 Pflichten

Die Terminvorgaben der UV-Träger für den Behandlungsbeginn und der Sitzungsfrequenz sind einzuhalten. Die Behandler verpflichten sich

- eine ambulante Therapie innerhalb einer Woche nach Auftragserteilung zu beginnen und eine Frequenz von mindestens einer Sitzung pro Woche einzuhalten,
- eine stationäre Therapie innerhalb von zwei Wochen nach Einleitung durch den UV-Träger zu beginnen.

Die Behandler verpflichten sich ferner, die für die UV-Träger erforderlichen Dokumentationsarbeiten und Berichterstattungen fristgerecht durchzuführen und Patientenunterlagen einschl. Krankenblätter, Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren. Die Behandler erklären sich bereit, an Maßnahmen der Qualitätssicherung der gesetzlichen UV-Träger und deren Umsetzung mitzuwirken und an Fortbildungsveranstaltungen der UV-Träger regelmäßig teilzunehmen.

3.4 Einbindung/Mitwirkung

Bei Erfüllung der Qualifikationsanforderungen werden die Behandler vertraglich in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren eingebunden und in ein verwaltungsinternes Verzeichnis aufgenommen. Weiterhin können durch Einzelauftrag des UV-Trägers ggf. auch durch den behandelnden Arzt geeignete Behandler zum Heilverfahren hinzugezogen werden.

4 Abgrenzung der Leistungen im Modellverfahren zu sonstigen Leistungen bei psychischen Gesundheitsschäden

Diese Regelungen über die Hinzuziehung von Behandlern bei psychischen Gesundheitsschäden beschränken sich zunächst auf die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne, nämlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Medizinische und psychologische Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung oder zur seelischen Stabilisierung im Umgang mit Krisensituationen sowie sonstige Interventionsmaßnahmen der UV-Träger, insbesondere nach psychischen Traumen, bleiben (zunächst) außer Betracht. Von einzelnen UV-Trägern mit ausgewählten

Leistungserbringern erarbeitete Betreuungsmodelle sind derzeit noch in der Erprobungsphase, sodass allgemeingültige Vorgaben noch nicht möglich sind.

5 Empfehlungen zu Diagnostikverfahren

Vor der Einleitung von kurzfristigen oder auch längerfristigen Maßnahmen der Psychotherapie nach Beendigung probatorischer Sitzungen ist eine umfassende diagnostische Abklärung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung psychischer, kognitiver und somatischer Störungsbereiche notwendig. Wegen der Bandbreite psychischer Gesundheitsschäden wird insbesondere nach einem Arbeitsunfall mit körperlich-organischen Gesundheitsschäden eine qualifizierte fachärztliche Diagnostik gefordert sein. Unter Umständen wird daher ein psychologischer Psychotherapeut erst mit der Zweitprüfung und Abstimmung der Diagnose betraut werden können.

Die Basisdiagnostik ist nach ICD-10 durchzuführen mit nachvollziehbarer Prüfung der jeweiligen Kriterien. Erforderlich ist ein umfassender psychiatrischer Befund mit Anamnese und psychopathologischen Befunden und Angaben zur sozialmedizinischen Situation (einschl. der subjektiven Einstellung zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit). Für die Basisdokumentation sind psychometrisch abgesicherte Verfahren einzusetzen, z.B. SCL-90-R (Symptomcheckliste zur Erfassung des psychopathologischen Spektrums der psychischen Symptombelastung) oder IES (Impact of Event Scale nach Horowitz). Psychometrische Verfahren erlauben in gewissem Umfang eine Objektivierung eines psychischen Gesundheitsschadens (Validierung und Reproduzierbarkeit) und sind notwendig für den Vergleich der Befunde im weiteren Behandlungsverlauf.

Bei Verdacht auf neurokognitive Begleitstörungen ist zusätzlich eine Untersuchung des mental/kognitiven Status durch verschiedene neuropsychologische Verfahren notwendig.

6 Empfohlene Therapieverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden

Grundsätzlich gilt die Empfehlung, dass Behandlungsmaßnahmen angewandt werden, die den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entsprechen. Diese sind teilweise von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), teilweise von der Deutschen Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), dem Deutschen Kollegium für psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) erstellt worden.

Zu berücksichtigen ist, dass psychische Gesundheitsschäden eine hohe Komorbidität aufweisen, d.h. oft mehrere Krankheitsbilder vorliegen. Deshalb wird häufig ein multimodales therapeutisches Vorgehen indiziert sein unter Einbeziehung einer Pharmakotherapie.

Eindeutige Schwerpunkte in Behandlungsmethoden und Behandlungsverfahren, die für die Behandlung psychischer Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen besonders geeignet sind, haben sich noch nicht herausgebildet.

Speziell für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10: F 43.1), die bei den (isolierten) psychischen Traumen eine bedeutende Rolle spielt, kommen verhaltenstherapeutische, kognitive und psychodynamische Therapien zur Anwendung, daneben selbstverständlich auch pharmakologische Therapien. Zu den kognitiven Techniken zählt dabei z.B. die sog. EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), welche aus einer Synthese von verhaltenstherapeutischer Exposition und einer in ihrer Bedeutung nicht sicher geklärten neurophysiologischen Komponente (Augenbewegungen) besteht. Die sorgfältige Dokumentation von Behandlungsmethoden und -ergebnissen wird insoweit zu einer Verbreiterung empirischer Erkenntnisse führen.

Wegen der hohen psychiatrischen/psychosomatischen Komorbiditätsrate und der häufigen Indikation für eine medikamentöse (Begleit-)Behandlung von psychischen Gesundheitsschäden muss vom UV-Träger und den mitbehandelnden Ärzten stets kompetent geklärt sein, ob ein psychologischer Psychotherapeut in das Heilverfahren einbezogen werden kann. Dies gilt insbesondere für psychische Gesundheitsschäden, die sich als mittelbare Unfallfolge nach einem körperlich schädigendem Trauma entwickelt haben und eine umfassende und ganzheitliche Fachkompetenz erfordern, welche psychische, kognitive und somatische Störungsbereiche abdeckt.

7 Verfahren bei ambulanter und teilstationärer Behandlung

Für das Behandlungsverfahren bei ambulanter Psychotherapie finden derzeit die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den gesetzlichen Krankenkassen beschlossene Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapien der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) sinn-gemäße Anwendung für den Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung, soweit keine abweichenden Verfahrensfestlegungen getroffen sind.

Der Ablauf des Behandlungsverfahrens ergibt sich aus der Anlage 1. Bei Einleitung von Psychotherapie sind zunächst bis zu **fünf probatorische Sitzungen** vorgesehen. Die Weiterführung der Therapie als **Kurzzeittherapie bis 25 Stunden**, darüber hinaus als **Langzeittherapie ist nur auf Antrag nach Genehmigung des UV-Trägers möglich**.

Der psychotherapeutische Behandler muss entweder vom D-/H-Arzt zum Heilverfahren hinzugezogen werden oder aber bedarf eines Einzel-Auftrags des zuständigen UV-Trägers [7]. Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, sollen die beauftragenden D-Ärzte/H-Ärzte und die psychotherapeutischen Behandler den Genehmigungsantrag rechtzeitig beim UV-Träger stellen.

Abweichend vom Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Vereinbarung entscheidet der UV-Träger selbst über die Genehmigung der Psychotherapie, ggf. mit Unterstützung seines mit entsprechender Fachkompetenz ausgestatteten Beratenden Arztes und unter Beachtung der Kausalitätsfrage.

Soweit im Einzelfall teilstationäre Behandlung in Betracht kommt, ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

8 Verfahren bei stationärer Behandlung

Bei behandlungsbedürftigen psychischen Gesundheitsschäden ist vom UV-Träger zu prüfen, ob die ambulante Behandlungsform ausreichend ist oder ob eine stationäre Therapie notwendig ist. Eine Indikationsliste, wann eine stationäre Therapie zu bevorzugen ist, kann derzeit nicht abschließend erstellt werden. Maßgeblich sind die Verhältnisse des Einzelfalles mit einer auf den Versicherten bezogenen Abwägung alternativer Behandlungsformen. Mit der stationären Aufnahme wird eine konzentriertere, zeitlich umfassendere Behandlung erreicht. Ein stationäres Heilverfahren kann geboten sein, wenn eine ambulante Psychotherapie nach entsprechendem Zeitablauf keine Behandlungsfortschritte zeigt. Gesichtspunkte für die Durchführung einer stationären Therapie können z.B. auch die mit psychischen Gesundheitsschäden einhergehende Fahruntüchtigkeit oder die psychische Genesung belastende Faktoren im sozialen Umfeld sein.

Für stationäre Einrichtungen ist zu fordern, dass sie Erfahrungen in der Therapie von trauma-assoziierten psychischen Gesundheitsschäden vorweisen und spezifische Behandlungskonzepte für Arbeitsunfallverletzte einsetzen. Mittelfristig sollte es möglich sein, ein bestimmtes jährliches Kontingent von Arbeitsunfallverletzten aufzunehmen und ggf. auch separate Stationen vorzuhalten. Behandlungsmethoden oder -techniken mit integrierter Gruppentherapie werden als nicht geeignet für die Behandlung von psychischen Gesundheitsschäden nach Arbeitsunfällen angesehen. Eine stationäre Aufnahme in eine geeignete Fachklinik (z.B. Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Fachklinik) kann ggf. bereits zur Diagnosesicherung zu empfehlen sein. Die Einrichtungen zur stationären Behandlung müssen in der Lage sein, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. in Form einer Belastungserprobung und Arbeitstherapie, ggf. auch Berufsfindung) anzubieten.

Für die Einleitung stationärer Behandlung ist ein Einzelauftrag des UV-Trägers erforderlich.

9 Dokumentation und Berichtswesen

Die Behandler informieren den UV-Träger kontinuierlich über Beginn, Verlauf und Abschluss der Behandlung und setzen die hierfür vorgesehenen Berichtsformulare ein.

Die Berichterstattung sollte umfassen:

- biografische, soziale und berufliche Anamnese
- Krankheitsanamnese inkl. vorausgegangener psychischer und somatischer Behandlungen
- aktuelle Krankheitsanamnese und aktuelle Beschwerden
- Untersuchungen (Verhaltensbeobachtung, psychopathologischer Befund, psychometrischer psychischer Befund, psychometrischer kognitiver Befund)
- Diagnose und Differenzialdiagnose
- Therapieziele
- Behandlungsplan (mit Begründung der individuellen Auswahl der Therapieverfahren)
- Prognose
- Behandlungsverlauf
- erreichtes Behandlungsergebnis

Der Umfang der Berichterstattung richtet sich nach dem jeweiligen Behandlungsabschnitt. Zu unterscheiden sind der Befundbericht bei Beginn probatorischer Sitzungen (Anlage 2), der Behandlungs- und Befundbericht nach Abschluss probatorischer Sitzungen – ohne Weiterbehandlung (Anlage 3 a) bzw. mit Antrag auf Weiterbehandlung (Anlage 3 b) –, der Behandlungs- und Befundbericht als Verlaufsbericht bei genehmigter Psychotherapie (Anlage 4) und der Abschlussbericht bei Beendigung der Psychotherapie (Anlage 5).

Psychologische Psychotherapeuten können nach geltendem Recht keine Bescheinigungen über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit ausstellen. Bei Bedarf ist deshalb im Einzelfall der beauftragende oder der vom UV-Träger benannte D-Arzt/H-Arzt einzuschalten.

10 Honorierung

Die Honorierung der Berichte und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des Modellverfahrens richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis (siehe Anlage). Die Regelungen der §§ 62, 63 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger gelten für zur Klärung einer Diagnose oder Mitbehandlung hinzugezogene Ärzte (§ 25 des o.g. Vertrages). Sie werden entsprechend für psychologische Psychotherapeuten angewandt.

11 Datenschutz und Auskunftspflicht

Nach § 201 SGB VII besteht eine umfassende Auskunftspflicht nur für behandelnde Ärzte. Daher ist vor Behandlungsbeginn durch einen psychologischen Psychotherapeuten beim Versicherten eine umfassende Einwilligungserklärung anzufordern. Auf Grundlage der Einwilligungserklärung kann ein Behandlungsauftrag erteilt werden und der UV-Träger Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Versicherten auch beim psychologischen Psychotherapeuten anfordern, soweit dies für die Heilbehandlung erforderlich ist.

12 Qualitätssicherung

Ausweislich der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 8. Juni 2000 (vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 10. August 2000, A 2191 f.) sind Stand und Umfang der evaluativen Psychotherapieforschung noch unzureichend. Für die UV-Träger ist zwingend erforderlich, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen [8]. Die psychotherapeutischen Behandlungsverfahren müssen sich deshalb einem Wirksamkeitsnachweis stellen können. Es ist zu erwarten, dass die Evaluationsforschung im Bereich der Psychotherapie eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Verfahren mit sich bringen wird. Die bei der Behandlung von Arbeitsunfallverletzten eingesetzten Methoden sind deshalb fortlaufend am medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis- und Forschungsstand auszurichten.

13 Ausbau eines Netzes geeigneter psychotherapeutischer Behandler

Angesichts eines wachsenden Marktes von Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie (Psychosomatische Fachkliniken, niedergelassene psychologische Psychotherapeuten und Zusammenschlüsse von psychologischen Psychotherapeuten mit speziellem Leistungsangebot an Unfallversicherungsträger) ist für die adäquate Behandlung von Arbeitsunfallverletzten mit psychischen Gesundheitsschäden der bedarfsgerechte Ausbau des Netzes geeigneter psychotherapeutischer Behandler zu prüfen.

Heidelberg, November 2004

Rechtsgrundlagen

[1] § 26 Abs. 2 Ziffer 1 Siebtes Buch Sozial-
gesetzbuch – SGB VII

[2] § 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch –
SGB IX

[3] § 14 SGB IX

[4] §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 14 Abs. 1 Satz 3
SGB IX

[5] § 34 Abs. 1 Satz 3 SGB VII

[6] § 1 Abs. 1 Psychotherapeutengesetz,
§ 92 Abs. 6a SGB V

[7] §§ 28 Abs. 1 Satz 2, 26 Abs. 2 Nr. 4,
Abs. 5 SGB VII

[8] § 26 Abs. 4 SGB VII

