

Aus dem Bereich
Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des
Saarlandes, Homburg/ Saar

**Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme
in der
Psychosomatischen Rehabilitation**

Dissertation zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin der
Medizinischen Fakultät der

UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2016

vorgelegt von: Veruschka Meyer
geb. am: 10.07.1983 in Göttingen

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1. Zusammenfassung	5
2. Einleitung und Zielsetzung	11
3. Theoretische Grundlagen	13
3.1 Psychische Störungen	13
3.1.1 Psychische Störungen im Überblick	13
3.1.2 Psychische Störungen und ihre Bedeutung für die Arbeitswelt.....	17
3.1.3 Das Burnout- Syndrom.....	24
3.2 Übersicht über die häufigsten psychischen Störungen	26
3.2.1 Depressive Störungen.....	26
3.2.2 Anpassungsstörung.....	32
3.2.3 Dysthymia.....	35
3.3 Rehabilitation.....	36
3.4 Rehabilitationskonzepte in der Psychosomatik	39
3.4.1 Multimodales Konzept in der Rehabilitation	39
3.4.2 Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation.....	40
3.4.2.1 Störungs- und Problemspezifische Konzepte	40
3.4.2.2 Berufsbezogene Konzepte	41
3.5 Überleitung	43
4. Fragestellung/ Hypothesen	44
5. Material und Methodik	46
5.1. Studiendesign und Beschreibung der Stichprobe	46
5.2 Fragebögen	47
5.2.1 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	47
5.2.2 Beck- Depressionsinventar II (BDI-II).....	49
5.2.3 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49).....	50
5.3 Statistik.....	51

6. Ergebnisse	53
6.1 Soziodemographische Daten der Stichprobe.....	53
6.2 Psychische Symptombelastung zum Aufnahmezeitpunkt.....	57
6.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster zum Aufnahmezeitpunkt	60
6.4 Psychische Symptombelastung im prä-post Vergleich	62
6.5 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster im prä-post Vergleich	66
6.6 Entlassform der an der Stichprobe teilnehmenden Gruppen im Vergleich	71
7. Diskussion	73
7.1 Vorbemerkung.....	73
7.2 Diskussion der Ergebnisse.....	73
7.3 Limitationen der Studie.....	84
7.4 Schlussfolgerungen.....	85
8. Literaturverzeichnis	88
9. Anhang	101

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
AIT:	Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie
ANOVA:	Univariate Varianzanalyse
APA:	American Psychiatric Association
AVEM :	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BDI-II:	Beck- Depressionsinventar II
Bzw.:	beziehungsweise
CBASP:	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
D:	Depressionsgruppe
DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM-V:	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
HEALTH-49:	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis
IAB:	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10:	Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation
ICF:	International Classification of Functioning, Disability and Health
M:	Mittelwert
MBOR:	medizinisch- beruflich orientierte Rehabilitation
n.s.:	nicht signifikant
SD:	Standardabweichung
StuWi:	stufenweise Wiedereingliederung
vs.:	versus
VT-Gruppe:	Verhaltenstherapeutische Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

1. Zusammenfassung

Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme in der Psychosomatischen Rehabilitation

Hintergrund: Psychische Störungen sind eine stark zunehmende Ursache für Arbeitsunfähigkeitszeiten, ebenso sind sie die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Ein Ziel der Psychosomatischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten beziehungsweise einer Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen. Ein Therapiebaustein der Psychosomatischen Rehabilitation sind Gruppentherapien, hier kann zwischen störungs- und problemspezifischen Konzepten einerseits sowie berufsbezogenen Konzepten andererseits unterschieden werden. Ziel dieser Studie ist es, Patienten aus störungs- und problemspezifischen Konzepten, in dieser Studie Patienten aus der Depressionsgruppe, mit Patienten aus berufsbezogenen Konzepten, in dieser Studie Patienten aus der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie (AIT) Gruppe und der verhaltenstherapeutischen Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen (VT-Gruppe), miteinander zu vergleichen und die Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme in der Psychosomatischen Rehabilitation zu beurteilen.

Methodik: Die in die Studie eingeschlossenen Patienten waren entweder an einer einzelnen depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Episode, einer Anpassungsstörung oder einer Dysthymia erkrankt. Darüber hinaus nahmen die Patienten entweder an der Depressionsgruppe (n= 144), der AIT (n= 138) oder der VT-Gruppe (n= 145) teil. Sowohl zu Beginn als auch gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme bearbeiteten die Patienten einen Test zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), das Beck- Depressionsinventar (BDI-II) und die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). Weiterhin wurden die Patienten in Bezug auf zuvor ausgewählte soziodemografische Variablen untersucht. Die Signifikanzberechnung erfolgte mittels eines χ^2 -Tests. Um einen Vergleich im AVEM, BDI-II und HEALTH-49 der Patienten der verschiedenen Gruppen bei Aufnahme und Entlassung zu erreichen,

wurde die univariate Varianzanalyse sowie der Post- Hoc- Test Tukey- HSD eingesetzt. Daraufhin erfolgte die Berechnung der Effektstärke „Cohens d“.

Ergebnisse: Die Untersuchung der soziodemografischen Variablen zeigte, dass zu Beginn der Rehabilitation signifikant mehr Patienten innerhalb der Depressionsgruppe (23,6%) arbeitslos waren als in der VT-Gruppe (9,0%) und der AIT (10,9%). Nach der Rehabilitation waren in der Depressionsgruppe (16,0%) deutlich mehr Patienten in ihrem Bezugsberuf unter drei Stunden/ Tag einsetzbar als in der AIT (4,3%) und der VT-Gruppe (4,8%). Weiterhin zeigte sich, dass die Patienten der Depressionsgruppe (71,5%) signifikant seltener die Empfehlung bekommen hatten, wieder in ihre bisherige Tätigkeit zurückzukehren und signifikant häufiger die Einschätzung eines aufgehobenen Leistungsvermögens (4,2%) erfolgte als bei den Patienten in der AIT (zurück in die bisherige Tätigkeit: 89,9%, aufgehobenes Leistungsvermögen: 0%).

Die psychische Symptombelastung im BDI-II bei Aufnahme zeigte, dass die Patienten der Depressionsgruppe (M= 27.50) signifikant stärker belastet waren als die Patienten der AIT- (M= 19.98) und der VT-Gruppe (M= 21.76). Im HEALTH-49 zeigte sich ein ähnliches Bild.

Im AVEM zeigten die AIT (M= 17.30) und VT-Patienten (M= 16.89) zu Rehabeginn einen ausgeprägteren beruflichen Ehrgeiz als die Patienten der Depressionsgruppe (M= 15.37), auch zeigten die Patienten der VT-Gruppe (M= 13.18) eine geringere Distanzierungsfähigkeit als die Patienten der Depressionsgruppe (M= 14.68). Insgesamt wiesen die Patienten der Depressionsgruppe im AVEM bei Aufnahme auf mehr Skalen Belastungen auf als die Patienten der VT-Gruppe. Die Patienten der AIT hatten zum Aufnahmezeitpunkt auf den wenigsten Skalen Belastungen. Trotz unterschiedlicher Ausgangswerte zeigten sich bei allen Gruppen ähnliche Effekte im mittleren bis starken Bereich hinsichtlich der Symptomreduktion im BDI-II und Helath-49. Im AVEM konnten die Patienten der AIT und VT-Gruppe stärker profitieren. Die Patienten der AIT konnten ihr Perfektionsstreben am deutlichsten reduzieren. Ebenfalls zeigte sich ein signifikanter Unterschied auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zwischen den Patienten der Depressionsgruppe (M= 1.61) und der AIT (M= 3.10).

Weiterhin zeigte sich, dass die Patienten der AIT (65,9%) am häufigsten arbeitsfähig entlassen wurden, gefolgt von den Patienten der VT-Gruppe (46,9%). In der Depressionsgruppe (35,4%) wurden die wenigsten Patienten arbeitsfähig entlassen, jedoch sollte man hier auch den unterschiedlichen Störungswert zu Beginn der Rehabilita-

tionsmaßnahme berücksichtigen. Die Patienten der VT-Gruppe (17,9%) machten am häufigsten eine stufenweise Wiedereingliederung, gefolgt von den Patienten der Depressionsgruppe (12,5%). Bei den Patienten der AIT (8,7%) erfolgte am seltensten die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Schlussfolgerung: Es zeigte sich, dass die Patienten, die in die Depressionsgruppe eingeteilt wurden, depressiver waren als die Patienten in der AIT und der VT-Gruppe. In der AIT und der VT-Gruppe spielten eher Arbeitsplatzprobleme eine Rolle, dies spricht für eine korrekte Gruppenzuweisung der Patienten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Bei gleicher Effektivität hinsichtlich der Symptomreduktion der Patienten aller Gruppen haben die arbeitsplatzspezifischen Gruppen einen etwas stärkeren Effekt auf diesbezügliche Problemmuster.

Abstract

Effectiveness of work-related psychotherapy programs in psychosomatic rehabilitation

Background: Mental disorders are strongly on the increase as a reason for periods of disability, as well as the most frequent cause for early retirement. The aim of psychosomatic rehabilitation is to preserve the ability to work respectively to prevent disability. One element of psychosomatic rehabilitation is group therapy. Here we can distinguish between fault- and problem specific concepts and work-related concepts. It is the object of this study to compare patients from fault- and problem specific concepts, in this case patients from the depression group, with patients from work-related concepts, in this case patients from work-related interactional therapy (AIT) group and the behavior therapy group for patients with workplace issues (VT-group) and to assess the effectiveness of work related programs in psychosomatic rehabilitation.

Methods: The patients considered in this study were either suffering from a single depressive episode, a recurrent depressive episode, an adjustment disorder, or dysthymia. They attended either the depression group (n=144), the AIT (n=138), or the VT-group (n=145). At the beginning as well as towards the end of the rehabilitation the patients worked on a test regarding work-related behavior and experience patterns (AVEM), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Hamburger modules for measuring generic aspects of psycho-social health in therapeutic practice (HEALTH-49). Furthermore the patients were examined with regard to specific sociodemographic variables. The calculation of significance was done using an χ^2 -Test. To achieve a comparison in the AVEM, BDI-II, and HEALTH-49 between the patients of the different groups upon admission and discharge, the univariate analysis of variance as well as the post-hoc test tukey HSD were used. Thereupon the calculation of the effect size "Cohens d" was done.

Results: The study of the sociodemographic variables showed that at the start of the rehabilitation there were significantly more patients who were unemployed in the depression group (23,6%) than in the VT-group (9%) and the AIT (10,9%). After the

rehabilitation there were considerably more patients in the depression group who were fit to work no more than three hours a day in their occupation (16%) as opposed to those in the AIT (4,3%) and the VT-group (4,8%). Furthermore the patients in the depression group (71,5) were significantly less often encouraged to return to their previous occupation and were significantly more often assessed with a loss of capability (4,2%) than patients in the AIT (back to previous occupation: 89,9%; loss of capability: 0%).

The psychological symptomatology in the BDI-II upon admission showed the patients in the depression group (M= 27.50) were significantly more affected than the patients in the AIT (M= 19.98) and the VT-group (M= 21.76). HEALTH-49 showed a similar picture. In AVEM the AIT (M= 17.30) and VT-patients (M= 16.89) showed at the beginning of the rehabilitation a more pronounced professional ambition than the patients of the depression group (M= 15.37). The patients in the VT-group had a lower distancing capability (M= 13.18) than the patients from the depression group (M= 14.68). All in all, the patients from depression group showed a higher strain on more scales in AVEM than the patients in VT-group. At the time of admission the AIT-patients had the least strains on the fewest scales. Despite different initial scores all groups showed similar effects by a medium to high margin concerning symptom reduction in BDI-II and HEALTH-49. In AVEM the patients in the AIT and VT-group were shown to profit more. The patients in AIT were able to reduce their striving for perfection in the highest measure. There was also a significant difference on the distancing capability scale between the patients in the depression group (M= 1.61) and the AIT (M= 3.10). Furthermore it was found that the AIT-patients had the highest rate of being fit for work at the time of discharge (65,9%). The depression group had the lowest rate (35,4%), however, one needs to take into account the different severity of symptoms at the beginning of the treatment. A gradual reintegration was made most often by patients from VT-group (17,9%), followed by the patients from depression group (12,5%) and least often by the patients from AIT (8,7%).

Conclusion: It was found that the patients assigned to the depression group were more depressive than those in the AIT and VT-groups. In the AIT and VT-groups workplace problems played a bigger role, which indicates a correct assignment at the beginning of the rehabilitation. While having the same effectiveness in terms of symptom reduction in

patients of all groups it can be stated that the work related groups have a slightly stronger effect concerning such problem patterns.

2. Einleitung und Zielsetzung

Eine wichtige Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Lebensqualität ist die psychische Gesundheit. Jedoch sind Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit weit verbreitet, diese erstrecken sich von leichten Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens bis hin zu schweren psychischen Störungen. Eine Rolle bezüglich der psychischen Gesundheit spielen Schutzfaktoren, aber auch Risikofaktoren wie beispielsweise die berufliche Belastung (Robert Koch Institut, 2013). Insgesamt haben psychosoziale Belastungen im Erwerbsleben eine immer größer werdende Bedeutsamkeit (Robert Koch Institut, 2014). Die Erwerbstätigkeit kann jedoch auch positive Aspekte wie Erfolg, gesellschaftlichen Status, finanzielle Sicherheit und Selbstbewusstsein mit sich bringen (Weber et al., 2007). Ebenso kann sie den Alltag strukturieren, den Einzelnen in eine Gemeinschaft einbinden und soziale Kontakte sichern. Diese salutogenetische Aufgabe rückt in der Arbeitswelt jedoch immer mehr in den Hintergrund (Köllner, 2008). Zudem spielt der Verlust von Ressourcen, Kontrollüberzeugung sowie sozialem Rückhalt eine Rolle als Ursache für psychomentale Belastungen (Oetting, 2008).

Psychische Störungen haben nicht nur gesundheitliche Auswirkungen für die Betroffenen, sondern auch sozialmedizinische- und betriebswirtschaftliche Folgen (Linden et al., 2005). Nach den Erkrankungen des Muskel- Skeletts-Systems und Erkrankungen des Atmungssystems stehen die psychischen Erkrankungen an dritter Stelle bezüglich der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2013 (DAK-Gesundheitsreport, 2014). Arbeitsunfähigkeit soll den Patienten eigentlich schützen, sie kann jedoch negative Folgen haben und zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen (Linden et al., 2005). Zudem steigen die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund von psychischen Störungen (Dannenberget al., 2010). Im Jahr 2012 waren 42% der Rentenzugänge auf Grund von verminderter Erwerbsfähigkeit in einer psychischen Störung begründet (Deutsche Rentenversicherung, 2014).

Daneben entstehen durch Mitarbeiter, die eine behandlungsbedürftige Krankheit haben und trotzdem zur Arbeit gehen, erhebliche Kosten durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Produktivitätsverlust. Das Erscheinen eigentlich erkrankter Mitarbeiter am

Arbeitsplatz wird als Präsentismus bezeichnet. Es kann als gesichert angenommen werden, dass das Verhalten, erkrankt zur Arbeit zu gehen, langfristig negative gesundheitliche Folgen für die Betroffenen haben kann (Steinke et al., 2011).

In diesem Zusammenhang kommt der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation eine immer größer werdende Bedeutung zu. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist besonders geeignet für Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen und/oder einer zwischen den Arbeitsanforderungen und der beruflichen Leistungsfähigkeit deutlich bestehenden Diskrepanz (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Der Fokus der medizinisch-beruflichen Rehabilitation wird noch stärker als bisher in der medizinischen Rehabilitation auf den Berufs- und Arbeitsplatzbezug gelegt (Köllner et al., 2014). Die Anforderungen am Arbeitsplatz erfüllen zu können, ist das wichtigste Ziel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Psychosomatik (Deutsche Rentenversicherung, 2012).

Für Gruppentherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation gibt es sehr viele unterschiedliche Konzepte, die sich in der Behandlung von psychischen Störungen etabliert haben (Fiedler, 1999). Beispielsweise gibt es störungs- und problemspezifische Konzepte sowie berufsbezogene Konzepte. Die berufsbezogenen Konzepte sind unter anderem bei Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten oder einer negativen Erwerbsprognose indiziert (Koch et al., 2015).

Ziel dieser Studie ist es, die Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme in der Psychosomatischen Rehabilitation zu beurteilen, indem man Patienten aus berufsbezogenen Konzepten mit Patienten aus störungs- und problemspezifischen Konzepten miteinander vergleicht.

3. Theoretische Grundlagen

3.1 Psychische Störungen

3.1.1 Psychische Störungen im Überblick

Definition

Die Fachdisziplinen Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie verstehen unter psychischen Störungen von Krankheitswert ein sehr weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosebezeichnungen, die in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen durch explizite diagnostische Kriterien und differentialdiagnostische Regeln definiert sind (Wittchen et al., 2001).

Klassifikation

Die Klassifikation der psychischen Störungen erfolgt international in zwei Systemen: die weltweit anerkannte International Classification of diseases (ICD-10) der World Health Organization (WHO) im Rahmen der F- Diagnosen in Kapitel V sowie das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA). Beide Systeme wurden gerade aktualisiert, die aktuelle, international gültige Ausgabe des ICD-10 im Jahr 2012, das DSM-V 2013. Im weiteren Verlauf wird sich die Arbeit an ICD-10 orientieren, da dieses Klassifikationssystem für das deutsche Sozialsystem verbindlich ist. In beiden Systemen werden Psychische und Verhaltensstörungen beschrieben, in denen die Kriterien Symptome, zeitliche Verlaufsaspekte und Schweregrade mit einbezogen werden. Allerdings gibt es leichte Unterschiede in den beiden Systemen bezüglich der Kriterien und der Terminologie. Beide Systeme klassifizieren jeweils substanzinduzierte Störungen, Schizophrenie, affektive Störungen, Störungen, die in Kindheit und Jugend auftreten, Essstörungen, Schlafstörungen, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10 Version 2012, DSM-V Auflage 2013).

Prävalenz, Epidemiologie und Ätiologie

Psychische Störungen kommen in der heutigen Gesellschaft häufig vor, so treten bei 33,3% der Bevölkerung psychische Störungen auf, die klinisch bedeutsam sind (Jachertz, 2013). Schätzungen zufolge erkranken bei den erwachsenen Europäern mehr als 27% mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung (Europäische Kommission, 2005). Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998/99 werden circa 41% der deutschen Bevölkerung wenigstens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkranken, jeder Dritte wird sich auf Grund dessen mindestens einmal professionelle Hilfe suchen (Weber et al., 2006). Angststörungen (14,5%), affektive Störungen (11,9%), somatoforme Störungen (11,0%) und Schmerzstörungen (8,1%) sind in der 12- Monats- Prävalenz die häufigsten psychischen Störungen bei den 18- 65-jährigen deutschen Erwachsenen (nach Angaben des Zusatzsurvey für psychische Störungen aus dem Bundes- Gesundheitssurvey von 1998/99 und Jacobi et al., 2004).

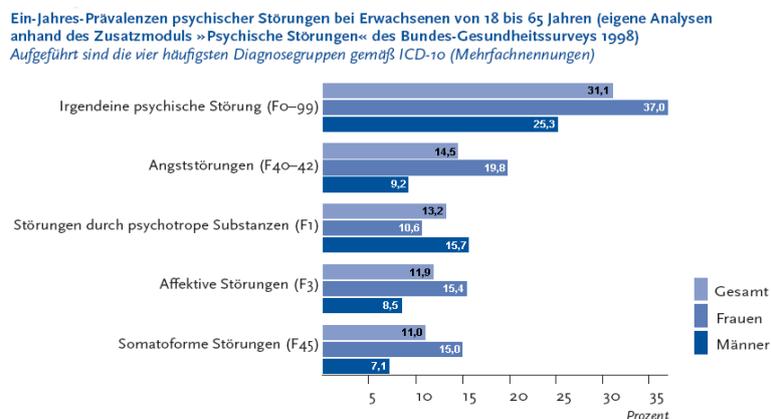


Abb. 1: Ein- Jahres- Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008)

Auch die Einmonatsprävalenz der psychischen Störungen ist höher als allgemein angenommen, so liegt sie bei Frauen bei 21% und bei Männern bei 14% (Siegrist et al., 2008). Es zeigte sich, dass Personen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen, einem Wohnsitz auf dem Land und Personen, die eine Ehe geschlossen haben, eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, an einer psychischen Störung zu erkranken (Meyer et al., 2000).

Die Unterversorgung von Patienten mit psychischen Störungen stellt eine Problemsituation dar. Laut einer Erhebung des Bundes- Gesundheitssurveys von 1998/1999 waren 32% der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer oder mehreren psychischen Störungen erkrankt. Jedoch waren nur 36% der Betroffenen im Jahr vor der Erhebung in Kontakt mit ihrem Hausarzt oder einer psychotherapeutischen Einrichtung. Lediglich 10% der Patienten haben an einer geeigneten Therapie teilgenommen (Wittchen et al., 2001). Erwachsene müssen durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten, im Schnitt ist ein diagnostisches Erstgespräch nach 1,9 Monaten möglich. Weiter zeigen Analysen, dass lediglich die Hälfte aller anfragenden Patienten probatorische Sitzungen erhalten, von diesen wird nur 61% nach den probatorischen Sitzungen ein ambulanter Psychotherapieplatz angeboten (Robert Koch Institut, 2008). Mit der unzureichenden Versorgungssituation geht die Gefahr der Chronifizierung der psychischen Störung einher und somit eine Verschlechterung der Prognose.

Psychische und Verhaltensstörungen, die im ICD-10 beschrieben sind, sind komplexe Erkrankungen, die multifaktoriell bedingt auftreten können und sich auf der kognitiven oder affektiven Ebene sowie auf dem motorischen und sozialen Verhalten manifestieren können (Weber et al., 2006). Insgesamt gibt es also nicht nur einen Grund für die Krankheitsentstehung. So können zum Beispiel die genetische Disposition, Lebensereignisse, die aktuelle psychosoziale Belastung oder neurobiologische Prozesse eine Rolle spielen. Neurochemische und neuroendokrinologische Korrelate können beispielsweise ein Mangel der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin im synaptischen Spalt sein. Als Auslöser für eine psychische Störung kommen aber auch somatische Erkrankungen wie Hypothyreose, Hirntumore, Vitaminmangelerkrankungen und Anämie in Frage (Köllner, 2007). Psychische Störungen treten häufig komorbid mit somatischen Erkrankungen auf und können den Leidensdruck somatischer Erkrankungen verstärken, wie beispielsweise bei Krankheiten mit starken Schmerzsyndromen (Pieper et al., 2008). Bei primär somatischen Leiden wie Herz- oder Krebserkrankungen können sich psychische Störungen als Begleiterkrankungen manifestieren. Auch weisen Personen, die an einer psychischen Störung erkrankt sind, oftmals Kriterien für andere psychische Störungen auf. Sie finden sich in jeder Altersstufe nahezu gleich häufig (Jacobi et al., 2004).

Vulnerabilitäts- Stress- Modell

Von Zubin und Spring wurde 1977 das Vulnerabilitäts- Stress- Modell entwickelt, das ursprünglich für die Erkrankung der Schizophrenie ausgearbeitet wurde. Mittlerweile wird dieses Modell jedoch als Erklärungsmodell für viele psychische Störungen herangezogen. In diesem Modell wird beschrieben, dass es nur dann zu einem Krankheitsausbruch kommt, wenn zwei Faktoren zusammen wirken. Sowohl die Vulnerabilität, also die Verletzlichkeit, die bei einem Menschen entweder angeboren oder durch Lebensereignisse erworben sein kann, spielt eine Rolle als auch zusätzliche Stressfaktoren, die im privaten Bereich begründet sein können. Werden die Belastungen zu groß und überschreiten eine von Person zu Person individuelle Schwelle, kommt es zu einem Krankheitsausbruch. Wie ein Mensch auf die zusätzlichen Stressfaktoren reagiert, ist individuell unterschiedlich, so erkranken manche Menschen an einer depressiven Störung, andere entwickeln Zwänge, Ängste, eine posttraumatische Belastungsstörung, leiden an Psychosen oder bekommen somatische Erkrankungen wie beispielsweise ein Magengeschwür oder Herzrhythmusstörungen. Ob es zu einem Krankheitsausbruch kommt, ist im Wesentlichen auch davon abhängig, wie groß die soziale Unterstützung ist und ob diese Person für sich Modelle erarbeiten konnte, ihre individuellen Frühwarnsymptome zu erkennen und im weiteren Schritt dem Krankheitsausbruch entgegenzuwirken.

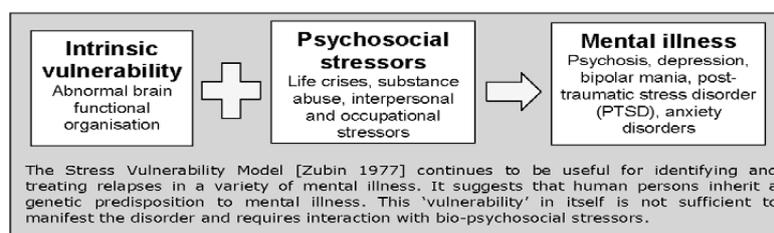


Abb. 2: Vulnerabilitäts- Stress- Modell (nach Goh und Agius 2010)

Stigmatisierung

Häufig werden Patienten mit psychischen Störungen von anderen stigmatisiert oder stigmatisieren sich selbst. Die Selbststigmatisierung kann eine größere Belastung für die Patienten darstellen als die psychische Störung an sich (Rüsch et al., 2005). Es werden verschiedene Grundformen der Stigmatisierung unterschieden: die öffentliche Stigmatisierung, in dem Erkrankte durch beispielsweise Arbeitgeber benachteiligt wer-

den, die Selbststigmatisierung, in der Erkrankte den Vorurteilen anderer gegenüber psychischen Störungen zustimmen und für sich annehmen und die strukturelle Stigmatisierung, bei der gesellschaftliche Normen Personen mit psychischen Störungen benachteiligen (Corrigan, 2005, Rüscher, 2010). Stigmatisierungen können sich auf die Therapiemotivation und die Behandlung auswirken und sie negativ beeinflussen (Schomerus et al., 2009). Die Motivation und die Einstellung eines Patienten zu seiner psychischen Störung sind bedeutend für den Therapieerfolg. So begünstigt eine offene Einstellung gegenüber Psychotherapie den Therapieverlauf und die Heilungschancen (Schneider et al., 1999). Dies ist einer der Gründe, warum in den nächsten Jahren noch weiter an der Akzeptanz von psychischen Störungen gearbeitet werden sollte.

Therapie

Für den Patienten, der an einer psychischen Störung erkrankt ist, gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten. Dabei werden bei der Wahl der Therapiestrategie die Klinik des Patienten, die Schwere der Symptome, der Krankheitsverlauf sowie die Präferenz des Patienten mit in die Entscheidung einbezogen. Auf Grund der Häufigkeit von psychischen Störungen ist die Behandlung zunächst primärärztliche Aufgabe (Köllner, 2007). Das Behandlungsziel ist nicht nur die Symptomatik zu verbessern oder zu heilen, sondern auch die persönliche Beziehungsgestaltung zu verbessern und das Selbstwertgefühl zu regulieren, um eine bleibende Veränderung zu erreichen (Herzog et al., 2013). Als Therapiemöglichkeiten bieten sich unter anderem der Einsatz von Psychopharmaka sowie Psychotherapie an. In Abhängigkeit von beispielsweise der Schwere der Symptomatik, bei Therapieresistenz oder bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist die Mitbehandlung eines Facharztes empfohlen (DGPPN, 2012).

3.1.2 Psychische Störungen und ihre Bedeutung für die Arbeitswelt

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an Arbeitnehmer gewandelt, so sollen sie mobil und flexibel sein, jedoch nimmt die Unsicherheit in Bezug auf den Arbeitsplatz immer mehr zu (Beutel et al., 2013). Auch haben sich die Belastungen in der Arbeitswelt verändert, während früher vor allem physische Belastungen im Vordergrund standen, ist es heute vor allem eine „psychomenteale Beanspruchung“ (zitiert

nach Beutel et al., 2013, Limm et al., 2010). Es gibt Zusammenhänge zwischen chronischem Stress im Beruf und psychischen und somatischen Erkrankungen, so kann chronischer Arbeitsstress Erkrankungen wie Depressionen, Ängste, kardiovaskuläre Erkrankungen, Alkoholabhängigkeit oder muskuloskeletale Erkrankungen begünstigen (Limm et al., 2010). Daraus können krankheitsbedingte Ausfalltage und schließlich eine Erwerbsunfähigkeit resultieren. Eine längere Arbeitsunfähigkeit birgt das Risiko der Chronifizierung der durch den Arbeitsstress ausgelösten Erkrankung (Beutel et al., 2013).

Absentismus und Präsentismus

In der Arbeitspsychologie werden Fehlzeiten, die auf Grund mangelnder Arbeitsmotivation, Problemen im Privatbereich oder geplantem Fernbleiben vom Arbeitsplatz entstehen, mit dem Begriff Absentismus bezeichnet. In Deutschland dürfen Arbeitnehmer bis zu drei Tage der Arbeit fernbleiben, ohne ein ärztliches Attest zu benötigen. Es ist nur sehr schwer festzustellen, inwieweit Krankmeldungen ohne ärztliche Bescheinigung auf tatsächlich bestehende Krankheiten zurückzuführen sind (Hanebuth et al., 2006).

Das Gegenteil zu Absentismus beschreibt der Präsentismus. Hierunter versteht man das Erscheinen am Arbeitsplatz eigentlich erkrankter Mitarbeiter, die häufig aus Angst vor Arbeitsplatzverlust, stark ausgeprägtem Pflichtbewusstsein oder aus Loyalität zu den Kollegen eine Krankmeldung vermeiden möchten (Steinke et al., 2011). Auch hat eine große Anzahl von Arbeitnehmern Angst, eine psychische Störung als Grund für Arbeitsunfähigkeit anzugeben, da sie befürchten, dass diese als Fehlgrund nicht akzeptiert wird (DAK Gesundheitsreport, 2005). Allerdings können die erkrankten Mitarbeiter trotz Anwesenheit nicht ihre volle Leistungsfähigkeit abrufen, was mit Unfallgefahr und Produktivitätsverlust einhergeht. Dieser Produktivitätsverlust hat für die Unternehmen kostenintensive Folgen (Köllner, 2008). Trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen kann für die Betroffenen negative Auswirkungen auf ihre weitere Gesundheit haben (Kivimäki et al., 2005) und kann zukünftig eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bedeuten (Bergström et al., 2009). Die Kosten durch Präsentismus sind beträchtlich und übersteigen die Kosten, die durch Absentismus entstehen (Steinke et al., 2011).

Psychische Störungen und Arbeitsunfähigkeit

Es ist eine große Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten bedingt durch psychische Störungen zu beobachten. Von 1997 bis 2012 nahmen die Fehltage aufgrund psychischer Störungen um 165% zu (DAK Gesundheitsreport, 2013).

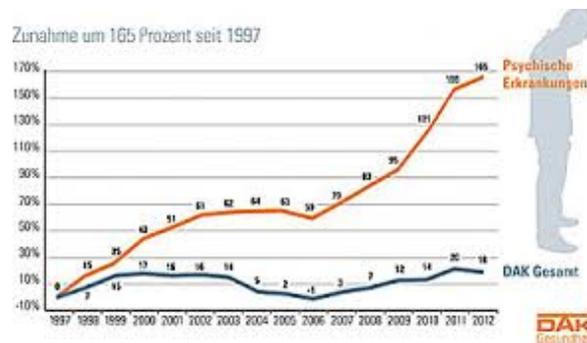


Abb. 3: Anstieg der Fehltage je 100 Versichertenjahre seit 1997 (DAK Gesundheitsreport, 2013)

In den vergangenen fünf Jahren erfolgte ein Anstieg der wegen psychischer Störungen getätigten Krankschreibungen um circa 60% (Deutsches Ärzteblatt, 2012). Die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund depressiver Störungen nahmen von 2000 bis 2004 um 42% zu. 30% der Erkrankten gaben an, in ihrer Arbeitsproduktivität eingeschränkt zu sein. Nach Rückenschmerzen (7,6%) und akuten Atemwegserkrankungen (4,0%) steht die depressive Episode an dritter Stelle (3,1%) bei den Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit. An neunter Stelle stehen die Anpassungsstörungen (Köllner, 2007). Insgesamt ist jedoch ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehltage zu erkennen, wenn man die Krankentage in Gesamtheit aller Erkrankungsarten betrachtet (Jakobi, 2009). Dies zeigt noch einmal die hohe Bedeutung der psychischen Störungen für die Arbeitswelt. Frauen waren 2001 insgesamt etwas häufiger arbeitsunfähig geschrieben als Männer, allerdings liegt die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankheitsfall bei beiden Geschlechtern bei 12 Tagen (Robert Koch Institut, 2005). Es gibt bei den Geschlechtern jedoch Unterschiede in Bezug auf die Diagnosen, die zu Arbeitsunfähigkeit führen. Während Männer häufiger mit Kreislauferkrankungen arbeitsunfähig geschrieben sind, fallen Frauen häufiger wegen einer psychischen Störung aus. Jedoch führen bei beiden Geschlechtern psychische Störungen zu den längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten (Robert Koch Institut, 2005).

Direkte und indirekte Kosten durch psychische Störungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass manche psychische Störungen sehr kostenintensiv sind, sie betragen schätzungsweise 3- 4% des Bruttoinlandsprodukts (Europäische Kommission, 2005). In diesem Zusammenhang geht es weniger um die direkten Kosten, die Therapie und Diagnostik beinhalten, sondern vielmehr um die indirekten Kosten. Diese entstehen unter anderem durch Krankengeldzahlungen und Produktivitätsausfall. Im Jahr 2003 suchten Patienten, die aktuell an einer psychischen Störung litten, mit durchschnittlich 3,8 Besuchen den Hausarzt häufiger auf als Patienten, die früher einmal an einer psychischen Störung erkrankt oder Personen, die noch niemals an einer psychischen Störung erkrankt waren. Auch suchten Patienten mit einer psychischen Störung häufiger einen Facharzt auf und verbrachten mehr Tage in einem Krankenhaus (Jacobi et al., 2004).

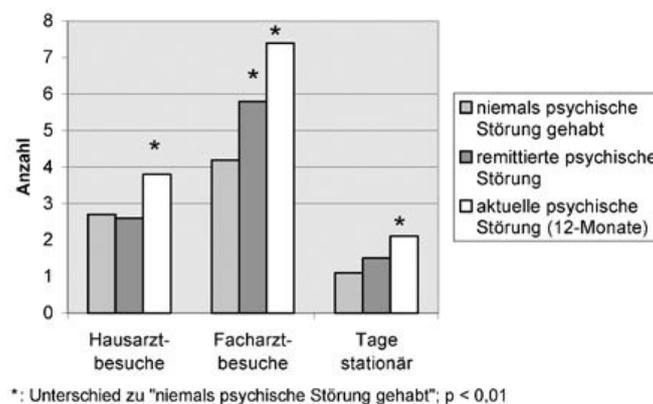


Abb. 4: Psychische Störungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im letzten Jahr (Jacobi et al., 2004)

Psychische Störungen und Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit kann psychische Störungen begünstigen. Die Erwerbstätigkeit bringt auch positive Aspekte wie Erfolg, gesellschaftlichen Status, finanzielle Sicherheit und Selbstbewusstsein mit sich. Wie Betroffene mit der Situation der Arbeitslosigkeit umgehen, hängt unter anderem von der Dauer der Arbeitslosigkeit, der finanziellen Situation, dem Geschlecht sowie dem Lebensalter ab. Wichtig ist insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit. So war nach einer Erhebung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung auf Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels bei Langzeitarbeitslosen die Lebenszufriedenheit 2005 genauso niedrig wie bei Pflegebedürft-

tigen. Unter Langzeitarbeitslosen versteht man Personen, die seit mindestens einem Jahr keine Arbeit haben (Weber et al., 2007). Langzeitarbeitslosigkeit kann ein Auslöser für psychische Störungen sein. Wenn eine Person jedoch wieder in das Erwerbsleben eintreten kann, verbessert sich ihre psychische Situation meist deutlich (IAB Kurzbericht, 2003). Neben psychischen Störungen gibt es noch andere mit Arbeitslosigkeit assoziierte somatische Erkrankungen wie Stoffwechselstörungen, Adipositas und Herz-Kreislauf- Erkrankungen (Weber et al., 2007). Zudem kann Arbeitslosigkeit auch bei dem Thema Suizid eine Rolle spielen. So steigt die Suizidrate der unter 65- Jährigen mit jedem Prozent mehr Arbeitslosigkeit um 0,8% an (Wolfersdorf, 2013). Das Mortalitätsrisiko steigt bei Arbeitslosen ebenfalls an. So war das Risiko der Sterblichkeit in einem Zeitraum von 2000 bis 2003 bei Personen, die mindestens zwei Jahre arbeitslos waren, im Gegensatz zu dauerhaft Erwerbstätigen um den Faktor 3,8 erhöht (Hollederer, 2005). Die Frage, ob Krankheit zu Arbeitslosigkeit („Selektionshypothese“) führt oder ob Arbeitslosigkeit krank macht („Kausalitätshypothese“), kann aus wissenschaftlicher Sicht noch immer nicht beantwortet werden. Für die „Selektionshypothese“ spricht, dass nach Daten des telefonischen Gesundheitssurveys aus 2003 etwa ein Viertel der arbeitslosen Männer ihre Arbeit auf Grund von Krankheit verloren haben (Weber et al., 2007).

Bei Arbeitslosigkeit spielen altersabhängige Belastungsprofile, die abhängig sind von der individuellen Bedeutung der Arbeit, eine Rolle oder ob man schon Erfahrungen in der Arbeitswelt gemacht hat. Arbeitslose im mittleren Alter, die meist auch von ihrem Einkommen abhängige Angehörige haben, haben meist ein höheres Belastungsprofil als ältere Arbeitslose, die für sich häufig schon, wenn auch aus Resignation, eine vorzeitige Verrentung in Betracht ziehen. Bei den jüngeren Arbeitslosen, die noch nie gearbeitet haben, ist das Belastungsprofil oft ebenfalls nicht so hoch (Kieselbach et al., 2006).

Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Bei Arbeitslosen sind die Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit besteht, höher als bei Erwerbstätigen. So waren nach einer Bundesstatistik im Jahr 2000 die Arbeitsunfähigkeitszeiten der arbeitslosen Personen mit 22 Tagen deutlich höher als die der pflichtversicherten Beschäftigten mit 13 Tagen. Ebenfalls große Unterschiede gab es bei der Dauer des Krankengeldbezugs. Bei den pflichtversicherten Beschäftigten betrug diese

75,3 Tage, im Gegensatz dazu betrug die Dauer des Krankengeldbezugs bei Arbeitslosen 101,6 Tage (Hollederer, 2002).

Frühverrentung und Invalidisierung

Zudem spielen die psychischen Störungen bei der Frühverrentung und Invalidisierung eine große Rolle (Europäische Kommission, 2005). Im Jahr 2002 lag das Renteneintrittsalter aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit für Frauen bei 49,5 Jahren und für Männer bei 51,1 Jahren. 1980 lag das Renteneintrittsalter in den alten Bundesländern für Frauen noch bei 57,7 Jahren und für Männer bei 54,4 Jahren. Daraus folgt, dass vor allem Frauen deutlich früher in Rente gehen. Dies ist zum einen in einer gesetzlichen Änderung der Zugangsvoraussetzungen seit 1984 zu begründen, zum anderen spielen auch Arbeitsmarktprobleme und gesundheitliche Faktoren eine Rolle (Robert Koch Institut, 2005). Zudem steigen die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund psychischer Störungen. Während im Jahr 2001 der Anteil der Zugänge noch bei 26,8% lag, betrug er 2009 37,7%. Frauen gehen mit diesem Krankheitsbild mit 55% deutlich häufiger in Erwerbsminderungsrente als Männer mit 45% (Dannenberget al., 2010). Im Jahr 2012 waren 42% der Rentenzugänge auf Grund von verminderter Erwerbsfähigkeit in einer psychischen Störung begründet (Deutsche Rentenversicherung, 2014).

Salutogenese und Kohärenzgefühl

Das Salutogenesekonzept (lateinisch *salus*- Gesundheit und *-genese*, also Gesundheitsentstehung) des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) beschreibt die Aspekte, die eine Rolle bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Gesundheit spielen. Ein wichtiger Faktor des Salutogenesekonzepts ist das Kohärenzgefühl. Ein hohes Ausmaß an Zuversicht, dass die Ereignisse, mit denen Menschen konfrontiert werden, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind sowie die Sicherheit, die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu haben, und die Zuversicht, dass sich der Einsatz dieser Ressourcen lohnt, führt nach Ansicht von Antonovsky zur Herstellung von Gesundheit. Nach der salutogenetischen Sichtweise ist ein Mensch nie nur gesund oder nur krank. So werden Patienten nicht in ihrer Krankenrolle fixiert und ein chronisches Krankheitsverhalten kann verhindert werden. Ebenso können Sorgen, Ängste, Wut oder

Ärger die Befindlichkeit des Individuums bestimmen und die Darstellung von Symptomen beeinflussen. Stressoren sind nach dem salutogenetischen Ansatz nicht nur pathogen. Sie können schädlich sein, können aber auch eine Herausforderung sein und somit eine Möglichkeit geben, eine Aufgabe zu bewältigen. Für einige Menschen ist ein bestimmtes Maß an Stress sogar wichtig, um sich wohlfühlen. Die Menschen, die ein großes Vertrauen haben, dass die Ressourcen, die sie zur Bewältigung der Anforderungen benötigen, auch verfügbar sind und das Gefühl haben, dass diese Anforderungen das Engagement und die Investition verdienen, kommen mit den Belastungen besser zurecht als Menschen, die dieses Gefühl nicht haben (Broda, 2005). Zu den Ressourcen zählen unter anderem gute Wohnverhältnisse, materielle Sicherheit, familiäre und soziale Beziehung und vor allem auch befriedigende Arbeitsbedingungen (Ducki, 2000). Die Arbeitsaufgaben sollten definiert sein und die Beschäftigten zwar herausfordern, aber auch gut zu bewältigen sein. Die Vorgesetzten sollten dauerhaft, jedoch nicht zu dicht, aber auch nicht zu gering im Kontakt mit ihren Mitarbeitern sein. Für effektives und gutes Arbeiten ist ein Arbeitsklima ohne Angst sowie eine professionelle Gestaltung der Beziehung der Mitarbeiter von großer Bedeutung (Bauer, 2013).

Engagement

Ein weiteres Problem ist die emotionale Bindung der Arbeitnehmer an ihren Arbeitsplatz. Im Jahr 2013 zeigten sich nur 16% der Arbeitnehmer in Deutschland wirklich engagiert und gaben an, eine hohe emotionale Bindung zu ihrem Arbeitsplatz zu haben. Eine Arbeitszufriedenheitsstudie zeigte, dass 67% der Arbeitnehmer im Jahr 2013 unengagiert waren und keine Verpflichtung ihrer Arbeit gegenüber verspürten. Weitere 17% zeigten sich sogar „aktiv unengagiert“ und zeigten ein Verhalten, das eine Belastung für die Unternehmen in Bezug auf die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit darstellte. Teilweise hatten sie ihre „innere Kündigung“ auch schon beschlossen. Gerade bei den emotional nicht gebundenen Mitarbeitern zeigten sich sehr viele Fehltag. So hatten sie gegenüber ihren emotional gebundenen Kollegen 70% höhere Fehlzeiten. Fehltag, verminderte Produktivität und hohe Mitarbeiterfluktuation lassen nach der Gallup- Studie Kosten in Höhe von 110 Milliarden Euro entstehen (Berkemeyer, 2013).

3.1.3 Das Burnout- Syndrom

Der Begriff Burnout, der sich vom englischen to burn out (ausbrennen) ableitet, wurde 1974 von Herbert J. Freudenberger in Bezug auf einen speziellen Fall arbeitsbezogener chronischer Erschöpfung geprägt (Freudenberger, 1974, Eisenberg et al., 2008). Das Burnout- Syndrom entsteht primär durch die Arbeitsplatzsituation (Bauer, 2013). Es kann durch ein Ungleichgewicht zwischen den Möglichkeiten und Merkmalen einer Person und den Möglichkeiten und Merkmalen in ihrem Beruf entstehen (Schüler-Schneider et al., 2011). Betroffene zeigen zu Beginn oft eine hohe Motivation und eine große Einsatzbereitschaft. Wenn im Verlauf jedoch Zweifel aufkommen, ob sie die eigenen hohen Ansprüche auch umsetzen können und Probleme mit der Arbeitsorganisation oder Konflikte auftreten, kann dies zu Frustration führen. Zeigt der Betroffene trotz Zweifel weiterhin eine hohe Verausgabungsbereitschaft, kann er im Verlauf an dem Burnout- Syndrom erkranken (Leppin, 2006). Zu Beginn wurde das Burnout- Syndrom nur bei helfenden Berufen beschrieben, mittlerweile gilt der Begriff jedoch Berufsgruppen übergreifend.

Symptome

Burnout beschreibt eine auf dauerhafte Stressbelastungen im Beruf auftretende affektive Reaktion (Schulze, 2009). In diesem Zusammenhang gibt es drei wesentliche Symptome, die mit Erschöpfung, Zynismus und Ineffektivität beschrieben werden (Maslach et al., 2001). Das Initialsymptom bei einem Burnout- Syndrom ist die Erschöpfung. Mit Erschöpfung wird die Überforderung durch die Arbeit beschrieben. Zynismus beschreibt die gleichgültige Haltung der Betroffenen gegenüber der Arbeit oder Kunden. Unter Ineffektivität versteht man das Gefühl von Versagen im Beruf sowie einen Verlust der eigenen Kompetenz (Beschoner et al., 2009). Aber auch andere Symptome wie Energieverlust, Schlafstörungen, körperliche Beschwerden und Probleme im privaten Bereich werden häufig mit dem Burnout- Syndrom in Zusammenhang gebracht (Hillert et al., 2008). Das Burnout- Syndrom unterscheidet sich von einer depressiven Störung unter anderem darin, dass sich Betroffene schnell wieder in den Ferien erholen können, auch wenn sie davor einer Depression ähnliche Symptome gezeigt haben (Beutel et al., 2013). Die beiden Störungsbilder verbindet jedoch das Gefühl der emotionalen Erschöpfung (Bauer, 2013).

Prävalenz

Da 30- 35% der deutschen Lehrer, 15- 30% der deutschen Ärzte und 40- 60% der deutschen Pflegenden von dem Burnout- Syndrom betroffen sind, ist es wichtig, dies bereits früh zu erkennen und zu behandeln, auch wenn das Feststellen des Burnout- Syndroms manchmal aufgrund der fehlenden eindeutigen diagnostischen Kriterien schwierig sein kann (Rösing 2003, Eisenberg 2008). Das Burnout- Syndrom sollte aus fachärztlicher Sicht als ein zusätzlicher Aspekt angesehen werden, der sehr wichtig für die Entstehung psychischer Störungen sein kann. Bei gezielter Prävention kann eventuell die Weiterentwicklung des Burnout- Syndroms in eine psychische Störung verhindert werden (Beschoner et al., 2009). Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, wenn man an einem Burnout- Syndrom leidet, ist mehr als zweifach erhöht. Des Weiteren zeigte eine Untersuchung, dass 40% der Patienten mit einem schweren Burnout- Syndrom auch an einer schweren Depression erkrankt sind. Hat ein Erwerbstätiger hohen Arbeitsstress, so hat er ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko, ein Burnout- Syndrom zu entwickeln (Bauer, 2013).

Klassifikation

Burnout ist im ICD-10 nicht bei den psychischen Störungen im Kapitel V im Rahmen der F- Diagnosen zu finden, sondern ist in Kapitel Z, Abschnitt Z73, unter Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung beschrieben. Es ist im Gegensatz zu psychischen Störungen keine Behandlungsdiagnose, sondern kann lediglich als zusätzliche Diagnose verwendet werden.

Stigmatisierung

Jedoch hat der Begriff Burnout- Syndrom seine Daseinsberechtigung, da es den Betroffenen manchmal leichter fällt, therapeutische Hilfe anzunehmen, da dieser Begriff nicht negativ besetzt ist. Psychische Störungen können die Betroffenen stigmatisieren, dies tut der Begriff Burnout- Syndrom kaum (Bergner, 2008). Gelegentlich kann der Begriff Burnout- Syndrom sogar das Gegenteil bewirken, da manche Menschen mit diesem Begriff eine Person verbinden, die sich in ihrem Beruf bis zur Erschöpfung verausgab hat und sie davon beeindruckt sind.

Therapie

Bei der Therapie des Burnout- Syndroms spielt die Vermittlung von Informationen durch Psychoedukation oder das Empfehlen von Bibliothherapie eine große Rolle. Bei betroffenen Personen, die nach Hilfe fragen, kann es erst einmal sinnvoll sein, sie aus der belastenden Situation herauszunehmen. Jedoch birgt eine längere Zeit der Arbeitsunfähigkeit die Gefahr der Vermeidung der belastenden Situation und eine negative Verstärkung der Symptome. Dies kann letztendlich die Erwerbsfähigkeit gefährden (Eisenberg et al., 2008).

3.2 Übersicht über die häufigsten psychischen Störungen

In dieser Arbeit wird im weiteren Verlauf auf depressive Störungen, Anpassungsstörungen und Dysthymia eingegangen, da die Patienten aus der Stichprobe dieser Arbeit an einer oder mehrerer dieser Diagnosen erkrankt sind. Zudem ist die depressive Störung die häufigste Diagnose in der Psychosomatischen Rehabilitation.

3.2.1 Depressive Störungen

Die Depression ist eine psychische Störung, die mit gedrückter Stimmung, Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit und Antriebsmangel einhergeht. Das Wort stammt von dem lateinischen Begriff *deprimere* ab, welchen man mit „niederdrücken“ übersetzen kann. Die Diagnose der Depression wird nach Verlauf und Symptomen gestellt. Von der Depression abzugrenzen ist die Trauer oder Traurigkeit. Mit dem Gefühl der Traurigkeit geht in der Regel kein Verlust des Selbstwertgefühls einher (Keller, 2013).

Klassifikation und Symptome

Die Depression ist neben der Manie, den bipolaren Störungen, der Zykllothymia und der

Dysthymia in der ICD-10 in dem Kapitel der affektiven Störungen beschrieben. Unter den affektiven Störungen kommt der Depression die größte Bedeutung zu, da sie von den affektiven Störungen am häufigsten auftritt (Laux, 2007). Die Symptome einer Depression werden in der ICD-10 in Haupt- und Zusatzsymptome unterteilt. Zu den Hauptsymptomen zählen gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsmangel, während bei den Zusatzsymptomen Konzentrationsstörungen, mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld, pessimistische und negative Zukunftsperspektive, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust sowie Libidoverlust genannt werden.

In der ICD-10 werden die Erscheinungsformen der depressiven Episode (F32.0- F32.9) und der rezidivierenden depressiven Störung (F33.0- F33.9) unterschieden. Die depressive Episode lässt sich noch folgendermaßen weiter einteilen:

- Bei der **leichten depressiven Episode (F32.0)** sind mindestens zwei oder drei der angegebenen Symptome vorhanden. Auch wenn der betroffene Patient von der leichten depressiven Episode beeinträchtigt ist, ist er doch in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.
- Die **mittelgradige depressive Episode (F32.1)** umfasst gewöhnlich vier oder mehr der angegebenen Symptome. Der Patient hat oft große Schwierigkeiten, seine alltäglichen Aktivitäten durchzuführen.
- Eine **schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)** geht mit mehreren angegebenen quälenden Symptomen einher. Meist kommt es zu einem Verlust des Selbstwertgefühls sowie zu dem Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit. Häufig treten Suizidgedanken und Suizidhandlungen auf.
- Eine **schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)** stellt sich wie bei F32.2 dar, jedoch können zusätzlich so stark ausgeprägte Halluzinationen, Wahnideen, eine psychomotorische Hemmung oder ein Stupor auftreten, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr möglich sind und sogar Lebensgefahr durch Suizid oder eine nicht ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann.
- **Sonstige depressive Episoden (F32.8)**
- **Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)**

Die rezidivierende depressive Störung lässt sich wie folgt weiter einteilen:

- Die **rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)**, ist durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet, wobei die

gegenwärtige Episode leicht ist (vergleiche F32.0), ohne Manie in der Anamnese.

- Die **rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)**, ist durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist (vergleiche F32.1), ohne Manie in der Anamnese.
- Die **rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)**, ist durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (vergleiche F32.2), ohne Manie in der Anamnese.
- Bei der **rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)**, sind die Kriterien für eine in F33.0- F33.3 beschriebene Störung erfüllt, jedoch bestehen in den letzten Monaten keine Symptome.
- **Sonstige rezidivierende depressive Störungen (F33.8)**
- **Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (F33.9)**

Inzidenz und Prävalenz

Die Depression gehört mit einer Inzidenz von ca. 8- 20% zu den häufigsten psychischen Störungen (Laux, 2007). Das Ersterkrankungsalter für unipolare Depressionen liegt zwischen 20 und 30 Jahren, jedoch gibt es eine beträchtliche Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Das Lebenszeitrisko an einer Depression zu erkranken liegt bei Männern bei 12% und bei Frauen bei 23%, es ist also als sehr hoch einzuschätzen (Hautzinger, 2005). Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist für Frauen etwa doppelt so hoch wie für Männer (Köllner, 2007). Nach verschiedenen Prävalenzschätzungen wird davon ausgegangen, dass 2- 3% der Männer und 4- 7% der Frauen aktuell an einer Depression erkrankt sind (Hautzinger, 2005). Bei etwa zwei Drittel der Fälle verläuft die Depression phasenweise oder chronisch, bei einem Drittel der Patienten bleibt es bei einer einmaligen Episode. Die Episodendauer ist jedoch höchst variabel. Sie liegt bei der Hälfte aller Betroffenen unter 12 Wochen, in 24,9% der Fälle bei drei bis sechs Monaten und in 22,3% der Fälle bei mehr als einem Jahr. Die Episodendauer verkürzt sich unter psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung erheblich (Köllner, 2007). Depressionen sind vor allem in Hausarztpraxen, die nach Schätzungen bei 7- 11% aller Patienten in Hausarztpraxen vorkommen, ein häufig auf-

tretendes Krankheitsbild. Jedoch wird zumindest jede zweite Depression nicht vom Hausarzt erkannt und somit auch keiner Behandlung zugeführt. Von den Patienten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, erhielten nur wenige eine adäquate Therapie. Als ein Grund wird vermutet, dass depressive Patienten sich vor allem mit unspezifischen somatischen Symptomen vorstellen und so die depressive Symptomatik überlagert wird (Jacobi et al., 2002). In Allgemeinarztpraxen leiden 8,6% der Patienten an einer Depression nach der Definition des ICD-10. In 33,3% zeigen sie rezidivierende und chronifizierende Verläufe und führen in 28,2% zu psychosozialer Behinderung (Kühn et al., 2002). Auch bei internistischen Krankenhauspatienten spielt die Depression eine Rolle. So werden bei diesen Patienten Prävalenzraten für das Vorliegen einer depressiven Störung mit 15% angegeben. Für Patienten aus chirurgischen Abteilungen werden ähnliche Prävalenzraten angegeben (Laux, 2007). Zudem kann bei körperlich kranken Patienten eine Depression komorbid auftreten. So wird die Prävalenz einer Major Depression bei Diabetes mellitus mit 10%, bei einem Myokardinfarkt mit 20%, bei Morbus Parkinson mit 30- 50%, bei Epilepsie mit 20- 30%, bei Dialysepatienten mit 10- 20%, bei Schlaganfallpatienten mit 25- 35% und bei Karzinompatienten mit 25- 40% angegeben (Laux, 2007).

Epidemiologie

Es gibt verschiedene Faktoren, die für die Entwicklung einer Depression mit verantwortlich sind. So spielen genetische, neurobiologische, psychologische, soziale und Verhaltensfaktoren eine Rolle (Köllner, 2007). Auch belastende Lebensereignisse, beispielsweise der Tod einer nahestehenden Person, Verlust des Arbeitsplatzes, Einsamkeit oder Trennungserfahrungen können eine Depression auslösen. Häufig gehen Abhängigkeit von psychotropen Substanzen oder eine Angsterkrankung der Depression voraus (Köllner, 2007). Bei der Entstehung von Depressionen spielen auch neurochemische und neuroendokrinologische Korrelate eine Rolle. So geht die Serotonintheorie davon aus, dass die neuronalen Aktivitäten anderer neurochemischer Systeme durch einen erniedrigten Serotoninspiegel verändert werden und zu einer Depression führen können (Fritzsche et al, 2006). Ebenso können genetische Faktoren das Auftreten einer depressiven Störung mit beeinflussen. So liegt die Konkordanzrate für unipolare Depressionen für eineiige Zwillinge bei ca. 60% (Laux, 2007), auch haben Verwandte ersten Grades von an einer Depression erkrankten Patienten ein deutlich er-

höhtes Erkrankungsrisiko (Köllner, 2007). Die Erbllichkeit von depressiven Störungen wird auf 35- 40% geschätzt, Verwandte von depressiven Patienten haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein drei- bis fünffach erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken (Grabe, 2013). Auch das Erkrankungsrisiko für affektive Störungen im Allgemeinen ist erhöht, Verwandte ersten Grades von Patienten mit einer Depression weisen ein Risiko von 20% auf, an einer affektiven Störung zu erkranken. Im Gegensatz dazu haben Angehörige gesunder Kontrollpersonen ein Risiko von 7%, an einer affektiven Störung zu erkranken (Schauenburg, 2012).

Es zeigt sich zudem ein deutlicher sozialer Gradient. So haben Patienten aus unteren sozialen Schichten ein höheres Risiko an einer Depression zu erkranken als Personen aus höheren sozialen Schichten (Lorant et al., 2003).

Kognitive Trias nach A.T. Beck

A.T. Beck beschreibt die dysfunktionalen Kognitionen depressiver Patienten. Hierzu zählt zum einen die negative Sicht der eigenen Person, da ein depressiver Patient sich als krank, fehlerhaft oder benachteiligt beurteilt, zum anderen die negative Sicht der Umwelt, Erfahrungen werden negativ interpretiert sowie eine negative Sicht der Zukunft. Ein depressiver Patient erwartet keine Besserung seiner Schwierigkeiten oder seines Leidens. Dieses Schema ist meist sehr stabil, kann jedoch auch latent vorliegen und durch ein negatives Erlebnis wieder hervorgerufen werden. Zudem werden kognitive Fehler beschrieben wie beispielsweise willkürliche Schlussfolgerungen, eine Neigung zur Übergeneralisierung und eine Überschätzung der Leistung von anderen bei gleichzeitiger Unterschätzung der eigenen Leistungen.

Therapie

Die Symptome einer Depression zu erkennen und daraufhin eine geeignete Therapie einzuleiten ist nicht immer einfach. Depressive Patienten ziehen sich eher zurück und berichten meist nicht von sich aus von ihren Beschwerden. Deshalb ist es wichtig, aktiv nach Symptomen zu fragen. Wenn es zu einer Diagnosestellung kommt, ist es notwendig, den Patienten mit dieser Tatsache zu konfrontieren und ihm auch die guten Erfolgsaussichten einer Therapie darzulegen. Depressive Patienten bagatellisieren häufig ihren Zustand und haben oft keine Hoffnung auf Besserung. Von daher ist sowohl die

Mitteilung der Diagnose als auch die Motivation zu einem Therapiebeginn von großer Bedeutung (Köllner, 2007). Die Nationale Versorgungsleitlinie der Unipolaren Depression empfiehlt, zuerst Informationen über das Krankheitsbild zu geben sowie Behandlungsmöglichkeiten zu erläutern. Vor einem Therapiebeginn sollte mit dem Patienten besprochen werden, welche Art der Therapie er präferiert. Um eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen, sind wöchentliche Termine vor allem zu Beginn der Therapie von großer Bedeutung. Am Anfang wird ein eher aktives und strukturiertes Vorgehen wie beispielsweise die Planung des Alltags empfohlen. Insgesamt werden Psychotherapien mit einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren, zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische Therapie oder die analytische Psychotherapie befürwortet (Schauenburg, 2013). Eine weitere Möglichkeit der Therapie ist der Einsatz von Antidepressiva. Hier ist es wichtig, zum einen die für jeden Patienten individuell geeignete Pharmakotherapie einzuleiten und mit dem Patienten sowohl die genaue Wirkweise als auch die Nebenwirkungen der Antidepressiva zu erklären. Viele Patienten haben Angst, von dieser Medikation abhängig zu werden oder eine Veränderung der Persönlichkeit zu erleben. Hier sollte man dem Patienten die Angst nehmen und ihm darlegen, dass Antidepressiva keine Abhängigkeit erzeugen und es häufig die Depression ist, die eine Persönlichkeitsveränderung hervorruft und die Medikation helfen kann, diese wieder zu regulieren. Eine antidepressive Therapie hilft bei circa 70- 80% der Patienten. Psychotherapie ist jedoch die wichtigste Behandlungsmöglichkeit bei depressiven Störungen. Auch wenn ein Behandlungserfolg erst später als bei einer medikamentösen Therapie einsetzt, so ist doch mit einem besseren Behandlungsergebnis nach Therapieende und auch im Langzeitverlauf zu rechnen (Köllner, 2007). Bei völlig fehlendem Ansprechen auf die Therapie empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie der Unipolaren Depression eine Änderung des Behandlungsplans. Wenn nach sechs Wochen eine medikamentöse Therapie durch den Hausarzt erfolglos bleibt, sollte der Patient in eine fachspezifische Therapie überwiesen werden, nach dreimonatiger erfolgloser Psychotherapie sollte ein Facharzt in die Behandlung mit einbezogen werden. Schwere Depressionen, vor allem mit psychotischen Symptomen sowie akute Suizidalität müssen stationär in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt werden (Schauenburg, 2013).

Die langfristigen Therapieerfolge sind bisher noch nicht zufriedenstellend, so liegen die Rückfallquoten auch nach erfolgreicher Kognitiver Verhaltenstherapie ein Jahr nach Beendigung der Therapie bei 29% und zwei Jahre nach Beendigung der Therapie bei

54% (Vittengl et al., 2007). Darüber hinaus neigen 25- 30% aller an Depression erkrankten Patienten zu einer Chronifizierung, die mit einer Krankheitsdauer von mehr als zwei Jahren einhergeht (Leuzinger- Bohleber, 2013).

Suizidalität

Die Suizidalität spielt bei Depressionen eine große Rolle. Bei 80% der Patienten, die an einer affektiven Störung erkrankt sind, treten im Verlauf Suizidgedanken auf, einen Suizidversuch haben 40- 60% der Patienten schon einmal unternommen. In den letzten Jahren konnten die Suizide auf Grund von Depressionen durch konsequente Therapie reduziert werden, jedoch versterben noch immer circa 10% der Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung durch Suizid (Köllner, 2007). Zudem versterben 4% aller wegen einer depressiven Störung einmal hospitalisierten Patienten durch Suizid (DGPPN, 2009).

3.2.2 Anpassungsstörung

Klassifikation, Symptome und Epidemiologie

In der ICD-10 werden die Anpassungsstörungen im Kapitel der Reaktionen auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen beschrieben. Die **Anpassungsstörung (F43.2)** nach ICD-10 ist ein Zustand, der mit subjektiven Leiden und emotionaler Beeinträchtigung einhergeht. Sie kann als Folge von belastenden Lebensereignissen wie einem Trauererlebnis oder Eheproblemen sowie bei einer bestehenden oder möglichen schweren körperlichen Erkrankung auftreten. Ebenso können ein Arbeitsplatzverlust oder Arbeitsplatzprobleme einer Anpassungsstörung vorausgehen. Bei der Krankheitsentstehung spielen zum einen die Vulnerabilität der Patienten sowie die individuelle Disposition eine Rolle. Es ist aber zu beachten, dass für die Diagnosestellung eine vorausgegangene Belastung notwendig ist. Als Symptome können Angst, eine depressive Verstimmung, Besorgnis, Hoffnungslosigkeit oder eine Mischung aus den genannten Symptomen vorkommen. Eine Einschränkung der Aufgabenbewältigung im Alltag ist ebenfalls möglich. Weiterhin können somatische Beschwerden wie Rückenprobleme, Verdauungsprobleme oder Schmerzen auftreten. Meist treten die Symptome innerhalb

eines Monats nach dem belastenden Ereignis auf. Für die Diagnosestellung ist es wichtig, dass die Symptomatik in weniger als drei Monaten nach dem auslösenden Ereignis beginnt. In der Regel dauern die Symptome nicht länger als sechs Monate an, bei einer längeren depressiven Reaktion können sie auch bis zu zwei Jahre bestehen.

Die Anpassungsstörung ist in sieben Untergruppen eingeteilt:

- **kurze depressive Reaktion (F43.20)**, die maximal einen Monat andauert
- **längere depressive Reaktion (F43.21)**, die nicht länger als zwei Jahre andauern darf
- **Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)**
- **mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23)**, wenn auch andere affektive Symptome wie Angst, Sorgen oder Ärger auftreten
- **mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24)**, beispielsweise ein aggressives Verhalten auf eine Trauerreaktion
- **mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25)**, dies beschreibt ein gleichzeitiges Vorkommen von Störungen bezüglich der Gefühle und des Sozialverhaltens
- **mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (F43.28)**.

Das Stress- Response- Modell nach Horowitz beschreibt, dass eine schwere Belastung intensive Gefühle bis hin zur Dissoziation erzeugt. Daraufhin reagieren die Patienten mit Vermeidung bis hin zum dysfunktionalen Verhalten. Es bildet sich ein Teufelskreis aus Intrusionen und Vermeidungsverhalten heraus. Einerseits zeigt sich dies in zwanghaften Verhaltensweisen oder dem Aufkommen von intensiven Gefühlen, andererseits kommt es zu anhaltender Vermeidung und Gefühllosigkeit. Es kann zu einem sich immer wiederholenden Erleben der Geschichte kommen. Im weiteren Verlauf kann es zu einem Abschnitt des Durcharbeitens mit weniger intrusiven Gedanken kommen. Diese Phase impliziert eine stärkere kognitive Verarbeitung, Gefühlsstabilität sowie die Konsequenzen des Ereignisses zu akzeptieren (Simmen- Janevska et al., 2011).

Prävalenz und Ätiologie

Die Anpassungsstörung gehört in den ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen zu den häufigsten Diagnosen (Bengel et al., 2009). Die Punktprävalenz für Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik nach DSM-IV Kriterien liegt für

Frauen bei 0,6% und für Männer bei 0,3%. Nach ICD-10 Kriterien ergibt sich eine Punktprävalenz für Frauen von 0,3% und für Männer von 0,2% (Ayuso Mateos et al., 2001). Bei Patienten, die an schweren oder chronischen körperlichen Erkrankungen leiden, werden zwischen 5 und 30% Anpassungsstörungen diagnostiziert (Bengel et al., 2009). Der Anteil von Patienten mit einer Anpassungsstörung liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bei 5 bis 20% (Casey et al., 2001). Die Ätiologie der Anpassungsstörung ist noch nicht genau bekannt. Es wird vermutet, dass es ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren ist, wie beispielsweise individuelle Risikomerkmale, Umweltfaktoren, belastende Lebensereignisse oder genetische Faktoren. Wie diese Faktoren zusammenspielen, ist jedoch noch nicht untersucht (Sonnenmoser, 2007).

Therapie

Bisher gibt es kaum empirische Befunde über die Therapie der Anpassungsstörung. Meist kommen verschiedene Methoden wie Trauerarbeit, Angstbewältigung, Gesprächspsychotherapie oder Problemlösetraining zur Anwendung. Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt sind, zeigen eine hohe Therapiemotivation. Die Anerkennung des Leidensdrucks des Patienten ist während der Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung. Im Anschluss daran wird ein individuelles Störungsmodell erarbeitet, um dann Möglichkeiten zur Symptomreduktion zu formulieren. Weiterhin sollte das belastende Ereignis in die Lebensgeschichte eingebunden werden. Das Erklärungsmodell als Stress- Response- Syndrom nach Horowitz beschreibt die Anpassungsstörung als leichte Form der Posttraumatischen Belastungsstörung. Daraus resultierend können die wirksamen therapeutischen Techniken der Posttraumatischen Belastungsstörung, wie beispielsweise Expositionstechniken oder kognitive Umstrukturierung, auch bei Anpassungsstörungen in adaptierter Form eingesetzt werden. Pharmakologische Studien zur Behandlung einer Anpassungsstörung fehlen, jedoch weisen einzelne Befunde darauf hin, dass eine Therapie mit Antidepressiva bei einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung wirksame Ergebnisse erzielt (Simmen-Janevska et al., 2011). Eine weitere Studie zeigte, dass es bei Patienten, die eine Anpassungsstörung entweder auf Grund eines Verlustes einer wichtigen Bezugsperson oder auf Grund eines Leistungsversagens im Studium oder Beruf entwickelt haben, von einer ambulanten, auf maximal 12 Stunden begrenzten gesprächspsychotherapeu-

tischen Behandlung profitiert haben. Im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Selbst- und Fremdbeurteilung. Auch im dreimonatigen Katamnesezeitraum blieben diese Effekte erhalten (Altenhöfer et al., 2007).

Es wird immer wieder beobachtet, dass eine Anpassungsstörung länger als sechs Monate dauert (Sonnenmoser, 2007). Bei Patienten mit einer Anpassungsstörung bessern sich die Symptome jedoch schneller als bei einer depressiven Episode, auch ist eine stationäre Wiederaufnahme seltener erforderlich (Bengel et al., 2009).

3.2.3 Dysthymia

Klassifikation und Symptome

In der ICD-10 wird die **Dysthymia (F34.1)** in dem Kapitel der affektiven Störungen beschrieben. Die Dysthymia ist eine depressive Verstimmung, die nicht die Kriterien für eine Depression erfüllt. Zu Symptombeginn können allerdings die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt gewesen sein. Gewöhnlich haben die Patienten zwischendurch eine Periode von Tagen oder Wochen, in denen sie sich gut fühlen, jedoch fühlen sie sich häufig, oft auch monatelang, müde und depressiv und können nichts genießen. Es können Schlafstörungen und Grübeln auftreten. Jedoch können die wesentlichen Aufgaben des Alltags noch erledigt werden. Meist beginnt die Störung im jungen Erwachsenenleben und dauert mehrere Jahre, manchmal auch lebenslang.

Prävalenz und Verlauf

Die 12- Monats- Prävalenz, an einer Dysthymia zu erkranken, liegt bei 4,5%. Für Frauen liegt sie mit 5,8% höher als für Männer mit 3,2% (Jacobi et al., 2004). Bei mehr als zwei Drittel der Patienten, die an einer Dysthymia erkrankt sind, besteht die Diagnose einer weiteren psychischen Erkrankung, dabei sind Persönlichkeitsstörungen nicht berücksichtigt. Spontanremissionen sind eher selten und sind nur bei 12,5- 17,5% der Patienten zu beobachten. Das Risiko, innerhalb eines Jahres an einer majoren Depression zu erkranken, ist ebenfalls deutlich erhöht. Die genaue Krankheitsdauer ist ungewiss. Bei 96% der Patienten besteht mindestens eine dreijährige Dauer, bei 73%

mindestens eine fünfjährige Dauer und bei 42% mindestens eine zehnjährige Dauer (Schönknecht et al., 2012). Typischerweise beginnt die Dysthymia in der späten Adoleszenz bzw. mit Anfang 20 (Laux, 2011).

Therapie

An Therapiemöglichkeiten bestehen die Psychopharmakotherapie sowie die Psychotherapie. Bei der Psychopharmakotherapie mit Trizyklika konnte bei 90% der initialen Responder nach 20 Wochen eine vollständige Remission gezeigt werden. Vergleichbare Werte zeigten sich später auch bei der Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. Bei den Psychotherapieverfahren sind die Belege für die kognitive Verhaltenstherapie erbracht worden, 41% der Patienten haben auf diese Therapie angesprochen. Der Therapieerfolg wurde allerdings lediglich als Besserung und nicht als Remission gewertet (Schönknecht et al., 2012). Ein weiterer Behandlungsansatz ist die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Sie wurde speziell für chronisch depressive Patienten als störungsspezifische Behandlungsform entwickelt. CBASP empfiehlt sich vor allem bei chronisch depressiven Patienten mit einem frühen Krankheitsbeginn und frühen traumatisierenden Lebensereignissen. Der Schwerpunkt bei dieser Behandlungsform wird auf die interpersonellen Probleme der Patienten gelegt, es werden schulenübergreifende Techniken sowie eine besondere Form der Therapiebeziehungsgestaltung verwendet. Durch das Erlernen sozialer Empathie, problemlösender Fertigkeiten sowie korrigierende Beziehungserfahrungen zeigt CBASP einen Weg aus der erlernten Hilflosigkeit auf (Brakemeier et al., 2013).

3.3 Rehabilitation

Psychosomatische Rehabilitation

Neben der Krankenhausbehandlung und der ambulanten Versorgung ist die Rehabilitation die dritte Säule im deutschen Gesundheitswesen (Köllner, 2014). Die Rehabilitation beschreibt einen Prozess, der es Menschen mit Behinderungen ermöglichen soll, ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/ oder so-

ziales Funktionsniveau zu erreichen. Als Menschen mit Behinderung gelten nach dem neunten Sozialgesetzbuch §2 Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und auf Grund dessen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt wird (Bassler et al., 2012). Als Grundlage der Rehabilitation gilt die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health= ICF). Die zentrale Aufgabe der ICF ist die Wiederherstellung oder die deutliche Besserung der Gesundheit, vor allem Aktivitäten und Teilhabe, bei zu erwartender oder bestehender Teilhabestörung (Köllner, 2014). Dieses Krankheitsfolgemodell hilft beim Verstehen von Chronifizierungsprozessen sowie beim Ermitteln von Bewältigungsressourcen. Es ist sehr wichtig bei der Bestimmung der Rehabilitationsfähigkeit, der funktionalen Diagnostik, beim Rehabilitationsmanagement und bei der Planung der Rehabilitationsmaßnahme. Bei diesem Krankheitsfolgemodell werden die Komponenten „Körperfunktionen und Körperstrukturen“, „Aktivitäten und Teilhabe“, „Umweltfaktoren“ und „personenbezogene Faktoren“ unterschieden, die noch in weitere Kapitel untergliedert sind. Vor allem die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe sind für die Rehabilitation von großer Bedeutung. Eine Psychosomatische Rehabilitation ist bei Patienten mit einem chronischen Krankheitsbild indiziert, welches die Erwerbs- oder Studierfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstversorgung oder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefährdet und diese Gefährdung nicht alleine mit ambulanter Behandlung abgewendet werden kann, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind oder nicht ausreichen. Es ist wichtig, dass der Patient rehabilitationsfähig ist. Deswegen sollte kein akutes Krankheitsbild bestehen, das einer Krankenhausbehandlung bedarf. Der psychische und somatische Zustand des Patienten sollte eine aktive Teilnahme an den Angeboten der Rehabilitationsklinik zulassen und bei dem Patienten sollte Gruppenfähigkeit bestehen (Köllner, 2014), denn die Gruppentherapie stellt einen wichtigen Aspekt in der stationären Rehabilitation dar (Köllner et al., 2013).

Da die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit ein wichtiges Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist, werden die meisten Rehabilitationsmaßnahmen von der Rentenversicherung durchgeführt (Wehrmann, 2009). Eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit liegt beispielsweise vor, wenn die Hürde für den beruflichen Wiedereinstieg nach langer Zeit der Arbeitsunfähigkeit so hoch ist, dass ambulante Therapie nicht ausreicht, um sie zu überwinden oder wenn ein sozialer Rückzug eingetreten ist und kaum noch eine geordnete Tages-

struktur besteht. Patienten, die nur eine geringe Fähigkeit haben sich selbst zu schützen oder eine pathologische Leistungsmotivation aufweisen und häufig eine Krankmeldung ablehnen und so eine Dekompensation erleiden können, sind ein weiteres Beispiel (Köllner et al., 2013).

Medizinisch- beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik

Bei der medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wird der Fokus noch stärker und früher als bisher in der medizinischen Rehabilitation auf den Berufs- und Arbeitsplatzbezug gelegt. So soll der Arbeitsbezug früh im Rehabilitationsprozess hergestellt werden (Köllner et al., 2015). Das wichtigste Ziel besteht in der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit, um die Anforderungen am Arbeitsplatz erfüllen zu können (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Um dies zu erreichen, sollen beispielsweise die Informationen in der Sozialberatung und Gesundheitsaufklärung besser vermittelt werden, Patienten mit beruflichen Problemlagen frühzeitig erkannt und die individuelle arbeitsplatzbezogene Sozialberatung erweitert werden. Weiterhin sollen die ressourcenorientierten Rehabilitationsleistungen, die bei der Bewältigung von arbeitsplatzbezogenen Problemen helfen können, gezielt verordnet werden. Zudem soll das Schnittstellenmanagement in der Nachsorge verbessert werden. In der Psychosomatik sind vor allem interaktionelle Probleme, Stress, Motivation und Schmerzen wichtige Aspekte bei der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Sobald ein Ungleichgewicht zwischen Leistungsanforderungen und Motivation entsteht, ist der Stress am Arbeitsplatz ein Problem (Köllner et al., 2015). Als Maßnahmen in der medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation kommen Arbeitsplatzberatung, Informationen zu Themen mit Berufsbezug, psychoedukative Gruppenangebote wie beispielsweise Stressbewältigung am Arbeitsplatz und Arbeitsplatztraining sowie spezifische psychotherapeutische Interventionen in Betracht (Deutsche Rentenversicherung, 2012).

Die Erwartung der Rehabilitationsträger an die medizinisch- beruflich orientierte Rehabilitation ist „die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit, um den Anforderungen am (alten oder angestrebten) Arbeitsplatz nachhaltig gerecht werden zu können. Dies geschieht durch die Verbesserung der personalen Ressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. den Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben. Falls dies

nicht gelingt, also frühzeitig absehbar wird, dass der Arbeitsplatz in der bisherigen Form trotzdem nicht wieder eingenommen werden kann, steht das Ziel der möglichst nahtlosen Überleitung in eventuell erforderliche nachfolgende Leistungen im Mittelpunkt, um die Bedingungen des Arbeitsplatzes und -verhältnisses an die dauerhaft geminderte Erwerbsfähigkeit anzupassen“ (zitiert nach Deutsche Rentenversicherung, 2012). Einerseits soll dies durch die höhere Wahrscheinlichkeit, Patienten mit Arbeitsplatzproblemen zu erkennen und ihnen eine geeignete Therapie zu verordnen, erreicht werden, andererseits durch die Förderung der Motivation, da davon ausgegangen wird, dass die subjektive Erwerbsprognose ein sehr entscheidender Prädiktor für die Rückkehr in die Arbeitswelt ist (Köllner et al., 2015).

3.4 Rehabilitationskonzepte in der Psychosomatik

3.4.1 Multimodales Konzept in der Rehabilitation

Es hat sich gegenüber den Anfängen der Verhaltenstherapie gezeigt, dass isolierte Techniken durchaus einen Effekt haben, dieser Erfolg wird jedoch größer, wenn das Verhalten auf mehreren Ebenen betrachtet und beeinflusst wird (Köllner, 2005). So wird das multimodale Konzept in der Psychosomatischen Rehabilitation von einem multiprofessionellen Team getragen, das aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Ärzten mit somatischem Schwerpunkt, einem Pflorgeteam mit möglichst psychosomatischer Weiterbildung, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, künstlerischen Therapeuten und Sport- und Physiotherapeuten besteht. Die verschiedenen Elemente des multimodalen Konzepts sind:

- Psychotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Physiotherapie
- Information, Motivation, Schulung
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
- Ergotherapie, Arbeitstherapie, funktionelle Therapien
- Klinische Psychologie, Neuropsychologie

- Reha- Pflege
- Rekreationstherapie
- Spezielle Ernährungsformen
- Physikalische Therapie (Köllner, 2014).

3.4.2 Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation

Die Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation wird auf jeden Patienten individuell abgestimmt und kann aus Kreativtherapien wie beispielsweise Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie oder Musiktherapie sowie aus Entspannungsverfahren, Gesprächen mit dem Bezugstherapeuten, Gesprächen mit den Angehörigen, Körper- und Bewegungstherapie und Physiotherapie bestehen (Herzog et al., 2013). Der Schwerpunkt der Psychotherapie in der Rehabilitation liegt auf der Gruppentherapie. In der Gruppentherapie können psychische oder emotionale Störungen der Patienten mit Hilfe des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder behandelt werden. Dabei liegt der Fokus darauf, bei den Gruppenmitgliedern eine Veränderung auf der sozialen, der intrapsychischen oder der Verhaltensebene zu erreichen (Burlingame et al., 2012). In der Gruppentherapie haben die Patienten die Möglichkeit, direkt miteinander zu kommunizieren (König, 2012) und gemeinsam für bestehende Probleme eine Lösung zu finden, alternative Sichtweisen zu erlangen und sich untereinander auszutauschen. Die Gruppenmitglieder verbindet ein gemeinsames Ziel, sie möchten lernen mit ihren Problemen besser umgehen zu können. Für die Gruppentherapie ist jedoch ein gewisses Ausmaß an Selbstoffenbarung seitens der Gruppenmitglieder wichtig (König, 2012). Es gibt sehr viele unterschiedliche Konzepte für die Gruppentherapie, die sich in der Behandlung von psychischen Störungen etabliert haben (Fiedler, 1999).

3.4.2.1 Störungs- und Problemspezifische Konzepte

An störungs- und problemspezifischen Konzepten in der Rehabilitation gibt es Verhaltenstherapien in Gruppen für die Diagnosen der Essstörungen, Adipositas, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, Chronische

Schmerzsyndrome und Schlafstörungen (Borgart et al., 2004). Weiterhin gibt es eine Gruppentherapie mit dem Themenschwerpunkt Depression. In der Depressionsgruppe werden gemeinsam die Symptome einer Depression auf der somatischen Ebene, wie beispielsweise Schlafstörungen oder Appetitverlust, auf der motorischen Ebene, wie Inaktivität, Unruhe oder Verlangsamung, auf der emotionalen Ebene, wie niedergeschlagene Stimmung, Verzweiflung oder Angst, auf der motivationalen Ebene, wie Interessenverlust oder Antriebslosigkeit, auf der kognitiven Ebene, wie Konzentrationsstörungen, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle und auf der interaktiven Ebene, wie sozialem Rückzug oder Gefühl der Ablehnung, erarbeitet (Borgart et al., 2004). Es werden mit den Patienten eigene Ressourcen erarbeitet, sie werden dazu motiviert, wieder mehr positive Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren, die sozialen Kompetenzen werden gefördert und es werden Strategien zur Abgrenzung und zur Durchsetzung erlernt. In dieser offenen Gruppe gibt es eine Mischung aus neu angereisten Patienten und Patienten, die schon kurz vor dem Abschluss ihrer Therapie stehen. So können die neu angereisten Patienten von den anderen Patienten lernen (Borgart et al., 2004).

3.4.2.2 Berufsbezogene Konzepte

Ein wichtiges Ziel der psychosomatischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise das Vorbeugen vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit. Die berufsbezogenen Behandlungskonzepte sind ein wesentlicher Bestandteil der Psychosomatischen Rehabilitation, da diese auf Grund von erschwerten Arbeitsmarktbedingungen vor allem für Patienten mit chronischen Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit immer erforderlicher werden. Ebenso sind diese Behandlungskonzepte auch bei Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Vorgeschichte, einem hohen beruflichen Belastungserleben, einer negativen Erwerbsprognose sowie drohender oder bereits eingetretener Arbeitslosigkeit indiziert (Koch et al., 2015).

Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie

Die arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie ist vor allem für Patienten mit psychischen Störungen im Zusammenhang mit einer beruflichen Problemlage wie

beispielsweise Burnout- oder Mobbing- Erleben geeignet. Diese Therapieform beinhaltet die Teilnahme an einer psychodynamisch- interaktionellen Gruppenpsychotherapie sowie an einer ergotherapeutischen Projektgruppe. In dieser Projektgruppe arbeiten die Patienten gemeinsam an einer Aufgabe, dabei werden auf der Handlungsebene Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Leistungsmotivation, soziale Kompetenzen und Ich- Funktionen trainiert. Während der Therapie stellen sich dabei häufig ähnliche Konfliktsituationen dar, wie sie den Patienten aus der persönlichen Arbeitsplatzsituation bekannt sind. Diese Konflikte werden im Rahmen der Therapie auf eigene Anteile analysiert und es werden Verbindungen zu Konflikten aus anderen Lebensbereichen und zu biografischen Hintergründen hergestellt. Darauf aufbauend werden neue Strategien zur Lösung des Konflikts erarbeitet, erprobt und eingeübt. In der Projektarbeit zeigen Burnout Patienten häufig eine sehr große Leistungsmotivation und Bereitschaft sich anzupassen. Sie orientieren sich sehr an dem Ergebnis der Arbeit und sind sehr auf die Reaktionen der Mitpatienten fokussiert. Die Fürsorge für andere spielt ebenfalls eine große Rolle. Die interaktionelle Therapie beabsichtigt den dahinterliegenden Beziehungskonflikt aufzulösen und das Augenmerk der Patienten auf die erbrachte Leistung anstatt auf unerledigte Arbeiten zu legen (Kopka et al., 2009).

Verhaltenstherapeutische Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen

Es wird als therapeutischer Ansatzpunkt angestrebt, das gesundheitsgefährdende Verhalten wie beispielsweise Perfektionismus, berufliches Überengagement und resignatives Rückzugsverhalten zu verändern und berufsrelevante Bewältigungsressourcen wie Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und Ausgleichsaktivitäten sowie Distanzierungsfähigkeit zu verbessern. Hierbei können Rollenspiele, kognitive Behandlungstechniken und Gruppenübungen eingesetzt werden. Auch der Austausch von Betroffenen aus unterschiedlichen Berufsgruppen kann alternative Sichtweisen hervorbringen. Das Ziel dieser Therapie ist, das berufliche Belastungserleben zu reduzieren und den beruflichen Wiedereinstieg zu fördern (Koch et al., 2015).

3.5. Überleitung

Die Deutsche Rentenversicherung fordert zunehmend arbeitsplatzspezifisch bezogene Interventionen in der Rehabilitation, da das Ziel der Rehabilitation die Wiederherstellung oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit ist. Bisher gibt es keine empirischen Belege, dass ein arbeitsplatzspezifisches Vorgehen einem störungsspezifischen Vorgehen überlegen ist. Ziel dieser Arbeit soll sein, herauszufinden, ob ein Therapiekonzept größere Erfolge erzielt als das andere. Da in der psychosomatischen Rehabilitationsklinik in Blieskastel seit 2006 berufsspezifische Therapiekonzepte eingesetzt werden, gibt es einen hinreichend großen Datensatz, um dies zu bearbeiten. Aufgrund der Tatsache, dass die Depression die häufigste Diagnose in der Psychosomatischen Rehabilitation ist, dient diese Diagnose als Vergleichsgruppe.

4. Fragestellung/ Hypothesen

Evaluation eines spezifischen Rehabilitationskonzepts für Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen

I. Unterscheiden sich Patienten, die wegen einer beruflichen Problemlage an einem arbeitsplatzbezogenen Therapiekonzept teilnehmen, hinsichtlich

- a) soziodemografischer Variablen
- b) psychischer Symptombelastung und
- c) arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern

von Rehabilitanden ohne eine solche Problemlage?

Hypothese: Aus der klinischen Erfahrung heraus erwarten wir bei Patienten, die an einem arbeitsplatzbezogenen Setting teilnehmen, ein arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster mit hohem beruflichem Ehrgeiz und niedriger Distanzierungsfähigkeit. Bei Patienten mit einer depressiven Symptomatik ohne berufliche Problemlage erwarten wir eine erhöhte psychische Symptombelastung.

II. Profitieren Rehabilitanden, die wegen einer beruflichen Problemlage in einem arbeitsplatzspezifischen Therapiekonzept behandelt wurden, in unterschiedlicher Weise von Rehabilitanden mit störungsspezifischem Behandlungskonzept hinsichtlich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster und allgemeiner psychischer Symptomatik?

Hypothese: Wir erwarten bei Rehabilitanden, die an einem Therapiekonzept, welches auf die Rückkehr der Rehabilitanden an den Arbeitsplatz ausgerichtet ist, eine Verbesserung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster, wenn der Störungswert der Rehabilitanden zu Beginn gleich groß ist. Auch erwarten wir, dass die Rehabilitanden, die im Bereich der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie gearbeitet haben, die größte Verbesserung ihrer arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster erreichen, da diese Therapieform intensiver ist und sowohl eine psycho-

dynamisch- interaktionelle Gruppenpsychotherapie als auch eine ergotherapeutische Projektgruppe beinhaltet. Es folgen die Rehabilitanden, die an der verhaltenstherapeutischen Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen teilgenommen haben, darauf folgen die Rehabilitanden, die an einem störungsspezifischen Behandlungskonzept teilgenommen haben.

III. Gibt es einen Unterschied zwischen den Rehabilitanden, die an einem berufsbezogenem Konzept teilgenommen haben, gegenüber den Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen haben, bezüglich der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung?

Hypothese: Wir erwarten, dass die Rehabilitanden, die an einem berufsgruppenspezifischen Konzept teilgenommen haben, eine höhere Arbeitsfähigkeitsquote bei Entlassung erzielen, unter der Voraussetzung, dass die Schwere der Störung und die Arbeitsunfähigkeitsquote zu Beginn gleich groß gewesen sind.

5. Material und Methodik

5.1. Studiendesign und Beschreibung der Stichprobe

Es handelt sich um eine kontrollierte, nicht randomisierte Verlaufsstudie mit folgenden Einschlusskriterien:

- die in die Studie eingeschlossenen Patienten haben in dem Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2013 eine Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in den MediClin Bliestal Kliniken begonnen
- die Patienten waren an einer einzelnen depressiven Episode (nach ICD-10 F32.0- F32.9), einer depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (nach ICD-10 F33.0- F33.9), einer Anpassungsstörung (nach ICD-10 F43.2) oder einer Dysthymia (nach ICD-10 F34.1) als Hauptdiagnose oder als erste Nebendiagnose erkrankt
- weiterhin haben sie entweder die Depressionsgruppe oder die verhaltenstherapeutische Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen besucht oder haben an der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie teilgenommen (zur Beschreibung der Konzepte siehe 3.4)
- als Ausschlusskriterium galt, wenn die Patienten an zwei oder mehr der genannten Gruppen teilgenommen haben.

Die Patienten haben sowohl zu Beginn ihres Aufenthaltes als auch gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme einen Test zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), das Beck- Depressionsinventar II (BDI-II) und die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) bearbeitet. Die Auswahl der Patienten für die Stichprobe erfolgte zufällig, jedoch wurde beachtet, dass aus jedem Quartal die gleiche Anzahl von Patienten in die Stichprobe eingeflossen ist, um einen Jahreszeiteneffekt auszuschließen. Es ergab sich eine Gesamtstichprobe von 427 Patienten, von denen 144 Patienten an der Depressionsgruppe, 145 Patienten an der verhaltenstherapeutischen Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen und 138 Patienten an der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie teilgenommen haben. Die Stichprobe umfasst 248 Frauen und 179 Männer zwischen 22 Jahren und 74 Jahren. Nach der Stich-

probenauswahl erfolgte eine Kodierung der an der Stichprobe teilnehmenden Patienten zu unterschiedlichen soziodemografischen Variablen. Folgende wurden dabei berücksichtigt:

- Geschlecht
- Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation
- Arbeitslosigkeit bei Aufnahme in die Rehabilitationsmaßnahme
- Höchster Bildungsabschluss
- Entlassform
- Empfehlung für die bisherige berufliche Tätigkeit, berufsfördernde Maßnahmen oder aufgehobenes Leistungsvermögen
- Einsetzbarkeit der Patienten in dem jeweiligen Bezugsberuf
- Einsetzbarkeit der Patienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

5.2 Fragebögen

5.2.1 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Dieser Fragebogen ist besonders geeignet, um auf die Fragestellung einzugehen, wie die Patienten individuell mit ihrer Arbeitsgestaltung unter Gesundheitsbezug umgehen. Es können Aussagen gemacht werden, ob sich eher gesundheitsförderliche oder gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen zeigen. Der AVEM- Fragebogen kann in allen Berufsgruppen eingesetzt werden, er beinhaltet ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren (Schaarschmidt et al., 2008). Der Fragebogen besteht aus 66 Items auf 11 Skalen, jeder Skala sind sechs Fragen zugeordnet. Diese Skalen beinhalten:

- subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
- beruflicher Ehrgeiz
- Verausgabungsbereitschaft
- Perfektionsstreben
- Distanzierungsfähigkeit

- Resignationstendenz
- offensive Problembewältigung
- innere Ruhe
- Erfolgserleben im Beruf
- Lebenszufriedenheit
- Erleben der sozialen Unterstützung.

Auf diesen Skalen werden die Selbsteinschätzungen der Patienten erhoben. Zusätzlich kann eine Auswertung nach vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern erfolgen:

- Typ G zeigt ein gesundheitsförderliches Verhaltens- und Erlebensmuster. Hier ist die Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme erhalten, es zeigt sich ein offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen. Eine Intervention ist unter dem Gesundheitsaspekt nicht erforderlich.
- Typ S zeigt ein auf Schonung orientiertes Verhaltens- und Erlebensmuster. Das Arbeitsengagement ist gering, die Distanzierungsfähigkeit gegenüber den Arbeitsproblemen ist hoch. Eine Intervention ist eher unter dem Motivationsaspekt zu empfehlen, eine Intervention unter dem Gesundheitsaspekt ist nicht nötig, da das Muster S hier als protektiv angesehen werden kann.
- Risikotyp A zeigt ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster. Das Engagement ist erhöht bei niedriger Distanzierung im Bezug auf die Arbeitsprobleme, es besteht hier eine gewisse Nähe zum Konstrukt der Typ- A-Persönlichkeit. Die Kardiologen Friedmann und Rosenmann haben dieses Verhaltensmuster beschrieben, es steht für Menschen, die immer mehr in weniger Zeit erreichen wollen, wenn nötig auch gegen Widerstände. Das Typ- A Verhalten ist vor allem durch Zeitnot und Feindseligkeit geprägt (Albus et al., 2012). Ebenso vermindert ist die psychische Widerstandsfähigkeit bei Belastungen. Eine Intervention unter dem Gesundheitsaspekt ist erforderlich.
- Risikotyp B zeigt ebenfalls ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster. Das Engagement ist reduziert und die Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme ist ebenso wie die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen vermindert. Die Resignationstendenz ist erhöht. Dieses Muster weist eine Verwandtschaft zum Burnout- Konzept (nach

Freudenberger, siehe 3.1.3) auf. Eine Intervention ist unter Gesundheitsaspekt erforderlich.

Es kann für jeden Patienten individuell die Ähnlichkeit ihres Profils mit diesen vier Referenzmustern ermittelt werden (Schaarschmidt et al., 2008). Dies geschieht durch eine Zuordnung von Rohwerten zu jedem genannten Referenzmuster. Die Rohwerte jeder Skala liegen zwischen 6 und 30. Diese Rohwerte werden für jede Skala individuell Staninen- Werten zugeordnet, die zwischen eins und neun liegen (Schaarschmidt et al., 2011).

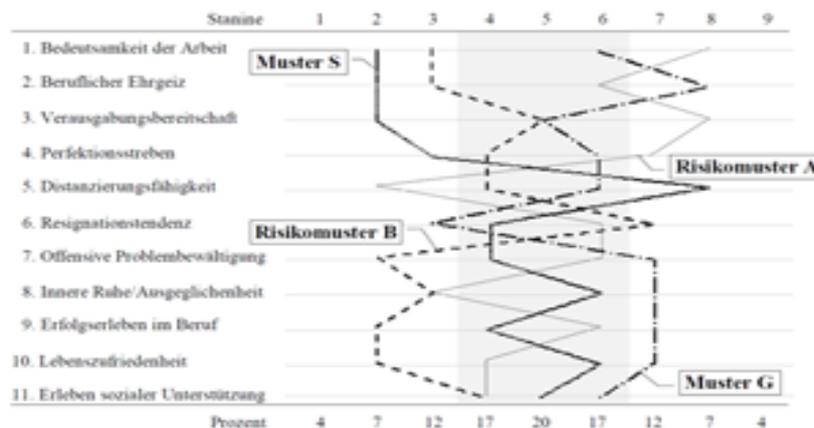


Abb. 5: AVEM: Verteilung der Muster G, S, A, & B auf den 11 AVEM- Skalen (Schaarschmidt, 2006)

Das AVEM- Verfahren ist umfassend validiert. Dieser Fragebogen weist auf den 11 Skalen eine hohe innere Konsistenz auf (Cronbachs Alpha zwischen 0.78 und 0.87, Split- half Reliabilität zwischen 0.76 und 0.90). Es kann also mittels AVEM zuverlässig und veränderungssensitiv gemessen werden (Schaarschmidt et al., 2008).

5.2.2 Beck- Depressionsinventar II (BDI-II)

Dieser Fragebogen ist weltweit das meist verbreitete Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der Depressionsschwere. Das BDI-II beinhaltet in der deutschen Version 21 vierstufige Items mit Aussagen, die nach Schweregrad aufsteigend sortiert sind (Kühner et al., 2007). Diese 21 Items umfassen Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessenverlust, Entschlusslosigkeit, Wertlosigkeit,

Energieverlust, Schlaf, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung und Verlust an sexuellem Interesse. Jeder Aussage ist ein Skalenwert von null bis drei Punkten zugeordnet, so lässt sich ein Gesamtwert zwischen null und 63 Summenwerten errechnen (Schlarb et al., 2011). Der Beurteilungszeitraum umfasst die letzten zwei Wochen. Um diesen Fragebogen zu bearbeiten, benötigen die Patienten zwischen fünf und zehn Minuten Zeit. Durch die standardisierte Vorgabe und Anweisung der Interpretation der Summenwerte ist die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben. Die Summenwerte dienen zur Einschätzung der Depressionsschwere. Es werden vier Schweregrade unterschieden:

- 13 Summenwerte zeigen keine oder eine minimale (subklinische) depressive Symptomatik,
- 14- 19 Summenwerte zeigen eine milde depressive Symptomatik,
- 20- 28 Summenwerte zeigen eine moderate depressive Symptomatik und
- 29- 63 Summenwerte eine schwere depressive Symptomatik (Kühner et al., 2007).

Bei der Itemkonstruktion werden sowohl die inhaltlichen als auch die klinischen Aspekte einer depressiven Störung mit einbezogen (Schlarb et al., 2011). Die interne Konsistenz dieses Fragebogens liegt bei $\alpha \geq 0,84$, in nichtklinischen Stichproben lag die Retest-reliabilität bei $r \geq 0,75$. Untersuchungen zeigten, dass das BDI-II zwischen den verschiedenen Schweregraden und zwischen depressiven Patienten und Patienten mit anderen psychischen Störungen differenzieren kann (Kühner et al., 2007).

5.2.3 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)

Dieser Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit und umfasst 49 Items, die neun Skalen zugeordnet sind. Diese Skalen beinhalten:

- somatoforme Beschwerden
- Depressivität
- phobische Ängste
- psychisches Wohlbefinden
- interaktionelle Schwierigkeiten

- Selbstwirksamkeit
- Aktivität und Partizipation
- soziale Unterstützung sowie
- soziale Beeinträchtigung.

Die Bearbeitungszeit der Patienten für diesen Fragebogen liegt bei circa 15 Minuten. Hinsichtlich Praktikabilität, Dimensionalität, Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität wurde der HEALTH-49 im Rahmen von zwei Untersuchungen überprüft. Die einzelnen Skalen zeigen eine sehr gute Veränderungssensitivität sowie eine hohe Zuverlässigkeit (Rabung et al., 2009). Die interne Konsistenz zeigt eine gute Reliabilität, Cronbachs Alpha liegt für die Skalen zwischen 0.74 und 0.91. Untersuchungen zur differentiellen Validität zeigen, dass dieser Fragebogen sehr gut zwischen Gesunden und psychisch belasteten Patienten trennt (Stapel, 2013). Ebenso zeigt sich der HEALTH-49 als praktikables Instrument. Dieser Fragebogen erlaubt die ökonomische Erfassung generischer Aspekte psychosozialer Gesundheit und ist in der therapeutischen Praxis für den Routineeinsatz geeignet (Rabung et al., 2007).

5.3 Statistik

Zunächst wurden die Daten in eine Excel- Datei eingetragen und dann in das SPSS-Format übertragen. Für die computergestützte Datenanalyse wurde das SPSS-Programm für Windows, Version 19 verwendet. Als „missing items“ (keine Kodierung) wurden fehlende Werte beschrieben. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt.

Zunächst wurden die Häufigkeiten der soziodemografischen Variablen der Gesamtstichprobe und der einzelnen Gruppen mittels einer deskriptiven Statistik dargestellt. Im Anschluss daran erfolgte mittels χ^2 -Test das Berechnen von Signifikanzen jeweils zwei miteinander verglichenen Gruppen bezüglich der in 5.1 beschriebenen soziodemografischen Variablen.

Um einen Vergleich aller drei Gruppen untereinander für die psychische Symptombelastung und das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster sowohl zum Aufnahmezeitpunkt als auch im prä-post Vergleich der in 5.2 beschriebenen Fragebögen

zu erreichen, wurden die univariate Varianzanalyse (ANOVA) sowie der Post- Hoc- Test Turkey- HSD eingesetzt. Daraufhin erfolgte die Berechnung der Effektstärke „Cohens d“ für diese Unterschiede. Ein Effekt von $d = 0,2$ beschreibt einen kleinen Effekt, $d = 0,5$ einen mittleren Effekt und $d = 0,8$ einen großen Effekt (Cohen, 2013). Ebenfalls wurde jede Gruppe einzeln bezüglich der psychischen Symptombelastung und des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters im prä-post Vergleich der in 5.2 beschriebenen Fragebögen mittels t- Test bei gepaarten Stichproben sowie die Effektstärke berechnet.

6. Ergebnisse

6.1 Soziodemographische Daten der Stichprobe

Die Untersuchungsstichprobe setzt sich aus Patienten zusammen, die an einer depressiven Störung, einer Anpassungsstörung oder einer Dysthymia erkrankt waren. Die Patienten haben an einer der folgenden psychotherapeutischen Gruppentherapien teilgenommen, die im Folgenden miteinander verglichen werden:

- Depressionsgruppe: 144 Patienten
- verhaltenstherapeutische Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen: 145 Patienten (VT-Gruppe)
- arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie: 138 Patienten (AIT).

Insgesamt werden 427 Patienten in die Auswertung mit aufgenommen. Eine Stichprobenbeschreibung des Gesamtkollektivs hinsichtlich der soziodemographischen Daten zeigt Tabelle 1:

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung des Gesamtkollektivs (n= 427) der soziodemographischen Daten

Variable	Kennwert	Probanden % (n)
Geschlecht	männlich	41,9% (179 Patienten)
	weiblich	58,1% (248 Patienten)
Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation	keine	5,2% (22 Patienten)
	< 3 Monate	37,0% (158 Patienten)
	3-6 Monate	22,2% (95 Patienten)
	> 6 Monate	33,0% (141 Patienten)
	nicht erwerbstätig	0% (0 Patienten)
	keine Angabe	2,6% (11 Patienten)
Arbeitslosigkeit bei Aufnahme in die Rehabilitationsmaßnahme	arbeitslos	14,5% (62 Patienten)
	nicht arbeitslos	84,5% (361 Patienten)
	nicht beim Arbeitsamt gemeldet	0,2% (1 Patient)
	keine Angabe	0,7% (3 Patienten)

Variable	Kennwert	Probanden % (n)
Höchster Bildungsabschluss	Hochschulstudium	12,2% (52 Patienten)
	Abitur/ Fachabitur	15,5% (66 Patienten)
	Realschulabschluss	38,9% (166 Patienten)
	Hauptschulabschluss	27,6% (118 Patienten)
	kein Schulabschluss	0,5% (2 Patienten)
	keine Angabe	5,4% (23 Patienten)
Entlassform	arbeitsfähig	49,2% (210 Patienten)
	arbeitsunfähig	36,3% (155 Patienten)
	arbeitsunfähig mit StuWi*	13,1% (56 Patienten)
	keine Angabe	1,4% (6 Patienten)
Empfehlung für die bis- herige berufliche Tä- tigkeit	Bisherige Tätigkeiten	82,9% (354 Patienten)
	Berufsfördernde Maßnahme	6,8% (29 Patienten)
	Aufgehobenes Leistungsvermögen	1,4% (6 Patienten)
	keine Angabe	8,9% (38 Patienten)
Einsetzbarkeit der Pa- tienten in dem jewei- ligen Bezugsberuf	<3 Stunden einsetzbar	8,4% (36 Patienten)
	3-6 Stunden einsetzbar	4,0% (17 Patienten)
	>6 Stunden einsetzbar	83,8% (358 Patienten)
	keine Angabe	3,7% (16 Patienten)
Einsetzbarkeit der Pa- tienten auf dem allge- meinen Arbeitsmarkt	<3 Stunden einsetzbar	1,4% (6 Patienten)
	3-6 Stunden einsetzbar	0,5% (2 Patienten)
	>6 Stunden einsetzbar	94,6% (404 Patienten)
	keine Angabe	3,5% (15 Patienten)

*stufenweise Wiedereingliederung

Tabelle 2: Vergleich soziodemographischer Daten zwischen der Depressionsgruppe, der VT-Gruppe und der AIT

Variable	Kennwert	Depression (n=144)	VT-Gruppe (n=145)	AIT (n=138)	Signifi- kanz
Geschlecht	männlich	37,5% (54)	42,8% (62)	45,7% (63)	n.s.
	weiblich	62,5% (90)	57,2% (83)	54,3% (75)	
Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation	keine	3,5% (5)	6,2% (9)	5,8% (8)	n.s.
	<3 Monate	31,3% (45)	33,1% (48)	47,1% (65)	
	3-6 Monate	20,1% (29)	25,5% (37)	21,0% (29)	
	>6 Monate	40,3% (58)	33,1% (48)	25,4% (35)	
	keine Angabe	4,9% (7)	2,1% (3)	0,7% (1)	
Arbeitslosigkeit bei Aufnahme in die Reha	arbeitslos	23,6% (34)	9,0% (13)	10,9% (15)	VT vs. D p≤0.001 AIT vs. D p≤0.008
	nicht arbeitslos	73,6% (106)	91% (132)	89,1% (123)	
	nicht gemeldet°	0,7% (1)	0% (0)	0% (0)	
	keine Angabe	2,1% (3)	0% (0)	0% (0)	
Höchster Bildungsabschluss	Hochschulstudium	10,4% (15)	12,4% (18)	13,8% (19)	n.s.
	Abitur/ Fachabitur	13,2% (19)	20,7% (30)	12,3% (17)	
	Realschule	38,9% (56)	32,4% (47)	45,7% (63)	
	Hauptschule	26,4% (38)	30,3% (44)	26,1% (36)	
	kein Abschluss	0,7% (1)	0,7% (1)	0% (0)	
	keine Angabe	10,4%(15)	3,4% (5)	2,2% (3)	
Entlassform	arbeitsfähig	35,4% (51)	46,9% (68)	65,9% (91)	n.s.
	arbeitsunfähig	47,9% (69)	35,2% (51)	25,4% (35)	
	arbeitsunfähig mit StuWi*	12,5% (18)	17,9% (26)	8,7% (12)	
	keine Angabe	4,2% (6)	0% (0)	0% (0)	

Variable	Kennwert	Depression (n=144)	VT-Gruppe (n=145)	AIT (n=138)	Signifi- kanz
Einschätzung für die bisherige berufliche Tätigkeit	Bisherige Tätigkeit	71,5% (103)	87,6% (127)	89,9%(124)	AIT vs. D p≤0.001
	Berufsfördernde Maßnahme	10,4% (15)	8,3% (12)	1,4% (2)	
	Aufgehobenes Leistungsvermögen	4,2% (6)	0% (0)	0% (0)	VT vs AIT p≤0.010
	keine Angabe	3,9% (20)	4,1% (6)	8,7% (12)	
Einsetzbarkeit im jeweiligen Bezugsberuf	<3 Stunden	16,0% (23)	4,8% (7)	4,3% (6)	VT vs. D p≤0.04
	3-6 Stunden	4,9% (7)	4,1% (6)	2,9% (4)	
	>6 Stunden	72,9% (105)	89,0% (129)	89,9% (124)	AIT vs D p≤0.001
	keine Angabe	6,3% (9)	2,1% (3)	2,9% (4)	
Einsetzbarkeit auf dem allgem. Arbeitsmarkt	<3 Stunden	4,2% (6)	0,7% (1)	0% (0)	AIT vs. D p≤0.043
	3-6 Stunden	0,7% (1)	0% (0)	0% (0)	
	>6 Stunden	88,9% (128)	97,9% (142)	97,1% (134)	
	keine Angabe	6,3% (9)	1,4% (2)	2,9% (4)	

^onicht beim Arbeitsamt gemeldet, ^{*}stufenweise Wiedereingliederung, D= Depressionsgruppe, VT= VT-Gruppe, n.s.= nicht signifikant, signifikante Unterschiede sind fett dargestellt, vs.= versus

Es finden sich bei soziodemographischen Variablen keine signifikanten Unterschiede bei den jeweiligen Gruppenvergleichen bezüglich des Geschlechts, den Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation sowie dem höchsten Bildungsabschluss.

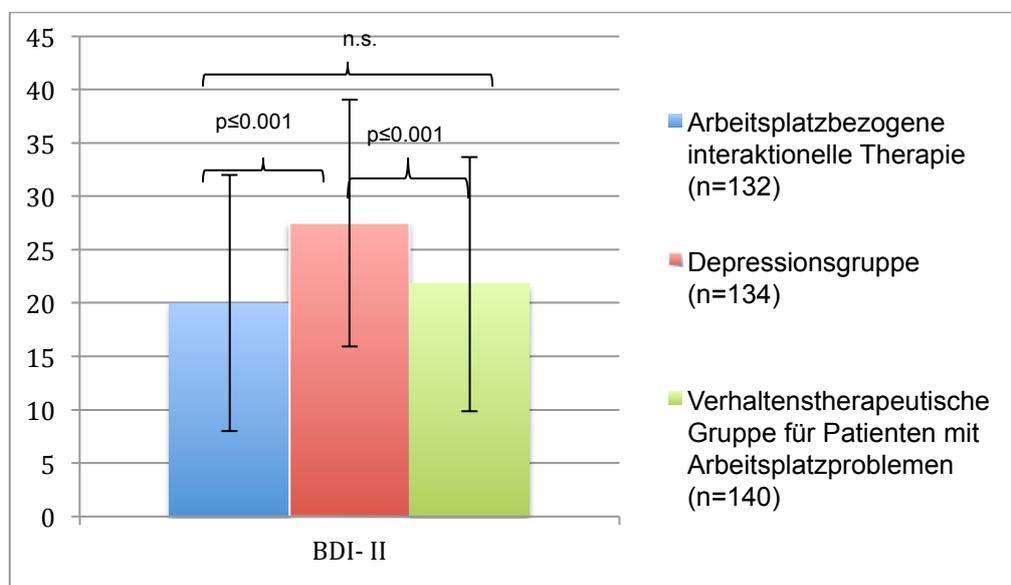
Bezüglich der Arbeitslosigkeit bei Aufnahme in die Rehabilitationsmaßnahme zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe sowie zwischen der Depressionsgruppe und der AIT. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich ebenso bezüglich der Variable Einsetzbarkeit der Patienten in den jeweiligen Bezugsberuf zwischen den Gruppenvergleichen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe und der Depressionsgruppe und der AIT. Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Variable Empfehlung für die bisherige berufliche Tätigkeit, berufsfördernde Maßnahmen oder ein aufgehobenes Leistungsvermögen zwischen den Gruppenvergleichen der Depressionsgruppe und der AIT sowie der AIT und der VT-

Gruppe. Bezüglich der Einsetzbarkeit der Patienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Gruppenvergleich der Depressionsgruppe und der AIT.

6.2 Psychische Symptombelastung zum Aufnahmezeitpunkt

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte zum Aufnahmezeitpunkt die Berechnung der signifikanten Unterschiede der drei Stichprobengruppen bezüglich der psychischen Symptombelastung im BDI-II. Es zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied sowohl zwischen der VT-Gruppe und der Depressionsgruppe als auch zwischen der AIT und der Depressionsgruppe (Abb. 6). Zwischen der VT-Gruppe und der AIT zeigte sich im Post- Hoc- Test kein signifikanter Unterschied. Der initiale Unterschied hinsichtlich der Symptombelastung im BDI-II zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe entsprach einem mittlerem Effekt (Cohens $d = 0.49$), zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigte sich ebenfalls ein mittlerer Effekt (Cohens $d = 0.64$) und zwischen der VT-Gruppe und der AIT zeigte sich kein Effekt (Cohens $d = 0.15$).

Abbildung 6: Vergleich der Mittelwerte der psychischen Symptombelastung im BDI-II zwischen der AIT, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zum Aufnahmezeitpunkt

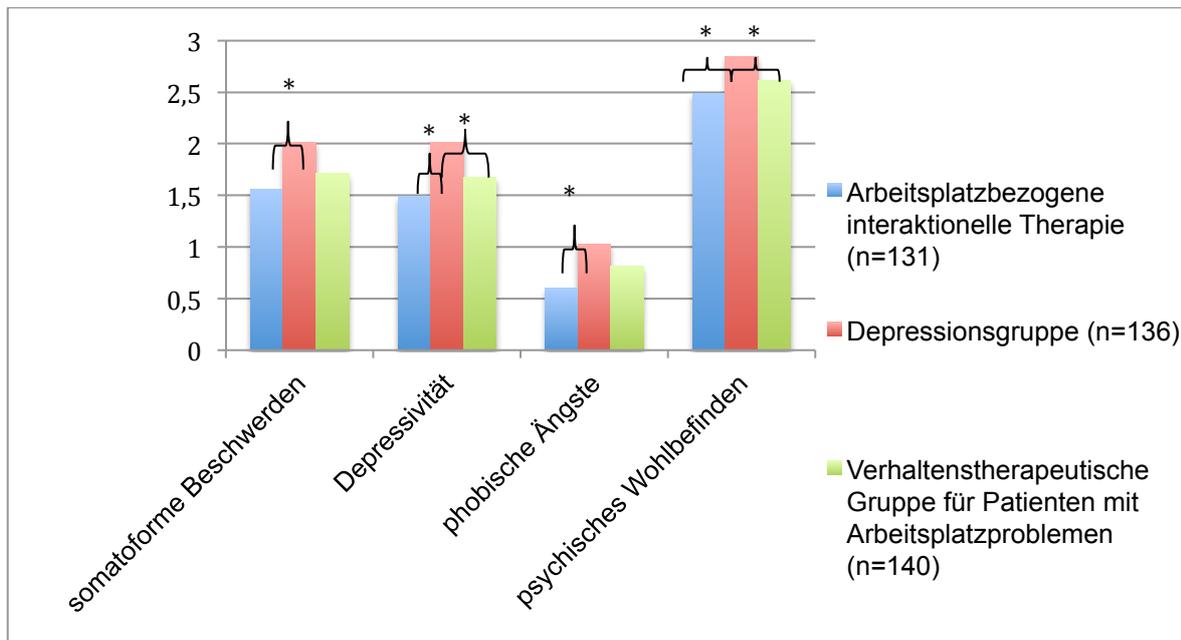


n.s.= nicht signifikant

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte zum Aufnahmezeitpunkt die Berechnung der Unterschiede zwischen den drei Stichprobengruppen bezüglich der psychischen Symptombelastung im HEALTH-49. Auf der Skala somatoforme Beschwerden zeigte sich zum Aufnahmezeitpunkt mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich, dass dieser Unterschied zwischen der Depressionsgruppe und der AIT bestand. Auf der Skala Depressivität zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test konnte dieser Unterschied sowohl zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT identifiziert werden. Auf der Skala phobische Ängste zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich dieser zwischen der Depressionsgruppe und der AIT. Auf der Skala psychisches Wohlbefinden zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test konnte dieser sowohl zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT lokalisiert werden (Abb. 7a). Auf der Skala Selbstwirksamkeit zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied sowohl zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT. Auf der Skala Aktivität zeigte sich das gleiche Bild (Abb. 7b). Auf den Skalen interaktionelle Schwierigkeiten ($p \leq 0.080$), soziale Unterstützung ($p \leq 0.170$) und soziale Belastung ($p \leq 0.212$) zeigten sich mittels ANOVA keine signifikanten Unterschiede.

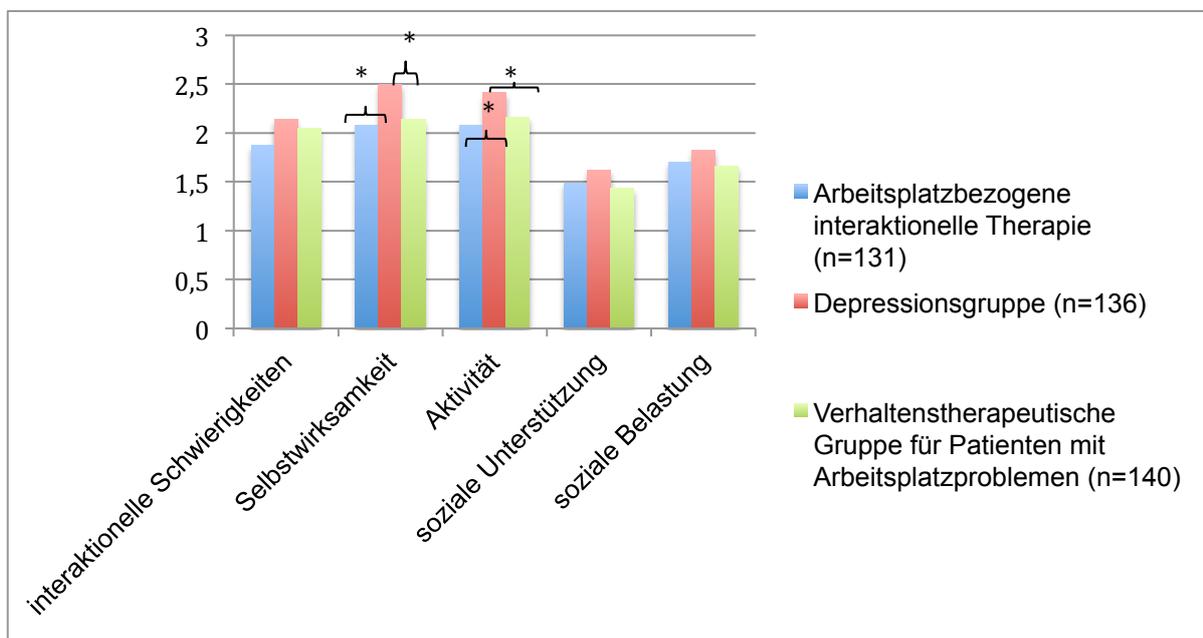
Der initiale Unterschied hinsichtlich der Symptombelastung im HEALTH-49 auf den Skalen somatoforme Beschwerden (Cohens $d = 0.32$), Depressivität (Cohens $d = 0.37$), phobische Ängste (Cohens $d = 0.25$), psychisches Wohlbefinden (Cohens $d = 0.3$), Selbstwirksamkeit (Cohens $d = 0.4$), Aktivität (Cohens $d = 0.31$), soziale Unterstützung (Cohens $d = 0.23$) und soziale Belastung (Cohens $d = 0.2$) zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe entsprach einem kleinen Effekt. Zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigten sich initial kleine Effekte bezüglich der Skalen psychisches Wohlbefinden (Cohens $d = 0.46$), interaktionelle Schwierigkeiten (Cohens $d = 0.29$), Selbstwirksamkeit (Cohens $d = 0.48$) und Aktivität (Cohens $d = 0.43$). Zwischen der AIT und der VT-Gruppe zeigte sich ein kleiner Effekt bezüglich der Skala phobische Ängste (Cohens $d = 0.25$). Zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigten sich mittlere Effekte bezüglich der Skalen somatoforme Beschwerden (Cohens $d = 0.51$), Depressivität (Cohens $d = 0.55$) und phobische Ängste (Cohens $d = 0.5$).

Abbildung 7a: Vergleich der Mittelwerte der psychischen Symptombelastung im Health-49 zwischen der AIT, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zum Aufnahmezeitpunkt



* signifikante Unterschiede, Einzelheiten sind im Text erläutert

Abbildung 7b: Vergleich der Mittelwerte der psychischen Symptombelastung im Health-49 zwischen der AIT, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zum Aufnahmezeitpunkt



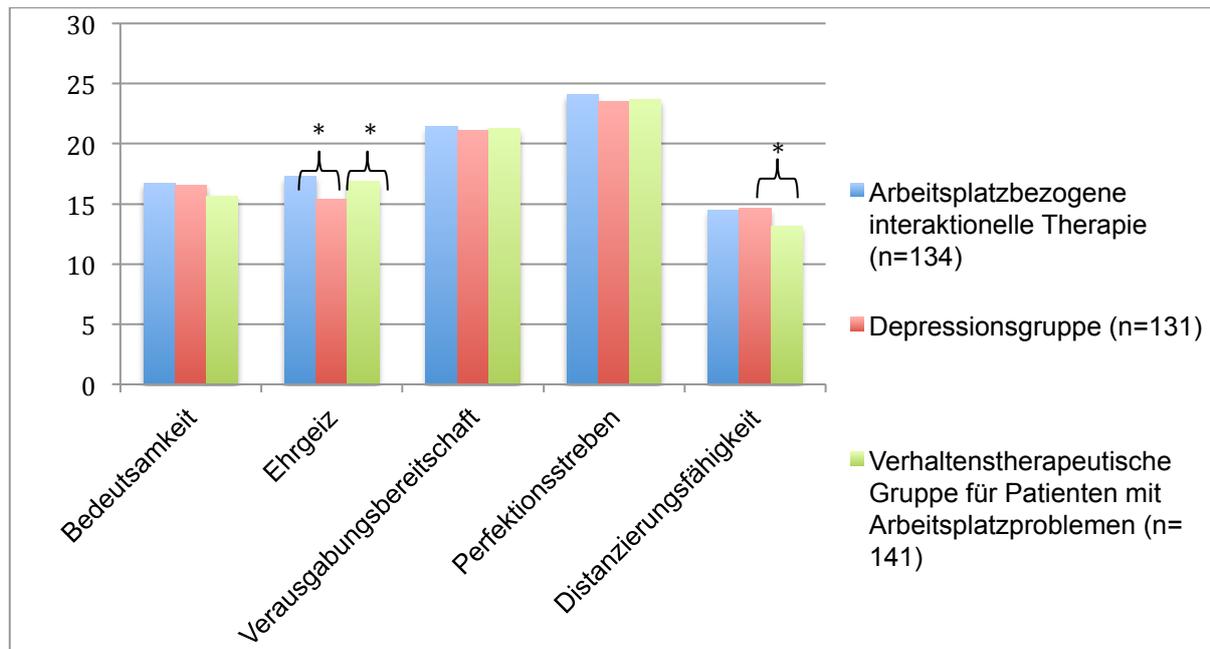
* signifikante Unterschiede, Einzelheiten sind im Text erläutert

6.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster zum Aufnahmezeitpunkt

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte zum Aufnahmezeitpunkt die Berechnung der signifikanten Unterschiede der drei Stichprobengruppen bezüglich der arbeitsplatzbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM. Auf der Skala Ehrgeiz zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.006$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich dieser sowohl zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT. Auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.023$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich hier ein signifikanter Unterschied zwischen der VT-Gruppe und der Depressionsgruppe (Abb. 8a). Auf der Skala Problembewältigung zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.018$). Im Post- Hoc- Test konnte dieser Unterschied zwischen der Depressionsgruppe und der AIT lokalisiert werden. Auf der Skala Lebenszufriedenheit zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test konnte dieser Unterschied sowohl zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT identifiziert werden (Abb. 8b). Auf den Skalen Bedeutsamkeit ($p \leq 0.188$), Verausgabungsbereitschaft ($p \leq 0.877$), Perfektionsstreben ($p \leq 0.436$), Resignationstendenz ($p \leq 0.246$), innere Ruhe ($p \leq 0.195$), Erfolgserleben ($p \leq 0.077$) und Unterstützung ($p \leq 0.202$) zeigten sich mittels ANOVA keine signifikanten Unterschiede.

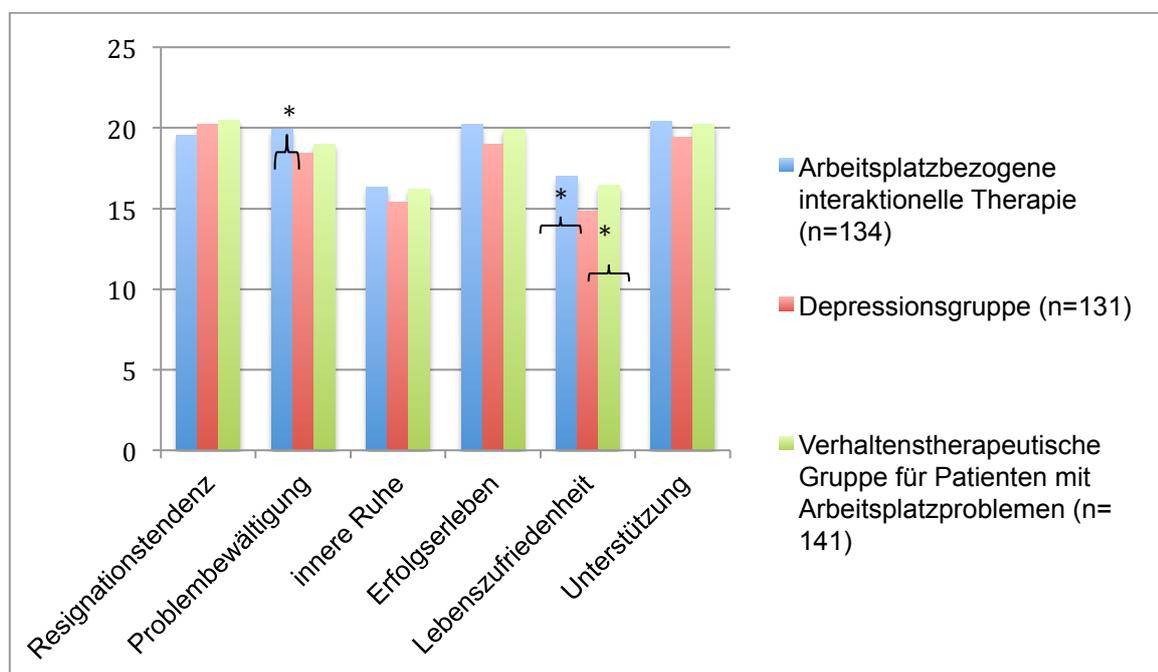
Der initiale Unterschied hinsichtlich des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters im AVEM zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe entsprach auf den Skalen Ehrgeiz (Cohens $d = 0.3$), Distanzierungsfähigkeit (Cohens $d = 0.3$), Lebenszufriedenheit (Cohens $d = 0.34$) und Unterstützung (Cohens $d = 0.2$) einem kleinen Effekt. Zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigte sich ein kleiner Effekt bezüglich der Skalen Ehrgeiz (Cohens $d = 0.39$), Problembewältigung (Cohens $d = 0.33$), innere Ruhe (Cohens $d = 0.22$), Erfolgserleben (Cohens $d = 0.25$) und Lebenszufriedenheit (Cohens $d = 0.46$). Zwischen der VT-Gruppe und der AIT zeigte sich ein kleiner Effekt bezüglich der Skalen Bedeutsamkeit (Cohens $d = 0.21$), Distanzierungsfähigkeit (Cohens $d = 0.27$), Resignationstendenz (Cohens $d = 0.2$) und Problembewältigung (Cohens $d = 0.23$).

Abbildung 8a: Vergleich der Mittelwerte der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM zwischen der AIT-Gruppe, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zum Aufnahmezeitpunkt



* signifikante Unterschiede, Einzelheiten sind im Text erläutert

Abbildung 8b: Vergleich der Mittelwerte der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM zwischen der AIT-Gruppe, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zum Aufnahmezeitpunkt



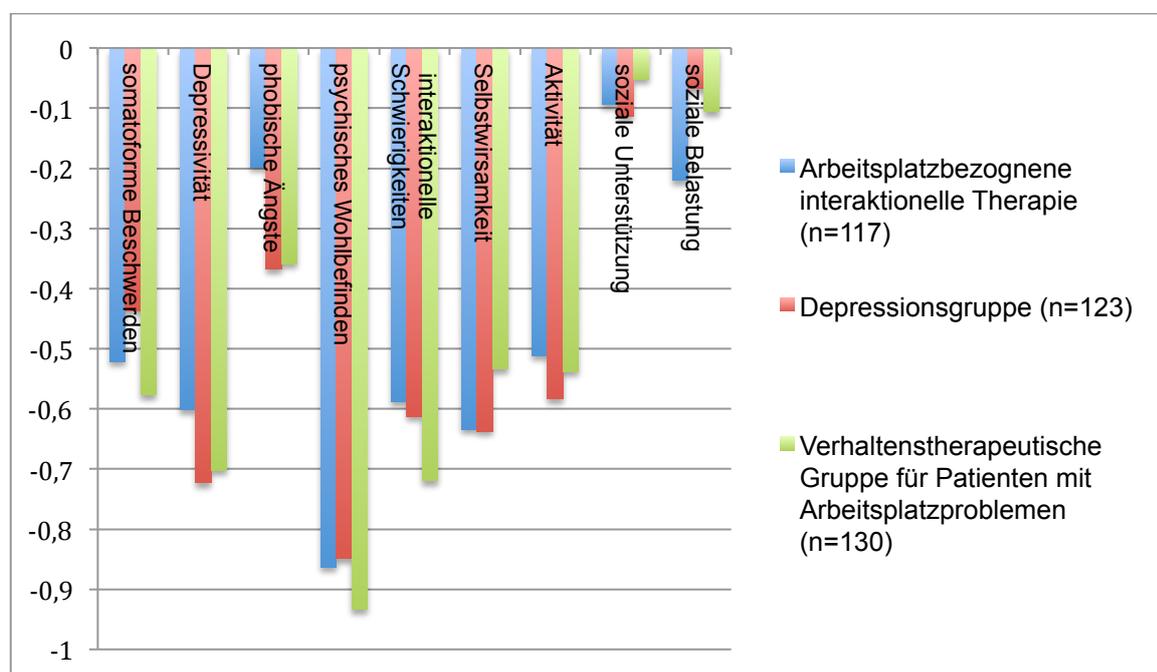
*signifikante Unterschiede, Einzelheiten sind im Text erläutert

6.4 Psychische Symptombelastung im prä-post Vergleich

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte im prä-post Vergleich die Berechnung der signifikanten Unterschiede der drei Stichprobengruppen bezüglich der psychischen Symptombelastung im BDI-II. Es zeigte sich mittels ANOVA kein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.599$). Es zeigte sich ein großer Effekt im BDI-II im prä-post Vergleich sowohl für die Depressions- (Cohens $d = 0.81$) als auch für die VT-Gruppe (Cohens $d = 0.86$). Für die AIT zeigte sich ein mittlerer Effekt (Cohens $d = 0.79$). In den Vergleichen der jeweiligen Gruppen untereinander zeigte sich kein Effekt.

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte im prä-post Vergleich die Berechnung der signifikanten Unterschiede der drei Stichprobengruppen bezüglich der psychischen Symptombelastung im HEALTH-49. Auf keiner Skala zeigten sich signifikante Unterschiede (Abb. 9). Auf der Skala phobische Ängste zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.29$) und zwischen der VT-Gruppe und der AIT (Cohens $d = 0.25$). Auf der Skala soziale Belastung zeigte sich ein kleiner Effekt zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.23$). Die weiteren Gruppenvergleiche zeigten keinen Effekt.

Abbildung 9: Prä-post Vergleich der Mittelwerte der psychischen Symptombelastung im Health-49 zwischen der AIT, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe



Die mittels t-Test berechneten Unterschiede bezüglich der psychischen Symptombelastung innerhalb der Depressionsgruppe im prä-post Vergleich sowie die Effektstärken sind in Tabelle 3 dargestellt. Der stärkste Effekt zeigte sich auf der Skala psychisches Wohlbefinden. Mittlere Effekte zeigten sich auf den Skalen somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit und Aktivität.

Tabelle 3: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der psychischen Symptombelastung im BDI-II und im HEALTH-49 innerhalb der Depressionsgruppe

Skala	Zeitpunkt	Depressionsgruppe		Signifikanz	Effektstärke
		BDI-II (n=118)	Health-49 (n=123)		
		M	SD		
BDI-II	Aufnahme	27.75	±11.682	p≤0.001	0.81
	Entlassung	17.38	±13.792		
Somatoforme Beschwerden	Aufnahme	2.03	±0.939	p≤0.001	0.44
	Entlassung	1.59	±1.067		
Depressivität	Aufnahme	2.04	±0.887	p≤0.001	0.77
	Entlassung	1.32	±0.999		
Phobische Ängste	Aufnahme	1.05	±0.898	p≤0.001	0.43
	Entlassung	0.68	±0.820		
Psychisches Wohlbefinden	Aufnahme	2.85	±0.759	p≤0.001	0.98
	Entlassung	2.00	±0.972		
Interaktionelle Schwierigkeiten	Aufnahme	2.19	±0.946	p≤0.001	0.66
	Entlassung	1.57	±0.928		
Selbstwirksamkeit	Aufnahme	2.51	±0.890	p≤0.001	0.68
	Entlassung	1.87	±0.996		
Aktivität	Aufnahme	2.41	±0.821	p≤0.001	0.65
	Entlassung	1.82	±0.999		
Soziale Unterstützung	Aufnahme	1.63	±0.916	p≤0.046	0.13
	Entlassung	1.51	±0.902		

Skala	Zeitpunkt	Depressionsgruppe		Signifikanz	Effektstärke
		BDI-II (n=118)	Health-49 (n=123)		
		M	SD		
Soziale Belastung	Aufnahme	1.81	±0.783	p≤0.222	0.08
	Entlassung	1.75	±0.754		

Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

Die mittels t-Test berechneten Unterschiede bezüglich der psychischen Symptombelastung innerhalb der VT-Gruppe im prä-post Vergleich sowie die Effektstärken sind in Tabelle 4 dargestellt. Der stärkste Effekt zeigte auf der Skala psychisches Wohlbefinden. Mittlere Effekte zeigten sich auf den Skalen somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, interaktionelle Schwierigkeiten und Aktivität.

Tabelle 4: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der psychischen Symptombelastung im BDI-II und im HEALTH-49 innerhalb der VT-Gruppe

Skala	Zeitpunkt	VT-Gruppe		Signifikanz	Effektstärke
		BDI-II (n=128), Health-49 (n=130)			
		M	SD		
BDI-II	Aufnahme	21.89	±11.836	p≤0.001	0.86
	Entlassung	12.35	±10.514		
Somatoforme Beschwerden	Aufnahme	1.79	±0.912	p≤0.001	0.66
	Entlassung	1.21	±0.865		
Depressivität	Aufnahme	1.70	±0.943	p≤0.001	0.79
	Entlassung	0.99	±0.859		
Phobische Ängste	Aufnahme	0.84	±0.878	p≤0.001	0.47
	Entlassung	0.48	±0.655		
Psychisches Wohlbefinden	Aufnahme	2.62	±0.775	p≤0.001	1.15
	Entlassung	1.69	±0.859		
Interaktionelle Schwierigkeiten	Aufnahme	2.10	±1.031	p≤0.001	0.74
	Entlassung	1.38	±0.912		

Skala	Zeitpunkt	VT-Gruppe		Signifi- kanz	Effekt- stärke
		BDI-II (n=128), Health-49 (n=130)			
		M	SD		
Selbstwirksam- keit	Aufnahme	2.13	±0.927	p≤0.001	0.58
	Entlassung	1.60	±0.903		
Aktivität	Aufnahme	2.18	±0.786	p≤0.001	0.66
	Entlassung	1.64	±0.864		
Soziale Unterstützung	Aufnahme	1.43	±0.778	p≤0.381	0.07
	Entlassung	1.38	±0.751		
Soziale Belastung	Aufnahme	1.70	±0.770	p≤0.043	0.14
	Entlassung	1.59	±0.787		

Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

Die mittels t-Test berechneten signifikanten Unterschiede bezüglich der psychischen Symptombelastung innerhalb der AIT im prä-post Vergleich sowie die Effektstärken sind in Tabelle 5 dargestellt. Der stärkste Effekt zeigte sich auf der Skala psychisches Wohlbefinden. Mittlere Effekte zeigten sich auf den Skalen somatoforme Beschwerden, Depressivität, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit und Aktivität. Kleine Effekte zeigten sich auf den Skalen phobische Ängste und soziale Belastung.

Tabelle 5: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der psychischen Symptombelastung im BDI-II und im HEALTH-49 innerhalb der AIT

Skala	Zeitpunkt	AIT		Signifikanz	Effektstärke
		BDI-II (n=117) Health-49 (n=117)			
		M	SD		
BDI-II	Aufnahme	19.60	±11.767	p≤0.001	0.79
	Entlassung	10.53	±11.181		
Somatoforme Beschwerden	Aufnahme	1.54	±0.897	p≤0.001	0.6
	Entlassung	1.02	±0.831		
Depressivität	Aufnahme	1.44	±0.964	p≤0.001	0.64
	Entlassung	0.84	±0.913		

Skala	Zeitpunkt	AIT		Signifikanz	Effektstärke
		BDI-II (n=117)	Health-49 (n=117)		
		M	SD		
Phobische Ängste	Aufnahme	0.57	±0.793	p≤0.001	0.28
	Entlassung	0.37	±0.659		
Psychisches Wohlbefinden	Aufnahme	2.49	±0.779	p≤0.001	1.06
	Entlassung	1.62	±0.871		
Interaktionelle Schwierigkeiten	Aufnahme	1.85	±0.947	p≤0.001	0.64
	Entlassung	1.26	±0.900		
Selbstwirksamkeit	Aufnahme	2.06	±0.862	p≤0.001	0.75
	Entlassung	1.42	±0.857		
Aktivität	Aufnahme	2.06	±0.723	p≤0.001	0.64
	Entlassung	1.55	±0.875		
Soziale Unterstützung	Aufnahme	1.48	±0.800	p≤0.158	0.11
	Entlassung	1.39	±0.798		
Soziale Belastung	Aufnahme	1.69	±0.738	p≤0.002	0.3
	Entlassung	1.47	±0.759		

Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

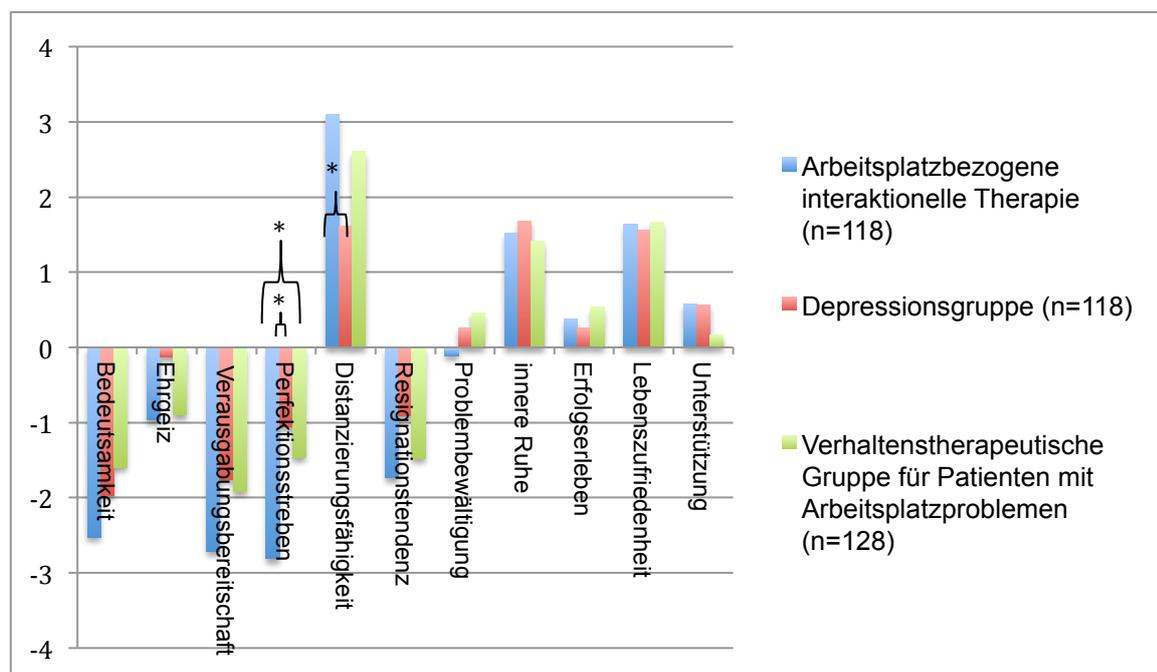
6.5 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster im prä-post Vergleich

Mittels ANOVA und Post- Hoc- Test erfolgte im prä-post Vergleich die Berechnung der Unterschiede zwischen den drei Stichprobengruppen bezüglich des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters im AVEM. Auf der Skala Perfektionsstreben zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Im Post- Hoc- Test konnte dieser Unterschied sowohl zwischen der VT-Gruppe und der AIT als auch zwischen der Depressionsgruppe und der AIT identifiziert werden. Auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zeigte sich mittels ANOVA ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.032$). Im Post- Hoc- Test zeigte sich, dass dieser Unterschied zwischen der Depressionsgruppe und der AIT bestand. Auf den Skalen Bedeutsamkeit ($p \leq 0.115$), Ehrgeiz ($p \leq 0.140$), Verausgabungsbereitschaft ($p \leq 0.182$), Resignationstendenz ($p \leq 0.272$), Problembewälti-

gung ($p \leq 0.377$), innere Ruhe ($p \leq 0.824$), Erfolgserleben ($p \leq 0.782$), Lebenszufriedenheit ($p \leq 0.972$) und Unterstützung ($p \leq 0.473$) zeigten sich mittels ANOVA keine signifikanten Unterschiede (Abb. 10).

Auf der Skala Ehrgeiz zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.24$) sowie der Depressions- und der VT-Gruppe (Cohens $d = 0.21$). Auf der Skala Verausgabungsbereitschaft zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.22$). Auf der Skala Perfektionsstreben zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.49$) und zwischen der VT-Gruppe und der AIT (Cohens $d = 0.39$). Auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.35$) und der Depressions- und der VT-Gruppe (Cohens $d = 0.23$). Auf der Skala Resignationstendenz zeigte sich ein kleiner Effekt zwischen der Depressionsgruppe und der AIT (Cohens $d = 0.21$). Auf der Skala Bedeutsamkeit zeigte sich ein kleiner Effekt im prä-post Vergleich zwischen der VT-Gruppe und der AIT (Cohens $d = 0.26$).

Abbildung 10: Prä-post Vergleich der Mittelwerte der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM zwischen der AIT, der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe



* signifikante Unterschiede, Einzelheiten sind im Text erläutert

Die mittels t-Test berechneten Unterschiede bezüglich des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters im AVEM innerhalb der Depressionsgruppe im prä-post Vergleich sowie die Effektstärken sind in Tabelle 6 dargestellt. Es zeigten sich kleine Effekte auf den Skalen Bedeutsamkeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, innere Ruhe und Lebenszufriedenheit.

Tabelle 6: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM innerhalb der Depressionsgruppe

Skala	Zeitpunkt	Depressionsgruppe (n=118)		Signifikanz	Effektstärke
		M	SD		
Bedeutsamkeit	Aufnahme	16.73	±5.525	p≤0.001	0.37
	Entlassung	14.76	±5.085		
Ehrgeiz	Aufnahme	15.35	±4.580	p≤0.709	0.03
	Entlassung	15.22	±4.700		
Verausgabungsbereitschaft	Aufnahme	21.40	±5.280	p≤0.001	0.34
	Entlassung	19.64	±5.216		
Perfektionsstreben	Aufnahme	23.67	±4.442	p≤0.001	0.23
	Entlassung	22.62	±4.797		
Distanzierungsfähigkeit	Aufnahme	14.63	±5.193	p≤0.001	0.31
	Entlassung	16.24	±5.365		
Resignationstendenz	Aufnahme	20.24	±4.995	p≤0.013	0.18
	Entlassung	19.33	±4.913		
Problembewältigung	Aufnahme	18.48	±4.618	p≤0.443	0.06
	Entlassung	18.74	±4.824		
Innere Ruhe	Aufnahme	15.25	±4.694	p≤0.001	0.34
	Entlassung	16.93	±5.162		
Erfolgserleben	Aufnahme	18.94	±5.342	p≤0.394	0.05
	Entlassung	19.19	±5.401		
Lebenszufriedenheit	Aufnahme	14.59	±5.131	p≤0.001	0.28
	Entlassung	16.15	±5.847		

Skala	Zeitpunkt	Depressions- gruppe (n=118)		Signifi- kanz	Effekt- stärke
		M	SD		
Unterstützung	Aufnahme	19.27	±5.272	p≤0.045	0.1
	Entlassung	19.84	±5.649		

Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

Die mittels t-Test berechneten Unterschiede bezüglich des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters innerhalb der VT-Gruppe im prä-post Vergleich sowie die Effektstärken sind in Tabelle 7 dargestellt. Es zeigten sich kleine Effekte auf den Skalen Bedeutsamkeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, innere Ruhe und Lebenszufriedenheit.

Tabelle 7: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM innerhalb der VT-Gruppe

Skala	Zeitpunkt	VT-Gruppe (n=128)		Signifikanz	Effekt- stärke
		M	SD		
Bedeutsamkeit	Aufnahme	15.65	±5.334	p≤0.001	0.32
	Entlassung	14.05	±4.761		
Ehrgeiz	Aufnahme	16.98	±5.542	p≤0.008	0.17
	Entlassung	16.09	±4.852		
Verausgabungsbereit- schaft	Aufnahme	21.42	±5.069	p≤0.001	0.38
	Entlassung	19.50	±5.147		
Perfektionsstreben	Aufnahme	23.75	±4.116	p≤0.001	0.36
	Entlassung	22.29	±4.026		
Distanzierungsfähigkeit	Aufnahme	13.02	±4.982	p≤0.001	0.49
	Entlassung	15.62	±5.665		
Resignationstendenz	Aufnahme	20.49	±4.540	p≤0.001	0.31
	Entlassung	19.02	±5.012		

Skala	Zeitpunkt	VT-Gruppe (n=128)		Signifikanz	Effekt- stärke
		M	SD		
Problembewältigung	Aufnahme	19.05	±3.720	p≤0.073	0.12
	Entlassung	19.51	±3.723		
Innere Ruhe	Aufnahme	16.31	±4.811	p≤0.001	0.31
	Entlassung	17.73	±4.508		
Erfolgserleben	Aufnahme	19.97	±4.816	p≤0.072	0.11
	Entlassung	20.50	±4.532		
Lebenszufriedenheit	Aufnahme	16.38	±4.355	p≤0.001	0.36
	Entlassung	18.05	±5.010		
Unterstützung	Aufnahme	20.39	±4.795	p≤0.529	0.03
	Entlassung	20.55	±5.019		

Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

Die mittels t-Test berechneten Unterschiede bezüglich des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters im AVEM innerhalb der AIT sowie die Effektstärken sind in Tabelle 8 dargestellt. Mittlere Effekte zeigten sich auf den Skalen Bedeutsamkeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und Distanzierungsfähigkeit. Kleine Effekte zeigten sich auf den Skalen Ehrgeiz, Resignationstendenz, innere Ruhe und Lebenszufriedenheit.

Tabelle 8: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie Signifikanz und Effektstärke im prä-post Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im AVEM innerhalb der AIT

Skala	Zeitpunkt	AIT (n=118)		Signifi- kanz	Effekt- stärke
		M	SD		
Bedeutsamkeit	Aufnahme	17.06	±4.934	p≤0.001	0.55
	Entlassung	14.53	±4.328		
Ehrgeiz	Aufnahme	17.53	±5.130	p≤0.002	0.21
	Entlassung	16.56	±4.292		

Skala	Zeitpunkt	AIT (n=118)		Signifi- kanz	Effekt- stärke
		M	SD		
Verausgabungsbereit- schaft	Aufnahme	21.65	±4.564	p≤0.001	0.6
	Entlassung	18.94	±4.480		
Perfektionsstreben	Aufnahme	24.13	±3.625	p≤0.001	0.71
	Entlassung	21.31	±4.278		
Distanzierungsfähigkeit	Aufnahme	14.57	±4.618	p≤0.001	0.62
	Entlassung	17.67	±5.343		
Resignationstendenz	Aufnahme	19.31	±4.776	p≤0.001	0.37
	Entlassung	17.57	±4.731		
Problembewältigung	Aufnahme	20.04	±4.492	p≤0.709	0.03
	Entlassung	19.93	±3.693		
Innere Ruhe	Aufnahme	16.34	±4.125	p≤0.001	0.36
	Entlassung	17.86	±4.335		
Erfolgserleben	Aufnahme	20.13	±4.084	p≤0.144	0.09
	Entlassung	20.50	±4.238		
Lebenszufriedenheit	Aufnahme	17.13	±4.158	p≤0.001	0.37
	Entlassung	18.76	±4.581		
Unterstützung	Aufnahme	20.19	±4.447	p≤0.048	0.13
	Entlassung	20.76	±4.326		

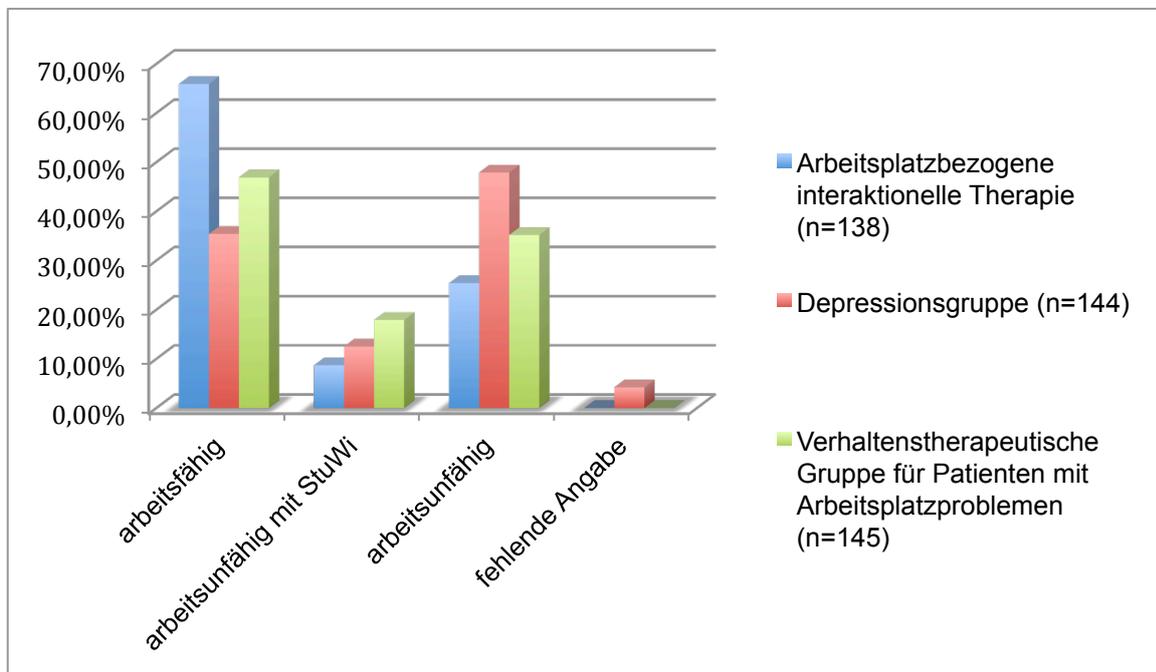
Signifikante Unterschiede sind fett dargestellt

6.6 Entlassform der an der Stichprobe teilnehmenden Gruppen im Vergleich

Im Vergleich der Entlassform mittels einer deskriptiven Statistik sowie dem χ^2 -Test zwischen der Depressions- und der VT-Gruppe zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.04$). Die Patienten der VT-Gruppe werden häufiger arbeitsfähig entlassen und machen häufiger eine stufenweise Wiedereingliederung. Zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.001$). Die Patienten der AIT werden häufiger arbeitsfähig entlassen und machen seltener eine

stufenweise Wiedereingliederung. Auch zwischen der VT-Gruppe und der AIT zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0.004$). Hier werden die Patienten der AIT ebenfalls häufiger arbeitsfähig entlassen und machen seltener eine stufenweise Wiedereingliederung (Abb. 11).

Abbildung 11: Vergleich der Entlassform zwischen der Depressionsgruppe, der AIT und der VT-Gruppe



StWi= Stufenweise Wiedereingliederung

7. Diskussion

7.1 Vorbemerkung

Das Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, ob sich Rehabilitanden, die wegen einer beruflichen Problemlage an der Rehabilitation teilnehmen von Rehabilitanden ohne eine solche Problemlage hinsichtlich der unten genannten Variablen unterscheiden. Hierfür wurden die psychische Symptombelastung, das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster sowie die soziodemographischen Variablen von Rehabilitanden, die an einer Störung aus dem depressiven Formenkreis erkrankt waren und die entweder in einem störungsspezifischen oder einem auf Arbeitsplatzprobleme ausgelegten Setting behandelt wurden, anhand der zu Beginn und gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme ausgefüllten Fragebögen sowie der im Aufnahmegespräch angegebenen soziodemographischen Variablen miteinander verglichen. Im folgenden Kapitel (7.2) werden die Ergebnisse, bezogen auf die Fragestellungen, diskutiert.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

I. Fragestellung: Unterscheiden sich Patienten, die wegen einer beruflichen Problemlage an einem arbeitsplatzbezogenen Therapiekonzept teilnehmen, hinsichtlich

- d) soziodemografischer Variablen
- e) psychischer Symptombelastung und
- f) arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern

von Rehabilitanden ohne eine solche Problemlage?

Die Auswertung der soziodemographischen Variablen hat ergeben, dass sich bezüglich des Geschlechts, der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation und dem

höchsten Bildungsabschluss keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen zeigen.

Der Vergleich der Patientenstichprobe mit der Literatur zeigt, dass die Frauen insgesamt mit 58,1% leicht unterrepräsentiert sind, da in Literaturangaben das Risiko für Frauen, an einer Depression zu erkranken, in der 12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depressionen mit 8,1% deutlich höher liegt als bei Männern mit 3,8% (Robert Koch Institut, 2013). Die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die länger andauerten als drei Monate, sind in der Patientenstichprobe mit 55,2% überrepräsentiert, da die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr aufgrund von psychischen Störungen bei Frauen bei 28,5 Tagen und bei Männern bei 26,4 Tagen liegt (Robert Koch Institut, 2005). Dies ist in der Auswahl der Patientenstichprobe begründet, da Patienten in der stationären Rehabilitation aufgrund der hierfür gültigen Indikationskriterien ein höheres Chronifizierungsstadium aufweisen als der Durchschnitt dieser Patientengruppe. Ein Vergleich mit Rehabilitationsdaten zeigte, dass insgesamt 42% der Frauen und 44% der Männer vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme länger als drei Monate arbeitsunfähig waren (Irle et al., 2008).

Signifikante Unterschiede zeigten sich zum Aufnahmezeitpunkt zwischen der Depressionsgruppe und den berufsbezogenen Konzepten in Bezug auf die Arbeitslosigkeit bei Aufnahme. Innerhalb der Depressionsgruppe waren deutlich mehr Patienten arbeitslos. Eine Erklärung für den höheren Anteil von Arbeitslosen in der Depressionsgruppe könnte sein, dass an den beiden auf Arbeitsplatzprobleme ausgelegten Settings eher Patienten teilnehmen, die noch einen Arbeitsplatz haben. Es zeigt weiterhin, dass die spezifische Gruppenzuweisung der Patienten zu Beginn der Maßnahme funktioniert, da eine Teilnahme von arbeitslosen Patienten in einem berufsbezogenen Konzept in nur wenigen Fällen sinnvoll ist. Der Vergleich der Patientenstichprobe mit der Literatur zeigt, dass Arbeitslosigkeit depressive Erkrankungen begünstigen kann (Rosenbach et al., 2013). Arbeitslose Menschen haben mehr psychische Krankheiten und Beschwerden. Allerdings führen gesundheitliche Probleme auch häufig zu Arbeitslosigkeit (Robert Koch Institut, 2012). Bei Aufnahme in die Rehabilitation waren insgesamt 14,5% der Patienten arbeitslos. Diese Zahl ist etwas höher als die durchschnittliche Arbeitslosenquote in Rehabilitationseinrichtungen. Aus einem Bericht zur Reha- Qualitätssicherung aus dem Jahr

2014 geht hervor, dass bei der QS- Vergleichsgruppe 10% der Patienten arbeitslos waren (Rentenversicherung Bund, 2014).

Weiter zeigte sich am Ende der Rehabilitation ein signifikanter Unterschied bezüglich der Einschätzung für die bisherige berufliche Tätigkeit. Die Patienten der AIT konnten häufiger ihre bisherige berufliche Tätigkeit weiterführen als die Patienten der Depressionsgruppe, hatten nie die Einschätzung eines aufgehobenen Leistungsvermögens und seltener die Empfehlung für berufsfördernde Maßnahmen. Auch im Vergleich mit den Patienten der VT-Gruppe bekamen die Patienten der AIT seltener die Empfehlung für berufsfördernde Maßnahmen. In Bezug auf die Einsetzbarkeit der Patienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der AIT und Depressionsgruppe. Die Patienten der Depressionsgruppe waren häufiger unter drei Stunden und seltener über sechs Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar als die Patienten der AIT. Insgesamt zeigt dies, dass die Einbeziehung der beruflichen Problemlagen der Patienten in das Therapiekonzept sinnvoll ist, da die Patienten der berufsbezogenen Konzepte deutlich häufiger in ihre berufliche Tätigkeit zurückkehren konnten als die Patienten der Depressionsgruppe.

Psychische Störungen spielen eine wesentliche Rolle bei den Rentenanträgen. Im Jahr 2012 waren 42% der Rentenzugänge aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit in einer psychischen Störung begründet (Deutsche Rentenversicherung, 2014). In der Patientenstichprobe waren 1,4% der Patienten zum Entlasszeitpunkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter drei Stunden einsetzbar, bei 3,5% der Patienten wurde keine Angabe hierzu gemacht. Eine Erklärung für die fehlende Angabe bei der sozialmedizinischen Einschätzung könnte sein, dass in der Patientenstichprobe auch Patienten mit dem Kostenträger Krankenkasse eingeschlossen sind und diese Patienten häufig schon berentet sind, weswegen eine solche Einschätzung nicht mehr erforderlich ist. Insgesamt sprechen die Daten dafür, dass es bei der Mehrzahl der Patienten mit depressiven Störungen in der Rehabilitation möglich ist, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Die Auswertung der psychischen Symptombelastung zum Aufnahmezeitpunkt hat ergeben, dass sich signifikante Unterschiede zwischen Rehabilitanden mit einer beruflichen Problemlage und Rehabilitanden ohne eine berufliche Problemlage bezüglich Depressivität, psychischen Wohlbefindens, Selbstwirksamkeit und Aktivität zeigten. Die Patienten der Depressionsgruppe hatten auf diesen Skalen erwartungs-

gemäß einen höheren Störungswert. Ebenso hatten die Patienten der Depressionsgruppe signifikant schlechtere Werte hinsichtlich der somatoformen Beschwerden und der phobischen Ängste als die Patienten der AIT. Die signifikanten Unterschiede bezüglich der Depressivität und der Aktivität spiegeln sich auch in den nach ICD-10 beschriebenen Depressionssymptomen wider, da im ICD-10 sowohl gedrückte Stimmung als auch Antriebsmangel beschrieben werden, und diese Skalen im BDI-II und HEALTH-49 bei Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen haben, signifikant höher lagen als bei Patienten, die an einem berufsbezogenen Konzept teilgenommen haben. Man kann davon ausgehen, dass die Patienten der berufsbezogenen Konzepte eher die Diagnose einer Anpassungsstörung bekamen.

Die Patienten aller Gruppen, die an der Untersuchung teilgenommen hatten, erreichten zum Aufnahmezeitpunkt im HEALTH-49 auf fast allen Skalen Belastungen über dem klinischen Cut- Off- Wert und zeigten somit eine erhöhte Symptombelastung. Insgesamt zeigte die psychische Symptombelastung erwartungsgemäß, dass die Patienten der Depressionsgruppe im BDI-II zu Aufnahmebeginn die höchste Symptombelastung hatten. Es folgten die Teilnehmer der VT-Gruppe, die Patienten der AIT hatten die geringste Symptombelastung zum Aufnahmezeitpunkt. Auch im HEALTH-49 hatten die Patienten der Depressionsgruppe auf allen Skalen die höchste Symptombelastung, gefolgt von den Patienten der VT-Gruppe, danach folgten die Patienten der AIT.

Die Hypothese bezüglich der erhöhten psychischen Symptombelastung bei Patienten ohne eine spezifische berufliche Problemlage konnte im BDI-II und im Health-49 bestätigt werden. Der BDI-II Summenwert lag bei Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen haben, höher als bei Patienten, die an der VT-Gruppe oder der AIT teilgenommen haben. Ebenso wiesen die Patienten der Depressionsgruppe im HEALTH-49 auf allen Skalen höhere Werte auf als die Patienten, die an einem berufsbezogenen Konzept teilgenommen haben.

Die Auswertung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters zum Aufnahmezeitpunkt hat ergeben, dass die Patienten der Depressionsgruppe signifikant niedrigere Werte auf den Skalen Ehrgeiz und Lebenszufriedenheit aufwiesen als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte. Die Patienten der VT-Gruppe zeigten signifikant niedrigere Werte bezüglich der Distanzierungsfähigkeit als die Patienten der

Depressionsgruppe und die Patienten der Depressionsgruppe zeigten signifikant niedrigere Werte bezüglich der Problembewältigung als die Patienten der AIT. Die Patienten der Depressionsgruppe zeigten also ein eher depressionstypisches Bild, sie waren weniger ehrgeizig und zeigten weniger Lebenszufriedenheit als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte, während diese in Bezug auf den Ehrgeiz eher ein Überengagement zeigten, was ein Grund für ihre berufsbezogene Problemlage darstellen könnte.

Insgesamt zeigt die Auswertung des AVEMs, dass die Patienten der Depressionsgruppe bei der Aufnahme im AVEM auf mehr Skalen Belastungen aufwiesen als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte. Die Patienten der AIT hatten zum Aufnahmezeitpunkt auf den wenigsten Skalen Belastungen.

Die Hypothese, dass Patienten, die aufgrund einer beruflichen Problemlage an der Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, im AVEM hohen beruflichen Ehrgeiz bei niedriger Distanzierungsfähigkeit zeigen, konnte nur teilweise bestätigt werden. Zwar war die Distanzierungsfähigkeit bei den Patienten, die an der VT-Gruppe teilgenommen hatten, erniedrigt, bei den Patienten der AIT lag sie jedoch im unteren Normbereich.

II. Fragestellung: Profitieren Rehabilitanden, die wegen einer beruflichen Problemlage in einem arbeitsplatzspezifischen Therapiekonzept behandelt wurden, in unterschiedlicher Weise von Rehabilitanden mit störungsspezifischem Behandlungskonzept hinsichtlich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster und allgemeiner psychischer Symptomatik?

Die Auswertung des AVEMs im prä-post Vergleich hat ergeben, dass sich auf der Skala Perfektionsstreben signifikante Unterschiede zwischen der VT-Gruppe und der AIT sowie der Depressionsgruppe und der AIT zeigten. Die Patienten der AIT konnten ihr Perfektionsstreben am deutlichsten reduzieren, gefolgt von den Patienten der VT-Gruppe.

Der prä-post Vergleich zwischen den Patienten der Depressionsgruppe und den Patienten der AIT im AVEM zeigte, dass die Distanzierungsfähigkeit bei den Patienten der AIT signifikant besser geworden ist als bei den Patienten der Depressionsgruppe.

Zwischen der Depressionsgruppe und der AIT zeigte sich im AVEM auf den Skalen Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit und Resignationstendenz eine kleine Effektstärke, auf der Skala Perfektionsstreben zeigte sich ein grenzwertig mittlerer Effekt. Zwischen der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe zeigte sich im AVEM eine kleine Effektstärke auf den Skalen Ehrgeiz und Distanzierungsfähigkeit.

Insgesamt geben die Daten Hinweise, dass das AIT-Konzept hinsichtlich der Modifikation dysfunktionaler arbeitsbezogener Muster etwas wirksamer ist als das Konzept der VT- oder Depressionsgruppe, da sich auf einer Skala nur in der AIT ein signifikanter Unterschied zeigte und die Patienten der AIT am deutlichsten ihr Perfektionsstreben reduzieren konnten, auch zeigte sich hier im Vergleich mit der Depressionsgruppe ein annähernd mittlerer Effekt.

Zudem zeigten sich signifikante Unterschiede bei dem Vergleichen der prä-post Werte innerhalb der jeweiligen Gruppen. In der Depressionsgruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen im AVEM auf den Skalen Bedeutsamkeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, innere Ruhe, Lebenszufriedenheit und Unterstützung. Es zeigten sich auf den meisten Skalen kleine Effektstärken.

Innerhalb der VT-Gruppe zeigten sich im AVEM signifikante Unterschiede bezüglich der Skalen Bedeutsamkeit, Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, innere Ruhe und Lebenszufriedenheit. Die Skalen zeigten zum Entlasszeitpunkt ebenfalls gebesserte Werte. Auf der Skala Distanzierungsfähigkeit zeigte sich eine annähernd mittlere Effektstärke, die weiteren Skalen zeigten meist eine kleine Effektstärke.

Innerhalb der AIT zeigten sich im AVEM signifikante Unterschiede bezüglich der Skalen Bedeutsamkeit, Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, innere Ruhe, Lebenszufriedenheit und Unterstützung. Auch innerhalb der AIT haben sich die Werte auf den Skalen zum Entlasszeitpunkt gebessert. Auf den Skalen Bedeutsamkeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und Distanzierungsfähigkeit zeigten sich mittlere Effektstärken, die weiteren Skalen zeigten meist kleine Effektstärken.

Zum Entlasszeitpunkt zeigten sich gebesserte Werte auf den Skalen mit Störungswert bei allen Gruppen. Dies zeigt, dass auch die Patienten der Depressionsgruppe ihr arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster verbessern konnten.

Für die Hypothese, dass die Patienten, die an einem arbeitsplatzspezifischen Therapiekonzept teilgenommen haben, eine stärkere Verbesserung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster erreichen konnten, zeigen die Daten gewisse Hinweise. Diese Patienten konnten ihr arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster auf den meisten Skalen deutlicher verbessern als die Patienten der Depressionsgruppe. Insgesamt konnten die Patienten der Depressionsgruppe die Skalen im AVEM mit Störungswert von sechs auffälligen Skalen auf fünf auffällige Skalen reduzieren, die Patienten der VT-Gruppe konnten fünf auffällige auf zwei auffällige Skalen reduzieren und die Patienten der AIT konnten drei auffällige Skalen auf eine auffällige Skala reduzieren. Auf der Skala Perfektionsstreben konnten die Patienten der AIT eine signifikante Reduzierung gegenüber den Patienten der anderen Gruppen erzielen. Auch zeigte sich hier gegenüber der Depressionsgruppe ein annähernd mittlerer Effekt. Insgesamt war jedoch der Störungswert zu Beginn in der Depressionsgruppe höher. Dies spricht zusätzlich für die arbeitsplatzspezifischen Konzepte, da es als Folge der Regression zur Mitte (Zwingmann et al., 2005) bei höheren Störungswerten leichter ist, starke Verbesserungen zu erreichen. Die Patienten der Depressionsgruppe waren zu Beginn der Rehabilitation stärker belastet und konnten trotzdem keine stärkere Verbesserung im AVEM erzielen als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte.

Weiter zeigte sich, dass die Entlasswerte im BDI-II und AVEM bei den Patienten der Depressionsgruppe außer auf den Skalen Ehrgeiz und Bedeutsamkeit miteinander korrelieren. In diesem Gruppenkonzept wurde jedoch nicht speziell auf die Arbeitsplatzproblematik eingegangen. Einige Selbsteinschätzungen im AVEM könnten ein Epiphänomen der depressiven Symptomatik sein und sich deshalb parallel zur Depressivität bessern. Es zeigte sich, dass die Skalen sechs bis acht im AVEM besonders stark mit den Merkmalen korrelieren, die unter anderem die emotionale Stabilität und das Belastungserleben beschreiben. Die Skalen neun bis elf im AVEM zeigten die engsten Zusammenhänge mit Merkmalen der Grundstimmung, der beeinträchtigten Befindlichkeit sowie der Lebenszufriedenheit (Schaarschmidt et al., 2003).

Der prä-post Vergleich zwischen den Patienten, die an einem berufsbezogenen Konzept teilgenommen haben, und den Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen hatten, zeigte bezüglich der psychischen Symptombelastung im BDI-II keinen signifikanten Unterschied. Im HEALTH-49 zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Dies zeigt, wie wichtig es ist, den Arbeitsplatzbezug in der Rehabilitation herzustellen, da eine Verbesserung der beruflichen Problemlage auch eine Verbesserung der psychischen Symptomatik bedingen kann.

Es zeigten sich signifikante Verbesserungen bezüglich der psychischen Symptombelastung innerhalb der jeweiligen Gruppen im prä-post Vergleich. Es zeigten sich signifikante Unterschiede im BDI-II und im HEALTH-49 auf den Skalen somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit und Aktivität. Innerhalb der Depressionsgruppe zeigte sich weiterhin ein signifikanter Unterschied bezüglich der sozialen Unterstützung, bei den berufsbezogenen Konzepten zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der sozialen Belastung. Die Patienten aller Gruppen konnten ihre psychische Belastung auf den meisten Skalen um ähnliche Summenwerte reduzieren, dies zeigt den Erfolg des multimodalen Therapiekonzeptes, da auch Patienten aus berufsbezogenen Konzepten ihre psychische Symptombelastung ähnlich stark wie die Depressionspatienten reduzieren konnten, obwohl in den berufsbezogenen Konzepten nicht speziell störungsspezifisch gearbeitet wird.

Diese Studie war nicht randomisiert, da eine Randomisierung dem Auftrag der Deutschen Rentenversicherung widersprechen würde. Die Deutsche Rentenversicherung fordert vermehrt MBOR bei Rehabilitanden, die eine berufliche Problemlage aufweisen. Hier stellt sich die Frage, ob dadurch weniger auf die Psychotherapie eingegangen wird. Diese Studie zeigt, dass die berufsspezifischen Konzepte die arbeitsbezogenen dysfunktionalen Muster gezielt verbessern konnten, ohne die störungsbezogene Wirkung zu reduzieren. Eine randomisierte Studie sollte zeigen, ob dies bestätigt werden kann.

Bei dem Betrachten der Effektstärken im prä-post Vergleich fällt auf, dass die Effekte innerhalb der AIT im AVEM stärker ausgeprägt sind als die Effekte innerhalb der Depressionsgruppe oder der VT-Gruppe. Im HEALTH-49 spiegelt sich dies nicht so

wider, es zeigt sich ein eher gemischteres Bild der Effektstärken. Eine Erklärung für diese Beobachtung könnte sein, dass in dem Therapiekonzept der AIT durch die fixe Kombination mit der Ergotherapiegruppe als Erfahrungsraum vermehrt auf die Wirkfaktoren der Psychotherapie wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Klärungsperspektive (Grawe, 1995) eingegangen wird.

Im Rahmen der MESTA- Studie ließen sich in der stationären psychosomatischen Rehabilitation mittlere bis große Effekte erzielen (Löschmann et al., 2005). Es zeigte sich kurz- und längerfristig bei den Patienten eine deutliche Besserung des psychosozialen und körperlichen Befindens. Schon früh konnte der Nachweis von langfristigen Effekten sowohl für verhaltensmedizinisch als auch für tiefenpsychologisch orientierte Behandlungskonzepte in der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme gezeigt werden, es wurden meist mittlere Effektstärken erreicht (Petermann et al., 2009). Dies spiegelt sich teilweise in den erreichten Effektstärken dieser Studie wider, da innerhalb der einzelnen Gruppen in der psychischen Symptombelastung im prä-post Vergleich meist mittlere Effektstärken erreicht wurden. Im AVEM zeigten sich im prä-post Vergleich innerhalb der Depressionsgruppe und der VT-Gruppe eher kleine Effektstärken, innerhalb der AIT zeigten sich sowohl kleine als auch mittlere Effektstärken. Insgesamt zeigte sich in Bezug auf die Effektgröße der Psychotherapie, dass sich die durchschnittlich behandelte Person in einem besseren Zustand befindet als 80% der unbehandelten Personen (Strauß et al., 2012).

Es zeigte sich, dass mittels der Gruppentherapie, wie auch schon in der Literatur beschrieben, eine Veränderung auf der sozialen, der intrapsychischen oder der Verhaltensebene erreicht werden kann (Burlingame et al., 2012). Dies spiegelt sich im prä-post Vergleich innerhalb der einzelnen Gruppen wider, da auf den meisten Skalen eine Besserung zum Entlasszeitpunkt eintrat. In der Depressionsgruppe werden gemeinsam die Symptome einer Depression auf der somatischen Ebene, der motorischen Ebene, der emotionalen Ebene, der motivationalen Ebene, der kognitiven Ebene und der interaktiven Ebene erarbeitet (Borgart et al., 2004). Dies führte zu einer Verbesserung des BDI-II und im HEALTH-49 auf allen Skalen im prä-post Vergleich.

In der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie werden auf der Handlungsebene bei den Patienten Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Leistungsmotivation, soziale

Kompetenzen und Ich- Funktionen trainiert (Kopka et al., 2009). Dies zeigt sich sowohl im AVEM als auch im BDI-II und HEALTH-49 an den gebesserten Werten.

In der verhaltenstherapeutischen Gruppe für Patienten mit Arbeitsplatzproblemen ist es ein Ziel, das berufliche Belastungserleben zu reduzieren (Koch et al., 2015). Der Erfolg dieser Therapie spiegelt sich in den zum Entlasszeitpunkt auf den Skalen gebesserten Werten wider.

Bei allen Gruppen der Stichprobe zeigten sich gebesserte Werte zum Entlasszeitpunkt, auch wenn die Belastungen auf fast allen Skalen weiterhin über dem klinischen Cut-Off- Wert lagen. Lediglich auf den Skalen psychisches Wohlbefinden und soziale Unterstützung lagen die Belastungen für die Patienten der AIT und der Patienten der VT-Gruppe unter dem klinischen Cut- Off- Wert. Es gelang jedoch in allen Gruppen, die Symptombelastung im HEALTH-49 auf den einzelnen Skalen um ähnliche Summenwerte zu reduzieren.

III. Fragestellung: Gibt es einen Unterschied zwischen den Rehabilitanden, die an einem berufsbezogenem Konzept teilgenommen haben, gegenüber den Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen haben, bezüglich der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung?

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Entlassform zwischen Patienten, die an einem berufsbezogenen Therapiekonzept teilgenommen haben, und Patienten, die an einem störungsspezifischen Therapiekonzept teilgenommen haben. Insgesamt sind die Patienten, die an der AIT teilgenommen haben, am häufigsten arbeitsfähig entlassen worden, gefolgt von den Patienten der VT-Gruppe. In der Depressionsgruppe wurden die wenigsten Patienten arbeitsfähig entlassen, obwohl die Kriterien für Arbeitsunfähigkeit bei der überrepräsentierten Gruppe von arbeitslosen Patienten hier besonders niedrig liegen. Es wurden sogar mehr Patienten arbeitsunfähig entlassen als arbeitsfähig. Allerdings waren die Patienten der Depressionsgruppe auch häufiger länger als sechs Monate und seltener weniger als drei Monate im Jahr vor der Rehabilitationsmaßnahme arbeitsunfähig als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte, so dass hier eine deutlich schlechtere Ausgangslage bestand.

Die Patienten der VT-Gruppe machten am häufigsten eine stufenweise Wiedereingliederung, gefolgt von den Patienten der Depressionsgruppe. Die Patienten der AIT machten am seltensten eine stufenweise Wiedereingliederung. Ein Grund könnte sein, dass die Patienten der AIT zu gesund sind und eine stufenweise Wiedereingliederung nicht benötigen. Bei den Patienten der Depressionsgruppe konnten wiederum die arbeitslosen Patienten und die Patienten, die in ihrem Bezugsberuf unter drei Stunden einsetzbar sind, die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung nicht in Anspruch nehmen.

Wie bereits in der Literatur beschrieben, ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise das Vorbeugen vorzeitiger Erwerbsminderung ein wichtiges Ziel der psychosomatischen Rehabilitation, deswegen sind berufsbezogene Behandlungskonzepte ein wesentlicher Bestandteil (Koch et al., 2015). In diesem Zusammenhang spielt MBOR eine wichtige Rolle. Seitens des Rehabilitationsträgers wird erwartet, dass mittels MBOR die Berufsrückkehrwahrscheinlichkeit von Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen langfristig erhöht wird. Dies kann einerseits dadurch erreicht werden, dass Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Problemen erkannt werden und spezifische Interventionen bekommen, andererseits wird der Fokus auf die Motivationsförderung gelegt, da die subjektive Erwerbsprognose ein sehr wichtiger Prädiktor für die Rückkehr in die Arbeitswelt ist (Köllner et al., 2015).

Auch die AIT stellt eine MBOR- Maßnahme dar. In der arbeitsplatzbezogenen interaktionellen Therapie nehmen die Patienten an einer psychodynamisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie sowie an einer ergotherapeutischen Projektgruppe teil (Kopka et al., 2009). In diesem Konzept soll die Motivation der Patienten, wieder in die Arbeitswelt zurückzukehren, gefördert werden. In der Depressionsgruppe dagegen werden mit den Patienten eigene Ressourcen erarbeitet, sie werden dazu motiviert, wieder mehr positive Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren, die sozialen Kompetenzen werden gefördert und es werden Strategien zur Abgrenzung und Durchsetzung gelernt (Borgart et al., 2004). Die Bearbeitung der beruflichen Problemlagen ist kein zentraler Schwerpunkt dieses Konzeptes.

Die Hypothese, dass die Rehabilitanden, die an einem berufsgruppenspezifischen Konzept teilgenommen haben, eine höhere Arbeitsfähigkeitsquote bei Entlassung erzielen, unter der Voraussetzung, dass die Schwere der Störung und die Arbeits-

unfähigkeitsquote zu Beginn gleich groß gewesen sind, konnte nur teilweise bestätigt werden. Die Patienten der Depressionsgruppe waren schon vor der Reha deutlich länger arbeitsunfähig als die Patienten der AIT und sowohl bei der psychischen Symptombelastung als auch bei dem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster schwerer belastet als die Patienten der berufsbezogenen Konzepte. Insofern sind die Patientenstichproben nur bedingt vergleichbar. Es wurden deutlich mehr Patienten, die an der AIT teilgenommen haben, arbeitsfähig entlassen als Patienten, die an den anderen Gruppenkonzepten teilgenommen haben. Dies kann allerdings auf die bereits vor der Rehabilitation bestehenden Unterschiede zurückzuführen sein.

7.3 Limitationen der Studie

Folgende Limitationen der Studie sind zu berücksichtigen:

I. Da die Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme an einem multimodalen Therapiekonzept teilgenommen haben und neben den jeweiligen Gruppentherapien unter anderem auch noch an Sport- und Bewegungstherapien, physikalischen Therapien, Einzelgesprächen sowie Vorträgen und Seminaren teilgenommen haben, ist es nicht möglich zu sagen, welchen Einfluss diese Therapien auf den Therapieerfolg genommen haben. Da für jeden Patienten ein individuelles Programm erstellt wird, haben nicht alle Patienten, auch wenn sie dieselbe Gruppentherapie besucht haben, dasselbe Rahmenprogramm.

II. Sowohl der BDI-II als auch der AVEM und der HEALTH-49 sind subjektive Testverfahren und werden von den Patienten eigenständig bearbeitet. Es ist dem Patienten also möglich, Symptome entweder zu bagatellisieren oder auch zu aggravieren, wenn sich der Patient beispielsweise die Schwere seiner Symptomatik nicht eingestehen möchte oder eventuell glaubt, durch eine Aggravation einen Vorteil beispielsweise hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung oder bei einem Rentenbegehren bekommen zu können. Als Alternative kämen Fremdrating-Verfahren in Frage, wie beispielsweise die Hamilton-Depressionsskala.

III. Da nicht alle Patienten in einer Partnerschaft leben, können einige Patienten die im AVEM gestellten Fragen zum Thema Partnerschaft nicht beantworten. Auch werden im HEALTH-49 und im BDI-II nur die Belastungen abgefragt, die die Patienten in den letzten zwei Wochen verspürt haben. In diesem Zeitraum kann es jedoch zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Symptome gekommen sein und es ist nicht möglich, eine längerfristige Aussage über die Beschwerdesymptomatik der Patienten treffen zu können.

IV. Die Studie war nicht randomisiert, es erfolgte zu Aufnahmebeginn eine gezielte Einteilung der Patienten mit einer beruflichen Problemlage in eine Gruppe mit einem berufsbezogenen Konzept. Die Patienten ohne eine berufliche Problemlage nahmen an einem störungsspezifischen Konzept teil. Daher zeigte sich eine unterschiedliche Schwere sowohl der psychischen Symptombelastung als auch des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters bei Rehabilitationsbeginn. Deswegen ist es sehr schwer, diese Gruppen direkt miteinander zu vergleichen und Aussagen über die Arbeitsfähigkeitsquote bei Entlassung treffen zu können.

V. Diese Studie beinhaltet keine Katamnese, daher ist keine Aussage darüber möglich, wie stabil und alltagstauglich die hier gefundenen Effekte sind. Da dies jedoch bei den arbeitsplatzbezogenen Fragen relevant ist, wäre eine Nacherhebung nach sechs und 12 Monaten sehr hilfreich, um eine längerfristige Aussage über die Stabilität der Effekte bekommen zu können.

7.4 Schlussfolgerungen

Bei dieser Studie handelt es sich um eine kontrollierte, nicht randomisierte Verlaufsstudie. Die Patienten der Depressionsgruppe waren in Bezug auf die psychische Symptombelastung schon zu Therapiebeginn höher belastet als die Patienten der VT-Gruppe oder der AIT. Dies spricht für die korrekte Zuweisung der Patienten im Sinne des Therapierationals in die jeweiligen Gruppen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Dadurch konnte in den jeweiligen Behandlungskonzepten spezifisch auf die Problemlage der Patienten eingegangen werden. Die vorliegende Studie unterstützt

die Schlussfolgerungen, dass auch mittels der medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation schon früh der Arbeitsbezug im Rehabilitationsprozess hergestellt werden sollte (Köllner et al., 2014). Die Arbeitsfähigkeitsquote der Patienten, die an der AIT teilgenommen haben, lag signifikant höher als bei den Patienten, die an einem störungsspezifischen Behandlungskonzept teilgenommen haben, wobei allerdings auch der unterschiedlich schwere Störungswert zu Beginn der Rehabilitation berücksichtigt werden sollte. In einem medizinisch- beruflich orientierten Therapiekonzept wird auf das wichtigste Ziel, die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der bereits gefährdeten Erwerbsfähigkeit, um die Anforderungen am Arbeitsplatz erfüllen zu können, eingegangen (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Von den Patienten, die an einem berufsbezogenen Therapiekonzept teilgenommen haben, wies kein Patient zum Entlasszeitpunkt ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf. Von den Patienten, die an der Depressionsgruppe teilgenommen haben, wiesen 4,2% der Patienten zum Entlasszeitpunkt ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf. Ebenso waren die Patienten, die an einem berufsbezogenen Therapiekonzept teilgenommen haben, deutlich häufiger sowohl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch in dem jeweiligen Bezugsberuf vollschichtig einsetzbar als die Patienten der Depressionsgruppe. Auch dies zeigt noch einmal die Bedeutung eines berufsbezogenen Therapiekonzeptes, wobei auch hier der unterschiedliche Störungswert zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme berücksichtigt werden sollte.

Insgesamt zeigte sich, dass auch innerhalb der Depressionsgruppe Verbesserungen im AVEM zum Entlasszeitpunkt erzielt werden konnten. Ebenso konnten innerhalb der AIT und der VT-Gruppe Verbesserungen im BDI-II und im HEALTH-49 erzielt werden. Dies zeigt auch noch einmal den Erfolg des multimodalen Konzepts in der Rehabilitation, da sich gegenüber den Anfängen der Verhaltenstherapie gezeigt hat, dass isolierte Techniken durchaus einen Effekt haben, dieser Erfolg jedoch größer wird, wenn das Verhalten auf mehreren Ebenen betrachtet und beeinflusst wird (Köllner, 2005). So konnten auch in einem berufsbezogenen Therapiekonzept Verbesserungen der psychischen Symptombelastung und in einem störungsspezifischen Therapiekonzept Verbesserungen der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster erzielt werden.

Aufgaben zukünftiger Forschungen sollten darin bestehen, die medizinisch- beruflich orientierte Rehabilitation im Hinblick auf das Therapiekonzept und auf die Arbeits-

fähigkeitsquote bei Entlassung und im Langzeitverlauf zu untersuchen und gegebenenfalls das Therapiekonzept zu optimieren. Weiter können randomisierte katamnestische Studien zeigen, ob sich der etwas stärkere Effekt der arbeitsplatzspezifischen Gruppen auf diesbezügliche Problemmuster protektiv im weiteren Erwerbsleben auswirken kann.

8. Literaturverzeichnis

Albus, C., Herrmann- Lingen, C. (2012) Koronare Herzkrankheit. Uexküll- Psycho- somatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7, Auflage 2012

Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R., Eckert, J. (2007) Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Psychotherapeut January 2007, Volume 52, Issue 1, pp 24- 34

AS/ aerzteblatt.de (2012) Zahl der psychischen Erkrankungen steigt weiter an. aerztblatt.de, Deutsches Ärzteblatt Juni 2012

Ayuso- Mateos, J.L., Vázquez- Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. (2001) Depressive disorders in Europe: prevalence figures from ODIN study. The British Journal of Psychiatry (2001) 179: 308- 316

Bassler, M., Watzke, B., Köllner, V. (2012) Diagnostik in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychotherapie im Dialog 2012, 13(1): 72- 76

Bauer, J. (2013) Arbeit- Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. Karl Blessing Verlag, 2013

Bengel, J., Hubert, S. (2009) Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion. Fortschritte in der Psychotherapie, Hogrefe 2010

Bergner, TMH (2008) Burnout- Prävention für Ärzte und Therapeuten. Ärztliche Psychotherapie 2008, 3: 243- 250

Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., Josephson, M., (2009) Sickness Presenteeism Today, Sickness Absenteeism Tomorrow? A Prospective Study on Sickness Presenteeism and Future Sickness Absenteeism. Journal of Occupational & Environmental Medicine (2009): Volume 51, pp: 629- 638

Berkemeyer, R. (2013) Gallup- Studie- Gallup Engagement Index 2013: Jeder sechste Mitarbeiter hat innerlich gekündigt. www.gallup.de

Beschoner, P., Schönfeldt- Lecuona, C., Braun, M., Pajonk, FG. (2009) Eine psychiatrisch- psychotherapeutische Perspektive. *Psychotherapie im Dialog* (2009) 3: 215-221

Beutel, ME., Gündel, H., Herzog, W., Kruse, J., Schneider, W., (2013) Herausforderungen der Gesellschaft- Wandel der Arbeitsanforderungen. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute* (2013) Schattauer Verlag, Stuttgart

Beutel, ME., Doering, S., Geiser, F., Henningsen, P., Hermann- Lingen, C., Herpertz, S., Herschbach, P., Joraschky, P., Schauenburg, H., Schneider, W. (2013) Leitlinienorientierte Therapie in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie- „Burnout“ als Zeitkrankheit. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute* (2013) Schattauer Verlag, Stuttgart

BKK Gesundheitsreport 2012 Gesundheit fördern- Krankheit versorgen- mit Krankheit leben. Statistik und Analyse

Borgart, E.J., Meermann, R. (2004) Depressionen. Stationäre Verhaltenstherapie- Behandlungskonzepte und Therapiemanuale, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG 2004

Brakemeier, E.L., Köhler, S., Sterzer, P. (2013) Schulenübergreifende Psychotherapie der chronischen Depressions- Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Psychotherapie im Dialog* 3/2013 pp 34- 38

Broda, M. (2005) Salutogenese und Prävention. *Praktische Verhaltensmedizin*, Thieme Verlag 2005

Burlingame, G.M., Baldwin, S. (2012) Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie*, Springer Verlag 2012

Casey, P., Dowrick, C., Wilkinson, G. (2001) Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *The British Journal of Psychiatry* (2001) 179: 479- 481

Cohen, J. (2013) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic

Corrigan, PW., Kerr, A., Kudsens, L. (2005) The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 11 (2005) 179-190

DAK Gesundheitsreport 2005 erstellt durch das IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

DAK Gesundheitsreport 2013, Der Krankenstand der DAK- Mitglieder im Jahr 2012
Schwerpunktthema: Psychische Erkrankungen

DAK Gesundheitsreport 2014, Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie

Dannenberg, A., Hofmann, J., Kaldybajewa, K., Kruse, E. (2010) Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. *RVaktuell* 9/2010 283- 293

Dech, H. (2009) Sozialmedizinische Aspekte von Burnout- Syndromen und psychosoziale Gesundheitsförderung als neuer Ansatz der Prävention. *Psychotherapie im Dialog* (2009) 3: 209- 214

Deutsche Rentenversicherung (2012) Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) Berichte zur Reha- Qualitätssicherung- Sozialmedizinischer 2- Jahres- Verlauf

Deutsche Rentenversicherung (2014) Psychische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation- aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3- Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression- Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF- Berlin, Düsseldorf 2009

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM- V, Auflage 2013

Ducki, A. (2000) Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit: eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Mensch, Technis, Organisation; Bd. 25

Eisenberg, A., Söllner, W. (2008) Burnout in der psychosomatischen Grundversorgung- Erkennen und Behandeln. Ärztliche Psychotherapie 2008, 3: 275- 278

Europäische Kommission (2005) Grünbuch, Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern- Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Europäische Kommission, Brüssel 2005

Fiedler, P. (1999) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Beltz Taschenbuch 44

Freudenberger, HJ. (1974) Staff Burn- Out. Journal of Social Issues 1974, 30: 159- 165

Fritzsche, K., Wirsching, M. (2006) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Springer Verlag 2006

Goh, C., Agius, M. (2010) The Stress- Vulnerability Model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? Psychiatria Danubina 2010; Vol. 22, No. 2, pp 198- 202

Grabe, H.J. (2013) Gen- Umwelt- Interaktionen, Prädiktoren depressiver Störungen? Psychotherapie im Dialog (2013) 3: 82- 84

Grawe, K. (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut (1995) 40: 130- 145. Springer- Verlag 1995

Hanebuth, D., Meinel, M., Fischer, J. (2006) Health- Related Quality of Life, Psychosocial Work Conditions, and Absenteeism in an Industrial Sample of Blue and White- Collar Employees: A Comparison of Potential Predictors. Journal of Occupational & Environmental Medicine (2006): Volume 48, pp 28- 37

Hautzinger, M. (2005) Depressionen. Verhaltenstherapiemanual 2005, pp 465- 471

Herzog, W., Beutel, M.E., Kruse, J. (2013) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute- Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Schattauer GmbH

Hillert, A., Marwitz, M. (2008) Burnout: ein kritische Analyse mit therapeutischen Implikationen. Ärztliche Psychotherapie (2008) 4: 235- 241

Hollederer, A. (2002) Arbeitslosigkeit und Gesundheit- Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35 Jg./ 2002

Hollederer, A. (2005) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung. Fehlzeiten- Report Volume 2005, 2006, pp 219- 239

IAB Kurzbericht (2003) Arbeitslosenuntersuchungen: Arbeitslos- Gesundheit los- chancenlos? Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe Nr. 4, 2003

Internationale Klassifikation psychischer Störungen- ICD-10 Kapitel V, Version 2012

Irle, H., Fischer, K. (2008) Psychosomatische Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund

Jachertz, N. (2013) Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. Deutsches Ärzteblatt 2013, Seite 61

Jacobi, F. (2009) Nehmen psychische Störungen zu? Report Psychologie (34) 1/ 2009

Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, HU (2002) Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 2002- 73: 651- 658

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, HU. (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 2004 47: 736- 744

Keller, V. (2013) Depression. Psychotherapie im Dialog 3/ 2013 pp 14- 15

Kieselbach, T., Beelmann, G. (2006) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung- Faktoren der Bewältigung von Arbeitslosigkeit: Empirische Befunde. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber 2006

Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, JE., Hemingway, H., Shipley, MJ., Vahtera, J., Marmot, MG. (2005) Working While Ill as a Risk Factor for Serious Coronary Events: The Whitehall II Study. Public Health 2005, 95(1): 98- 102

Koch, S., Hillert, A. (2015) Berufsbezogene Behandlungsangebote in der Psychosomatischen Rehabilitation

Kopka, E., Ast, C., Hügel, H., Köllner, V. (2009) Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie (AIT)- Wie tief ist tief genug? Psychotherapie im Dialog 3/ 2009 pp 230- 235

Köllner, V. (2005) Grundlagen. Praktische Verhaltensmedizin, Thieme Verlag 2005

Köllner, V. (2007) Depressive Störungen und Beruf. Psychosoziale Gesundheit und Beruf- Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft. Genter Verlag Stuttgart, pp 124- 131

Köllner, V. (2008) Arbeitswelt und Psychosomatische Medizin. Ärztliche Psychotherapie 2008 3: 230- 2331

Köllner, V., Eckert- Tag Elsir, C., Freiberg, A., Lipka- Stöhr, G. (2013) Stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen. Wertvolle Ressource im Gesamtbehandlungsplan. Psychotherapie im Dialog 3/ 2013 pp 64- 68

Köllner, V. (2014) Psychosomatische Rehabilitation. Psychotherapie im Dialog 2014

Köllner, V., Stock Gissendanner, S. (2015) Medizinisch- beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. Rehabilitation in der Psychosomatik, Schattauer 2014

König, O. (2012) Gruppendynamische Grundlagen. Gruppenpsychotherapie, Springer Verlag 2012

Kühn, K.U., Quednow, B.B., Barkow, K., Heun, R., Linden, M., Maier, W. (2002) Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. Nervenarzt 2002 73: 644- 650

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., Hautzinger, M. (2007) Reliabilität und Validität des revidierten Beck- Depressionsinventar (BDI-II)- Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. Nervenarzt 2007 78: 651- 656

Laux, G. (2007) Affektive Störungen. Medizinische Therapie 2007/ 2008, 2007 pp 149- 150

Laux, G. (2011) Depressive Störungen. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, pp 371- 460

- Leppin, A. (2006) Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. Fehlzeiten Report Volume 2006, 2007 pp 99- 109
- Leuzinger- Bohleber, M. (2013) Psychoanalyse- Ein Anwendungsfeld bei chronischer Depression? Psychotherapie im Dialog (2013) 3: 26- 29
- Limm, H., Angerer, P., Heinmueller, M., Marten- Mittag, B., Nater, UM., Guendel, H. (2010) Self perceived stress reactivity is an indicator of psychosocial impairment at the workplace. BMC Public Health 2010, 10: 252
- Linden, M., Weidner, C. (2005) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Nervenarzt 2005 76: 1421- 1431
- Lorant, V., Deliége, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Anseau, M. (2003) Socioeconomic inequalities in depression; a meta- analysis. Am J Epidemiol 2003 Jan 15; 157(2): 98- 112
- Löschmann, C., Steffanowski, A., Wittmann, WW., Nübling, R. (2005) Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation- MESTA- Studie. Psychother Psych Med 2005; 55- S_051
- Maslach, C., Schaufeli, WB., Leiter, MP. (2001) Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001 Vol. 52: 397- 422
- Meyer, C., Rumpf, HJ., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2000 71: 535- 542
- Oetting, M. (2008) Stress und Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Psychologie Gesellschaft Politik 2008, pp 55- 59
- Petermann, F., Koch, U. (2009) Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? Die Rehabilitation 2009, 48: 257- 262

Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T., Wittchen, HU (2008) Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 2008 51: 411- 421

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, HU:, Schulz, H. (2007) „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“- psychometrische Überprüfung eines Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2007; 17: 133- 140

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, HU., Schulz, H. (2009) Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Band 55, Ausgabe 2, S. 162- 179

Robert- Koch- Institut Statistisches Bundesamt (2005) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes- Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2005

Robert Koch Institut (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008

Robert Koch Institut (2013) Psychische Gesundheit bei Männern und Frauen- Zusammenhang zur Anzahl vorhandener gesunder Lebensstilfaktoren

Robert Koch Institut (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Robert Koch Institut (2014) Gesundheitliche Lager der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch Institut (2014) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Rosenbach, F., Richter, M., (2013) Depression als gesellschaftliche Erkrankung- Die sozialen Determinanten psychischer Gesundheit. Psychotherapie im Dialog (2013) 3: 85- 88

Rösing, I. (20023) Ist die Burnout- Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout- Forschung. Asanger (2003) 52ff, 104f

Rüsch, N., Angermeyer, MC., Corrigan, P. (2005) Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. Psychiat Prax 32: 221- 232

Rüsch, N. (2010) Reaktion auf das Stigma psychischer Erkrankung- Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58(4) 287- 297

Schaarschmidt, U, Fischer, A. (2003) Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Dr. G. Schuhfried Ges.M.B.H., Swets Test Services

Schaarschmidt, U. (2006) AVEM: Ein Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens. AVEM: ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufs- bezogene Rehabilitation. Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP. Psychologische Diagnostik- Weichenstellung für den Reha- Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn S. 59- 82

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2008) AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Hogrefe Verlag

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2008) AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Hogrefe Verlag, 2008

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2011) Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main, 3. Auflage

Schauenburg, H (2012) Depression. Uexküll- Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis, 7. Auflage 2012

Schauenburg, H. (2013) Die Leitlinie „Unipolare Depression“- Welche Bedeutung hat sie für die Psychotherapie? Psychotherapie im Dialog (2013) 3: 22- 25

Schlarb, A., Hautzinger, M. (2011) BDI-II Beck- Depressions- Inventar. Klinisch- psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. Hogrefe Verlag 2011

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, PL., Tetzlaff, M. (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Nervenarzt 1999 70: 240- 249

Schomerus, G., Matschiner, H., Matthias, C., Angermeyer, C. (2009) The stigma of psychiatric treatment and help- seeking intentions for depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2009) 259: 298- 306

Schönknecht, P., Hegerl, U. (2012) Dysthymia. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2012; 80(10): 602- 608

Schulze, B. (2009) Energiekrise in der Arbeitswelt? Psychotherapie im Dialog (2009) 3: 201- 208

Schüler- Schneider, A., Schneider, B., Hillert, A. (2011) Burnout als Krankheitskonzept. Psychiat Prax 2011, 38(7): 320- 322

Siegrist, J., Dragano, N. (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 2008, 51: 305- 312

Simmen- Janevska, K., Maercker, A. (2011) Anpassungsstörungen: Konzept, Diagnostik und Interventionsansätze- Adjustment Disorders: Model, Assessments and Interventions. Psychother Psych Med 2011; 61: 183- 192

Sonnenmoser, M. (2007) Anpassungsstörungen: Wenig beachtet und kaum untersucht. *aerzteblatt.de*, PP6 Ausgabe April 2007, Seite 171

Stapel, M. (2013) „Webbasiertes Screening- Verfahren“- computergestützte Routine- diagnostik in den trägereigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Renten- versicherung Rheinland- Pfalz. *RVaktuell* 3/ 2013 pp 38- 45

Steinke, M., Badura, B. (2011) Präsentismus- Ein Review zum Stand der Forschung. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*

Strauß, B., Wittmann, W.W. (2012) Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergeb- nisse. *Praxis der Psychotherapie- Ein interaktives Lehrbuch*. Georg Thieme Verlag KG, 2012

Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., Jarrett, R.B. (2007) Reducing relapse and recurrence in unipolar depression; a comparative meta- analysis of cognitive- behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007 Jun; 75(3): 475- 88

Weber, A., Hörmann, G., Heipertz, W. (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg 104, Heft 43

Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V. (2006) Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103(13) A- 834/ B- 712/ C- 688

Wehrmann, J. (2009) Psychosomatische Rehabilitation. *Hauterkrankungen- Psycho- logische Grundlagen und Behandlung* (2009) 315- 324

Wittchen, HU., Jacobi, F. (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz* 2001, 44: 993- 1000

Wolfersdorf, M. (2013) Warum Menschen sich umbringen? Suizid und Suizidprävention Seminar SS 2013 Universität Bayreuth

Zwingmann, C., Wirtz, M. (2015) Regression zur Mitte. Die Rehabilitation 2005; 44: 244-251

9. Anhang

Veröffentlichungen

Veruschka Meyer, Rebekka Neu, Volker Köllner: Effektivität berufsbezogener Psychotherapieprogramme in der Psychosomatischen Rehabilitation.

Posterpräsentation: Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)-Jahreskongress und Seehof-Kolloquium, Teltow 18.-19.09.2015

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Köllner für meine Aufnahme als Doktorandin, die Vergabe dieses Themas, die hilfreichen Anregungen und für die stets freundliche, kompetente und engagierte Betreuung während der gesamten Arbeit.

Danken möchte ich auch Rebekka Neu, die meine Arbeit unterstützt hat und mir bei Fragen immer hilfreich zur Seite stand.

Auch möchte ich mich bei meiner Mutter, meiner Tante und meinen Onkel und allen Verwandten und Freunden bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.