



# WELLER-HANDLUNGSHILFE PSYCHE

## BENUTZERHANDBUCH

AUSGABE AUGUST, 2024

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Die Weller-Handlungshilfe Psyche .....</b>	<b>2</b>
1.1	Warum eine Handlungshilfe? .....	2
1.2	Was kann die Weller-Handlungshilfe Psyche? .....	3
1.3	Wann kann die Weller-Handlungshilfe Psyche herangezogen werden?.....	3
1.4	Welche Anwendungsmöglichkeiten bietet die Weller-Handlungshilfe Psyche? .....	3
1.5	Die 5 psychischen Unfallfolgestörungen der Weller-Handlungshilfe Psyche .....	5
1.6	Die einzelnen Bestandteile der Weller-Handlungshilfe Psyche .....	9
1.6.1	Die Eingaben (Input) .....	9
1.6.2	Die Ausgabe der Handlungshilfe (Output).....	17
<b>2</b>	<b>Gespräche mit Betroffenen führen .....</b>	<b>19</b>
2.1	Grundregeln der Gesprächsführung .....	20
2.2	Hilfreiche Gesprächs- und Fragetechniken .....	21
2.3	Anwendung der Weller-Handlungshilfe Psyche im Rahmen eines (Erst-) Gesprächs - <i>Praxisbeispiel zur konkreten Anwendung: Das Telefonat</i> .....	23
2.4	Zusammenfassung Dos und Don'ts im Gespräch mit einer betroffenen Person .....	26
2.5	Tipps für schwierige Gesprächssituationen: Was, wenn.....	27
2.6	Auf sich selbst achten - Psychohygiene ist wichtig! .....	29

# 1 Die Weller-Handlungshilfe Psyche

Dieses Benutzerhandbuch richtet sich an alle Personen, die künftig die Rehabilitation von Versicherten nach schweren Unfällen oder psychisch belastenden Ereignissen mit Hilfe der Weller-Handlungshilfe Psyche steuern wollen.

Es soll Sie dabei unterstützen, unter Anwendung der Weller-Handlungshilfe Psyche möglichst frühzeitig das Risiko für eine psychische Störung nach Arbeitsunfällen zu erkennen und geeignete Maßnahmen zur Rehabilitation einzuleiten.

Die Weller-Handlungshilfe Psyche ist eine IT-gestützte Anwendung, die nach schweren Unfällen oder psychischen belastenden Ereignissen hinzugezogen werden kann, um Empfehlungen zur Behandlungssteuerung, zur Diagnosesicherung und zu besonderen Therapiemaßnahmen zu erhalten.

Die (Anwendung der) Weller-Handlungshilfe Psyche ersetzt nicht die Arbeit der Fachpsycholog\*innen oder Fachärzt\*innen! Die Weller-Handlungshilfe Psyche unterstützt lediglich dabei, Fälle kompetent zu steuern.

## 1.1 Warum eine Handlungshilfe?

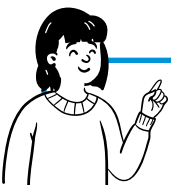
Viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen suchen Hilfe zu spät oder gar nicht auf. Das liegt teilweise daran, dass sie gar nicht wahrnehmen, dass sie Unterstützung benötigen oder dass sie schlicht nicht wissen, dass es Hilfe für sie gibt. Ein weiterer Grund ist oft, dass sie sich aufgrund der Stigmatisierung psychischer Störungen schämen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Viele Menschen machen sich Sorgen, als nicht „leistungsfähig“ oder als „schwach“ zu gelten und scheuen deshalb davor zurück, sich anderen Menschen anzuvertrauen.

Teilweise vergehen Jahre von den ersten Krankheitsanzeichen bis zum Behandlungsbeginn. Je länger aber gewartet wird, desto schwieriger kann sich der Gesundungsprozess gestalten.

Ein frühzeitiges Hilfs- bzw. Unterstützungsangebot kann einer Verschlechterung bzw. Chronifizierung einer psychischen Störung vorbeugen und somit die Prognose verbessern.

Die **Anwendung** der Weller-Handlungshilfe Psyche stellt eine **frühe Form der Intervention** dar: Es soll möglichst frühzeitig erkannt werden, wenn eine Person durch einen Unfall psychisch belastet ist, so dass diese Person schnell adäquate professionelle Unterstützung (z.B. Akutintervention, Behandlung, weitere Hilfsangebote) erhalten kann.



Nicht alle Betroffenen benötigen nach einem psychisch belastenden Ereignis professionelle Betreuung oder Behandlung. In der Mehrzahl der Fälle klingen die Beschwerden von selbst wieder ab.

Ist dies allerdings nicht der Fall, müssen möglichst schnell Maßnahmen zur Stabilisierung ergriffen werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig zu erkennen, ob sich bei einer betroffenen Person nach einem solchen Ereignis eine psychische Störung entwickelt.

## 1.2 Was kann die Weller-Handlungshilfe Psyche?

Basis der Weller-Handlungshilfe Psyche sind die Klassifizierungssysteme ICD-10 /ICD-11 und DSM-5, eine Auswertung von 964 Unfallakten der BGN sowie die Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.).

Die Weller-Handlungshilfe Psyche **ermittelt das Risiko für die Entwicklung verschiedener psychischer Unfallfolgenstörungen**. Darauf abgestimmt gibt sie Behandlungsempfehlungen sowie weitere Empfehlungen und Termine zur Heilverfahrenssteuerung aus. Diese Empfehlungen orientieren sich am Psychotherapeutenverfahren der DGUV.

Die Weller-Handlungshilfe erstellt **keine psychiatrischen Diagnosen**.

## 1.3 Wann kann die Weller-Handlungshilfe Psyche herangezogen werden?

Neben ausdrücklichen **Hinweisen auf versicherungsfallbedingte psychische Beschwerden**, können folgende Indikatoren für das Anwenden der Weller-Handlungshilfe Psyche herangezogen werden:

- Schwere Verletzungen, welche die bisherige Lebensplanung der betroffenen Person (sei es im beruflichen oder im sozialen Umfeld) infrage stellen
- Entstellende Verletzungen (z.B. Amputationen, sichtbare Verbrennungen, Narbenareale)
- Streitigkeiten und Auseinandersetzungen, die mit einem Kränkungerleben der betroffenen Person verbunden sind
- Überfälle oder Übergriffe
- Erleben schwerer oder gar tödlicher Unfälle als Zeugin/Zeuge

## 1.4 Welche Anwendungsmöglichkeiten bietet die Weller-Handlungshilfe Psyche?

Die Weller-Handlungshilfe Psyche kann für **unterschiedliche Anlässe** genutzt werden:

- um Behandlungshinweise nach einem Erstgespräch mit einer betroffenen Person zu erhalten.
- um Behandlungshinweise bei bekannter Diagnose zu erhalten.
- um das Risikopotenzial für eine psychische Störung aus der Aktenlage zu ermitteln.

Alle drei Anwendungsfälle werden im Folgenden kurz dargestellt.

### Anlass 1 „Behandlungshinweise nach Erstgespräch mit betroffener Person“

Ihnen wird ein Unfall (durch einen Betrieb, über die Polizei oder den D-Arzt) gemeldet, der den oben genannten Indikatoren zur Anwendung der Handlungshilfe entspricht oder bei dem Sie davon ausgehen, dass die betroffene Person psychisch belastet sein könnte.

Um frühzeitig zu erkennen, wie hoch das Risiko für die betroffene Person ist, eine psychische Störung zu entwickeln, und ihr außerdem möglichst schnell ein Hilfsangebot zu unterbreiten, nehmen Sie persönlichen Kontakt zu der betroffenen Person auf.

Aufgrund der Dringlichkeit empfiehlt sich ein Telefonat.

Die Handlungshilfe führt Sie durch dieses Telefonat. Sie hilft Ihnen, während des Gesprächs die Sachlage (Beschwerdebild der betroffenen Person, relevante Kontextfaktoren, Vorhandensein eines Behandlungswunsches) zu erheben.

Sie geben die ermittelten Informationen in die Handlungshilfe ein und erhalten eine Risikoeinschätzung über die Entwicklung einer psychischen Störung sowie entsprechende Behandlungsempfehlungen, die Sie der betroffenen Person vorschlagen (z.B. Akutintervention, leitliniengerechte Behandlungsmaßnahmen). Darüber hinaus erhalten Sie Termine und Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung.



Eine Vertiefung dieses Anwendungsfalls und wichtige Grundlagen zur sensiblen Gesprächsführung mit betroffenen Personen erhalten Sie in Kapitel 2 „Gespräche mit Betroffenen führen“.

### Anlass 2 „Behandlungshinweise bei bekannter Diagnose“

Ihnen liegt bereits eine Diagnose nach einem Arbeitsunfall vor. Auf Grundlage dieser bereits vorhandenen Diagnose wollen Sie Behandlungshinweise, Termine und Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung erhalten.

Die Handlungshilfe liefert auf Grundlage der bekannten Diagnose und des Unfalldatums Behandlungsempfehlungen (z.B. Akutintervention, leitliniengerechte Behandlungsmaßnahmen). Zudem erhalten Sie der Diagnose entsprechende Termine und Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung.



**Achtung:** Es können Ihnen auch Termine in der Vergangenheit angezeigt werden, die in diesem Zeitraum hätten durchgeführt werden müssen.

### Anlass 3 „Risikopotenzial für psychische Störung aus Aktenlage ermitteln“

Ihnen ist aus der vorhandenen Aktenlage das Beschwerdebild der betroffenen Person bekannt und Sie wollen auf dieser Grundlage das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, ermitteln.

In diesem Anwendungsfall erhalten Sie eine Risikoeinschätzung über die Entwicklung einer psychischen Störung auf Grundlage der Aktenlage.

## 1.5 Die 5 psychischen Unfallfolgestörungen der Weller-Handlungshilfe Psyche

In der Handlungshilfe sind die häufigsten psychischen Unfallfolgestörungen hinterlegt. Die Handlungshilfe kann diese ermitteln und voneinander unterscheiden.

### Hinterlegte psychische Störungen:

- Akute Belastungsstörung (ABS)
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Angst- bzw. Panikstörungen
- Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden
- Anpassungsstörung

### Akute Belastungsstörung

Eine akute Belastungsstörung (auch akute Belastungsreaktion genannt) ist eine **vorrübergehende** Störung, die sich unmittelbar auf Grund einer außergewöhnlichen physischen Verletzung oder psychischen Belastung entwickelt. Im Folgenden verwenden wir den Begriff „akute Belastungsstörung“ bzw. die Abkürzung „ABS“.

Außergewöhnliche physische oder psychische Belastungen können **durch direktes Erleben** (z.B. Opfer eines Überfalls oder schweren Arbeitsunfalls) **aber auch durch passives Erleben** (z.B. Zeugenschaft des Unfalls, Erste Hilfe geleistet) entstehen. Voraussetzung für die Entstehung einer ABS ist ein **psychisches Trauma** (siehe Kapitel 1.6.1 „Schwere des belastenden Ereignisses“).

In der Regel **klingen** die Symptome einer ABS innerhalb von Stunden oder Tagen, höchstens aber **4 Wochen** nach dem belastenden Ereignis **ab**.

Eine ABS kann in eine posttraumatische Belastungsstörung übergehen.

Individuelle Bewältigungsmechanismen, private Ressourcen und die Schwere des Unfallereignisses spielen bei der Genesung eine bedeutende Rolle.

### Posttraumatische Belastungsstörung

Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist, wie die der akuten Belastungsstörung, an ein auslösendes **traumatisches Ereignis** gebunden (siehe Kapitel 1.6.1 „Schwere des belastenden Ereignisses“). Allerdings ist die PTBS keine vorübergehende Störung, sondern hält über mehrere Wochen bis Monate (in Ausnahmefällen sogar Jahre) an.

Die Symptome einer PTBS werden durch ein erlebtes Trauma verursacht, müssen **über mehrere Wochen (mindestens 4 Wochen) anhalten** und bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsrelevanten, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen verursachen.

## Anpassungsstörung

Eine Anpassungsstörung ist eine Reaktion auf ein einmaliges oder ein fortbestehendes belastendes Lebensereignis. Die Belastung muss (im Gegensatz zu einer ABS oder PTBS) **kein außergewöhnliches oder katastrophales Ausmaß wie ein psychisches Trauma** haben. Mögliche auslösende Ereignisse können beispielsweise Mobbing, eine Scheidung bzw. Trennung oder andere belastende Lebenssituationen wie ein Unfall, ein Überfall, ein Todesfall oder eine Erkrankung sein.

Nicht die objektive Härte des Ereignisses, sondern das subjektive Empfinden, die Anzahl vorheriger schwieriger Erlebnisse und die individuelle Belastbarkeit sowie Bewältigungsfähigkeit sind entscheidend für die Krankheitsentstehung und ihren Schweregrad.

Aus diagnostischer Sicht handelt es sich bei der Anpassungsstörung um eine Diagnose, die vergeben wird, wenn:

- das auslösende Ereignis zwar belastend ist, aber nicht die Kriterien eines psychischen Traumas erfüllt.
- die Symptome belastend sind, aber nicht die Ausprägung einer anderen spezifischen Störung erreichen, da diese Diagnose dann vorrangig vergeben wird.

So wird die Anpassungsstörung **bei der Diagnosestellung häufig als eine Restkategorie gesehen**.

Der Anpassungsstörung muss kein außergewöhnliches oder katastrophales Trauma vorausgehen. Eine besondere Belastung, welche einen psychischen Störungswert hervorruft und mehrere Monate anhält (bis zu 6 Monate, in Ausnahmefällen - bei Depression - bis zu 24 Monate) ist für die Diagnose einer Anpassungsstörung ausreichend. Diese besondere Belastung kann den Unfallbegriff in der gesetzlichen Unfallversicherung erfüllen.

## Angst- bzw. Panikstörungen

Gemeinsam ist allen Angststörungen eine **exzessive, übertriebene Furcht- und Angstreaktion**. Angststörungen werden unterschieden durch die Objekte oder Situationen, die bei den Betroffenen Furcht, Angst oder Vermeidungsverhalten auslösen.

### Angststörungen nach Arbeitsunfällen

Die spezifische Phobie, die Panikattacke/-störung sowie die Agoraphobie stehen häufig im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen.

### **Spezifische Phobien**

Spezifische Phobien treten **beschränkt auf bestimmte Objekte oder Situationen auf**. Diese Objekte und Situationen können beispielsweise Tiere (z.B. Spinnen), Dunkelheit, unfallauslösende Arbeitsgeräte, Höhen oder bei von Verkehrsunfällen Betroffenen das Autofahren sein. Die betroffenen Personen **zeigen bereits Angstreaktionen, wenn sie nur an die angstauslösenden Objekte oder Situationen denken**. Zum Beispiel kann eine Person, bei der nach einem Autounfall eine spezifische Phobie auftritt, nicht mehr Autofahren und sie zeigt unter Umständen bereits Angstreaktionen, wenn sie nur an das Autofahren denkt. Dieses durch Angst bedingte **Vermeidungshaltung** kann sich zu einem lebeenseinschränkenden Problem ausweiten.

## Panikattacken/-störung





Panikattacken sind **plötzlich auftretende Angstanfälle mit körperlichen Ausdrucksformen**. Typische körperliche Symptome sind z. B. Herzasen, Brustschmerz, Schweißausbrüche oder Erstickungsgefühle. Hinzu kommt bei vielen Betroffenen eine kognitive Reaktion auf die Panikattacke wie die Furcht zu sterben, Furcht vor Kontrollverlust oder davor, wahnsinnig zu werden. In weiterer Folge kann eine **ständige Furcht vor einer neuen Panikattacke** ("Angst vor der Angst") auftreten.

## Agoraphobie

Die Agoraphobie ist eine Phobie, bei der Situationen und Orte vermieden werden, bei denen im Falle panikartiger Symptome **eine Flucht schwierig (oder peinlich) bzw. Hilfe nicht erreichbar** sein könnte. Die betroffene **Person meidet** z. B. **Menschenmengen, öffentliche Plätze, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel, weite Entfernungen von zu Hause** (Angst das Haus zu verlassen).

### Abb.1: Abgrenzung ABS/PTBS und verschiedene Angststörungen

Der Abbildung sind die zentralen Befürchtungen von ABS/PTBS und verschiedener Angststörungen zu entnehmen sowie die Notwendigkeit eines auslösenden psychischen Traumas

Störung	Psych. Trauma erforderlich?	Angst ...	Vermeidung von ...
<b>ABS/PTBS</b> 	ja	... vor erneuter Traumatisierung oder vor den negativen Konsequenzen traumabezogener Symptome (Befürchtung, die mit einem traumatischen Ereignis verbundenen Gefühle und Gedanken nicht aushalten zu können)	... Situationen, Aktivitäten, Reizen, die Erinnerungen, Emotionen, Gedanken an das belastende Ereignis hervorrufen können
<b>Panikstörung</b> 	nein	... vor negativen Konsequenzen von körperbezogenen Symptomen („Ich werde einen Herzinfarkt bekommen) oder Angstsymptomen („Ich werde den Verstand verlieren“)  ... vor der nächsten Panikattacke	... Situationen, in denen schon einmal Panikattacken aufgetreten sind
<b>Agoraphobie</b> 	nein	..., dass im Falle von Panikattacken eine Flucht schwierig oder Hilfe schwer erreichbar sein könnte	z.B. Menschenmengen, öffentliche Plätze, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel
<b>Spezifische Phobie</b> 	nein	... vor vom phobischen Objekt ausgehenden Gefahren	z.B. Tiere, Höhen, Auto fahren

## Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden

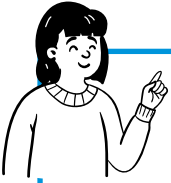
Die derzeit gültigen Diagnosekonstrukte für somatoforme Störungen gelten z.T. als wenig praktikabel und valide. Sie werden aktuell grundlegend diskutiert.

Die Handlungshilfe agiert daher mit der Bezeichnung „Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden“. **Zentrales Kennzeichen sind körperliche Beschwerden mit Vorliegen eines subjektiven Krankheitswerts, jedoch ohne hinreichende pathologische Ursache**. Eine medizinische Abklärung kann entweder keine organische Ursache finden oder nicht das Ausmaß der geschilderten Beschwerden erklären, welches deutlich über die Befundlage hinausgeht.



In der Diagnostik gehören Schmerzen ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden zu den **kompliziertesten Fällen**. Die S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ ist komplex. Bei unklaren Schmerzen sollten Sie Fachleute zu Rate zu ziehen.



**Wenn sie weitere Einblicke gewinnen wollen...**

Hier finden sie eine Aufreihung von hilfreichen und interessanten YouTube-Videos zu verschiedenen Störungsbildern:

**Video zu Angststörungen** (Stiftung Gesundheitswissen, Bundesverband Krankenkassen)

Titel: Was ist eine Angststörung? | Stiftung Gesundheitswissen“

<https://youtu.be/GUICPAEdlk8> (Zeit: 3:14)

**Video zu Panikstörungen** (Stiftung Gesundheitswissen, Bundesverband Krankenkassen)

Titel: Was ist eine Panikattacke? | Stiftung Gesundheitswissen

<https://youtu.be/kY2oEaOslqo> (Zeit: 1:59)

**Video zur Agoraphobie** (Stiftung Gesundheitswissen, Bundesverband Krankenkassen)

Titel: Was ist Agoraphobie? | Stiftung Gesundheitswissen

<https://youtu.be/VoBdn2u8K9s> (Zeit: 1:53)

**Video zur Somatoformen Störung** (Dr. Goetz Broszeit, Chefarzt Psychosomatik und Psychotherapie, Asklepios Westklinikum Hamburg)

Titel: Was ist eine somatoforme Störung? - Medizin ABC | Asklepios

[https://youtu.be/teu\\_3Bngil4](https://youtu.be/teu_3Bngil4) (Zeit: 1:39)

## 1.6 Die einzelnen Bestandteile der Weller-Handlungshilfe Psyche

### 1.6.1 Die Eingaben (Input)

Für die Beurteilung eines Falles zieht die Handlungshilfe folgende Informationen heran:

- Zeitpunkt des Unfalls (Unfalldatum)
- Schwere des belastenden Ereignisses (Traumapotenzial)
- Vorbelastung der betroffenen Person (Risikofaktoren)
- Psycho-soziale Randfaktoren (Kontextfaktoren)
- Beschwerdebild (Symptome)

#### Unfalldatum

Der Zeitpunkt des Unfalls ist für die Beurteilung einer psychischen Störung wichtig, da die Zeiträume, in denen die Symptome auftreten, **entscheidend für die Diagnose** einer psychischen Störung sein können.

Die akute Belastungsstörung kann beispielsweise nur für wenige Tage bis maximal 4 Wochen nach einem traumatischen Ereignis diagnostiziert werden. Andere Störungen wiederum, wie etwa die posttraumatische Belastungsstörung, können erst *nach* einem bestimmten Zeitraum (mindestens 4 Wochen) diagnostiziert werden. Auch sollte eine Anpassungsstörung im Regelfall nicht länger als 6 Monate nach dem belastenden Ereignis oder dessen Folgen anhalten. Diese Informationen sind in der Handlungshilfe hinterlegt und werden in Beziehung zum Unfalldatum gebracht.

#### Schwere des belastenden Ereignisses (Traumapotenzial)

Nicht jede psychische Störung, die sich nach einem Unfall entwickelt, setzt ein psychisches Trauma voraus. Dies ist bei den fünf Unfallfolgestörungen der Handlungshilfe **nur bei der ABS und der PTBS** der Fall.

#### Definition psychisches Trauma:

Die ICD-10 definiert psychische Traumata als kurz- oder langanhaltende Ereignisse von **außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem** Ausmaß, die nahezu bei **jedem tiefgreifende Verzweiflung** auslösen würden (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2016).

Das DSM-5 sieht das Erleben von tatsächlichem oder angedrohtem Tod, ernsthafter Körperverletzung oder sexueller Gewalt auf mindestens eine der folgenden Arten vor:

- Das direkte Erleben am eigenen Leib
- Die direkte Zeugenschaft während des Ereignisses
- Das indirekte Erfahren, dass eine nahe Verwandte/ein naher Verwandter oder eine eng befreundete Person einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war.
- Wiederholte oder extreme Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Ersthelfer\*innen, Polizist\*innen, Rettungskräfte, Feuerwehr)



**Achtung:** Nicht jeder Mensch, der ein potenziell traumatisierendes Ereignis durchlebt hat, entwickelt eine Traumafolgestörung!

### Liegt ein psychisches Trauma vor?

Angenommen Sie erhalten eine Unfallmeldung, einen Therapeutenbericht, einen D-Arzt Bericht oder eine Polizeimeldung und haben einen Verdacht auf eine Traumafolgestörung der betroffenen Person. Die Handlungshilfe enthält eine **Beispielliste**, die Ihnen dabei hilft, den Versicherungsfall hinsichtlich seines Traumapotenzials einzuschätzen.

In folgenden Konstellationen liegt Traumapotenzial vor:

- Überfall-Opfer
- Opfer einer Vergewaltigung bzw. eines sexuellen Übergriffs
- Opfer eines schweren Verkehrsunfalls mit Aufprall bzw. dem Auslösen des Airbags, eingeklemmt sein oder Fahrzeugbrand
- Selbst Opfer eines schweren Maschinenunfalls
- Selbst Absturz aus großer Höhe
- Unmittelbares Erleben eines Suizids
- Unmittelbares Erleben einer Explosion oder eines Brandes
- Selbst Erste Hilfe leisten bei einem Schwerstverletzten
- Großschadensereignisse (Terroranschlag, Bahnunglück)



Schwieriger ist es, wenn die Unfallereignisse nicht so eindeutig sind. Bei Unsicherheit liefert die Handlungshilfe eine **„Trauma-Checkliste für uneindeutige Unfallereignisse“**, die Fallbeispiele beinhaltet, welche uneindeutige Unfallereignisse beschreiben. Sie soll als Orientierungshilfe dienen.



**Achtung:** Das Traumpotenzial eines belastenden Ereignisses / Unfalls ist aus der Aktenlage zu ermitteln. Die betroffene Person ist damit nicht zu konfrontieren.

#### **Merke:**

- Für die Ausbildung einer Traumafolgestörung ist ein psychisches Trauma notwendig.
- Für bestimmte Konstellationen gilt das Vorliegen eines psychischen Traumas als gesichert.
- Bei uneindeutigen Ereignissen spielt u.a. Folgendes eine Rolle:
  - die äußeren Umstände (z.B. Anblick bzw. Verletzungsgrad der toten oder verletzten Person, Beteiligung einer nahestehenden Person)
  - ob das Ereignis einmalig oder mehrfach erlitten wurde
  - ob eine psychische Vorbelastung bestand
- Bei kumulierten Unfallereignissen (z.B. Überfällen) kann auch dann ein Traumpotenzial vorliegen, wenn bei den Ereignissen vorher keine Traumatisierung festgestellt wurde.

### Vorbelastung der betroffenen Person (Risikofaktoren)

Einige Risikofaktoren zur Vorgeschichte der betroffenen Person können die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer psychischen Störung bzw. eines schwereren Verlaufs erhöhen. Diese Risikofaktoren können beispielsweise eine Vorerkrankung oder frühere Traumatisierungen sein.



**Achtung:** Die Vorbelastung soll aus der Aktenlage ermittelt werden. Die betroffene Person ist damit nicht zu konfrontieren.

### Psycho-soziale Randfaktoren (Kontextfaktoren)

Psycho-soziale Randfaktoren können die Rehabilitation von Unfallverletzten beeinflussen. Sie können diese fördern, aber auch behindern.

Als **Schutzfaktoren** gelten die zwischenmenschliche Einbettung einer Person, ein unterstützendes Arbeits- und oder familiäres Umfeld.

Als **Risikofaktoren** gelten der Mangel an sozialer Unterstützung nach einem belastenden Ereignis sowie zusätzliche Belastungen oder belastende Lebensumstände gelten.



Mit Hilfe der Handlungshilfe werden einige dieser Faktoren ergründet. Die Handlungshilfe hält hierfür einen Fragenkatalog zur Erhebung der Kontextfaktoren bereit, der im Rahmen eines Gesprächs mit der betroffenen Person zur Anwendung kommen kann (s. Kapitel 2.3).

### Das Beschwerdebild (Symptome)

Hinweise auf eine psychische Störung gibt insbesondere das Beschwerdebild der betroffenen Person. Aus einem Gespräch oder nach Aktenlage können bestimmte Symptome (z.B. Schlafstörungen oder Ängste) identifiziert werden.

Im Folgenden werden alle Symptome/Symptomkategorien, die für das Erkennen der in der Handlungshilfe hinterlegten Störungsbilder benötigt werden, dargestellt und erläutert.

**Wiedererleben.** Aspekte des belastenden Ereignisses werden immer wieder ungewollt und unter großer Belastung wiedererlebt. Es gibt folgende Arten von Wiedererleben:

- Intrusionen: Wiederkehrende Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse
- Belastende Träume (Alpträume)
- Flashbacks: „Aufblitzende“ filmartige Bilder, bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob das traumatische Ereignis sich wieder ereigne
- Intensive Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen: Das Wiederleben wird durch Hinweisreize ausgelöst, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren

**Beispiel:** Zitat einer Betroffenen in der Therapiesitzung: „Wenn ich Polizeisirenen höre, dann werde ich ganz nervös, bekomme Schweißausbrüche und dann sehe ich die Scheinwerfer meines damaligen Unfallgegners auf mich zukommen. Das ist wie in einem Film.“

**Dissoziative Symptome.** Unter Dissoziation versteht man ein Auseinanderfallen der Wahrnehmung. Die Symptomatik zeigt sich in emotionaler Betäubung (Abwesenheit von Gefühlen), Teilnahmslosigkeit oder Erinnerungsstörungen. Es gibt folgende Arten dissoziativer Erscheinungen:

- Depersonalisation: Die Person sieht sich in der Perspektive eines anderen, als sei sie nicht sie selbst. Sie fühlt sich wie betäubt, nimmt alles in Zeitlupe wahr, hat das Gefühl von sich selbst losgelöst zu sein oder sich selbst von außen zu beobachten (z.B. „wie in Watte gepackt“, „neben sich stehen“)
- Derealisation: Gefühl, die Umwelt sei fremd oder verändert oder man selbst sei weit entfernt oder nicht wirklich hier („wie unter einer Glasglocke“). Die Wahrnehmung, die Welt nur aus der Ferne zu erleben.
- Amnesie: Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des belastenden Ereignisses zu erinnern, Erinnerungslücken (z.B. orientierungslos Herumirren, sich nicht mehr an Zeiträume unmittelbar nach Ereignis/Unfall erinnern können)

**Beispiel:** Zitat eines schwer Verunglückten: „Ich war ja nach dem Unfall unverletzt und bin wohl ausgestiegen. Ich kann mich zwar nicht daran erinnern, aber die Polizistin, die mich später vernommen hatte, hat mir gesagt, ich sei völlig verwirrt an der Unfallstelle rumgelaufen, ich sei wie abwesend gewesen. Ich habe irgendwie nichts mehr gespürt. Sie hat mich dann wohl in den Funkstreifenwagen gesetzt. Ich kann mich nicht daran erinnern. Erst als der Notarzt kam, habe ich gecheckt, was los war.“

**Vermeidung, Angst bzw. Furcht.** Vermeidung von (oder Angst vor) Situationen, Aktivitäten oder Reizen, die Erinnerungen an das belastende Ereignis wachrufen.

Vermieden werden beispielsweise:

- Orte (z.B. der Arbeitsplatz)
- Aktivitäten (z.B. Autofahren)
- Situationen (z.B. allein sein)
- Gegenstände (z.B. die Arbeitsmaschine)
- Personen (z.B. Gäste/Fremde)
- Gedanken und Gefühle (Widerwillen sich mit Geschehenem auseinander zu setzen)

**Beispiel:** Ein Straßenbahnfahrer hatte einen schweren Unfall mit Personenschaden. Seitdem kann er nicht mehr Straßenbahn fahren, auch nicht als Fahrgast.

Zitat: „Wenn ich als Fahrgast mal fahren muss, dann setze ich mich ganz hinten in die Bahn, möglichst weit weg vom Fahrstand. Ich bekomme aber trotzdem noch Herzrasen.“

**Physiologische Reaktionen.** Körperliche Reaktionen bei Hinweisreizen, die einen Aspekt des belastenden Ereignisses symbolisieren oder daran erinnern sowie beim bloßen Gedanken an Aspekte des belastenden Ereignisses. Hinweisreize können z.B. Orte, Situationen, Gegenstände, Geräusche, Gerüche oder Personen sein.

Unter anderem können folgende physiologische Reaktionen vorkommen:

- Herzklopfen
- Schweißausbrüche
- Zittern
- Atembeschwerden
- Schmerzen in der Brust
- Beklemmungsgefühl in der Brust
- Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden
- Panikattacken z.B. begleitet von der Angst die Kontrolle zu verlieren oder der Angst zu Sterben
- Schwindel, Benommenheit, Schwächegefühl
- Kälteschauer oder Hitzegefühl
- Taubheit oder Kribbeln

**Beispiel:** Ein Patient berichtet: „Ich wache nach einem Alptraum auf und mein Herz rast wie verrückt, mein Schlafanzug ist durchgeschwitzt.“

**Negative Affektivität (Depressive Symptome).** Ein negativer Gefühlszustand zeigt sich durch:

- Depressive Verstimmung z. B. anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle wie Glück oder Freude zu empfinden
- Interessensverlust
- Antriebslosigkeit/leichte Ermüdbarkeit
- Gefühl von Wertlosigkeit oder Schuldgefühle
- Gedanken an den Tod

**Beispiel:** Ein Patient: „Ich bekomme nichts mehr hin im Haushalt. Sie sollten mal zu mir kommen, da ist nichts mehr aufgeräumt in meiner Wohnung. Früher habe ich gerne gekocht, selbst das geht nicht mehr. Ich habe auf nichts mehr Lust.“

**Unspezifische Symptome.** Unspezifische Symptome können sein:

- Konzentrationsprobleme
- Ein- bzw. Durchschlafstörungen
- Appetitlosigkeit oder übermäßiger Appetit
- Sozialer Rückzug
- Überbelastung
- Sorgen, negative Annahmen
- Hoffnungslosigkeit
- Nervosität
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung

**Beispiel:** Eine Patientin: „Seit dem Unfall habe ich Schwierigkeiten einzuschlafen. Auch in der Nacht wache ich ständig auf. Dadurch bin ich auf der Arbeit immer sehr unkonzentriert und mache viele Fehler.“

**Schmerzbeschwerden.** Schmerzbeschwerden ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden, die als belastend oder bedrohlich empfunden werden und die alltägliche Lebensführung einschränken, können sein:

- Gelenkschmerzen
- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Sonstige Schmerzen
- Bauchschmerzen
- Verdauungsbeschwerden
- Sonstige Beschwerden im Magen-Darm-Trakt
- Kardiovaskuläre Störungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- „Unangemessene“ Gedanken oder Ängste hinsichtlich der Gesundheit

**Beispiel:** Betroffener berichtet: „Der Täter hat mich am Hals so gewürgt, dass ich seitdem das Gefühl habe nicht mehr richtig schlucken zu können. Ich war schon bei mehreren Ärzten, aber keiner konnte was finden.“

**Übererregung.** Veränderung des Erregungsniveaus (hohes Erregungsniveau) seit dem belastenden Ereignis. Zeigt sich durch:

- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- Übertriebene Schreckreaktionen

**Beispiel:** Zitat eines Betroffenen: „Manchmal bekomme ich am Küchentisch einen Wutausbruch, dann schlage ich rückwärts an die Heizung, vor der ich sitze. Ich weiß sowieso nicht, was mit mir los ist, ich bekomme in letzter Zeit öfter mal Streit mit meiner Frau wegen nichts. Das tut mir dann unheimlich leid.“

Im Folgenden erhalten Sie einen zusammenfassenden Überblick über die 5 Störungsbilder der Weller-Handlungshilfe Psyche zzgl. der hinterlegten Entscheidungsalgorithmen.

### **Akute Belastungsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung**

Die zwei Störungen ABS und PTBS zeigen sich im Symptombild nahezu identisch.

- (1) Bei beiden muss sich ein **psychisches Trauma** ereignet haben.
- (2) Jeweils **mindestens ein Symptom aus den folgenden Symptomkategorien** muss vorhanden sein:
  - Wiedererleben,
  - Angst bzw. Furcht oder Vermeidung,
  - Übererregung,
  - Physiologische Reaktionen
  - Negative Affektivität
  - Unspezifische Symptome

Beide Störungen zeichnen sich durch ein **ungewolltes Wiedererleben** von Aspekten des Traumas, ein traumabezogenes **Vermeidungsverhalten** (Situationen, Orte Reize oder Personen, die an das Trauma erinnern, werden vermieden. Es wird nicht darüber gesprochen, Erinnerungen werden aus dem Kopf gedrängt) sowie ein **erhöhtes physiologisches Erregungsniveau** (z.B. erhöhte Reaktionsbereitschaft, starke Schreckreaktionen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen) oder **dissoziative Symptome** (z.B. Erinnerungslücken, emotionale Betäubung) aus.

Die beiden Störungsbilder unterscheiden sich in ihrer Auftrittsdauer: Eine ABS hält nicht länger als 4 Wochen an, in der Regel klingt sie innerhalb kurzer Zeit von selbst wieder ab. Bei den meisten Betroffenen ist dies innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen der Fall. Seltener bleibt die Störung auch für einige Wochen bestehen. Dauert sie länger als einen Monat, ist sie in eine PTBS übergegangen. Eine PTBS ist beständiger und hält mindestens 4 Wochen an. Nicht selten treten Symptome einer PTBS erst mit einer Verzögerung von einigen Monaten auf, z.B. wenn die körperliche Rekonvaleszenz (nach einem schweren Unfall) abgeschlossen ist.

### **Anpassungsstörung**

Um das Störungsbild einer Anpassungsstörung zu erfüllen:

- (1) Sollten **mindestens drei Symptome aus der gesamten Symptomliste** vorhanden und die Kriterien von keiner anderen Störung erfüllt sein.
- (2) Muss **kein** außergewöhnliches Trauma vorliegen, sondern nur eine identifizierbare Belastung.

Eine Anpassungsstörung kann sich in negativen Veränderungen des Gemütszustandes oder auch in Störungen des Sozialverhaltens (zwischenmenschlich) sowie in eingeschränkter Leistungsfähigkeit ausdrücken. Typische Beschwerden sind depressive Verstimmung, Konzentrations- und Schlafstörungen, Ängste und Sorgen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug. Die Betroffenen haben oft das Gefühl, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurecht zu kommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Die Anpassungsstörung kann einen hohen Leidensgrad nach sich ziehen.



### Angst- bzw. Panikstörung

Um das Störungsbild einer Angst- bzw. Panikstörung zu erfüllen:

- (1) Sollte jeweils **mindestens ein Symptom aus den folgenden Symptomgruppen** vorhanden sein:
  - Angst bzw. Furcht oder Vermeidung,
  - Physiologische Reaktionen
- (2) Das Leitsymptom ist **Angst**.

Betroffene erleben die Angst psychisch und körperlich sehr intensiv. Sie erkennen unter Umständen zwar, dass ihre Angst unangemessen bzw. unbegründet ist, können diese aber nicht ausschalten oder kontrollieren.

### Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden

Um das Störungsbild einer Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden zu erfüllen, sollten mindestens **drei Symptome aus der Symptomkategorie „Schmerzbeschwerden ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden“** vorhanden sein.

Die von den betroffenen Personen geschilderten Gesundheitsprobleme beeinträchtigen den Alltag und die Lebensqualität erheblich.

Einige Indikatoren, die für das Vorliegen einer Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden sprechen, sind z.B.:

- Diskrepanz zwischen Befund und Befinden
- Starke Fixierung auf eine übersehene somatische Erklärung trotz wiederholter Abklärung
- Schilderung des Symptoms als diffus, bildhaft, bunt
- katastrophisierende Bewertung von Körpersymptomen
- häufiger Arztwechsel in der Vorgeschichte

## 1.6.2 Die Ausgabe der Handlungshilfe (Output)

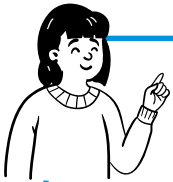
Auf Grundlage der getätigten Eingaben erzeugt die Handlungshilfe eine Ausgabe, die die Eingaben noch einmal auflistet und darauf aufbauend folgende Informationen ausgibt:

### Risikoeinschätzung über eine Entstehung der fünf hinterlegten Unfallfolgestörungen

Abhängig von den in die Handlungshilfe eingegebenen Parametern Unfalldatum, Symptome und Traumapotenzial des Unfallereignisses, ermittelt die Handlungshilfe eine Risikoeinschätzung über die Entstehung einer der fünf hinterlegten Unfallfolgestörungen.

### Behandlungsempfehlungen & Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung

Abgestimmt auf die Risikoeinschätzung liefert die Handlungshilfe Behandlungsempfehlungen (orientiert am Psychotherapeutenverfahren der DGUV und den entsprechenden AWMF-Leitlinien) sowie Empfehlungen zur Heilverfahrenssteuerung.



#### Erläuterung konkreter Empfehlungen

Die Termine bzw. Steuerungszeiten, die die Handlungshilfe vorgibt, orientieren sich sowohl an empirischen Belegen als auch an Gutachter-Erfahrungen zur durchschnittlichen Dauer der Behandlungsbedürftigkeit. Einige Termine sind auch durch die Diagnosekriterien begründet. So kann eine ABS per Definition nicht länger als einen Monat und eine Anpassungsstörung nicht länger als sechs Monate (Ausnahme mit Depression) dauern.

Zur Heilverfahrenssteuerung liefert die Handlungshilfe folgende Hinweise, die möglicherweise eine Erklärung benötigen:

#### „Interdisziplinäres Multimodales Assessment durchführen“ bei einer Schmerzstörung ohne ausreichend erklärbaren Körperschaden

- Erläuterung: Das für den anhaltenden Schmerz prägende Wechselspiel zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren erfordert ein gemeinsames, abgestimmtes multidisziplinäres Vorgehen. Ziel ist eine möglichst umfassende ganzheitliche Erfassung der Beschwerden sowie eine unabhängige interdisziplinäre Untersuchung und Befunderhebung, die nicht auf der unkritischen Übernahme von Diagnosen und Befunde von Vorbehandler\*innen beruht. Ansprechpartner\*innen für die Durchführung eines Assessments können beispielsweise die schmerztherapeutischen Abteilungen der BG-Kliniken sein. Weitere Informationen und Ansprechpartner\*innen finden Sie auch in der DGUV-Handlungsempfehlung „schmerztherapeutische Versorgung“ sowie im UV-Net unter „Schmerztherapeutische Versorgung“ (dguv.de).

„Watchful Waiting“, wenn eine betroffene Person im Gespräch geäußert hat, dass sie keine therapeutische Hilfe wünscht.

- Erläuterung: Wenn eine betroffene Person keine therapeutische Hilfe wünscht, dann ist diese Entscheidung zu respektieren. In diesem Fall können Sie allgemein auf Behandlungsmöglichkeiten hinweisen, Informationsmaterialien schriftlich übermitteln und die betroffene Person dazu ermutigen, sich bei Bedarf jederzeit bei Ihnen zu melden.

**„Behandlung einleiten (bevorzugt Akut-/Erstintervention)“ bei ABS**

- Erläuterung: Es existieren unterschiedliche Konzepte zur Akut- bzw. Erstintervention. Je nach Konzeption (z.B. Kooperationen mit externen Dienstleistern) erfolgen die Angebote der Akut- bzw. Erstintervention innerhalb von zwei bis 14 Tagen, maximal vier Wochen nach dem belastenden Ereignis.

Gemeinsam ist den Angeboten eine möglichst frühzeitige Intervention und Stabilisierung der Betroffenen durch qualifizierte Psychologinnen und Psychologen. Inhalte bzw. Ziele sind u.a.:

- ❖ Entlastung bei akuten Belastungsreaktionen
- ❖ Begleitete Verarbeitung des Erlebten
- ❖ Ressourcenorientierte Hilfestellungen, um den eigenen Alltag wieder gestalten zu können
- ❖ Psychoedukation (Aufklärung über die Krankheit) und Hilfe zur Stabilisierung
- ❖ Übungen zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien
- ❖ Übungen zur Ressourcenstärkung
- ❖ Identifizierung von Betroffenen, die einen weitergehenden Unterstützungsbedarf haben (Klärung, ob Psychotherapie notwendig ist)
- ❖ Befunde sammeln und beschreiben

**„Behandlung einleiten (bevorzugt traumafokussierte Psychotherapie)“ bei PTBS**

- Erläuterung: Zur Behandlung einer PTBS werden traumafokussierte Interventionen empfohlen. Diese sind definiert als Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis liegt. Zu den effektivsten und am besten untersuchten Verfahren zählen die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und die Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) Behandlung.

Die Behandlungsarten der am Psychotherapeutenverfahren der DGUV beteiligten Personen können Sie unter [Online-Suche \(dguv.de\)](https://www.dguv.de) entnehmen.



Hier ein Video zur EMDR:  
(Klinik Friedenweiler)

<https://www.youtube.com/watch?v=VSb5ZrYPE1M> (Zeit: 1:37)

**„Behandlung einleiten (bevorzugt Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionstherapie)“ bei Angst-/Panikstörungen**

- Erläuterung: Empfehlung bei der Behandlung von Angststörungen ist die Verhaltenstherapie mit Konfrontationselementen, möglichst in vivo. Dabei wird der Patient / die Patientin mit dem gefürchteten Objekt oder der gefürchteten Situationen konfrontiert. Ziel ist eine dauerhafte Habituation (Gewöhnung) an die ursprünglich angstausslösenden Reize.



Hier ein Video zur Expositionstherapie:  
(Stiftung Gesundheitswissen, Bundesverband Krankenkassen)

<https://www.youtube.com/watch?v=nwVTp0oMiCU> (Zeit: 2:25)

## 2 Gespräche mit Betroffenen führen

### **Vorneweg:**

Ziel des Gesprächs mit einer betroffenen Person ist es, ein mögliches Belastungspotenzial nach einem schweren Unfall bzw. einem belastenden Ereignis frühzeitig zu erkennen und ihr ein Unterstützungsangebot zu unterbreiten. Dabei gilt: Je schneller die betroffene Person ein Unterstützungsangebot erhält, desto besser sind ihre Genesungschancen.

Nicht jeder Mensch, der ein psychisch belastendes Ereignis oder ein Trauma durchlebt, entwickelt eine psychische Störung. Es kann sein, dass die betroffene Person keine Hilfe benötigt bzw. keine Hilfe wünscht. Dies ist zu respektieren!

Ihre Aufgabe ist es, zu beraten, zu informieren und zu ermitteln. Sie haben keinen Therapieauftrag!

Zerbrechen Sie sich nicht allzu sehr den Kopf darüber „alles richtig zu machen“ oder „das Richtige zu sagen“. Wenn Sie die folgenden Hinweise zu einer vertrauensvollen und wertschätzenden Grundhaltung und einige Gesprächs- und Fragetechniken berücksichtigen, sind Sie schon sehr gut aufgestellt.

In Kapitel 2.3 wird zudem erläutert, wie Sie unter Zuhilfenahme der Weller-Handlungshilfe Psyche ein (Erst-) Gespräch mit einer betroffenen Person führen.

Falls Sie das Bedürfnis haben, tiefer in die Materie einzusteigen und mehr über Gesprächsführung zu lernen, empfiehlt es sich, zusätzlich Schulungen zu diesem Themenkomplex zu besuchen.

Nehmen Sie sich jetzt 2 - 3 Minuten Zeit und denken darüber nach, was ein gutes Gespräch aus Ihrer Sicht ausmacht.

Was würden Sie sich von ihrem Gesprächspartner wünschen?

## 2.1 Grundregeln der Gesprächsführung

Nachdem Sie gerade über ein gutes Gespräch nachgedacht haben, erkennen Sie bestimmt einige der folgenden Punkte wieder.

### Hören Sie empathisch zu bzw. zeigen Sie Mitgefühl

Voraussetzung für ein erfolgreiches Gespräch mit einer Person, die gerade ein schlimmes Erlebnis hinter sich hat, ist Empathie sowie eine vertrauensvolle, wertschätzende Grundhaltung. Durch gutes Zuhören fühlt sich die betroffene Person verstanden. Sie merkt, dass ihr Gegenüber an dem, was sie sagt, interessiert ist. Es wird ihr leichter fallen, über ihre Schwierigkeiten zu sprechen und Hilfe anzunehmen.



**Achtung:** Mitgefühl und Unsicherheit verleiten uns manchmal dazu, oberflächliche Dinge zu sagen wie „Ich verstehe genau, wie Ihnen zumute ist“. Falls Sie nicht wirklich selbst schon einmal in einer sehr ähnlichen Situation waren wie die, die von der betroffenen Person geschildert wird, sollten Sie solche Aussagen vermeiden. Besser ist es zu sagen, dass Sie Verständnis für die Schwierigkeiten haben, die die Person gerade durchmacht.

**Beispiel:** „Dass Sie nach so einem Ereignis Schwierigkeiten haben, wieder in den Alltag zurückzufinden, kann ich gut nachvollziehen.“ Oder „Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie sich nach diesem Erlebnis in einem Ausnahmezustand fühlen.“

### Bleiben Sie natürlich und authentisch

Authentizität bzw. Echtheit in das Gespräch einbringen bedeutet auch, das eigene Erleben und Empfinden in das Gespräch mit einzubringen.

**Beispiel:** Die betroffene Person erzählt sehr viel über einen verwickelten Vorfall. Hier müssen Sie nicht alles sofort überblicken. Es ist erlaubt zu sagen, dass man etwas nicht genau verstanden hat. Zum Beispiel: „Die Situation klingt ziemlich kompliziert und ich bin mir nicht sicher, ob ich alles richtig verstanden habe. Darf ich das noch einmal mit meinen eigenen Worten zusammenfassen?“

Ein vertrauensvoller Gesprächsverlauf wird auch dadurch unterstützt, dass sich die getätigten Äußerungen nicht widersprechen. Die Körpersprache, der Tonfall oder die Mimik sollten zum Gesagten passen.

**Beispiel für eine widersprüchliche Botschaft:** Sie sagen der betroffenen Person am Anfang des Gesprächs, dass Sie an dem, was ihr widerfahren ist und wie es ihr seitdem geht, interessiert sind. Im Laufe des Gesprächs unterbrechen sie diese dann aber immer wieder und hetzen von einer Frage zur anderen, ohne richtig zuzuhören.

### Akzeptieren und wertschätzen Sie Ihr Gegenüber

Seien Sie offen für andere Denk- und Verhaltensweisen. Jede Person reagiert in schwierigen Situationen anders. Akzeptanz bedeutet nicht, einer Meinung mit dem Gegenüber zu sein. Akzeptanz bedeutet, dass man eine Person mit ihren Gefühlen, Wertvorstellungen und Erfahrungen so annimmt wie sie ist, auch wenn diese nicht mit den eigenen übereinstimmen.

## 2.2 Hilfreiche Gesprächs- und Fragetechniken

„Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus.“ - Es gibt einige Möglichkeiten, auch schwierige Gespräche so zu gestalten, dass der Gesprächsverlauf für alle Beteiligten möglichst angenehm ist.

Diese Techniken fördern einen positiven Gesprächsverlauf:

- Aktives Zuhören
- Offene und geschlossene Fragen
- Rangierfragen
- Skalierungsfragen

### Aktives Zuhören

Durch aktives Zuhören wird dem Gegenüber Zuwendung und Interesse signalisiert. Dies schafft Vertrauen und baut Distanz ab. Dazu können verschiedene Techniken genutzt werden:

#### **Mitschwimmen**

- Kurze, ermutigende Reaktionen auf das Gesagte.

**Beispiele:** „Ja“, „Gut“, „Aha“, „Mhm“

#### **Wiederholen**

- Wiederholen einzelner Wörter oder Satzpassagen der betroffenen Person.

**Beispiel:** „Jeden Tag die gleichen Schwierigkeiten...“ Sie wiederholen: „Diese gleichen Schwierigkeiten, wie sehen die aus?“

**Beispiel:** „Mhm, also Ihre Nachbarin ist Ihnen gerade eine große Hilfe.“

#### **Paraphrasieren / Spiegeln**

- Aussagen des Gegenübers mit den eigenen Worten zusammenfassen. Wichtig ist, immer eine Korrekturmöglichkeit einzubauen.

**Beispiel:** „Ist das so richtig, wie ich das gesagt habe?“

**Beispiel:** „Bitte korrigieren Sie mich, wenn ich da falsch liege – Sie würden gerne eine Therapie in Anspruch nehmen, damit es Ihnen besser geht?“

- Emotionale Befindlichkeit des Gegenübers interpretieren bzw. spiegeln.

**Beispiel:** „Ich kann mir vorstellen, dass Sie da unter Druck geraten sind“

**Beispiel:** „Habe ich das richtig verstanden – Sie fühlen sich in der jetzigen Situation ziemlich allein gelassen?“

#### **Nachfragen**

- Um Konkretisierung und Beispiele bitten.

**Beispiel:** „Verstehe ich Sie richtig, dass...?“

**Beispiel:** „Können Sie mir ein Beispiel nennen?“

## Offene vs. Geschlossene Fragen

### **Offene Fragen**

... sind oft W- Fragen (Wer, Was, Wie, Wo, Wann, Weshalb). Sie können nicht mit JA oder NEIN beantwortet werden. Der Vorteil von offenen Fragen ist, dass viele Informationen gewonnen werden und die befragte Person frei in ihrer Antwort ist.

Gerade zum Beginn bzw. zur Eröffnung eines Gespräches sind offene Fragen sehr gut geeignet.

**Beispiel:** „Wie geht es Ihnen (seit dem Unfall)?“

### **Geschlossene Fragen**

... geben eine feste Antwort vor. Die Befragten wählen die passende Antwort aus vorgegebenen Antworten (z.B. Ja oder Nein) aus. Bei wortkargen Personen oder Personen, die auf offene Fragen mit „Ich weiß nicht“ antworten, helfen geschlossene Fragen dabei, sich an den zu erfragenden Sachverhalt heranzutasten.

#### **Beispiele:**

- „Geht es Ihnen eher gut oder geht es Ihnen eher schlecht?“
- „Haben Sie Probleme durchzuschlafen?“

## Skalierungsfragen

Skalierungsfragen eignen sich gut, um den Zustand der betroffenen Person einzuordnen und die Situation verständlicher zu machen.

**Beispiel:** „Bitte ordnen Sie Ihren Gesundheitszustand auf einer Skala von 1 bis 10 ein. Eins bedeutet ‚Sehr schlecht‘, Zehn bedeutet ‚sehr gut‘.“

## Rangierfragen

Diese Fragen erzeugen Klarheit über gemeinsame Standpunkte und weitere Einigungen. Sie lenken das Gespräch und betonen dabei kooperative Bemühungen. Darüber hinaus wahren sie die Autonomie und Entscheidungshoheit der betroffenen Person.

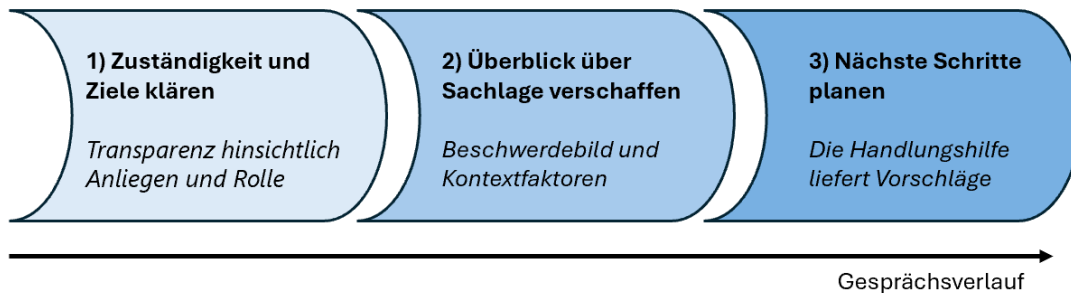
#### **Beispiele:**

- „Darf ich zu dem genannten Punkt gleich noch einmal zurückkommen?“
- „Welche weitere Entwicklung wünschen Sie sich?“
- „Wir sind bezüglich der Therapie gleicher Ansicht. Ich würde Ihnen eine Liste mit verschiedenen Therapeuten zukommen lassen und Sie können sich eine passende Institution raussuchen. Wäre das für Sie in Ordnung?“

## 2.3 Anwendung der Weller-Handlungshilfe Psyche im Rahmen eines (Erst-) Gesprächs - Praxisbeispiel zur konkreten Anwendung: Das Telefonat

Die Handlungshilfe führt Sie Schritt für Schritt durch das Telefonat mit einer betroffenen Person. Allgemein lässt sich das Gespräch in 3 Phasen aufteilen:

- Zuständigkeit und Ziele klären
- Überblick über die Sachlage verschaffen
- Nächste Schritte planen



### 1) Zuständigkeit und Ziele des Gesprächs klären

Zu Beginn des Telefonats **stellen Sie sich vor** und **erklären die Zuständigkeit** der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie klären über das DGUV-Heilverfahren und die Rolle als Kostenträger auf.

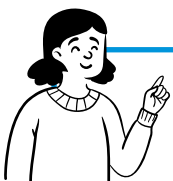
In dieser Phase des Gesprächs vermitteln Sie das Gefühl der sozialen Absicherung und der **Unterstützung** durch die gesetzliche Unfallversicherung.

Es ist wichtig, **Transparenz** hinsichtlich Ihres Anliegens herzustellen und die Frage zu klären, ob die betroffene Person überhaupt mit Ihnen reden will oder kann. Grundsätzlich gilt: **Niemals mit Dritten** (z.B. Partner\*in) über die betroffene Person **sprechen**.

**Beispiel:** „Guten Tag Frau X ich bin Sachbearbeiterin der Berufsgenossenschaft XY. Ich habe einen Bericht von Ihrem Arzt zugesendet bekommen. Ich bin für Sie zuständig. Ich hätte noch ein paar Fragen bezüglich des Unfalls an Sie. Wäre es für Sie in Ordnung mit mir darüber zu sprechen und haben Sie gerade Zeit dafür?“

### 2) Überblick über Sachlage verschaffen

In dieser Phase verschaffen Sie sich einen Überblick über die Sachlage sowie über die Befindlichkeit der betroffenen Person (**Kontextfaktoren und Beschwerdebild**). Hierfür hält die Handlungshilfe u.a. einen Fragenkatalog (s.u.) bereit. Die seitens der betroffenen Person geäußerten Symptome bzw. Symptomkategorien können während des Gesprächs in der Handlungshilfe angeklickt und dokumentiert werden.



Um mehr über den Leidensdruck der betroffenen Person zu erfahren, können Sie bei den genannten Beschwerden auch gerne nachfragen, wie beeinträchtigt sich die Person durch diese fühlt und ob Sie therapeutische Hilfe wünscht.



### Fragenkatalog der Handlungshilfe

- „Wie geht es Ihnen seit dem Unfall/Erlebnis etc.?“
- „Sind Sie (auch/noch) körperlich verletzt?“
- „Haben Sie seit dem Unfall irgendwelche Veränderungen an sich festgestellt, z.B. an Ihrem allgemeinen Verhalten, Ihrem Schlafverhalten, Ihrem Erleben oder Ihrem Handeln?“  
Nachfragemöglichkeit bei Verneinung:  
„Beruflich und privat ist alles in Ordnung? Es ist alles wie vorher z.B. die Arbeitsleistung oder Ihr Freizeitverhalten?“
- „Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre aktuellen Probleme reden können?“  
Nachfragemöglichkeit bei Verneinung:  
„Benötigen Sie Hilfe und Unterstützung?“ (Hinweis auf Psychologen/Probatorik)
- „Erhalten Sie im Alltag Unterstützung aus Ihrem privaten oder beruflichen Umfeld?“ (Je nach Unterstützungsbedarf Hilfe anbieten)
- „Leben in Ihrem Haushalt Kinder oder andere hilfsbedürftige Personen, die Sie versorgen müssen?“ (Je nach Unterstützungsbedarf Hilfe anbieten)
- „Bewältigen Sie alle erforderlichen Wege (z.B. den Weg zur Arbeit) allein bzw. haben Sie dafür Unterstützung?“
- „Ist Ihnen so etwas schon einmal passiert?“

### Darf man nach den Symptomen fragen?

Um sich einen guten Überblick über die Gesundheit einer Person zu verschaffen, ist es natürlich vorteilhaft, wenn man auch deren Symptome kennt.



**Aber Vorsicht:** Zu genaues Nachfragen kann bei den Betroffenen unangenehme Erinnerungen an das Ereignis auslösen, was wiederum negative Gefühle hervorrufen und zu einer erhöhten Symptombelastung (z.B. Flashbacks) führen kann („Gefahr der Retraumatisierung“). Beachten Sie daher folgendes:

- Warten Sie auf **Spontanäußerungen** und fragen Sie erst dann evtl. nach (→ **Zuhören**)
- **Respektieren** Sie es, wenn die betroffene Person nicht über den Unfall/das belastende Ereignis bzw. über die Folgen sprechen möchte und treten Sie ihr verständnisvoll gegenüber. Sie sollten auf keinen Fall darauf insistieren, bestimmte Sachverhalte wissen zu müssen.
- Erfragen Sie **keine** Traumainhalte.

### Beispielfragen:

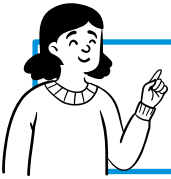
- „Wie geht es Ihnen nach diesem Ereignis?“
- „Haben Sie seit dem Unfall irgendwelche Veränderungen (z.B. an ihrem Verhalten oder Handeln) festgestellt? Hat sich z. B. ihr Schlafverhalten geändert?“
- „Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 es geht mir sehr schlecht ist und 1 es ist alles in Ordnung, wo stehen Sie?“

**Wichtig: Normalisieren und erklären**

In dieser Gesprächsphase ist es auch wichtig, die Betroffenen darauf hinzuweisen, dass die Beschwerden nach einem solchen Ereignis „normal“ sind, und dass viele Menschen nach einem solchen Vorfall die gleichen Beschwerden haben. Hilfreich ist oft ein statistischer Beleg.

**Beispiel:** „Sie haben da etwas sehr Außergewöhnliches erlebt, was bei den meisten Menschen zu ähnlichen Reaktionen führt. Wir wissen aus der Erfahrung, dass bei etwa ein Drittel der Betroffenen diese Beschwerden relativ schnell von alleine wieder verschwinden. Bei einem weiteren Drittel dauert es etwas länger, da gehen die Beschwerden in etwa in 4 – 6 Wochen vorbei. Bei einem Drittel wird professionelle Hilfe notwendig.“

**Beispiel:** „Ihre Schreckhaftigkeit kann Ausdruck einer erhöhten Alarmbereitschaft sein. Das geht vielen Menschen so, die Ähnliches erlebt haben.“



Das Wissen um eine „normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“ **entlastet** die Betroffenen.

**Den Blick auch auf die Ressourcen lenken**

Wenn die betroffene Person von ihren Einschränkungen seit dem Unfall berichtet und Sie das Gefühl haben, dass sie alles sehr negativ sieht, dann fragen Sie nach, ob es z.B. *einen* Lebensbereich oder Tage gibt, an denen sich diese Einschränkungen nicht oder weniger zeigen. Heben Sie die Ausnahmen hervor, ohne die Einschränkungen zu bagatellisieren.

Fragen Sie auch wer (z.B. Partner\*in, Angehörige, Freunde, Nachbarn, Kollegen\*innen) die betroffene Person wobei (z.B. Belagern auf dem Weg zur Arbeit, Einkaufen, Ausfüllen von Formularen) unterstützen kann.

**Beispiele:**

- „Was funktioniert denn aktuell noch wie gewohnt?“
- „Es gibt also auch mal Nächte, in denen Sie durchschlafen. Das ist gut.“
- „Wer könnte Sie dabei unterstützen?“

**3) Die Nächste Schritte planen – Die Handlungshilfe liefert Vorschläge**

Auf der Grundlage des Gesprächsergebnisses liefert die Handlungshilfe **Vorschläge für das weitere Vorgehen**. Gemeinsam mit der betroffenen Person besprechen Sie in dieser Phase die nächsten Schritte.

Wichtig ist: Sie präsentieren keine Lösungsansätze, Sie machen Angebote. Auf keinen Fall sollten Sie darauf drängen, eine bestimmte Reha-Maßnahme durchzuführen. Es sollte **kein Druck** ausgeübt bzw. zur Einsicht aufgefordert werden. (→ **Akzeptanz und Wertschätzung!**)

**Beispiel:** „Die von Ihnen berichteten Beschwerden sind ganz normale Reaktionen auf ein belastendes Ereignis und kommen nach einem solchen Ereignis häufig vor. Sie haben die Möglichkeit eine professionelle Unterstützung für die Aufarbeitung des Vorfalls in Anspruch zu nehmen, wenn Sie das wünschen.“ (Erstintervention/Psychotherapeutenverfahren kurz beschreiben).

**Beispiel:** „Mit professioneller Hilfe konnte viele Menschen, denen es ähnlich wie Ihnen gegangen ist, gut geholfen werden. Haben Sie schon einmal über eine Therapie nachgedacht? Soll ich Ihnen mehr darüber erzählen?“

Falls keine Unterstützung gewünscht wird: auf Behandlungsmöglichkeiten hinweisen, Informationsmaterialien schriftlich übermitteln, **Entscheidungsautonomie der betroffenen Person wahren!**

## 2.4 Zusammenfassung Dos und Don'ts im Gespräch mit einer betroffenen Person



### Do - Machen Sie das!

- Beraten, informieren, Hilfsangebot unterbreiten
- Vertrauensbasis schaffen (Empathie, aktives Zuhören, nachfragen, Gesprächsinhalte zusammenfassen, Verständnis zeigen)
- Auf Augenhöhe kommunizieren
- Geduldig sein (Pausen aushalten)
- Darauf hinweisen, dass psychische Probleme nach solchen Ereignissen „normal“ sind
- Ressourcen reaktivieren
- Dazu ermutigen, sich Unterstützung von Angehörigen, Freunden etc. zu suchen
- Das Gespräch in eine möglichst positive Richtung lenken
- Erst Zuhören, dann Hilfsangebote unterbreiten
- Autonomie der betroffenen Person respektieren. Sie trifft die Entscheidung über die nächsten Schritte



### Do not - Lassen Sie das lieber!

- Floskeln verwenden (z.B. „Das wird schon wieder gut“)
- Fachbegriffe verwenden
- Detailliertes ausfragen (Gefahr der Retraumatisierung)
- Ratschläge für Umgang mit Symptomen geben
- Diagnose einreden
- Therapie aufzwingen
- Druck ausüben oder Einsicht einfordern

## 2.5 Tipps für schwierige Gesprächssituationen: Was, wenn....

Es gibt Gespräche, die führen wir gerne. Bei denen greifen wir ohne zu zögern zum Hörer. Und dann sind da noch diese anderen Gespräche. Gespräche, von denen wir schon im Vorhinein wissen, dass sie schwierig werden können, bei denen der Gesprächsverlauf nicht vorhersehbar ist und wir uns unsicher sind, wie unser Gegenüber reagiert. Bei diesen Gesprächen machen wir uns im Vorfeld viele Gedanken und spielen sogenannte „Was, wenn...“-Szenarien durch, um gut vorbereitet zu sein.

Im Folgenden sind einige „**Was, wenn...**“-Szenarien für Gespräche mit betroffenen Personen aufgeführt.

### Was, wenn die betroffene Person...

#### a) ...nicht gesprächsbereit ist

Sie rufen die betroffene Person an. Diese geht ans Telefon und berichtet, dass sie gerade keine Zeit für ein Gespräch hat.

Sie können fragen „Kann ich Sie in einer Stunde nochmal anrufen oder wollen Sie sich selbst melden?“ oder „Wann passt es Ihnen am besten?“

#### b) ...anfängt zu weinen

Es ist völlig in Ordnung, wenn jemand weint. **Lassen Sie das Weinen zu.** Trösten Sie nicht und vermeiden Sie Phrasen wie „Das wird schon wieder gut.“

Stattdessen können Sie sagen, dass Weinen eine normale menschliche Reaktion ist und völlig in Ordnung. Fragen Sie die Person, **womit Sie ihr im Moment helfen können.** Fragen Sie, ob es ok ist, wenn Sie mit dem Gespräch fortfahren.

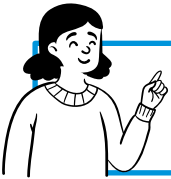
#### c) ...ausfallend wird / einen beschimpft

Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen können Reaktionen auf ein Trauma sein. Nehmen Sie solches Verhalten **nicht persönlich und versuchen Sie freundlich, geduldig und ruhig** zu bleiben. Signalisieren Sie durch Spiegeln, dass Sie ihr Gegenüber verstehen und fragen Sie, wie Sie ihm in diesem Moment gerade helfen können.

Sie können sagen „Ich merke, dass Sie sehr wütend und aufgebracht sind. Ich würde Ihnen gerne helfen. Was wünschen Sie sich von mir bzw. von der BG. Wie kann ich Ihnen konkret helfen?“

**d) ...Suizidgedanken äußert**

- Diskutieren Sie **nicht** mit der Person über ihre Suizidgedanken und ob diese richtig oder falsch sind.
- Vermeiden Sie Aussagen wie „Machen Sie sich keine Sorgen“, „Sie kriegen das schon wieder hin“, „Es wird alles wieder gut“.
- Fragen Sie, ob es Personen gibt, die der betroffenen Person helfen können.
- Bestärken Sie die Person darin, eine Fachperson für psychiatrische Notfälle aufzusuchen.
- Geben Sie der Person eine Telefonnummer für eine Notfall-Hotline (z.B. Telefonseelsorge 0800 111 0111 oder Notruf 112 - weitere regionale Kontakte und Hilfsangebote unter [Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. \(suizidprophylaxe.de\)](http://www.suizidprophylaxe.de)).
- Beachten Sie: Sie sind nicht für die Handlungen anderer verantwortlich!



Hinweis: Für Ihre eigene Handlungssicherheit erkundigen Sie sich, welche Leitplanken in Ihrem Haus zu diesem Thema existieren.

**e) ...trotz aller Vorsicht in den Erinnerungen an das belastende Ereignis/den Unfall verhaftet bleibt und negative Emotionen aufkommen**

Sie helfen der betroffenen Person wieder ins Hier und Jetzt zurückzukommen, indem Sie sachlich und ruhig bleiben und sie mit einfühlsamem Ton bitten

- 5 Dinge aufzuzählen, die sie/er gerade sehen kann (z.B. Schreibtisch, Stift, Kaktus, ...) oder
- alle Gegenstände aufzuzählen, die sie/er gerade sehen kann, die eine bestimmte Farbe haben (z.B. alle grünen Gegenstände)
- Manchmal ist es erforderlich noch eine 2. oder 3. Abfrage anzuleiten z.B. mit einer anderen Farbe oder Dingen, die die betroffene Person gerade hört (z.B. Autolärm, Vogelgezwitscher, Bellen, ...)

**Beispiel:** „Ich merke gerade, dass es Ihnen nicht gut geht und möchte Ihnen helfen. Bitte schauen Sie sich mal in dem Raum um, in dem Sie sich gerade befinden, und nennen mir alle blauen Gegenstände, die Sie sehen.“ Ruhig noch einmal nachfragen. „Sehen Sie noch etwas Blaues... und noch etwas?“ Gegebenenfalls eine 2. Abfrage durchführen. „Und jetzt nennen Sie mir bitte noch alle grünen Gegenstände, die Sie sehen.“ ---- „Geht es Ihnen wieder etwas besser?“



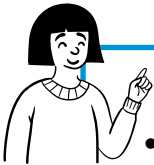
Im Anschluss an eine solche Situation sollten Sie der betroffenen Person die therapeutischen Unterstützungsangebote unterbreiten.

## 2.6 Auf sich selbst achten - Psychohygiene ist wichtig!

Mit einer Person zu sprechen, die ein belastendes Ereignis erlebt hat, ihr zuzuhören und zu helfen, kann bei Ihnen selbst **unerwartete emotionale Reaktionen** wie Traurigkeit oder Frustration hervorrufen.

Wenn Sie während des Gesprächs emotional reagieren, sollten Sie dennoch versuchen, weiter respektvoll zuzuhören und nicht negativ auf das zu reagieren, was die betroffene Person sagt. Fühlen Sie sich nach einem solchen Gespräch aufgewühlt, erschöpft, frustriert oder sogar verärgert, kann es hilfreich sein, mit jemandem über das Erlebte zu sprechen. Zudem empfiehlt es sich, Dinge zu tun, die die **eigene Stimmung verbessern** und gut für die psychische Gesundheit sind **z.B.** körperlich aktiv sein, Entspannungstechniken praktizieren oder gut essen.

Es kann auch helfen, sich klarzumachen, dass Sie mit dem, was Sie tun, den Betroffenen helfen und Ihnen den Weg hin zur Gesundheit ebnen. Sie geben den Anstoß! Sie bringen den Ball ins Rollen.



### Einige Impulse für die Psychohygiene:

- Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Befinden auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene
- Austausch mit Kollegen\*innen
- Distanzierung nach einem belastenden Gespräch mit einer betroffenen Person (z.B. Fenster öffnen, kurz den Raum verlassen)
- Sich auf eigene Ressourcen besinnen (z.B. Familie, geplante Ereignisse)
- Aktive und ausgleichende Freizeitgestaltung
- Wahrung eigener (Belastungs-)Grenzen

## Quellen

Dilling, Freyberger, & Weltgesundheitsorganisation. (2019): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Auflage). <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>

Falkai & Wittchen. (2018): *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. Auflage).

Schellong, J., Epple, F., Weidner, K.. (2018): *Praxisbuch Psychotraumatologie*. Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03036>

Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim. (2020): *MHFA Ersthelfer – Kurse für psychische Gesundheit – Handbuch* (1. Auflage).