

FRAGEBOGEN

zur Erfassung der
Akuten Belastungsreaktion nach Verkehrsunfällen

in Abhängigkeit von der
Psychischen Betreuung an der Unfallstelle und in der Notaufnahme

Projektarbeit an der
Friedrich-Schiller-Universität Jena

Institut für Psychologie
Klinische Psychologie

Steffen Küster, Marco Kirst, Katrin Kraus, Michael Kuhn, Jörg Fauser, Sebastian Petzold,
Dana Tzschoppe

Diese Version stellt eine noch nicht validierte Rohfassung dar.

Anliegen dieses Fragebogens ist es, von uns angenommene Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Akuten Belastungsreaktion nach Verkehrsunfällen und der psychischen Betreuung der Verkehrsunfallpatienten am Unfallort durch den Rettungsdienst und in der Notaufnahme durch das Krankenhauspersonal nachzuweisen.

Die Verfasser sind ausdrücklich daran interessiert, daß der Fragebogen praktische Anwendung findet. Für Rückmeldungen über Anwendungen des Fragebogens, seine Praktikabilität oder Kritik sind wir sehr dankbar.

Kontaktadresse: s6kust@nds.rz.uni-jena.de

Patientencode: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Angaben zu Ihrer Person und zum Unfallgeschehen

1. Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich
2. Familienstand: Ledig
 Verheiratet
 Eheähnliche Lebensgemeinschaft
 Geschieden
 Andere: _____
3. Derzeitiger Beruf: _____
4. Mit welchem Verkehrsmittel waren Sie unterwegs als der Unfall passierte?
- Auto
 - LKW
 - Bus
 - Motorrad
 - Fahrrad
 - Andere: _____
5. Als was befanden Sie sich in/auf dem Verkehrsmittel?
- Fahrer
 - Beifahrer
 - Sozium
 - Andere: _____

6. Bitte schildern Sie kurz den Unfallhergang.

7. Sind Sie in Ihrem Beruf auf ein Verkehrsmittel angewiesen?

Ja Nein

Wenn „Ja“, auf welches?

- Auto
- LKW
- Bus
- Motorrad
- Fahrrad
- Andere: _____

8. Wann war der Unfall? Vor _____ Tagen

9. Waren an diesem Unfall weitere Personen beteiligt und in welchem Verhältnis stehen/standen Sie zu diesen Personen?

Ja Nein

Wenn „Ja“, wer?

	Verwandte	Freunde	Bekannte	Arbeitskollegen	Fremde
1. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiß nicht

10. Wie schwer wurden diese Personen verletzt?
(Reihenfolge wie Frage 9)

	Nicht verletzt	Leicht	Mittel	Schwer	Verstorben
1. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiß nicht

11. Können Sie sich an das Unfallgeschehen erinnern?

Ja Nein

Patientencode:

12. Können Sie sich an das Geschehen unmittelbar nach dem Unfall erinnern?

Ja Nein

Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, gehen Sie bitte zu Frage 24!

13. Haben Sie die Verletzten am Unfallort gesehen?

keine weiteren Verletzten

Ja Nein

Wenn „Ja“, wen? (Reihenfolge wie Frage 9 und 10)

- 1. Person
- 2. Person
- 3. Person

14. Wurden Sie am Unfallort psychisch betreut ?

Ja Nein

Wenn „Ja“, durch wen?

- Notfallseelsorger
- Rettungsdienstmitarbeiter
- Andere: _____

15. Wie haben Sie diese Betreuung erlebt?

Die Betreuung hat mich innerlich beruhigt.

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

Durch die Betreuung hatte ich weniger Angst.

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

Durch die Betreuung hatte ich weniger das Gefühl, hilflos zu sein.

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

16. Was war sonst positiv oder negativ für Sie bei dieser Betreuung?

Positiv:

Negativ:

Die folgenden sieben Fragen beziehen sich auf das Verhalten des Rettungsdienstpersonals am Unfallort und wie Sie dieses erlebt haben.

17. Hatten Sie das Gefühl, daß man Ihnen professionelle Hilfe leistete?

Gar nicht Vollständig

18. Hatten Sie Vertrauen zu dem Rettungsdienstpersonal?

Gar nicht Vollständig

Patientencode:

19. Wurden Sie über alle an Ihnen durchgeführten medizinischen Maßnahmen ausreichend informiert?

Gar nicht Vollständig

20. Hatten Sie das Gefühl, daß man Ihnen Aufmerksamkeit entgegenbrachte?

Gar nicht Vollständig

21. Hatten die Mitarbeiter des Rettungsdienstes Verständnis für Ihre Situation?

Gar nicht Vollständig

22. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch das Rettungsdienstpersonal insgesamt?

Nicht zufrieden Sehr zufrieden

23. Was war sonst positiv oder negativ für Sie bei der Behandlung durch den Rettungsdienst?

Positiv:

Negativ:

Die folgenden acht Fragen beziehen sich auf das Verhalten des Notaufnahmepersonals und wie Sie dieses erlebt haben.

24. Können Sie sich an die Behandlung in der Notaufnahme erinnern?

Ja Nein

Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, gehen Sie bitte zu Frage 32!

25. Hatten Sie das Gefühl, daß man Ihnen professionelle Hilfe leistete?

Gar nicht Vollständig

26. Hatten Sie Vertrauen zu dem Notaufnahmepersonal?

Gar nicht Vollständig

27. Wurden Sie über alle an Ihnen durchgeführten medizinischen Maßnahmen ausreichend informiert?

Gar nicht Vollständig

28. Hatten Sie das Gefühl, daß man Ihnen Aufmerksamkeit entgegenbrachte?

Gar nicht Vollständig

29. Hatten die Mitarbeiter der Notaufnahme Verständnis für Ihre Situation?

Gar nicht Vollständig

30. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch das Notaufnahmepersonal insgesamt?

Nicht zufrieden Sehr zufrieden

Patientencode:

31. Was war sonst positiv oder negativ für Sie bei der Betreuung durch das Notaufnahmepersonal?

Positiv:

Negativ:

Bitte beziehen sie sich bei den folgenden Fragen jeweils auf die Zeit während und unmittelbar nach dem Unfall.

Falls Sie sich nicht an diesen Zeitraum erinnern können, gehen Sie bitte zu Frage 37!

32. Hatten Sie Schmerzen?

Keine Sehr starke

33. Hatten Sie Angst um Ihr Leben?

Gar nicht Sehr stark

34. Hatten Sie Angst vor schweren Verletzungen?

Gar nicht Sehr stark

35. Hatten Sie das Gefühl, der Situation hilflos ausgeliefert zu sein?

Gar nicht Sehr stark

36. Welche anderen Gedanken und Ängste gingen Ihnen durch den Kopf?

Bitte beziehen sie sich bei Ihren Antworten jeweils auf die Zeit während und unmittelbar nach dem Unfall sowie den bisherigen Krankenhausaufenthalt.

37. Bemerkten/Bemerken Sie eine Gleichgültigkeit hinsichtlich Ihrer Gefühle?

Während oder unmittelbar nach dem Unfall	Gar nicht <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr stark <input type="radio"/>
Während Krankenhausaufenthalt	Nie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr oft <input type="radio"/>

38. Hatten/Haben Sie das Gefühl wie betäubt zu sein?

Während oder unmittelbar nach dem Unfall	Gar nicht <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr stark <input type="radio"/>
Während Krankenhausaufenthalt	Nie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr oft <input type="radio"/>

Patientencode:

39. Empfinden/Empfinden Sie die Situation/Ihre Umwelt als unwirklich, traumartig?

Während oder unmittelbar nach dem Unfall	Gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr stark
Während Krankenhausaufenthalt	Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr oft

40. Hatten/Haben Sie das Gefühl, von Ihrem Körper losgelöst zu sein?

Während oder unmittelbar nach dem Unfall	Gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr stark
Während Krankenhausaufenthalt	Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr oft

41. Hatten/Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Körper oder einzelne Körperteile nicht zu Ihnen gehör(t)en?

Während oder unmittelbar nach dem Unfall	Gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr stark
Während Krankenhausaufenthalt	Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr oft

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit Ihres Krankenhausaufenthalts.

42. Haben Sie das Gefühl, daß Sie sich an bestimmte Einzelheiten des Unfallgeschehens nicht erinnern können?

Ja Nein

43. Erleben Sie den Verkehrsunfall oder Ausschnitte des Verkehrsunfalls auf eine der folgenden Arten wieder?

In Bildern

Nie Ständig

In Gedanken

Nie Ständig

In Träumen

Nie Ständig

Das Gefühl, den Verkehrsunfall real wiederzuerleben.

Nie Ständig

44. Werden Sie durch bestimmte Bilder, Geräusche, Gerüche oder andere Reize an den Verkehrsunfall unangenehm erinnert?

Nie Ständig

45. Vermeiden Sie Gedanken, die Sie an den Verkehrsunfall erinnern?

Nie Ständig

Patientencode:

53. Denken Sie darüber nach, ob Sie den Unfall hätten vermeiden können?

Nie Sehr oft

54. Haben Sie Schuldgefühle, wenn Sie an den Verkehrsunfall denken?

Keine Sehr starke

55. Sind Sie vor dem Unfall in psychologischer/psychiatrischer Behandlung gewesen?

Ja Nein

Wenn ja, warum?

- Depression
- Angsterkrankung
- Schizophrenie
- Drogen- /Alkoholerkrankung
- Andere: _____

56. Hatten Sie schon einmal vorher einen Verkehrsunfall?

Ja Nein

Wenn ja, wann?: vor _____ Jahren

57. Waren Sie deshalb in stationärer Behandlung?

Ja Nein

Wenn „Ja“, wie lange? _____ Tage, Wochen, Monate
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

58. Waren Sie infolge des damaligen Unfalls in psychologischer/psychiatrischer Behandlung?

Ja Nein

59. Was hat Ihnen bisher geholfen, den jetzigen Unfall psychisch zu verarbeiten?

60. Was möchten Sie Ihren bisherigen Antworten hinzufügen?

61. Bitte teilen Sie uns hier Ihre Kritik an diesem Fragebogen mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientencode:

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

wir möchten Sie darum bitten, diesen kurzen Fragebogen zum Zustand des Patienten auszufüllen. In dieser Untersuchung sind wir auf eine möglichst objektive Beurteilung der Verletzungsschwere des Patienten angewiesen. Um die Daten auswerten zu können, benötigen wir zusätzlich einen Patientencode (oben links), der sich wie folgt zusammensetzt:
Erstens: Geburtsmonat des Pat., Zweitens: Geburtsjahr des Pat., Drittens: Anfangsbuchstabe des Vornamens des Pat.

Beispiel:

Geb.-datum 12.05.1948, Name **G**ustav Meier Code: 0548G

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Objektive Medizinische Beurteilung des Patienten durch behandelnden Ärztin/Arzt auf Station

1. Wie würden Sie die aus dem Verkehrsunfall resultierenden Verletzungen beurteilen?

Leicht Schwerst

Unkompliziert Kompliziert

2. Sind gesundheitliche Bleibe- oder Folgeschäden bei diesem Patienten zu erwarten?

Nicht wahrscheinlich Sehr wahrscheinlich

Bereits eingetreten

3. Ist Ihnen bekannt, ob der Verkehrsunfall durch den Patienten in suizidaler Absicht verursacht wurde?

- Ja, in suizidaler Absicht
- Nein, nicht in suizidaler Absicht
- Unbekannt

4. Konkrete Angaben zu den Verletzungen:

A) Schädel

- Schädel-Hirn-Trauma I.Grades
- Schädel-Hirn-Trauma II.Grades
- Schädel-Hirn-Trauma III.Grades
- Mittelgesichtsfraktur
- Schwere Mittelgesichtsfraktur

B) Abdomen

- Milzruptur
- Milz- und Leberruptur
- Ausgedehnte Leberruptur
- Darm
- Mesenterium
- Niere
- Pankreas

C) Extremitäten

- Zentrale Hüftluxationsfraktur
- Oberschenkelfraktur, einfach
- Oberschenkel-Trümmerfraktur
- Unterschenkelfraktur
- Knieband
- Patella
- Unterarm
- Ellenbogen
- Schulter
- Oberarm
- Gefäßverletzung oberhalb Ellenbogen/Knie
- Gefäßverletzung unterhalb Ellenbogen/Knie
- Oberschenkel- oder Oberarmamputation
- Unterschenkel- oder Unterarmamputation
- Zweit- oder drittgradige Frakturen
- Große Weichteilverletzung(en)

Patientencode:

D) Thorax

- Sternumfraktur
- 1-3 Rippenfrakturen
- Rippenserienfraktur beidseitig
- Hämatothorax
- Pneumothorax
- Lungenkontusion beidseitig
- Instabiler Thorax
- Aortenruptur

E) Becken

- Einfache Beckenfraktur
- Kombinierte Beckenfraktur
- Urogenitalverletzung
- Beckenquetschung

- Wirbelfraktur
- Querschnittläsion

5. Glasgow-Coma-Scale (laut Notarztprotokoll): _____

6. Welche Medikation bekommt der Patient derzeit?

- Analgetika
 - BTM
- Tranquilizer
- Schlafinduzierende Medikamente (Hypnotika)
- Andere: _____

7. Sonstige Bemerkungen zum Zustand des Patienten:
