

**Psychotraumatologische Behandlung von
Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Verkehrsbetriebes (Bus-
und Schienenverkehr) nach Extremereignissen am Arbeitsplatz
im Zeitraum von 1998 bis 2012**

**Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu)
Dipl.-Psych. M. Jendry, Dipl.-Betriebsw. (FH) H. Schell
Mauritiussteinweg 1 (Innenstadt) 50676 Köln**

**Tel. 0221 9692039
Fax 0221 9692677
jendry@unfallnachsorge.de
www.unfallnachsorge.de**

© 2013 Institut für Psychologische Unfallnachsorge, Köln

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Begriffsklärungen und Beschreibung des Arbeitsbereichs | 3 |
| Extremerlebnis und Extremereignis im Mobilitäts- und Verkehrsbereich | 3 |
| • Psychologische Unfallnachsorge | 3 |
| 1.2 Das Kölner Modell | 3 |
| 1.3 Zusammenschau internationaler Studienergebnisse zur Behandlung von ABR und PTBS im Bereich Mobilität und Verkehr | 5 |
| 1.4 Art der psychotraumatologischen Therapie beim <i>ipu</i> | 5 |
| 1.5 Ziel der Untersuchung | 6 |
| 2 Deskription der untersuchten Patienten | 6 |
| 2.1 Demographische Information | 6 |
| 2.2 Art der Extremereignisse | 7 |
| 2.3 Art der psychischen Beeinträchtigung (Diagnose und Traumatyp) | 9 |
| 3. Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung | 9 |
| 3.1 Komponenten des Kölner Modells | 9 |
| Betreuung durch psychologische Ersthelfer | 9 |
| Unfallstellenbegehung und Arbeitserprobung | 10 |
| Katamnesegespräch | 10 |
| 3.2 Zeitabstand zwischen Extremereignis und Erstgespräch | 10 |
| 3.3 Behandlungsdauer | 11 |
| 3.4 Arbeitsunfähigkeit | 13 |
| 3.5 Behandlungserfolg | 14 |
| 4 Vergleich: Nach dem Kölner Modell behandelte Patienten vs. Nicht nach dem Kölner Modell behandelte Patienten | 15 |
| 4.1 Anzahl der Therapiesitzungen | 15 |
| 4.2 Anzahl der Therapieeinheiten | 15 |
| 4.3 Behandlungsdauer | 15 |
| 5 Fazit | 16 |

Begriffsklärungen und Beschreibung des Arbeitsbereichs

Extremerlebnis und Extremereignis im Mobilitäts- und Verkehrsbereich

Ein Extremerlebnis kann durch ein Extremereignis eintreten und zu einer psychischen Beeinträchtigung führen. Im Bereich Mobilität¹ und Verkehr² können z.B. Unfälle im Straßen- oder Schienenverkehr ein Extremereignis darstellen. In Verbindung stehen diese Vorkommnisse v.a. mit Suiziden (meist im Bereich des Schienenverkehrs), aber auch mit Natureinflüssen, Übergriffen auf das Verkehrspersonal oder Anschlägen. Von diesen Extremereignissen können Akteure (z.B. Fahrzeugführer) sowie Beteiligte (z.B. Fahrgäste), Beobachter und Helfer betroffen sein.

Extremerlebnisse können in die psychischen Abläufe destruktiv eingreifen und möglicherweise psychische Strukturen negativ verändern. Durch eine solche Beeinträchtigung ist das Verhalten (als Erleben und Handeln) der betroffenen Personen nach einem Extremereignis nicht mehr so frei wie vorher und kann somit krankheitswertig werden. Die Akutphase nach dem Erleben eines Extremereignisses umfasst psychologisch gesehen den Zeitraum vom Extremerlebnis bis zum spontanen Abklingen der psychischen Beeinträchtigungen oder bis zum Eintreten einer Verfestigung dieser Beeinträchtigungen.

- **Psychologische Unfallnachsorge**

Das Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu) entwickelte das Konzept der Psychologischen Unfallnachsorge aus Arbeiten zur Unfallforschung (vor allem im Bereich des Straßenverkehrs) heraus (vgl. Echterhoff, 1992; Echterhoff & Spoerer, 1991). Nach Echterhoff (2009) ist Psychologische Unfallnachsorge die systematische psychologische *Betreuung* (z.B. psychologische Ersthilfe), *Beratung* (z.B. Psychoedukation) und *Behandlung* (z.B. psychotraumatologische Therapie) von Mobilitätsakteuren sowie indirekt beteiligten Personen nach einem Extremerlebnis bis hin zur Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag.

Psychologische Unfallnachsorge mit und innerhalb von Organisationen steht im Kontext eines systematisch angelegten psychologischen Unfallmanagements, wie dies beispielsweise im so genannten *Kölner Modell* realisiert wird.

1.2 Das Kölner Modell

In Abstimmung mit der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (BG BAHNEN) wurde ab 1995 bei den Verkehrsbetrieben zusammen mit dem Institut für Psychologische Unfallnachsorge (ipu) das Kölner Modell (Schwarz & Halama, 1998) entwickelt. Nach einer zweijährigen Erprobungsphase wurde das Kölner Modell in die Praxis umgesetzt.

Das Kölner Modell enthält ein psychologisch orientiertes Unfallmanagement, das psychologische Prävention, psychologische Akutversorgung, psychotherapeutische Maßnahmen sowie psychologische Rehabilitationsmaßnahmen für betroffene Personen umfasst. Im Einzelnen beinhaltet die Integration des Unfallmanagements in die Organisation folgende Bausteine:

¹ Mobilität bezeichnet den Prozess, den ein Akteur durchläuft.

² Der Begriff Verkehr umfasst das technische und organisatorische Transportsystem einschließlich der technischen und organisatorischen Abläufe.

- Präventive Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte und Mitarbeiter,
- Psychologische Ersthilfe am Unfallort durch geschulte psychologische Ersthelfer,
- Beratung nach dem Unfallereignis,
- Psychotherapie nach dem Unfallereignis,
- Rückkehr in den Alltag,
- Nachsorgephase nach Abschluss der Psychotherapie (z.B. Katamnesegespräch).

Den schematischen Ablauf für das Vorgehen nach dem Kölner Modell enthält die Abb. 1.

Management Psychologischer Nachsorge nach Extrem-Ereignissen: Das Kölner Modell (KM)

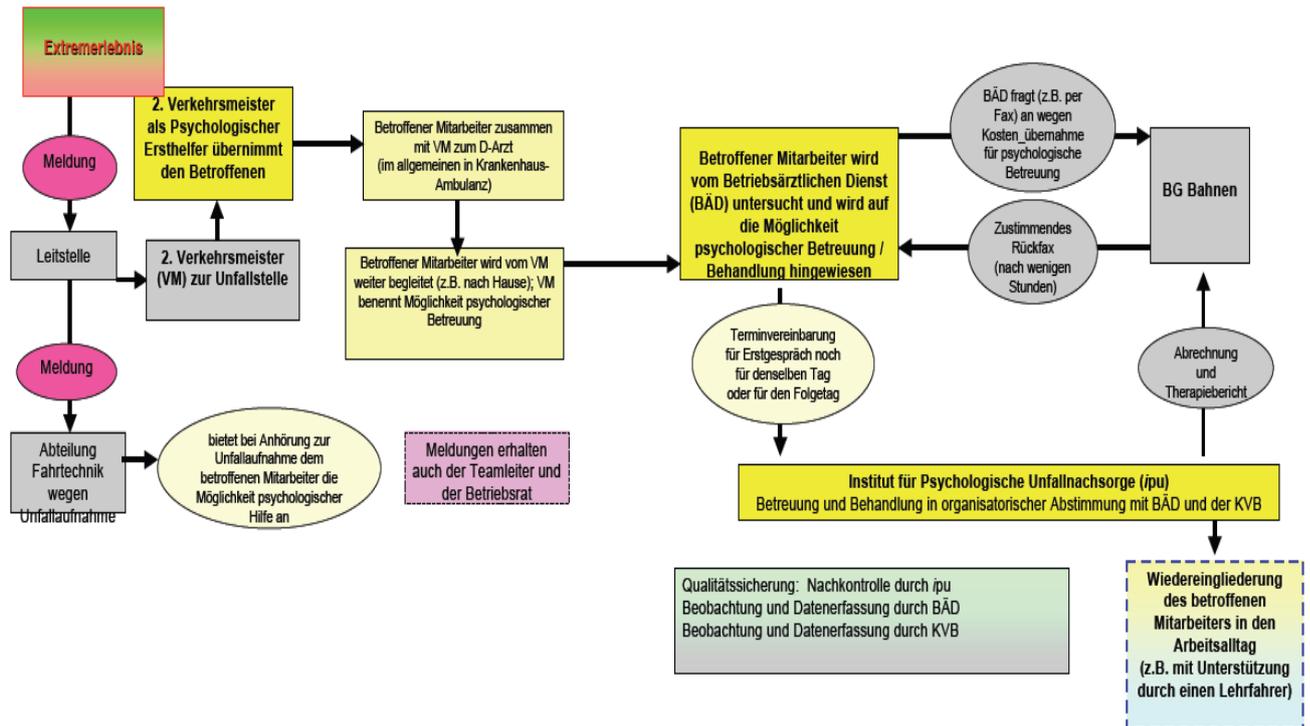


Abb. 1. Das Kölner Modell

Im Kölner Modell besteht eine enge Kooperation mit dem arbeitsmedizinischen Dienst und der Sozialberatung des Verkehrsunternehmens. Auf Veranlassung des Betriebsarztes können die betroffenen Mitarbeiter innerhalb kürzester Zeit (= Akutphase der Belastungsreaktion) nach dem Extremereignis eine psychotraumatologische Beratung und ggf. Therapie beginnen. Die erforderliche Kostenübernahme durch die BG erfolgt umgehend für zunächst 5 Therapieeinheiten. Mit einem formalisierten Antragsverfahren kann die Therapie bedarfsgerecht verlängert werden. Erforderliche therapeutische Maßnahmen wie z.B. längere Sitzungsdauer, häufige Sitzungsfrequenz und durch Therapeuten begleitete Übungen (u.a. Aufsuchen der Unfallstelle) außerhalb der Praxisräume sind über die Kostenübernahme abgedeckt.

Die berufliche Wiedereingliederung erfolgt in enger Abstimmung mit dem Betrieb. So wird z.B. eine diagnostische Probefahrt des Betroffenen in Begleitung des Therapeuten und eines Lehrfahrers durchgeführt. Ist die Probefahrt erfolgreich verlaufen (nach Einschätzung des Patienten, des Therapeuten und des Fahrlehrers), kann eine Lehrfahrerbegleitung für die ersten Tage (bis zu drei Tagen) nach Wiederaufnahme der Fahrtätigkeit vereinbart werden. Je nach Bedarf kann eine zumeist niederfrequente Fortsetzung der Therapie nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit erfolgen. Vor Abschluss der therapeutischen Intervention klärt

der Therapeut mit dem Betriebsarzt die Arbeitstauglichkeit (z.B. die Fahrtauglichkeit) für die spezifischen Anforderungen des Betroffenen ab.

1.3 Zusammenschau internationaler Studienergebnisse zur Behandlung von ABR und PTBS im Bereich Mobilität und Verkehr

Gemäß einer Darstellung von Echterhoff (2009) zu ausgewählten Studien zur Behandlung Akuter Belastungsreaktionen (ABR) v.a. nach Verkehrsunfällen oder Gewalttaten bieten kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren (KVT) Möglichkeiten, eine Verfestigung der ABR und somit den Übergang in eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu verhindern. Weiterhin zeigt sich auch in einer Zusammenschau internationaler Studienergebnisse zur Behandlung von PTBS im Bereich Mobilität und Verkehr, dass die Gruppe der KVT-Verfahren anderen Verfahren bezüglich der Wirksamkeit überlegen sind (Echterhoff, 2009).

1.4 Art der psychotraumatologischen Therapie beim ipu

Für die hauptsächliche PTBS-Therapieform im ipu wurde wegen der Herstellung oder Verbesserung von psychischen Bezügen die Bezeichnung Referentialtherapie (RT) gewählt. Sie ist eine Form der Verhaltenstherapie. Die RT gründet sich darauf, für den Patienten nacherlebte und nachvollziehbare Bezüge zwischen dem (gestörten und überwiegend negativ empfundenen) eigenen Erleben und Handeln sowie den wahrnehmbaren externalen Geschehnissen herzustellen. Insofern ist die RT als *Verhaltenstherapie* eine *emotional-kognitive* Psychotherapie, die u.a. explanatives Verhalten verbessert. Das Ziel der therapeutischen Arbeit besteht in der Erneuerung oder im Aufbau der Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Dazu gehört u.a. eine Korrektur der internalen (stabilen und globalen) von vornehmlich externalen Ereignissen und somit der (Wieder-) Aufbau einer Illusion von Kontrolle (s. Langer & Roth, 1975). Einen Überblick zum Konzept der RT bei PTBS gibt Abb. 2.

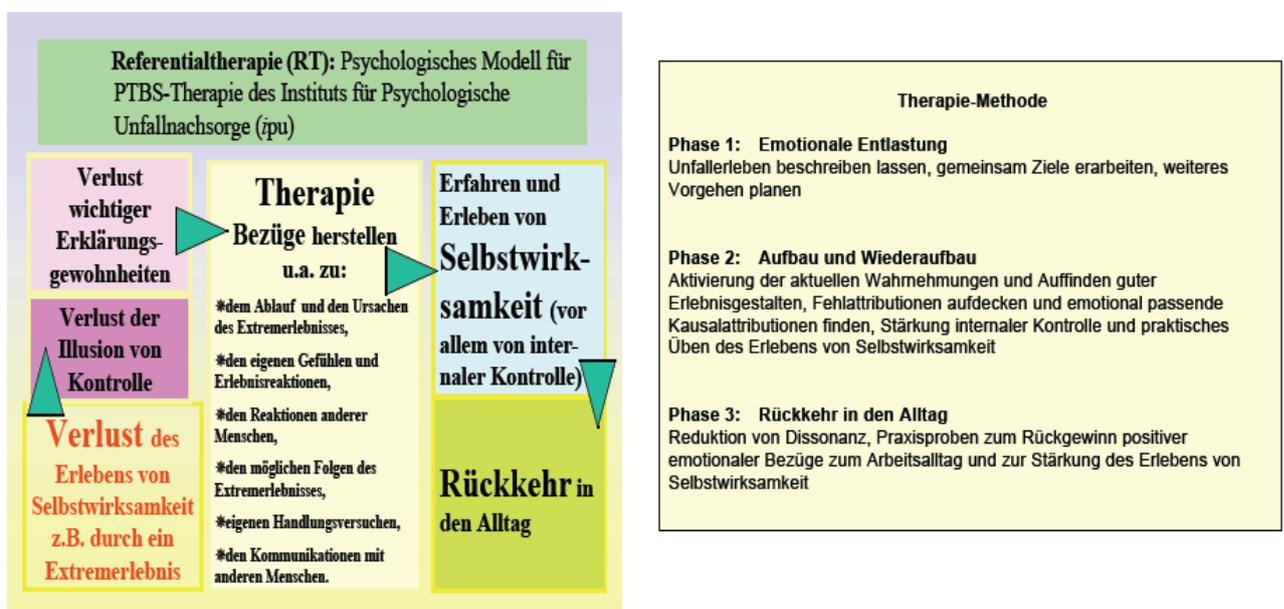


Abb. 2. Das Konzept der Referentialtherapie für PTBS

► Phase 1: zu Beginn stehen eine Phase der emotionalen Entlastung und der ersten

Neuorientierung (vgl. Abb. 2). Während dieser Phase werden je nach individuellen Problem- und Zielsituationen u.a. folgende Arbeiten durchgeführt:

- emotionale Entlastung vor allem durch Berichten lassen und Nacherleben,
- Verhinderung der Ausbreitung von Angst und Reduktion/Verhindern von Albträumen,
- Schuldgefühle und Erwartungen erlebnisnah bearbeiten und
- Unterstützung kurzfristiger wichtiger Entscheidungsfindungen.

► Phase 2: Aufbau und Wiederaufbau (Phase 2), u.a. durch:

- Stärkung von internaler Kontrollmeinung durch persönliche Erfahrung,
- Herausarbeitung noch verbliebener Bereiche von Hilflosigkeit,
- Erzeugung oder Verstärkung von Wohlbefinden durch Aktivierung der aktuellen positiven Wahrnehmungen,
- Auffinden und Entdecken lassen von Fehlattritionen und nicht zutreffenden Erklärungen,
- Eingehen auf den Erklärungsdrang.

► Phase 3: Vorbereitung der Rückkehr in den Alltag, u.a. durch:

- vorsichtige Unfallstellenbegehung zur Entwicklung passender Kausalattritionen,
- Stärkung von emotional wichtigen Lebenszielen,
- Praxisproben, Arbeitsproben (z.B. nach dem Hamburger Modell der Berufsgenossenschaften) oder Fahrproben zum Rückgewinn positiver emotionaler Bezüge zum Arbeitsalltag.

1.5 Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung soll die Umsetzung des Kölner Modells und die resultierenden praktischen Erfahrungen beschreiben und beispielhaft für die Umsetzung eines psychologischen Unfallmanagements anderen Unternehmen und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Die Darstellung umfasst eine demographische Beschreibung der untersuchten Patienten, Angaben zur Art und zu den Folgen des Ereignisses, zur Diagnose sowie zu Behandlungsdauer und -ergebnis. Insbesondere wird dabei der Frage nachgegangen, wie der Abstand zwischen Extremereignis und Erstgespräch und Behandlungsdauer bzw. -ergebnis zusammenhängen

2 Deskription der untersuchten Patienten

2.1 Demographische Information

Insgesamt wurden 437 Personen (317 Männer und 120 Frauen) untersucht. Es handelt sich dabei um die Gesamtheit aller Mitarbeiter³, die zwischen den Jahren 1998 und (dem laufenden Jahr) 2012 am Institut für psychologische Unfallnachsorge (*ipu*) nach einem Extremereignis behandelt wurden. Es ist möglich, dass eine Person mehrfach im *ipu* behandelt und somit mehrfach gezählt wurde. Dies ist nicht extra berücksichtigt. Die Anzahl der Erstgespräche pro Jahr nahm bis zum Jahr 2007 beinahe stetig zu. Danach gab es in den Jahre 2008 und 2009 eine Abnahme der Zahl der Erstgespräche, gefolgt von dem Jahr 2010, in dem die bis-

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden lediglich die männliche Form benutzt, wobei sich diese sowohl auf männliche als auch auf weibliche Personen bezieht.

her meisten Erstgespräche stattgefunden haben (s. Abb. 3). Da nur bis dato abgeschlossene Fälle in die Evaluation aufgenommen wurden, ist bei den Jahren 2011 und vor allem 2012 noch von einem Anstieg der bisherigen Anzahl an Erstgesprächen auszugehen.

Von den insgesamt 437 Patienten sind 307 Straßenbahnfahrer (70,3 % der untersuchten Gruppe), 98 Busfahrer (22,4 %), 13 Kontrolleure (3 %), 3 Werkstattmitarbeiter (0,7 %) und 16 sonstige Mitarbeiter (3,7 %) behandelt worden. Darunter befinden sich sowohl Berufseinsteiger als auch Fahrer mit bis zu 45 Jahren Tätigkeitsdauer.

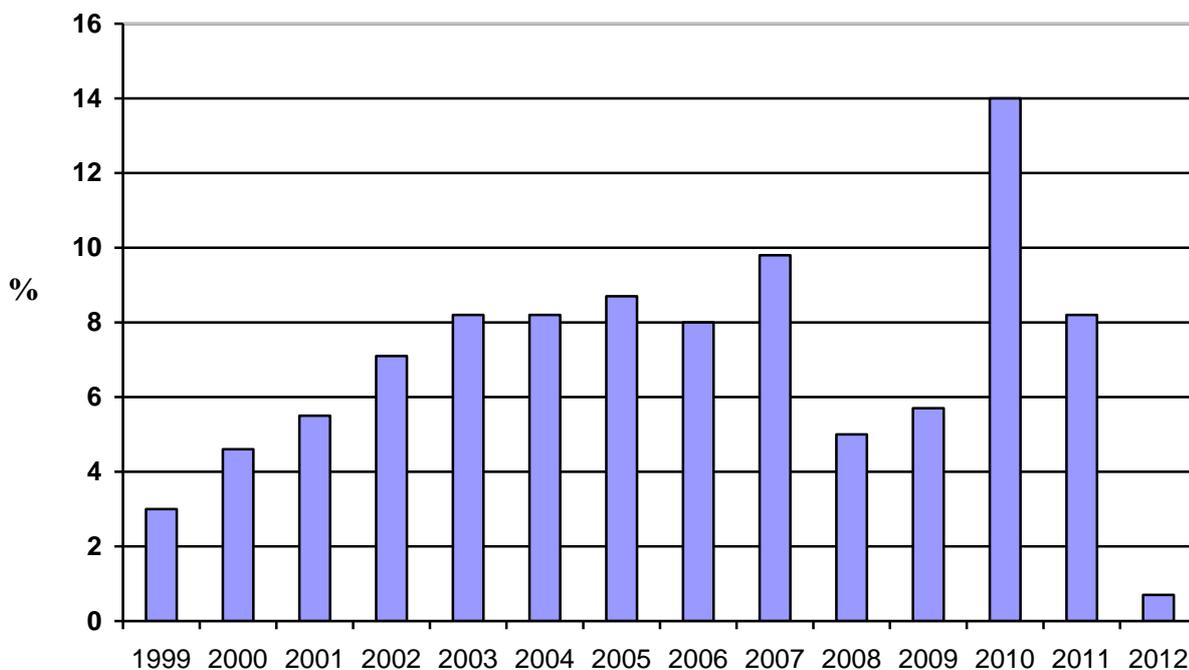
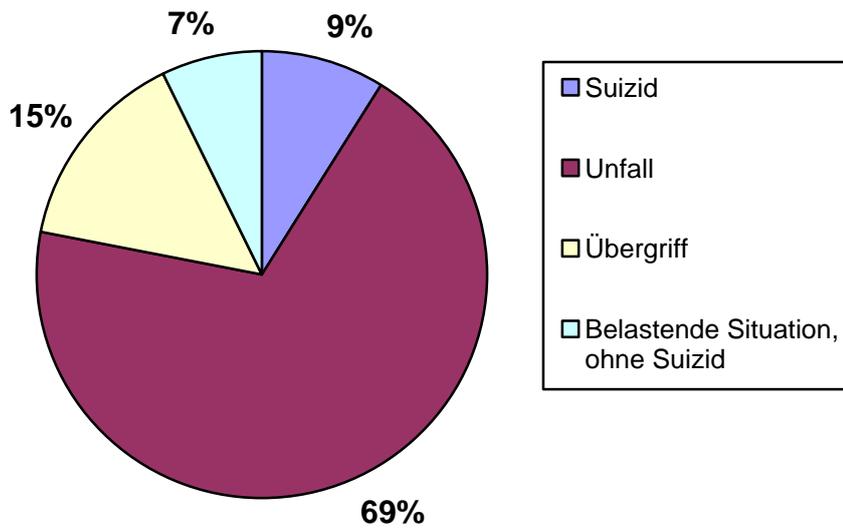


Abb. 3 Verteilung der Erstgespräche. Die Zahlen beziehen sich auf eine Gesamtheit von 437 Patienten, deren Psychotherapie bis zum 12.11.2012 abgeschlossen wurde.

2.2 Art der Extremereignisse

Über zwei Drittel der betroffenen Personen (68,9 %) erlebten in der Ausübung ihrer Tätigkeit einen Unfall. 14,9 % der untersuchten Patienten erlitten einen Übergriff. Das Überfahren eines Suizidanten war für etwa jeden zehnten Patienten (8,9 %) ursächlich für eine belastende Symptomatik. Weitere 7,1 % der Betroffenen beobachteten ein belastendes Ereignis (Abb. 4).



Abb

. 4 Art des Extremerlebnisses (**Prozente gerundet**)

In den meisten Fällen (62,7%) war das Extremerlebnis mit einem Personenschaden verbunden, 20,4% der untersuchten Patienten erlebten den Tod einer Person innerhalb des Extremerlebnisses. In 7,1% der Fälle trat ein Sachschaden auf, lediglich bei 5,9 % der Betroffenen entstand kein Schaden. Bei 3 % der behandelten Personen waren die Unfallfolgen nicht bekannt (Abb.5).

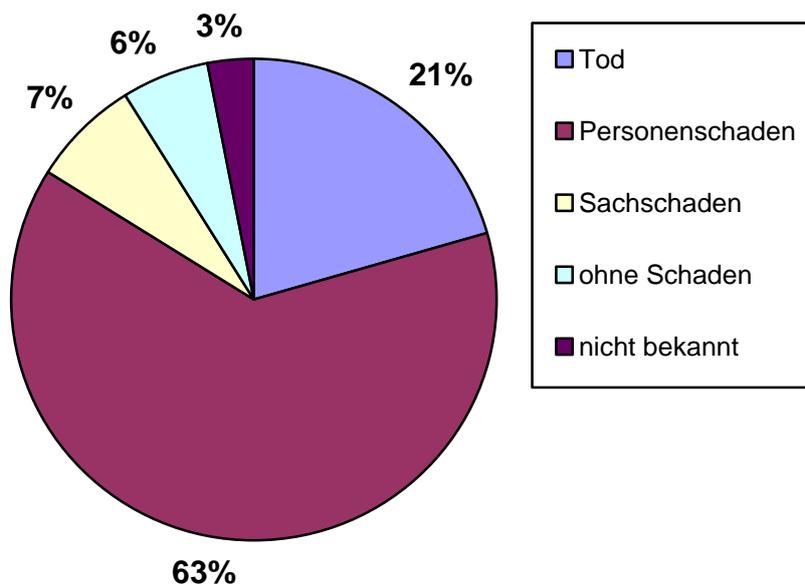


Abb. 5. Art des Schadens innerhalb des Extremerlebnisses (n= 433; Prozente gerundet).

2.3 Art der psychischen Beeinträchtigung (Diagnose und Traumatyp)

Mit Beginn der psychotraumatologischen Behandlung wird aufgrund der Befundlage eine vorläufige oder gesicherte Diagnose erstellt. Am häufigsten (54,7 %) wurde in der vorliegenden Untersuchung die Diagnose Akute Belastungsreaktion (ABR; F.43.0 nach ICD-10) vergeben. In gut 34,3 % der Fälle wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; F.43.1 nach ICD-10) diagnostiziert. In anderen, wenigen Fällen zeigten sich u.a. Anpassungsstörungen (0,9 %), Phobien (0,7 %), und psychoreaktive Störungen (0,2 %). 7,6 % der behandelten Personen wiesen psychische Störungen aus anderen Formenkreisen auf. Für 1,6 % der Fälle war eine Diagnose nicht mehr eruierbar (Abb. 6).

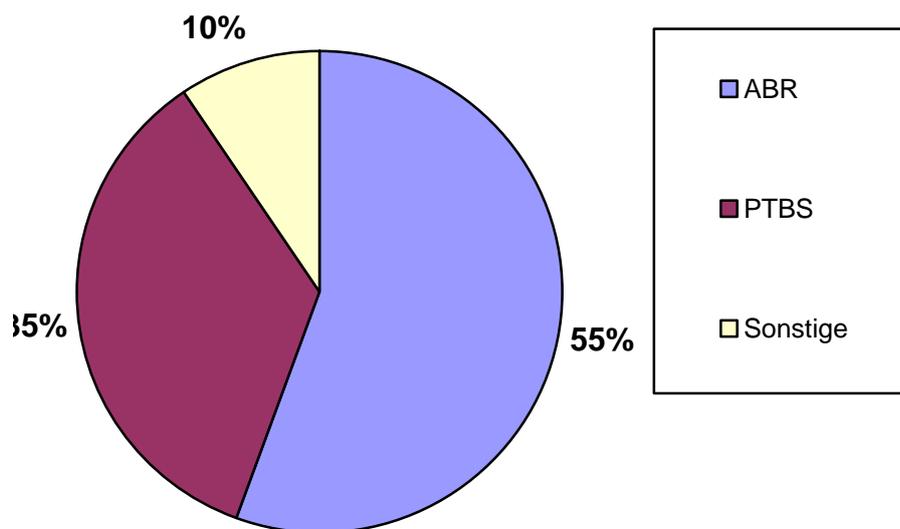


Abb. Diagnosen (n= 430; Prozente gerundet).

Für die Mehrheit der Betroffenen (81,7 %) war es das erste Extremerlebnis dieser Art, während bei 16,2 % der untersuchten Personen eine Retraumatisierung vorlag, da sie bereits andere Extremereignisse erlebt hatten. Bei 1,4 % der behandelten Personen war die Zuteilung zu einem Traumatyp nicht adäquat und bei 0,7 % fehlte eine Angabe diesbezüglich.

3. Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung

3.1 Komponenten des Kölner Modells

Betreuung durch psychologische Ersthelfer

Das Kölner Modell sieht vor, dass geschulte Fahrdienstleiter bzw. Verkehrsmeister unmittelbar nach dem Extremereignis dem betroffenen Mitarbeiter psychologische Ersthilfe leisten. Die meisten der betroffenen Personen (78,7 %) erhielten unmittelbar nach dem Extremereignis die vorgesehene Unterstützung durch einen psychologischen Ersthelfer. 11,7 % der betroffenen Personen mussten ohne psychologische Ersthilfe auskommen (unter anderem deswegen, weil die Unfallstelle für den psychologischen Ersthelfer nicht rechtzeitig zu erreichen war). In 9,2 % der Fälle ist nicht bekannt, ob Psychologische Erste Hilfe stattfand und

bei 0,5 % der behandelten Personen fehlt jegliche Angabe hinsichtlich einer Betreuung durch einen psychologischen Ersthelfer.

Unfallstellenbegehung und Arbeitserprobung

Mit fast zwei Dritteln der Betroffenen (60,6 %) wurde im Verlauf der Therapie die Unfallstelle in Begleitung des Therapeuten aufgesucht. Mit 38,7 % der Patienten war eine Unfallstellenbegehung therapeutisch nicht erforderlich oder möglich (z.B. wenn die Situation nicht wieder herstellbar war). In einem Fall ist nicht bekannt, ob eine Begehung der Unfallstelle erfolgte und für zwei weitere Fälle liegen keinerlei Informationen diesbezüglich vor.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Arbeitserprobung mit dem Therapeuten (bei einer Probefahrt einschließlich Fahrt über die Unfallstelle). Die Arbeitserprobung wurde mit 64,8 % der behandelten Personen durchgeführt. Auch hier ist eine solche nicht immer möglich oder therapeutisch erforderlich, z.B. wenn das Extremerlebnis durch einen tätlichen Übergriff hervorgerufen wurde. In 2,3 % der Fälle wurde eine Arbeitserprobung als nicht relevant betrachtet und in einem Fall fehlten Angaben zu diesem Punkt.

Katamnesegespräch

Sechs Monate nach der Beendigung der Therapie werden die Patienten schriftlich zu einem Nachgespräch eingeladen. Dieses Gespräch dient der Kontrolle des Therapieergebnisses. Von den 433 Personen, zu denen diesbezüglich Angaben vorliegen, haben 154 Personen (35,2 %) diesen Termin wahrgenommen.

3.2 Zeitabstand zwischen Extremereignis und Erstgespräch

Nach den Vorgaben des Kölner Modells wurden die Fahrer nach einem Extremereignis durch den zuständigen Betriebsärztlichen Dienst der Stadtwerke Köln an das *ipu* überwiesen. Gemäß Abb. 7 hatten etwa 35,5 % der betroffenen Personen ein Erstgespräch am Unfalltag (41 Personen) oder spätestens einen Tag nach dem Extremereignis (114 Personen). 44,9 % der betroffenen Fahrer erschienen innerhalb einer Woche zu einem Erstgespräch, weitere 7,3 % innerhalb von 14 Tagen. 11,9 % der Personen hatten ein Erstgespräch über zwei Wochen nach dem Extremereignis.

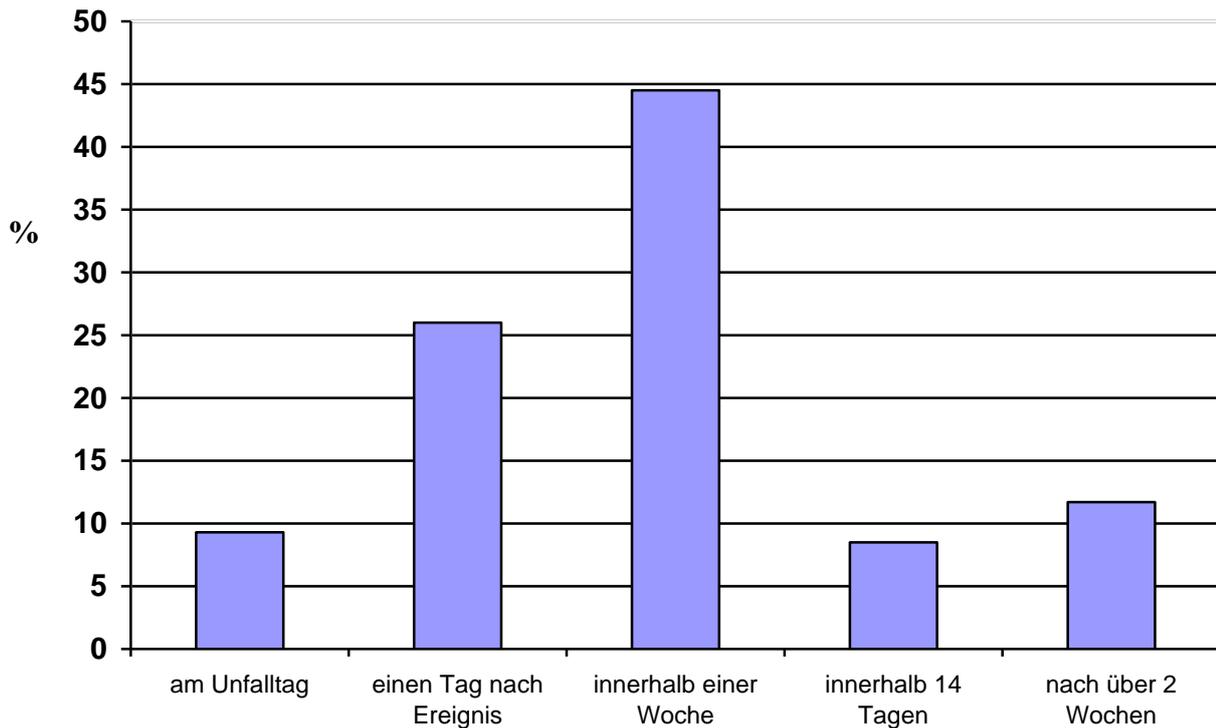


Abb. 7. Zeitabstand zwischen Extremereignis und Erstgespräch

Einige Mitarbeiter melden sich nach einem Extremerlebnis nicht beim betriebsärztlichen Dienst, sondern versuchen erst mit eigenen Strategien das Schockerleben und die damit verbundenen Befindlichkeitsstörungen zu beheben. Die Sozialberatung der Kölner Verkehrsbetriebe übernimmt für die Fahrer auch eine Funktion der Psychoedukation und der Entscheidungsfindung. Stellt sich bei den Gesprächen mit der Sozialberaterin heraus, dass der Mitarbeiter eine intensivere Betreuung braucht, kommt dieser dann erst ins Institut.

3.3 Behandlungsdauer

a) Dauer der Behandlung in Wochen

Die psychotherapeutische Behandlung konnte bei über der Hälfte der Patienten (56,3 %) innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Bei knapp 20 % der Patienten war eine Behandlungsdauer von 2 Monaten erforderlich. Etwa 14 % der Patienten wurden ein halbes Jahr behandelt. Die restlichen 10 % der Betroffenen benötigten einen Behandlungsdauer über ein halbes Jahr hinaus (vgl. Abb. 8). Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt etwas 2 ½ Monate (68,54 Tage), bei Betrachtung des Medians, der robuster gegenüber Ausreißerwerten ist, ungefähr 3 ½ Wochen (24 Tage).

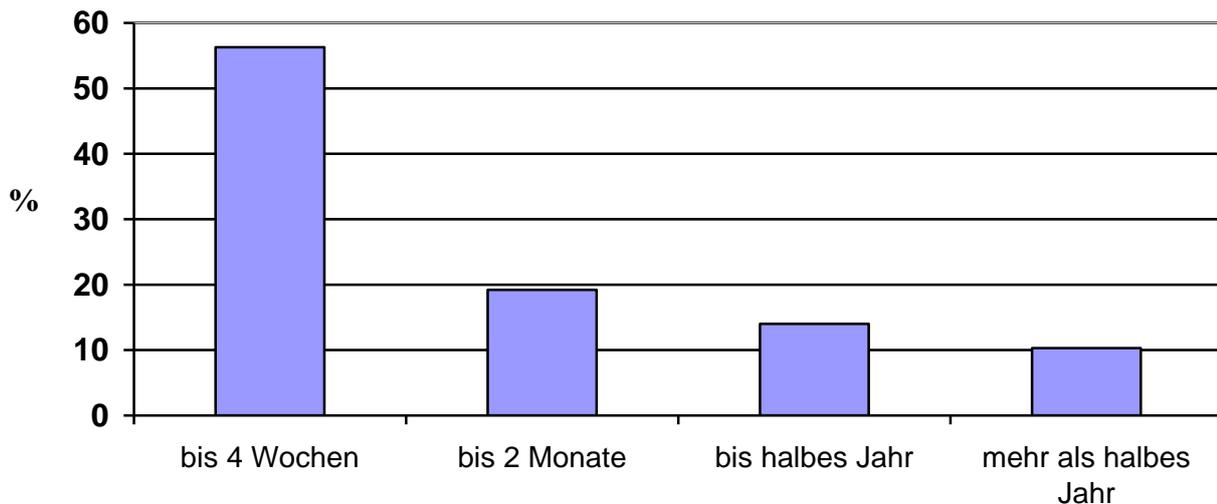


Abb. 8. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer ist nicht mit Arbeitsunfähigkeitszeiten gleichzusetzen, diese werden unabhängig vom Therapeuten durch einen Mediziner (meistens durch den Hausarzt) bescheinigt.

b) Anzahl der Therapietermine pro Patient

Die 437 betroffenen Mitarbeiter erhielten je nach psychischer Lage eine darauf abgestellte Therapiezeit pro Termin. Zu Beginn der Behandlung könnte es sinnvoll sein, mehr als eine Therapieeinheit (50 Minuten) aufzuwenden. Daher ist die Anzahl der Termine kleiner als die Zahl der Therapieeinheiten.

Über die Hälfte (51,2 %) der Patienten kam mit 5 Terminen aus. 45 % der behandelten Personen benötigten 6 bis 25 Sitzungen. In lediglich 4 % der Fälle mussten für die psychotherapeutische Behandlung mehr als 25 Sitzungen aufgewendet werden (vgl. Abb. 9). Die durchschnittlich benötigte Anzahl von Therapietermineinheiten beträgt aufgerundet 8 (arithmetischer Mittelwert), der Median bei 5. Das Maximum lag bei 66 Sitzungen in einem Fall.

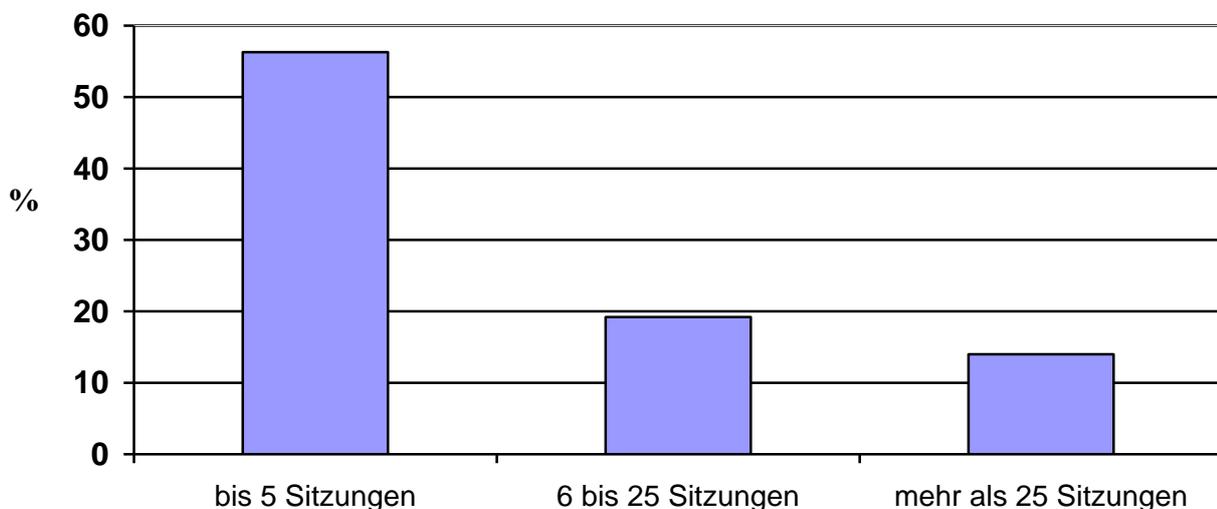


Abb. 9. Anzahl der Sitzungen

c) Anzahl der Therapieeinheiten (TE) pro Person

Mehr als die Hälfte der untersuchten Mitarbeiter benötigten nicht mehr als 10 TE à 50 Minuten (51,8 %). In 30,8 % der Fälle wurden 11 bis 20 TE für die Behandlung aufgewendet. Für 17,4 % der Patienten wurden mehr als 20 TE genutzt (vgl. Abb. 10). Die durchschnittliche Anzahl benötigter Therapieeinheiten beträgt aufgerundet 14 (arithmetischer Mittelwert), der Median 10. Das Maximum lag bei 90 TE pro Person, dies betrifft jedoch lediglich einen Patienten.

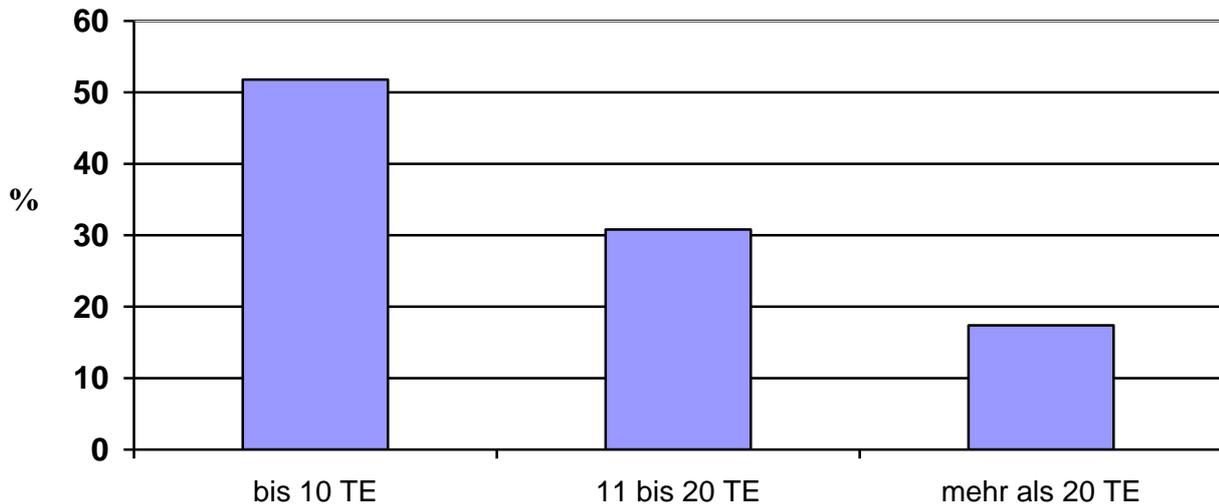


Abb. 10. Therapieeinheiten

3.4 Arbeitsunfähigkeit

Das Vorliegen oder nicht Vorliegen der Arbeitsfähigkeit wird nicht durch den Psychotherapeuten, sondern durch einen Mediziner, zumeist den Haus- oder Betriebsarzt, festgestellt. In 3,4 % der behandelten Fälle wurde keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Bei fast 45 % der behandelten Patienten lag eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 3 Wochen vor (44,2 %). 51 % der Personen in Behandlung waren für mehr als 3 Wochen arbeitsunfähig (s. Abb. 11). In 1,4% der behandelten Fälle waren keine Angaben bezüglich einer Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Das arithmetische Mittel lag bei 5 Wochen, der Median bei 3 Wochen. Die maximale Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug in der untersuchten Stichprobe 72 Wochen, dies aber lediglich in einem Fall.

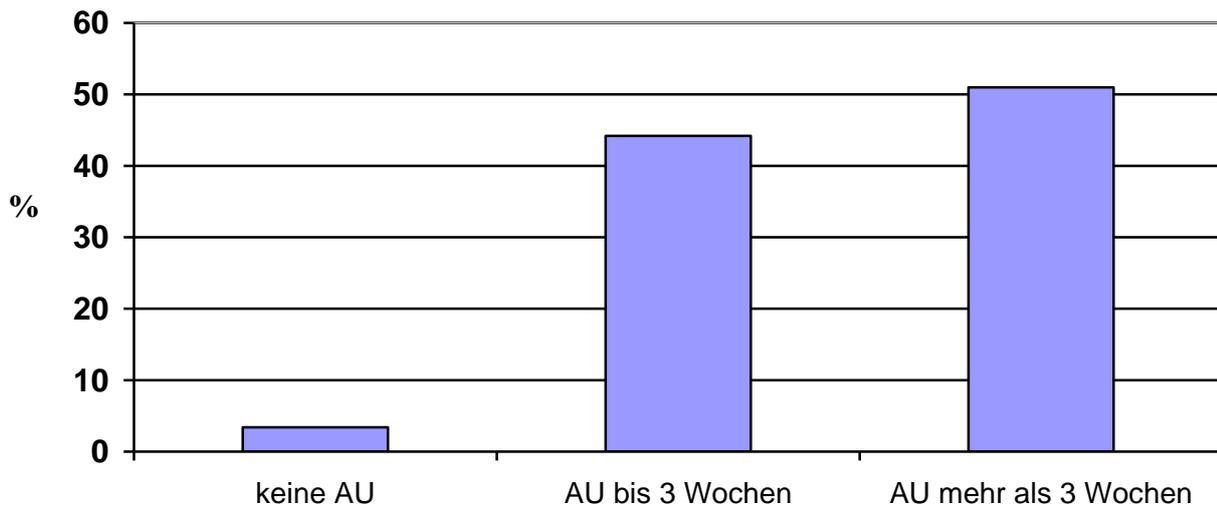


Abb. 11. Dauer der Arbeitsunfähigkeit

3.5 Behandlungserfolg

Angaben zum Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung lagen für 432 der insgesamt 437 behandelten Mitarbeiter vor.

Eine Rückkehr in eine berufliche Tätigkeit konnte in 95,4% der Fälle erfolgen, darunter sind 31 Personen, die eine alternative Beschäftigung anstelle der Fahrtätigkeit aufnahmen. In 1,4 % der Fälle (6 Personen) wurde das Extremerlebnis nicht als wesentliche Ursache für die psychische Beeinträchtigung anerkannt und damit eine weitere Kostenübernahme durch die Berufsgenossenschaft ausgeschlossen. 2,1 % der Personen brachen die Therapie vorzeitig ohne Nennung von Gründen durch Fernbleiben von vereinbarten Terminen ab.

(vgl. Abb. 12).

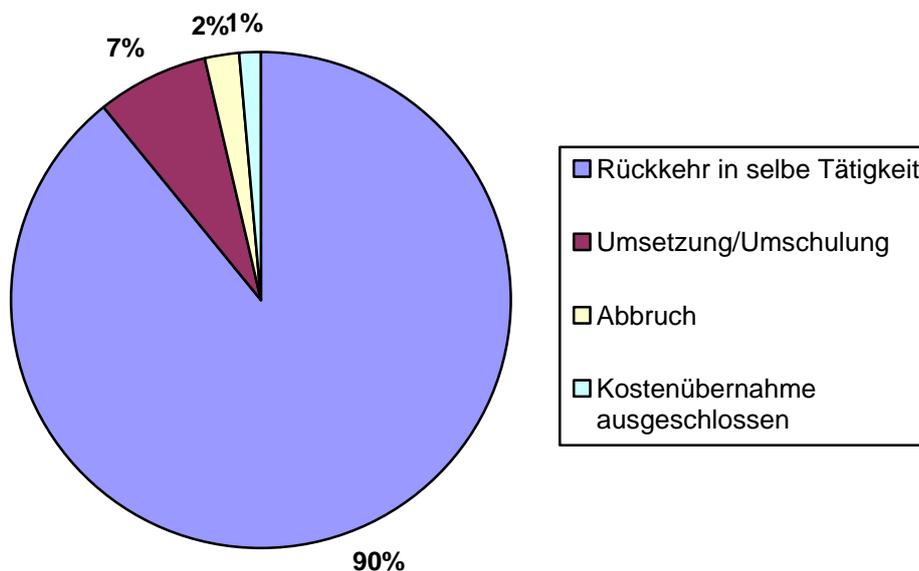


Abb. 12. Therapieerfolg (n= 432; Prozente gerundet)

4 Vergleich: Nach dem Kölner Modell behandelte Patienten vs. Nicht nach dem Kölner Modell behandelte Patienten

In einem direkten Vergleich zweier Patientenstichproben sollte folgender Fragestellung nachgegangen werden: Hat eine zeitnahe psychologische Intervention nach einem Extremereignis (Vorgehen nach dem Kölner Modell) Auswirkungen auf die Behandlungsdauer, die Anzahl der Therapiesitzungen und der Therapieeinheiten?

Zu diesem Zweck wurden zwei Patientengruppen gebildet:

1. **Mitarbeiter, die nach dem Kölner Modell behandelt wurden:** dazu gehören a) Psychologische Ersthilfe direkt nach dem Extremereignis und b) psychotraumatologische Intervention innerhalb von drei Tagen nach dem Extremereignis; n= 437

2. **andere Patienten, die nicht nach dem Kölner Modell behandelt wurden:** Vergleichsgruppe; n= 658

4.1 Anzahl der Therapiesitzungen

Es zeigte sich, dass die Mitarbeiter, die als Patienten nach dem Kölner Modell behandelt wurden, signifikant weniger Therapiesitzungen benötigten (8 Sitzungen vs. 12 Sitzungen; $p < ,001^{***4}$) (s. Abb. 13).

4.2 Anzahl der Therapieeinheiten

Auch bei der Betrachtung der genutzten Therapieeinheiten ergab sich ein ähnliches Bild wie unter Punkt 4.1: Für Patienten, die nach dem Kölner Modell behandelt wurden, wurden weniger Therapieeinheiten aufgewendet (13 TE vs. 19 TE). Dieser Unterschied ist ebenfalls statistisch bedeutsam ($p < ,001^{***}$) (s. Abb. 13).

4.3 Behandlungsdauer

Bereits bei rein augenscheinlicher Betrachtung der Behandlungsdauer von Patienten mit und Patienten ohne Behandlung im Rahmen des Kölner Modells fällt der große Unterschied auf. Patienten, die eine Behandlung nach dem Kölner Modell erfuhren, hatten eine signifikant kürzere Behandlungsdauer als Patienten, deren Behandlung nicht dem Kölner Modell folgte (10 Wochen vs. 27 Wochen, $p < ,001^{***}$) (s. Abb. 13).

⁴ Der Unterschied ist hochsignifikant

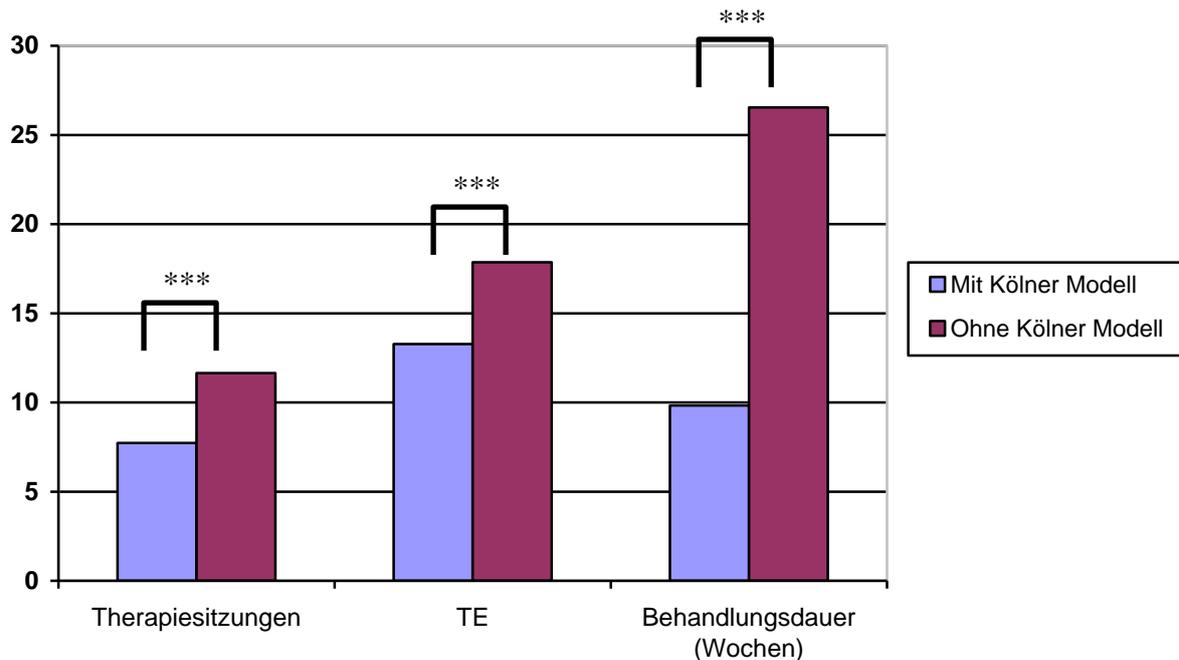


Abb. 13. Vergleich der beiden Gruppen „Behandlung mit Kölner Modell“ vs. „Behandlung ohne Kölner Modell“

5 Fazit

Nach Abschluss der Therapie kehrten 95,4 % der Mitarbeiter in dieselbe Tätigkeit zurück oder nahmen eine alternative Tätigkeit auf. Über die Hälfte der Patienten benötigten nicht mehr als 5 Therapietermine bzw. 10 Therapieeinheiten. Innerhalb von 4 Wochen konnte die Behandlung bei mehr als 50% der Patienten abgeschlossen werden. Dieser Wert darf als hoch angesehen werden und spricht für die Wirksamkeit des Konzepts eines Psychologischen Unfallmanagements, welches im Kölner Modell umgesetzt wird. In dem Ergebnis sind auch Personen mit Spontanremissionen enthalten.

Weiterhin zeigt die vorliegende Untersuchung, dass eine bedarfsorientierte Vorgehensweise bei Dauer und Häufigkeit der Therapietermine bzw. ein möglichst zeitnaher Beginn der Behandlung nach dem Extremerlebnis den Behandlungsverlauf positiv zu beeinflussen scheint. Voraussetzungen für die Umsetzung in die Praxis sind eine flexible und zügige Kostenübernahme durch den Kostenträger und ebenso flexible Einsatzmöglichkeiten auf Seiten der Therapeuten.

Nach eigenen Untersuchungen der beteiligten Berufsgenossenschaft (Keimer, 2003) konnte diese durch das psychologische Unfallmanagement im Kölner Modell ihre Kosten um die Hälfte reduzieren.

Im direkten Vergleich von Patienten, die die Behandlung nach dem Kölner Modell in Anspruch nahmen und Patienten, die nicht nach diesem Modell behandelt wurden, zeigt sich ein deutlicher Unterschied zugunsten der Behandlung nach dem Kölner Modell: Patienten, eine sehr zeitnahe Betreuung nach dem erlebten Extremereignis erfuhren und mit Hilfe ihrer Therapeuten wieder in das Berufsleben integriert wurden, benötigten weniger Therapiesitzungen, weniger Therapieeinheiten und befanden sich insgesamt kürzer in psychotherapeutischer Behandlung.

6 Literatur

Echterhoff, W. & Spoerer, E. (1991). Psychologische Nachsorge für Unfallbeteiligte. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 37, 172-176.

Echterhoff, W. (1992). *Erfahrungsbildung von Verkehrsteilnehmern. Verhaltensbeeinflussung und -änderung im Lebensbereich Straßenverkehr*. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen. Aachen: Verlag Mainz.

Echterhoff, W. (2003). Praktische und konzeptionelle Arbeit in der psychologischen Unfallnachsorge. In: *Notfallpsychologie Ein Arbeitsschwerpunkt der Zukunft?*, Tagungsband der 10. Tage der Klinischen Psychologie 02.03.-09.03.2000 in Köln. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Echterhoff, W. (2009). Psychologische Unfallnachsorge. In: *Enzyklopädie der Psychologie*, Band Verkehrspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT*. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.

Keimer, J. (2003). *Erfahrungsaustausch mit Unternehmen: Betreuung Schockverletzter*. das warnkreuz, 2/03. Reutlingen: Christian Killinger Verlags-GmbH

Langer, E. J. & Roth, J. (1975). Heads I win, tails it's chance: The illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198

Schwarz, R. & Halama, M. (1998). *Psychische Beeinträchtigungen nach Unfällen im Fahrdienst*. das warnkreuz, 9/98. Reutlingen: Christian Killinger Verlags-GmbH