

Aus dem Bereich für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Universitätsklinik des Saarlandes, Homburg/Saar
Prof. Dr. med. habil. V. Köllner

**Effektivität stationärer Rehabilitation hinsichtlich arbeitsplatzbezogener
Belastungen und Ressourcen bei Patienten mit Depression und
Anpassungsstörungen**

**Dissertation zur Erlangung eines Grades eines Doktors der Medizin der
Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES**

Vorgelegt von: Daria Schweiberer
Geb. am 20.06.1988 in Püttlingen

Tag der mündlichen Prüfung:

Dekan:

Univ.-Prof. Dr. Michael D. Menger

Vorsitzender:

1.Berichterstatter:

2.Berichterstatter:

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	5
2.1 Einführung in die Thematik	5
2.2 Darstellung arbeitsplatzbezogener Störungen	6
2.3 Auftreten von verschiedenen psychischen Störungsbildern bei arbeitsplatzbezogenen Problemkonstellationen.....	7
2.3.1 Depressive Episoden.....	7
2.3.2 Anpassungsstörungen	10
2.3.3 Rezidivierende depressive Störung.....	14
2.4 Burnout-Syndrom, Mobbingproblematik und Diagnosestellung	15
2.4.1 Das Burnout-Syndrom	15
2.4.2 Mobbingproblematik.....	18
2.4.3 Diagnosestellung.....	19
2.5 Therapie der arbeitsplatzbezogenen Störungen und Integration in bestehende Klassifikationssysteme	20
2.6 Bedeutung von Ressourcen für die Therapie der arbeitsplatzbezogenen Störungen	23
2.7 Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellung.....	24
3. Material und Methoden	26
3.1 Studiendesign und Untersuchungsaufbau	26
3.2 Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Untersuchung.....	26
3.3 Beschreibung der Erhebungsinstrumente.....	27
3.3.1 Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen.....	27
3.3.2 SKID-I: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Achse I: Sektion für Anpassungsstörungen	28
3.3.3 BOSS I-III: Burnout-Screening-Skalen	30
3.3.4 BDI-II: Beck-Depressionsinventar	32
3.3.5 AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster.....	33
3.3.6 Health-49: Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die Therapeutische Praxis.....	35
3.4 Statistische Auswertung.....	36

4. Ergebnisse	37
4.1 Stichprobenbeschreibung	37
4.1.1 Gesamtstichprobe.....	37
4.1.2 Katamnesestichprobe	40
4.2 Unterschiede zwischen dem Therapie-Outcome von Patienten mit Anpassungsstörung als Folge einer Arbeitsplatzproblematik und Patienten mit einmaliger depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung.....	42
4.2.1 Unterschiede hinsichtlich psychometrisch erfasster Symptombelastung.....	42
4.2.2 Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation	45
4.3 Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf auf den Skalen des AVEM und dem Therapie-Outcome	47
4.4 Veränderungen der Ressourcenausprägung während der Rehabilitation und in einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten nach der Rehabilitation.....	50
4.5 Korrelation der Ressourcenverteilung mit dem Therapie-Outcome	52
5. Diskussion	57
5.1 Untersuchungsansatz und methodisches Vorgehen	57
5.2 Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation	58
5.2.1 Therapie-Ergebnisse von Patienten mit Anpassungsstörung und Patienten mit depressiver Störung hinsichtlich psychometrisch erfasster Symptombelastung	58
5.2.2 Therapie-Outcome von Patienten mit Anpassungsstörung und Patienten mit depressiver Störung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation.....	60
5.2.3 Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf auf den Skalen des AVEM und dem Therapie-Outcome.....	61
5.2.4 Ressourcenausprägung während der Rehabilitation und des Katamnesezeitraumes von 6 Monaten nach der Rehabilitation	62
5.2.5 Zusammenhänge zwischen dem Therapie-Outcome und der Ressourcenverteilung	64
5.2.6 Zusammenfassung.....	65
5.3 Methodenkritik.....	66
5.4 Konsequenzen für den klinischen Alltag und weiterer Forschungsbedarf.....	68
6. Literaturverzeichnis	70
7. Dank/Veröffentlichungen	82
8. Lebenslauf	84
9. Anhang	85

1. Zusammenfassung

Effektivität stationärer Rehabilitation hinsichtlich arbeitsplatzbezogenen Belastungen und Ressourcen bei Patienten mit Depression und Anpassungsstörung

Einleitung: Arbeitsplatzbezogene Störungen nehmen ein immer breiteres Feld in der psychosomatischen Medizin ein. Da bei vielen Patienten mit beruflichen Problemlagen entweder eine depressive Episode oder eine Anpassungsstörung vorliegt, stellt sich die Frage, inwiefern sich das Outcome dieser beiden Diagnosegruppen in der psychosomatischen Rehabilitation unterscheidet. Des Weiteren werden oftmals potentielle Ressourcen außer Acht gelassen und viel mehr nach Belastungen gesucht. Daher stellte sich uns die Frage, welche Veränderungen sich im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation hinsichtlich der Ressourcen der Patienten, gemessen an einem neuen Selbstbeurteilungsinstrument, der Burnout-Screening-Skala III, abbilden lassen.

Methoden: Untersucht wurden 100 konsekutive Patienten einer Schwerpunktstation zu arbeitsplatzbezogenen Störungen (71w/29m; Alter \pm 8,73 Jahre) in der psychosomatischen Rehabilitation. Hiervon erfüllten 73 die Kriterien einer depressiven Störung und 23 die Kriterien einer Anpassungsstörung. Die klinische Diagnose wurde mit einem strukturierten Interview, dem Mini-DIPS (Margraf 1994) und dem SKID I (Wittchen et al. 1997) gesichert. Zur Erfassung der psychischen Symptomatik wurden der Health-49 (Rabung et al.2009), der BDI-II (Hautzinger et al. 2009), das AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2003) sowie die Burnout-Screening-Skalen (Hagemann & Geuenich 2009) zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Belastungen (BOSS I), Beschwerden (BOSS II) und Ressourcen (BOSS III) bei Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und nach 6 Monaten (T2) eingesetzt. In der 6-Monats-Katamnese wurde zusätzlich der sozialmedizinische Status erhoben.

Ergebnisse: Patienten mit Anpassungsstörungen waren zu Therapiebeginn und nach der stationären Rehabilitation auf allen symptombezogenen Skalen geringer belastet als Patienten mit einer depressiven Störung. Beide Gruppen konnten trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus in etwa gleichem Maße von der Therapie profitieren mit Effektstärken d zwischen .79 und 1.25 bei Patienten mit Anpassungsstörungen und d zwischen .79 und 1.16 bei Patienten mit depressiven Störungen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit unterschieden sich die beiden Diagnosegruppen zu keinem Zeitpunkt signifikant, der Anteil der Arbeitsfähigen stieg in der Gesamtstichprobe von 50% zum Aufnahmezeitpunkt (T0) auf 90% zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese (T2) an. Von

T0 zu T1 beschrieben die Rehabilitanden im BOSS III signifikant mehr Ressourcen bezogen auf die eigene Person, dieser Effekt blieb in der Katamnese nach 6 Monaten (T2) stabil.

Diskussion: Hinsichtlich der Unterschiede im Therapie-Outcome zwischen Patienten mit einer Anpassungsstörung, die eine Kausalität in ihrer Ätiopathogenese aufweist und Patienten mit einer depressiven Störung, die sowohl Ursache als auch Folge einer Arbeitsplatzproblematik sein oder auch unabhängig hiervon bestehen kann, stellte sich heraus, dass beide Diagnosegruppen gleich gut von der psychosomatischen Rehabilitation profitieren können, sowohl hinsichtlich der psychometrisch erfassten Belastung, als auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Das Therapie-Outcome bezogen auf persönliche Verhaltens- und Erlebensmerkmale des AVEM zeigt, dass sowohl eine hohe Depressivität, als auch eine starke klinische Beschwerdesymptomatik mit einer reduzierten Lebenszufriedenheit einhergehen. Dagegen scheinen beruflicher Ehrgeiz und die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit eine untergeordnete Rolle zu spielen. Selbstwirksamkeit, die durchaus in der psychosomatischen Rehabilitation erlernt werden kann, stellt möglicherweise eine Strategie dar, um Depressivität zu lindern und um persönliche Ziele zu verwirklichen. Die Ressourcenausprägung der Patienten erfährt den höchsten Zuwachs während und nach der Rehabilitation im Bereich der Eigenen Person selbst. Zukünftige Studien könnten sich damit befassen, ob Patienten mit Anpassungsstörung in der psychosomatischen Rehabilitation spezifischere Belastungen haben und ob sie die gleiche Behandlung benötigen wie Patienten mit einer depressiven Störung.

Effectivity of residential treatment regarding workplace-related strains and resources in patients with depression and adjustment disorder

Introduction: Workplace-related disorders gain in importance in psychosomatic medicine. But most of the patients with job strain have either a depressive disorder or an adjustment disorder. So there is the question whether patients with adjustment disorders differ from patients with depressions regarding the results of the therapy. In addition resources of the patients are often disregarded. Stresses and strain are getting focused. Therefore we observed if there are changes during psychosomatic rehabilitation regarding to the resources of the patients, measured by a new questionnaire, which is called Burnout-Screening-Scale (BOSS).

Methods: 100 patients in psychosomatic rehabilitation, treated on a special station for workplace related strain (71 female/29 male; age $49,84 \pm 8,73$ years), attended this study. 73 achieved the criteria of a depressive disorder, 23 of an adjustment disorder. The diagnosis was checked by a structured clinical interview, Mini-DIPS (Margraf, 1994) and SKID I (Wittchen et al. 1997). To measure psychiatric symptoms we used Health-49 (Rabung et al. 2009), BDI-II (Hautzinger et al. 2009), AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2003) and Burnout-Screening-Scales I-III (BOSS I-III) (Hagemann & Geuenich 2009), which detect job strain, somatic disorders and resources, at admission of rehabilitation (T0), at discharge (T1) and six month after discharge (T2). Six month after discharge we also checked social medical status.

Results: Patients with adjustment disorders showed at T0 and T1 less strain than patients with depressive disorder. Both groups could benefit from the psychosomatic rehabilitation in the same degree despite of the different base levels (effect sizes d between .79 and 1.25 for patients with adjustment disorders and d between .79 and 1.16 for patients with depressions). Relating to the inability of work both groups didn't differ at any time. Those who were inability to work decreased from 45 % at T0 to 9,5 % at T2. There are also significant more resources regarding the own person measured by BOSS III from T0 to T1. This effect stays stable six month after discharge at T2.

Discussion: Patients with adjustment disorder have as expected less psychopathology strain at T0 and T1 than patients with depressive disorders. Regarding the state of employment both groups are similar strained and both groups benefit equal and lasting from the psychosomatic rehabilitation. The results of the therapy regarding items of AVEM show, that high level of depression as well as high clinical strain lead to less life satisfaction. In contrast job ambition and subjective significance of the job seem to be less important. Self-efficiency, which can be learned during psychosomatic rehabilitation, may be a strategy to manage depression and to reach

personal targets. Resources grow the most in the range of the own person. Future studies should research whether patients in psychosomatic rehabilitation with adjustment disorder have more specific strains and whether they need the same treatment in rehabilitation as patients with depressive disorders.

2. Einleitung

2.1 Einführung in die Thematik

„Ich wache mit zwanzig Gedanken auf, die tagsüber auszuführen sind und gehe mit 40 ins Bett, die noch nicht ausgeführt sind...“, ein Zitat aus Thomas Manns „Die Buddenbrooks“. Ebenso findet man im Alten Testament Verse, die die Symptomatik eines Burnout-Syndroms widerspiegeln: „Als aber sein Schwiegervater alles sah, was er mit dem Volk tat, sprach er: Was tust du denn mit dem Volk? Warum musst du ganz allein da sitzen und alles Volk steht um dich her vom Morgen bis zum Abend? ... Es ist nicht gut, wie du das tust. Du machst dich zu müde, dazu auch das Volk, das mit dir ist. Das Geschäft ist dir zu schwer; du kannst es allein nicht ausrichten.“ (2. Mose 18). Es wird also deutlich, dass die Gedankenspiralen hinsichtlich des Arbeitsplatzes nicht ausschließlich ein Problem der modernen Arbeitswelt sind. Trotzdem wächst aktuell zunehmend das Interesse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitsplatz und psychiatrischen Erkrankungen. Im Vordergrund stehen Verdichtung, Beschleunigung, permanente Erreichbarkeit und Perfektion (Bauer, 2013). Es resultiert eine Reizüberflutung, ein Abschalten ist kaum mehr möglich. Eigentlich sollte die Arbeitswelt eine salutogenetische Funktion aufweisen (Antonovsky, 1987). Schlagwort ist jedoch allseits das Burnout-Syndrom (Bauer, 2013). Doch oft liegt der von den Betroffenen erlebten und auf eine Arbeitsüberlastung zurückgeführten Erschöpfung weniger ein berufliches, als ein gesundheitliches Problem zu Grunde. Nicht nur depressive Störungen stehen im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben, sondern auch Anpassungsstörungen und Angststörungen geraten in den Fokus. Gerade um das Thema Burnout gab es in den letzten Jahren zunehmend Untersuchungen, oftmals Querschnittsstudien, die sich mit den Aversionen gegen den Beruf befassen. Selten werden Längsschnittstudien durchgeführt. Ressourcen werden in diesem Zusammenhang ebenfalls selten mit einbezogen. Insgesamt lässt sich sagen, dass der bisherige Stand empirischen Wissens noch sehr unzulänglich ist, zumal das Maslach-Burnout-Inventar eine eher einseitige und simple Definition von Burnout liefert (Korczak et al. 2010). Im Bereich psychosomatischer Rehabilitation nimmt das Thema Arbeitswelt ebenfalls mehr und mehr Platz ein (Köllner, 2014). Von daher lag das Interesse dieser Untersuchung darin, ob sich Unterschiede bei Patienten, die eine Arbeitsplatzproblematik aufweisen, in der psychosomatischen Rehabilitation hinsichtlich ihres Therapieerfolges je nach Diagnose zeigen und ob sich jenseits der Beschwerdesymptomatik Ressourcen finden lassen, die gegebenenfalls einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg haben können. Hinzugezogen wurde hierfür ein neues Messinstrument, die Burnout-Screening-Skalen (Hagemann & Geuenich, 2009).

Letztendliche Frage ist, ob sich daraus Konsequenzen auf die Therapie arbeitsplatzbezogener Störungen in der psychosomatischen Rehabilitation ergeben.

2.2 Darstellung arbeitsplatzbezogener Störungen

Insgesamt wuchs in den letzten Jahren das Interesse für psychisch bedingte arbeitsplatzbezogene Störungen, was sicherlich auch damit zusammenhängt, dass das Bewusstsein für psychische Störungen insgesamt zugenommen hat. Psychische Erkrankungen lagen 2013 für Erwerbspersonen an dritter Stelle bezogen auf die Tage der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (DAK-Gesundheitsreport, 2014) und zeigten die längste Dauer an Arbeitsunfähigkeitsmeldungen mit durchschnittlich zwischen 42 bis 45 Tagen bei Frauen und Männern im Jahr 2012 (Grobe, 2013). Insgesamt verursachen psychische Störungen einen Anteil von 12-13% an den Arbeitsunfähigkeitstagen in Deutschland (BPtK, 2012). Die AU-Tage durch psychische und psychosomatische Erkrankungen haben sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt (Köllner, 2014). Wirtschaftlich wichtig wird dies, wenn man beachtet, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen mittlerweile die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und das Beziehen einer Erwerbsminderungsrente sind (Dannenberget al. 2010).

Aktuell erhält das Burnout-Syndrom sowohl in den Medien als auch in zahlreichen Publikationen sowie in Berichten der Krankenkassen sehr viel Aufmerksamkeit. Burnout ist förmlich eine Modekrankheit geworden (Kaschka et al. 2011). Ausgebrannt sein wird als Leistungsnachweis, geradezu Heroisierung angesehen (Schulze, 2009). Somit hat sich das Burnout-Syndrom zu einem attraktiven subjektiven Krankheitsmodell entwickelt. Denn nur wer hohe Leistungen bringt kann ausfallen, im Umkehrschluss würde das heißen, wer gesund bleibt arbeitet nicht engagiert (Hillert, 2012). Bei dem Burnout-Syndrom liegt bisher kein Anhalt für eine Stigmatisierung durch Andere vor (Korczalet al. 2010). Andere psychische Erkrankungen beinhalten nach wie vor oft einen stigmatisierenden Beigeschmack (Rüsch et al. 2004).

Die Grundideen von Burnout und Depression überlappen sich zum Teil und ergänzen einander zum Teil. Depressionen stehen im Zusammenhang mit Burnout, Burnout ist wiederum oft mit Depressionen vergesellschaftet (Ahola et al. 2005). Insgesamt kann bezüglich Belastung im Beruf, Depressionen und Burnout eine wechselwirkende Beziehung festgestellt werden (Ahola et al. 2007). Die Erschöpfung und das Nicht-abschalten-können sind eine Einfallspforte für verschiedene psychische und somatische Krankheiten, wie zum Beispiel Depression oder

chronische Rückenschmerzen (Bauer, 2013). Wahrscheinlich stellt das Burnout-Syndrom im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen eine gewisse Durchgangssituation dar (Bauer, 2013).

Man kann durchaus das Bio-Psycho-Soziale-Entstehungsmodell für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms heranziehen. Biologische Risikokonstellationen könnten durch genetische Prädispositionen gegeben sein. Im Gegensatz zu anerkannten psychischen Erkrankungen wie Depressionen ist dies jedoch noch nicht erwiesen und es besteht weiterer Forschungsbedarf auf diesem Gebiet (Berger et al. 2012). Psychologische Faktoren können entstehen, wenn der Arbeit eine überhöhte Bedeutung zugeschrieben wird (Burisch, 2010 und Hillert & Marwitz, 2006). Ebenfalls bei Burisch sowie bei Hillert & Marwitz sind arbeitsplatzbezogene Bedingungsfaktoren dargestellt, unter anderem permanente Veränderungen und Neuanforderungen sowie externe Kontrollen durch Vorgesetzte. Hinzuzufügen ist, dass dies vornehmlich für abhängig Beschäftigte gilt (Berger et al. 2012).

Oft zeigen sich fließende Übergänge in andere psychische Krankheiten wie Depressionen oder Anpassungsstörungen, wobei letztgenannte gerade im Bereich arbeitsplatzbezogener Störungen gerne als Restkategorie verwendet werden (Maercker et al. 2007). Burnout ist mehr über die Symptomursache als über die Symptome selbst definiert ist. Die Logik des ICD-10 sieht allerdings eine Definition über Symptome und nicht über Kausalität vor. Die einzige Ausnahme ist F43, deshalb gibt es durchaus eine Überschneidung mit der Anpassungsstörung.

So kann Burnout als Prozess angesehen werden, der beim Zusammenkommen bestimmter beruflicher Merkmale und bestimmter Persönlichkeitsfaktoren zu einer psychischen Krankheit führen kann.

2.3 Auftreten von verschiedenen psychischen Störungsbildern bei arbeitsplatzbezogenen Problemkonstellationen

2.3.1 Depressive Episoden

Depressive Episoden zählen im ICD-10 zum Kapitel F3 affektive Störungen. Die Hauptsymptome liegen bei einer solchen Erkrankung im Bereich der Stimmung oder des Affekts. Depressive Episoden (F32) können in die Schweregrade leicht (F32.0) – mittelgradig (F32.1) – schwer (F32.2) - eingeteilt werden, je nach Anzahl und Schwere der Symptome. Kernsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und verminderter Antrieb, hiervon müssen zumindest 2 vorhanden sein, um die Diagnose stellen zu können. Zudem ermüden betroffene

Personen sehr schnell und sind in ihrer Aktivität deutlich eingeschränkt. Weitere häufige Symptome können Konzentrationsstörungen, ein herabgesetztes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen sowie Veränderungen von Gewicht oder Appetit und Suizidgedanken sein. Diagnostische Kriterien laut ICD-10 sind eine Dauer von mindestens 2 Wochen, Kriterien für manische oder hypomanische Episoden (F30) dürfen nicht erfüllt sein und die Episode darf nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische Störung zurückzuführen sein (Dilling et al. 2011).

Im DSM-IV wird eine depressive Störung als Major Depression, Einzelne Episode (296.2) kodiert. Die Major Depression kann ebenfalls in die Schweregrade – leicht – mittelschwer – schwer – eingestuft werden (Saß et al. 2003). Die jeweiligen Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV stellt die Tabelle 1 dar.

Laut dem Bundesgesundheits surveys (BSG) 1998 (Bellach et al. 1998) und dessen Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ litten 8,3% der Bevölkerung an einer Major Depression. Frauen sind im Schnitt rund zweimal so oft betroffen wie Männer. Die Lebenszeitprävalenz liegt für Frauen bei 25%, bei Männern bei 12%. Die 12-Monatsprävalenz an irgendeiner depressiven Störung zu erkranken lag laut BSG 98 bei 10,9%. Höchste Werte liegen in der Altersgruppe der 40 bis 65-jährigen Frauen (Bellach et al. 1998). Zudem bestätigte der BSG die Annahme, dass es sich bei einer depressiven Erkrankung um eine episodisch verlaufende Erkrankung handelt. In einer neueren Studie, der DEGES1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) besteht bei 8,1% der 18-79-Jährigen eine Depression. Gemäß dem BSG weisen auch hier Frauen mit 10,2% eine höhere Prävalenz als Männer mit 6,1% auf. Hinsichtlich des Alters ergab sich in der Gruppe der 18-29-Jährigen die höchste Prävalenz, abweichend vom BSG 98, mit Zunahme des Alters kommt es zu einer Abnahme der Prävalenz (Busch et al. 2013).

Tabelle 1: Diagnosekriterien der depressiven Episode

ICD-10 (F.32)	DSM-IV (296.2)
<p>A. Allgemeine Kriterien für eine depressive Episode sind erfüllt.</p> <p>B. Mindestens 2 dieser 3 Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, mindestens 2 Wochen 2. Interessen oder Freudenverlust an normal angenehmen Aktivitäten 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit <p>C. Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome (Anzahl entscheidet über den jeweiligen Schweregrad):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls 2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle 3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten 4. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit 5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung 6. Schlafstörungen 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung 	<p>A. Mindestens 5 Symptome bestehen über 2 Wochen und stellen eine Änderung der Leistungsfähigkeit dar; mindestens ein Symptom ist eine (1) Depressive Verstimmung oder (2) ein Verlust an Interesse oder Freude.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages 2. Vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages 3. Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder verminderter/vermehrter Appetit 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen 5. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen 6. Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle an fast allen Tagen 7. Konzentrationsschwierigkeiten oder eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit 8. Wiederkehrende Gedanken an den Tod <p>B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode.</p> <p>C. Die Symptome verursachen klinisch bedeutsame Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>D. Die Symptome sind nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuschließen.</p> <p>E. Die Symptome können nicht besser durch Trauer erklärt werden</p>

Depressionen haben einen negativen Einfluss auf Leistung, Produktivität, Fehlzeiten sowie Arbeitsfähigkeiten (Bender & Farvolden, 2008). Auf Seite des Arbeitnehmers kommt es durch zunehmenden Stress zu Unzufriedenheit und dem subjektiv empfundenen Burnout, wohingegen der Arbeitgeber Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeiten wahrnimmt (Bender & Farvolden, 2008). 73 Fehltage pro 100 Versichertenjahre sind in Deutschland der Depression verschuldet (BPtK, 2012). In einer kanadischen Longitudinalstudie zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Stress am Arbeitsplatz und der Entstehung einer Major-Depression (Wang, 2005).

2.3.2 Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen werden laut ICD-10 definiert als F43.2 „Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten“ (Dilling et al. 2011) und gehören zum Kapitel F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Die Belastung kann das soziale Netzwerk des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder auch das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Weiterhin kann sie bei der Anpassung an spezifische Lebensereignisse wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand bestehen. Eine große Rolle beim Auftreten der Anpassungsstörung ist die individuelle Prädisposition einer Person, dennoch geht man davon aus, dass die Anpassungsstörung ohne eine Belastung nicht entstanden wäre (Dilling et al. 2011).

Das Beschwerdebild der Anpassungsstörung ähnelt sehr dem Beschwerdebild einer depressiven Störung, jedoch erfüllt die Diagnose eben nicht die Kriterien einer voll ausgeprägten Depression. Zwar weisen Anpassungsstörung und die depressive Störung beide emotionale und vegetative Symptome auf, jedoch erfolgt die Abgrenzung durch die Dauer und Ausprägung (Simmen-Janevska & Maercker, 2011). Die Subtypen sprechen für sich, häufig ist die Stimmung betroffen. Ebenso können Angst, Störung des Sozialverhaltens, aber auch das Gefühl das Leben nicht mehr bewältigen zu können, vorherrschen (Dilling et al. 2011).

Tabelle 2 zeigt eine Gegenüberstellung der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Klassifikationssysteme für Anpassungsstörungen

ICD-10 (F43.2)	DSM-IV (309.)
<p>A. Symptombeginn ein Monat nach einer identifizierbaren psychosozialen Belastung von nicht außergewöhnlichem/katastrophalem Ausmaß</p>	<p>A. Auftreten von Symptomen innerhalb von 3 Monaten nach Auftreten der Belastung</p>
<p>B. Symptome wie bei affektiven Störungen (F3) und Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) und Störungen des Sozialverhaltens (F91). Jedoch werden die Kriterien der jeweiligen Störung nicht erfüllt.</p>	<p>B. Symptome führen zu deutlichem Leiden unverhältnismäßig zur Belastung</p>
	<p>Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen</p>
	<p>C. Kriterien für eine andere spezifische Störung auf Achse I nicht gegeben und das Störungsbild stellt keine Verschlechterung einer vorbestehenden Störung auf Achse I oder II dar</p>
	<p>D. Keine Trauerreaktion</p>
	<p>E. Dauer der Symptome nach Ende der Belastung nicht länger als 6 Monate</p>

Zudem existieren für beide Klassifikationssysteme Subtypen der Anpassungsstörungen (Tabelle 3).

Tabelle 3 Gegenüberstellung der Klassifikationssysteme für Subtypen der Anpassungsstörungen

ICD-10	DSM-IV
Anpassungsstörung (F.43.2)	Anpassungsstörung (309.)
- Kurze depressive Reaktion (F.43.20)	- Mit Depressiver Stimmung (309.0)
- Längere depressive Reaktion (F.43.21)	- Mit Angst (309.24)
- Angst und depressive Reaktion gemischt (F.43.22)	- Mit Angst und Depressiver Stimmung, Gemischt (309.28)
- Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F.43.23)	- Mit Störung des Sozialverhaltens (309.3)
- Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F.43.24)	- Mit Emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Gemischt (309.4)
- Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F.43.25)	- Unspezifisch (309.9)
- Mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (F43.28)	

Aussagen zur Epidemiologie der Anpassungsstörungen lassen sich nur schwer treffen, obwohl die Diagnose im klinischen Alltag häufig zu sein scheint (Carta et al. 2009). In großen Studien wie der Epidemiological Catchment Area Studie (ECA) (Myers et al. 1984), des U.S. National Comorbidity Survey (Kessler et al. 1994) und des National Psychiatric Morbidity Survey von Großbritannien (Jenkins et al. 1997) wurde die Prävalenz von Anpassungsstörungen nicht mituntersucht. Einzig im ODIN-Projekt (Dowrick et al. 1998) wurde die Anpassungsstörung miterfasst, zusammengefasst mit depressiven Störungen ergab sich eine Prävalenz von etwa 10%. Bei ambulant behandelten Patienten liegt in 5-20% eine Anpassungsstörung als Hauptdiagnose vor (Simmen-Janevska & Maercker, 2011). Die Datenlage der stationären Patientenversorgung schwankt zwischen 12 (Strain et al. 1998) und 26,6% (Despland et al. 1995). In der MESTA-Studie hatten Anpassungsstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation einen Anteil von knapp 10% (Steffanowski et al. 2007). Jedoch wird der Bedarf an Rehabilitation bei der Diagnose

Anpassungsstörung sehr kritisch diskutiert (Volrad & Deneke, 1999). Im Zusammenhang mit beruflichen Konfliktsituationen scheint die Anpassungsstörung eine häufig diagnostizierte Störung zu sein, wobei davon auszugehen ist, dass hier oftmals eine Fehldiagnose vorliegt (Leymann, 1995). In 2-35% lassen sich berufliche oder schulische Auslöser finden (Simmen-Janevska & Maercker, 2011). Dabei findet sich eine hohe Akzeptanz für diese Diagnose unter den Patienten (Simmen-Janevska & Maercker, 2011).

Hinsichtlich beruflicher Fehlzeiten ist die Anpassungsstörung in Deutschland für rund 39 Tage pro 100 Versichertenjahre verantwortlich (BPtK, 2012), nicht zuletzt auch deshalb, weil Patienten mit Anpassungsstörung Stress mehr wahrnehmen als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, wie z. B. Angststörungen (Fernandez A et al. 2012). Leymann ging bereits 1995 davon aus, dass eine Anpassungsstörung im Zusammenhang mit beruflichen Konfliktsituationen als Fehldiagnose gewertet werden kann, ebenso zeigte eine weitere Untersuchung, dass Anpassungsstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation oft zu Unrecht an Stelle einer Depression vergeben (Terber et al. 2012) werden. Zudem gestaltet sich die Unterscheidung zur depressiven Störung durchaus als schwierig (Casey et al. 2006).

Des Weiteren sind Anpassungsstörungen oft mit organisch bedingten psychischen Störungen wie Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmissbrauch (Strain et al. 1998) vergesellschaftet. Lässt man eine Anpassungsstörung dauerhaft unbehandelt, so können depressive oder Angststörungen daraus resultieren (Schatzberg, 1990, Strain et al. 1998). Insgesamt zeigen Anpassungsstörungen allerdings häufig einen gutartigen Verlauf (Jones et al. 2002).

Bei der Diagnose Anpassungsstörung ist folglich eine Kausalität vorgegeben, sie ist als Reaktion auf ein belastendes Ereignis unterschiedlicher Art, wie zum Beispiel Mobbing oder berufliche Überforderung anzusehen, wohingegen die Diagnose der depressiven Episode diesbezüglich neutral ist. Das heißt eine depressive Episode kann ebenfalls als Reaktion auf ein Arbeitsplatzproblem auftreten, umgekehrt kann sich ein Patient aber auch leistungsgemindert und erschöpft fühlen und Probleme bei der Arbeit bekommen, weil er an einer Depression erkrankt ist. Die depressive Episode kann also sowohl Ursache als auch Folge einer Arbeitsplatzproblematik sein. Die rezidivierende Depression entsteht eher unabhängig von der Arbeitsplatzproblematik, sie kann sozusagen als Auslöser für diesen gesehen werden. Zudem unterscheiden sich die Anpassungsstörung und die depressive Störung dadurch voneinander, dass die Schwere der Erkrankung bei der depressiven Störung deutlich ausgeprägter vorzufinden ist. Die Akzeptanz für

die Diagnose einer Anpassungsstörung erweist sich auf Seiten der Patienten meist besser als für die Diagnose einer depressiven Episode. Dies scheint wie auch beim Burnout-Syndrom an dem Kausalerklärungsbedürfnis zu liegen (Simmen-Janevska & Maercker, 2011).

2.3.3 Rezidivierende depressive Störung

Die rezidivierende depressive Störung laut ICD-10 ist charakterisiert durch wiederkehrende depressive Episoden in Form von leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden (F32). In der Anamnese dürfen keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und Überaktivität vorkommen, ansonsten werden die Kriterien für eine Manie oder bei zusätzlich depressiven Episoden die Kriterien einer bipolaren Störung erfüllt. Diagnostische Kriterien sind mindestens eine depressive Episode (Kriterien siehe Tabelle 1) in der Anamnese unabhängig vom Schweregrad mit einem Intervall von mindestens 2 Monaten, ohne anamnestischen Anhalt für eine hypomanische oder manische Episode und ohne Rückschlüsse auf den Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische Störung (Dilling et al. 2011). Im DSM-IV wird die Major Depression, Rezidivierend (296.3) wieder in die oben genannten drei Schweregrade eingeteilt. Einen Überblick über die diagnostischen Kriterien dieses Krankheitsbildes gibt die Tabelle 4.

Tabelle 4: Diagnosekriterien der rezidivierenden depressiven Störung

ICD-10 (F33)	DSM-IV (296.3)
Allgemeine Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung sind erfüllt	Zwei oder mehr Episoden einer Major Depression (Episode wird als getrennt bewertet, wenn mindestens zwei Monate keine Kriterien einer Major Depression erfüllt werden)
Die gegenwärtige Episode erfüllt jeweilige Kriterien für den jeweiligen Schweregrad	Episoden der Major Depression können nicht besser durch eine andere psychiatrische Erkrankung (z.B. schizoaffektive Störung) besser erklärt werden
	Keine manische, gemischte oder hypomanische Episode in der Anamnese

Die Mehrzahl der Depressionen hat einen episodischen Verlauf, was heißt, dass in diesem Falle rezidivierende Störungen vorliegen (Bellach et al. 1998). Bei psychosomatischen Erkrankungen

kommt es generell häufig zu chronischen und rezidivierenden Verschlechterungen (Helbig-Lang & Petermann, 2009). Durchschnittlich sechs Episoden durchlaufen Betroffene in ihrem Leben. Die 12-Monatsprävalenz liegt laut BSG 98 für rezidivierende depressive Störungen bei Frauen mit 6,1% deutlich höher als bei Männern mit nur 2%. Wie bereits im Kapitel über depressive Episoden erwähnt, handelt es sich meist um einen episodischen Verlauf. Bei 60-75% aller Betroffenen, die einmal unter einer depressiven Episode litten, kann man davon ausgehen, dass diese wiederkehrt (Bellach et al.1998). In anderen Studien zeigte sich, dass die Patienten in etwa der Hälfte der Fälle eine weitere depressive Episode erleben. Das Rezidivrisiko erhöht sich zudem mit jeder weiteren Krankheitsepisode und die Abstände der einzelnen Episoden verkürzen sich (Keller & Boland, 1998). Das Beschwerdebild an sich entspricht dem jeweiligen Schweregrad der depressiven Episode.

2.4 Burnout-Syndrom, Mobbingproblematik und Diagnosestellung

2.4.1 Das Burnout-Syndrom

Der Begriff des Burnout-Syndroms wird abgeleitet vom englischen to burn out, dem „ausbrennen“. Dies beschreibt einen Zustand tiefer emotionaler Erschöpfung und Energielosigkeit, der durch kurze Ruhephasen nicht mehr zu kompensieren ist. Als erster beschrieb Herbert Freudenberger (1974) das Burnout-Syndrom bei Beschäftigten in sozialen Berufen, gefolgt von Christina Maslach und Susan E. Jackson im Jahre 1981, die das Burnout-Syndrom vor allem in helfenden Berufen erkannten. In den 1990er Jahren entwickelte sich die Vorstellung von Burnout weiter, wieder geprägt von Freudenberger und Maslach. Mittlerweile sieht man Burnout auch in zahlreichen, nahezu in jeder beruflichen Gruppe. Eine der mittlerweile geläufigsten Definitionen versteht das Burnout-Syndrom als affektive Reaktion auf kontinuierliche Stressbelastungen im Beruf mit 3 Kernsymptomen: Erschöpfung, Zynismus und reduzierte persönliche Leistung/Ineffektivität (Maslach et al. 2001). Erschöpfung ist wohl eines der augenscheinlichsten Symptome des Burnout-Syndroms. Emotional und körperlich entkräftet zu sein bedeutet die Notwendigkeit sich selbst emotional und kognitiv von der Arbeit zu distanzieren. Somit gelangt man zum zweiten Symptom, der Depersonalisierung oder auch dem Zynismus. Eine gleichgültige Haltung gegenüber der Arbeit soll helfen die Arbeitsüberlastung besser bewältigen zu können. Das dritte Symptom, die Ineffektivität beschreibt verringerte persönliche Fähigkeiten, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten nimmt ab, es stellt sich ein Gefühl des beruflichen Versagens ein. Ursächlich kann man unter anderem sagen, dass Erschöpfung und Zynismus die Effektivität des Individuums beeinträchtigen. Doch allein das Vorhandensein eines Kriteriums reicht nicht aus für ein Burnout-Syndrom. Es besteht die

Forderung, dass immer der Kontext zur Arbeit berücksichtigt werden muss und auch zuvor gesunde Personen erkranken können. Zudem wird aufgezeigt, dass ein Mangel an Ressourcen besteht, aus dem dann die verringerte Effektivität entstehen kann (Maslach et al. 2001). Dieser Mangel an Ressourcen wird immer wieder aufgegriffen.

Burisch teilt das Burnout-Syndrom in sieben Kategorien ein, am Anfang sieht er das Überengagement, woraufhin nach einer Weile reduziertes Engagement folgt und schließlich als emotionale Reaktion die Schuldfrage aufkommt. Hierbei wird zwischen den Betroffenen, die die Schuld bei sich selbst suchen und damit eher zu depressiven Störungen neigen und den Betroffenen, die ihre Problematik als exogen verursacht empfinden und eher zu aggressivem Verhalten neigen, unterschieden (Burisch, 2010). Schließlich kommt es zum Leistungsabbau und einem zunehmenden Desinteresse an der Umwelt. Folge sind psychosomatische Reaktionen des Körpers und am Ende entstehen Gefühle der Hilflosigkeit, Verzweiflung und Sinnlosigkeit (Burisch, 2010).

Es existieren zahlreiche Definitionen von Burnout, denen gemeinsam ist, dass sie symptomorientiert ausgelegt sind und Burnout als Folge eines beruflich und/oder familiär überforderten Menschen ansehen. Bedingt durch andauernde belastende Faktoren entwickeln die Betroffenen einen Demotivations- und Verbitterungszustand, der sich durch Restrukturierung der Arbeits- und Lebensbedingungen zurückbilden sollte. Entscheidend sind weniger die bestehenden Belastungen und Stressoren, als vielmehr die fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten (Beschner et al. 2009).

Zwar stellt das Burnout-Syndrom laut ICD-10 keine eigenständige Diagnose dar, doch selbst bezüglich der Zusatzverschlüsselung ergeben sich durch die fehlende klare und einheitliche Definition Probleme. Rook lieferte 1998 eine Übersichtsarbeit mit bereits 16 Definitionen von Burnout. Was sich zu Beginn nur in sozialen Berufen abspielte bezieht sich mittlerweile auf sämtliche Berufssparten.

Aussagen zur Prävalenz lassen sich schwer treffen, da es sich eben nicht um eine anerkannte und gut operationalisierte diagnostische Kategorie handelt. Es existieren einige Daten, so ergab beispielsweise eine Untersuchung aus Finnland, dass 25% der Bevölkerung an milden sowie 3% an ernst zu nehmenden Burnout-Beschwerden leiden (Honkonen et al. 2006). Weitere Daten kommen aus Dänemark, dort sind besonders Berufe betroffen, die Service- und Hilfsleistungen für

andere Menschen erbringen (Borritz et al. 2010). Eine Studie aus Deutschland zeigte an Hand eines Beispiels von Ärzten, die an einem Berliner Großkrankenhaus tätig sind, dass diese mehrheitlich Burnout-Beschwerden in Form von emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung angegeben haben (Buehrsch et al. 2012). Eine Studie, die die gesamte Arbeitsbevölkerung beinhaltet, stammt von Ahola aus Finnland. Gemessen an den drei Dimensionen des Maslach-Burnout-Inventars, Erschöpfung, Zynismus und Ineffektivität, scheint Burnout demnach im Zusammenhang mit dem Alter zu stehen. Es zeigte sich ein leichter Anstieg mit steigendem Alter. Bei Frauen zeigte sich ein Zusammenhang mit niedrigem Bildungsstand oder sozio-ökonomischem Status sowie der Berufserfahrung. Wenn Frauen die Gesamtschule nicht beendeten, zeigte sich eine etwas stärkere Ausprägung von Burnout, ebenso wie bei gewerblich angestellten Arbeitnehmerinnen. Hinsichtlich der Berufserfahrung wiesen Frauen mit längerer Erfahrung im gleichen Betrieb eine größere Ausprägung an Burnout vor. Zudem zeigten Frauen eine stärkere Ausprägung der Erschöpfung, bei Männern war die Ausprägung des Zynismus höher. Des Weiteren bildeten Männer Zusammenhänge mit dem materiellen Status ab (Ahola et al. 2006). Längsschnittstudien auf Bevölkerungsebene, die einen Verlauf abbilden, fehlen jedoch. Ein HTA-Bericht (HTA „health technology assessment“) lieferte zudem die Ergebnisse, dass kaum valide Möglichkeiten in der Diagnostik existieren (Kaschka et al. 2011).

Ein anderer Aspekt des Burnout-Syndroms sind die neurobiologischen beziehungsweise die psychobiologischen Veränderungen des Organismus. So zeigte sich in der „Finnish Health Study 2000“ ein Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen vor allem bei Männern und bei Frauen vor allem ein Zusammenhang mit muskulo-skelettalen Erkrankungen (Honkonen et al. 2006). Des Weiteren besteht in prospektiver Hinsicht der Verdacht auf ein erhöhtes Risiko, an einem Typ II Diabetes zu erkranken (Melamed et al. 2006).

Zusammenfassend lässt sich zu Burnout folglich sagen, dass es sich eher um einen arbeitsbezogenen pathophysiologischen Prozess handelt, der in eine Krankheit wie beispielsweise eine Depression münden kann. Es stellen sich allerdings die Fragen, inwiefern man eine Grenze ziehen kann oder sich ein Übergang erkennen lässt zwischen einer normalen Befindlichkeitsstörung - denn Erschöpfung gehört zum Leben durchaus dazu - und dem Risikofaktor, eine manifeste Erkrankung zu erleiden. Generell werden Müdigkeit und Erschöpfung häufig beklagt, jedoch von den Betroffenen selbst nicht als krankhaft betrachtet (Köllner, 2015). Betrachtet man Erschöpfung und chronische Müdigkeit genauer, so fällt auf, dass beide Begriffe gerne von Patienten mit depressiver Störung oder Angststörungen zur

Selbstbeschreibung ihrer Beschwerden verwendet werden, obwohl sie keine nach ICD-10 oder DSM-IV definierten Krankheitsbilder sind (Köllner, 2015). Nach der Abklärung somatischer Ursachen für die Erschöpfung und chronische Müdigkeit, sollte eine weitergehende Abklärung erfolgen, um nicht eine psychische Erkrankung zu übersehen und damit eine Therapie vor einer Chronifizierung eingeleitet werden kann (Köllner, 2015).

2.4.2 Mobbingproblematik

Mobbing ist in der Literatur keineswegs einheitlich definiert. Es gibt eine Vielzahl von Erklärungsansätzen. Mobbing wird oftmals als Versuch einer Lösung eines Arbeitsplatzkonfliktes angesehen, der eskaliert (Kobelt et al. 2010). Der Begriff „Mobbing“ stammt ursprünglich aus dem Englischen „to mob“, was so viel heißt wie „angreifen/bedrängen“. Dabei geht es nicht um einen einmaligen Konflikt in Bezug auf die Arbeit, sondern Mobbing wird durch die Dauer und die Häufigkeit dieser Konfliktsituationen ausgezeichnet. Leymann beschrieb bereits in den 90er Jahren in seinen Studien Mobbing als negative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen (Leymann, 1993). Nach Zapf muss eine Person mindestens einmal pro Woche und mindestens ein halbes Jahr lang „von Vorgesetzten, Kollegen oder manchmal auch von Untergebenen drangsaliert, schikaniert oder gezielt benachteiligt werden“ (Zapf, 1999). Aktuell greift man auf die Definition nach Esser und Wolmerath zurück, die besagt, dass Mobbing „ein Geschehensprozess in der Arbeitswelt, in dem destruktive Handlungen unterschiedlicher Art wiederholt und über einen längeren Zeitraum gegen Einzelne vorgenommen werden, welche von den Betroffenen als eine Beeinträchtigung und Verletzung ihrer Person empfunden werden und dessen ungebremster Verlauf für die Betroffenen grundsätzlich dazu führt, dass ihre psychische Befindlichkeit und Gesundheit zunehmend beeinträchtigt werden, ihre Isolation und Ausgrenzung am Arbeitsplatz zunehmen, dagegen die Chancen auf eine zufriedenstellende Lösung schwinden und der regelmäßig im Verlust ihres bisherigen beruflichen Wirkbereichs endet“ ist (Esser & Wolmerath, 2005).

Laut dem Deutschen Mobbing Report 2000 ergab sich eine Mobbingquote von 5,5% aller Erwerbsfähigen für das gesamte Jahr 2000 und eine Gesamt-Mobbingquote der Erwerbsfähigen von 11,3%. 2,7% der Studienteilnehmer fühlten sich zum Zeitpunkt der Befragung gemobbt (Meschkutat et al. 2002). In einer Untersuchung mit Personen, die einen Rehabilitationsantrag gestellt haben lag der Anteil bei 24%, die sich gemobbt fühlten. Dabei gab es keine alters- oder geschlechtsbezogenen Unterschiede (Kobelt et al. 2010). Was die Geschlechterverteilung

anbetrifft herrscht weit verbreitete Unstimmigkeit. Während Niedl 1995 ebenfalls keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts fand, besagt eine frühe skandinavische Studie (Björkqvist et al. 1994), dass signifikant mehr Frauen von Mobbing betroffen sind. Im Deutschen Mobbing Report 2000 ist das Mobbing Risiko von Frauen um 75% höher (Meschkutat et al. 2002). Die Dauer liegt im Mittel bei 40,1 Monaten (Knorz & Zapf, 1996).

Mobbinghandlungen sind sehr vielgestaltig. Vornehmlich geht es um die Verbreitung von Gerüchten und Unwahrheiten, gefolgt von Missachtung der Arbeitsleistung, Hänseleien, Informationsvorenthaltung bis hin zu unberechtigter Kritik und Ausgrenzung (Meschkutat et al. 2002). In der Untersuchung von Knorz und Zapf zeigte sich, dass 22% täglich und 38% fast täglich Mobbinghandlungen ausgesetzt waren (Knorz & Zapf, 1996).

Die Folgen des Mobbings schlagen sich negativ auf die Motivation nieder und verursachen Misstrauen. In über 50% zeigten sich im Deutschen Mobbingreport 2000 negative Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Konzentration und Denkvermögen. Ebenso kommt es in 43% zu Krankheit bedingt durch Mobbing, 20% davon länger als 6 Wochen. Dies zieht einen erheblichen wirtschaftlichen Schaden hinter sich (Meschkutat et al. 2002).

Mobbingbetroffene leiden zudem öfter an Depressionen oder Ängsten, bevorzugt die Personen mit einer selbstunsicheren oder ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit (Kobelt et al. 2010). Zudem steigt das Risiko, an einer Depression zu erkranken, je länger das Mobbing anhält. Daher ist es sinnvoll, Mobbing am Arbeitsplatz zu identifizieren und auf diese Weise Depressivität am Arbeitsplatz zu vermindern. Ein Teufelskreis kann dann entstehen, wenn eine depressive Störung, die oftmals eine Leistungsminderung mit sich bringt, Anlass für weitere Mobbingattacken wird (Kivimäki et al. 2003). Eine größere Studie (n=2625), die von 2003 bis 2012 Daten aus allgemeinmedizinischen Praxen in Deutschland sammelte, zeigte, dass Patienten, die Opfer arbeitsplatzbezogenen Mobbings wurden, häufiger an Depressionen, somatoformen, Schlaf- und Angststörungen litten als die Kontrollgruppe. Am höchsten stellte sich das Risiko an einer Depression zu erkranken dar (Kostev et al. 2014). Auch Anpassungsstörungen können eine Folge beruflicher Konfliktsituationen sein.

2.4.3 Diagnosestellung

Selbst die Verschlüsselung des Burnout-Syndroms als Zusatzdiagnose Z73.0 erweist sich nach wie vor als sehr schwierig. Bisher scheint es keine allgemeingültige Vorgehensweise zu geben um ein

Burnout-Syndrom einheitlich zu diagnostizieren, da keine einheitliche Definition zu finden ist (Korczak & Huber, 2012). Laut ICD-10 kann die Zusatzbedingung Z73.0 vergeben werden, wenn keine Berufsunfähigkeit besteht oder keine andere psychiatrische Krankheit besteht (Dilling et al. 2011). Ein Versuch anhand des Leitsymptoms „anhaltende Erschöpfung“ eine Art Algorithmus aufzustellen und auf diese Weise differentialdiagnostisch somatische und psychiatrische Ursachen auszuschließen versuchte der Schweizer Psychosomatiker Roland von Känel (2008). Differentialdiagnostisch sollte zudem immer an den Zusammenhang zwischen Burnout und Depression (Ahola et al. 2005) gedacht werden, besonders im Hinblick darauf, dass viele Patienten mit einem selbstbetitelten Burnout-Syndrom die Kriterien für eine Anpassungsstörung oder eine depressive Episode aufweisen. Oftmals ist die Akzeptanz einer exogen zugeführten Krankheit leichter als eine auch heute noch stigmatisierende Erkrankung wie eine depressive Episode (Hillert, 2012). Andere Studien wiederum sehen hinsichtlich der Entstehung der Beschwerdesymptomatik einen Unterschied zwischen Burnout, das nur in Zusammenhang mit dem Berufsleben entsteht und der Depression, die ohne jeglichen Kontext entsteht (Bakker et al. 2000, Bauer, 2013).

Aufgrund des derzeitigen Kenntnis- und Wissensstands sollte „Burnout“ nicht als Diagnose für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eine Berentung zur Grundlage genommen werden. Es empfiehlt sich daher auf eine allgemeingültige und besser operationalisierte Diagnose aus dem ICD-10 zurückzugreifen (Kaschka et al. 2011). Dennoch lieferte die BPtK-Studie 2012 das Ergebnis, dass sich in Deutschland seit dem Jahr 2004 eine starke Zunahme der Krankschreibungen aufgrund der Diagnose Z73.0 Burnout verzeichnen ließ. So stieg der Anteil von 0,67 Arbeitsunfähigkeits-Tage pro 100 Versichertenjahre auf 9,1 (BPtK, 2012).

In knapp 50% der Fälle einer Krankschreibung lag neben der Diagnose Z73.0 eine weitere psychische Störung vor. (BPtK, 2012). Nur in 15% wurde ausschließlich „Burnout“ diagnostiziert (BPtK, 2012). Am häufigsten wurde eine depressive Episode (F32) mit 21% aufgrund von Burnout kodiert, gefolgt von einer Anpassungsstörung (F43) mit 15% (BPtK, 2012).

2.5 Therapie der arbeitsplatzbezogenen Störungen und Integration in bestehende Klassifikationssysteme

Zahlreiche Präventionsprogramme werden zur Prophylaxe des Burnout-Syndroms angeboten, die positive Effekte erzielen (Awa et al. 2010). Jedoch fehlen Daten, dass eine Prävention von „Burnout“ depressive Störungen reduziert, größtenteils (Bender & Farvolden, 2008). Dennoch

wären Fortschritte im Bereich integrierter Interventionen am Arbeitsplatz selbst wünschenswert (Bender & Farvolden, 2008). Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung stellen einen sinnvollen präventiven Ansatz dar, ebenso wie die Einführung von Arbeitszeitmodellen sowie die Durchführung von Supervisionen (Korczak et al. 2010). In einer Interventionsstudie mit schwedischen Führungskräften und deren engsten Untergebenen wurden zwei Programme getestet, ein konventionelles und ein kreatives, wobei sich signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf die psychische Gesundheit und eine gesündere Hormonausscheidung bei Teilnehmern des kreativen Interventionsprogrammes zeigten (Romanovska et al. 2011). Die kreativen Interventionsgruppen sollten dabei einer Darbietung von Musik und literarischen Zitaten zuhören, immer wieder schriftlich die eigenen Gefühle festhalten und an einer Gruppenreflexion teilnehmen. Die Themen der Darbietungen waren beispielsweise Liebe, Machtmissbrauch, Erniedrigung oder Glauben. Auch kann die Gewährleistung der Autonomie bei der Arbeitsgestaltung das Risiko einer Arbeitsunfähigkeit deutlich senken (Ala-Mursula et al. 2002). Da lange Arbeitszeiten und vor allem exzessive Überstunden das Risiko einer Depression erhöhen, stellt die Begrenzung der Arbeitszeit einen weiteren protektiven Faktor dar (Virtanen et al. 2012). Wenn diese Maßnahmen jedoch nicht greifen oder zu spät kommen, muss den betroffenen Patienten auf eine andere Art und Weise geholfen werden. Es empfehlen sich zunächst Veränderungen der Lebensgewohnheiten im Sinne von Entlastung von Stressoren, Erholung durch Entspannung und Sport sowie Ernüchterung im Sinne einer Verabschiedung von externen Perfektionsvorstellungen (Hillert und Marwitz, 2006).

Es besteht die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Behandlung arbeitsplatzbezogener Störungen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Besonders bei beruflichen Konfliktsituationen und lange bestehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten sollte zur Vermeidung einer Chronifizierung eine psychosomatische Rehabilitation eingeleitet werden (Köllner, 2014). Die Vorgehensweise orientiert sich mitunter am Bio-Psycho-Sozialen Krankheitsmodell. Ziel der Rehabilitation ist die Vermittlung von Coping-Strategien beziehungsweise von Schlüsselkompetenzen, um sich an Veränderungen oder Verschlechterungen von Arbeitsplatzbedingungen anpassen zu können (Kopelowicz & Liberman, 2003). Von Seiten der Patienten liegen die Erwartungen an die Rehabilitation besonders in der Stabilisierung der Gesundheit sowie in dem Wunsch nach mehr Ruhe und Zeit (Weidenhammer et al. 2006). Zudem werden im stationären Setting entspannungsbasierte Ansätze wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und das Autogene Training nach Schultz erlernt. Kognitiv-behaviorale Interventionen zeigen den stärksten Effekt, gefolgt von multimodalen, entspannungs- und

organisationsfokussierten Interventionen (van der Klink et al. 2001). Berufsbezogene Psychotherapie setzt jedoch unterschiedliche Gegebenheiten voraus. Die berufliche Situation muss genau thematisiert werden, um den Konflikt gezielt bearbeiten zu können. Ein wichtiges Kriterium ist die Veränderungsmotivation der Rehabilitanden. Eine Untersuchung zur Veränderungsmotivation zeigte auf, dass mit einem speziellen Training (ZAZO-Training= Motivationsförderung durch Zielanalyse und Zieloperationalisierung bei Rehabilitanden) ein positiver Effekt auf die Arbeitsmotivation und die subjektive Erwerbsprognose erzielt werden kann (Rana et al. 2010). In einer Studie mit 260 beruflich stark belasteten Patienten konnte durch die psychosomatische Rehabilitation die psychische und psychosomatische Gesundheit eindeutig verbessert werden. Ein nachhaltiger Effekt der Therapie zeigte sich durch die Stabilität der Ergebnisse drei und zwölf Monate nach der Entlassung. Ein Teil der Patienten wurde in speziellen berufsbezogenen Gruppen und Interventionen „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ behandelt, ein anderer Teil in der Standardtherapie. In der berufsbezogenen Gruppe zeigte sich im Vergleich zu der Gruppe, die eine Standardtherapie erhielt, eine signifikant höhere Behandlungszufriedenheit. Hinsichtlich beruflicher Belastungen verzeichnete sich jedoch kein Unterschied zwischen den Gruppen. Insgesamt wurde die berufliche Wiedereingliederung erleichtert, was zu einer bedeutsamen Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten führte (Koch et al. 2007).

Wichtig für das Outcome nach der psychosomatischen Rehabilitation ist das Gelingen der beruflichen Wiedereingliederung. Denn dies ist einer der Hauptindikatoren für eine langfristige Besserung der Störungsbilder (Beutel et al. 1998).

Da die isolierte Betrachtung des Beschwerdebildes eines Burnout-Syndroms zu kurz greift, ist es wichtig das Problem ganzheitlich zu betrachten. Die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen Auslösebedingungen müssen einbezogen werden (Berger et al. 2012). So schlägt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde vor, zwei Kategorien zu differenzieren. Einmal ein Burnout-Syndrom ohne und einmal mit gleichzeitig bestehender ICD-10-Diagnose. Bedingt durch oben genannte Belastungen entsteht zunächst eine Arbeitsüberforderung, die vegetative Stresssymptome hervorruft. Halten diese nur kurze Zeit an und sind diese reversibel durch kurze Erholungsphasen sollte man nicht von einem Burnout-Syndrom sprechen. Bei andauernder Überforderung jedoch kann es zu Burnout (Z73.0), einem Risikozustand mit den ebenfalls bereits genannten Symptomen Erschöpfung, Zynismus und Leistungsminderung kommen. Nun entstehen möglicherweise Folgeerkrankungen wie depressive Episoden, Anpassungsstörungen oder Angststörungen.

Umgekehrt können somatische oder auch psychische Erkrankungen wie eine depressive Episode zu einer Leistungsminderung führen und auf diese Weise eine Arbeitsplatzproblematik auslösen.

2.6 Bedeutung von Ressourcen für die Therapie der arbeitsplatzbezogenen Störungen

Sehr oft wird zu sehr auf die vorliegende Problematik bei arbeitsplatzbezogenen Störungen fokussiert und potentielle Ressourcen werden dabei außer Acht gelassen. Diese können zum einen von Extern kommen, wie beispielsweise das Lebensumfeld sowohl hinsichtlich des Berufes, als auch hinsichtlich des sozialen Netzes, bestehend aus Familie und Freundeskreis. Ebenso können Ressourcen aus sich selbst heraus kommen. Bezogen auf externe Ressourcen ist ein Gleichgewicht zwischen „daily hassles“, den andauernden Arbeitsbelastungen und den „uplifts“, den kleinen Freuden des Alltags wichtig (Günther & Batra, 2012). Die Arbeit selbst kann auch eine starke Ressource darstellen und Kreativität, Freunde, Stolz, Anerkennung und soziale Verbundenheit fördern (Bauer, 2013). Ressourcen des Individuums selbst liegen in grundlegenden Erfahrungen und Verhaltensweisen zur Bewältigung (Günther & Batra, 2012). Es handelt sich also um ein sehr individuelles Geschehen, das gut auf das Individuum abgestimmt werden muss, um eine effektive Therapie zu garantieren.

Patienten in einer psychosomatischen Rehabilitation geben geringere Ressourcen als die Allgemeinbevölkerung an und empfinden dies selbst auch so. Sie erleben Konflikte mit Vorgesetzten als weitaus belastender und verspüren weniger Unterstützung durch Kollegen (Zwerenz et al. 2004). Zwerenz et al. fanden Ressourcen der Patienten am häufigsten im Bereich der Kollegen, gefolgt von abwechslungsreichen Tätigkeiten sowie selbstständiger Arbeitsgestaltung. Zudem zeigte sich in einer Studie an einem deutschen Großkrankenhaus ein positiver Einfluss von Kindern auf das Burnout-Syndrom. Demnach hatten Ärzte mit Kindern eine geringere Ausprägung auf den Skalen des Maslach-Burnout-Inventars (Buehrsch et al. 2012).

Oftmals stellt der Beruf eine Ressource hinsichtlich Selbstwirksamkeit, positivem Selbstwertgefühl und Zugehörigkeitsgefühl dar. Siegrist stellte ein Modell beruflicher Gratifikationskrisen auf, das besagt, dass Krisen der Wertschätzung ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen. Dabei stellt sich ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung ein, wobei auf beiden Seiten eine extrinsische Komponente sowie eine intrinsische Komponente stehen (Siegrist, 1996). In einer Untersuchung bei Psychotherapeuten zeigten sich als bedeutsamste Ressourcen der eigenen Person Optimismus und Hoffnung, die wichtigsten arbeitsplatzbezogenen Ressourcen stellten die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von

persönlichen und fachlichen Kompetenzen dar (Reis et al. 2014). In der Psychotherapie stellt die Ressourcenaktivierung ein primäres Wirkprinzip dar (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Grawe sieht zudem die Fokussierung der Ressourcen als wichtiger an, als die Fokussierung der Problematik.

2.7 Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen

Oftmals werden Anpassungsstörungen als Restkategorie verwendet (Maercker et al. 2007). Gerade im Kontext mit Burnout oder Mobbing wird gerne die Diagnose Anpassungsstörung verwendet, beachtet diese Diagnose doch die Kausalität des Geschehens. Die Vergabe der Diagnose Anpassungsstörung geschieht jedoch nicht selten zu Unrecht an Stelle einer depressiven Störung, um der subjektiven Krankheitstheorie der Patienten zu folgen (Terber et al. 2012). Eine depressive Episode kann durchaus auch durch eine Arbeitsplatzproblematik entstehen, sie kann aber auch ohne ersichtliche Ätiologie entstehen und zu einer Arbeitsplatzproblematik führen. Zudem darf nicht vergessen werden, dass sich eine depressive Störung durch die Schwere von einer Anpassungsstörung abgrenzt. Bezüglich des Therapiestandarts im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation stellt sich die Frage, ob sich das Patientenkollektiv mit depressiver Störung von einem Patientenkollektiv mit Anpassungsstörung unterscheidet. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Anpassungsstörungen unbehandelt in eine schwerwiegendere psychiatrische Erkrankung übergehen können wie beispielsweise in eine depressive Störung oder eine Angststörung (Strain et al. 1998). Zudem wird oftmals sehr stark das Beschwerdebild von Patienten mit einem Arbeitsplatzkonflikt beleuchtet und potentielle Ressourcen auch im Bereich der Arbeitswelt werden außer Acht gelassen.

In der hier durchgeführten Studie sollen daher die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

1. Worin liegen die Unterschiede im Therapie-Outcome von Patienten mit Anpassungsstörung als Folge einer Arbeitsplatzproblematik und Patienten mit einmaliger depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung?
 - a) hinsichtlich psychometrisch erfasster Symptombelastung
 - b) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation

2. Gibt es Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf, wie z.B. beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit und dem Therapie-Outcome?

3. Wie verändert sich die Ausprägung von Ressourcen während der Rehabilitation und in einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten nach der Rehabilitation?
4. Korreliert die Ressourcenverteilung mit dem Therapie-Outcome?

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign und Untersuchungsaufbau

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Längsschnitt-Studie. Die Datenerhebung fand an der Mediaclin Bliestal Klinik in Blieskastel im Zeitraum von März 2012 bis März 2013 statt. Alle Patienten, die auf einer Spezialstation für arbeitsplatzbezogene Störungen behandelt wurden nahmen zunächst an einem strukturierten Interview teil und füllten zum Zeitpunkt der Aufnahme, Entlassung und im Rahmen einer 6-Monats-Katamnese eine Reihe von Fragebögen aus. Ziel der Untersuchung war es, Veränderungen im Verlauf der Rehabilitation abzubilden.

3.2 Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Untersuchung

Der Zeitraum der Datenerhebung teilt sich in zwei Intervalle. Von März 2012 bis Juli 2012 sowie von Oktober 2012 bis März 2013. Im ersten Intervall wurden zum einen die strukturierten Interviews durchgeführt und zum anderen bei Aufnahme und Entlassung die Fragebögen verteilt. Im zweiten Intervall, zur Erhebung der 6-Monats-Katamnese, wurden erneut die bereits eingesetzten Fragebögen per Post an die Patienten versendet.

In die Untersuchung wurden alle Patienten aufgenommen, die während Ihres Aufenthaltes in der Gruppentherapie das Thema Arbeitsplatz behandelten. Innerhalb der ersten Woche nach Anreise der Patienten fand ein strukturiertes klinisches Interview statt, um die klinischen Diagnosen überprüfen zu können. Das Interview wurde verblindet durchgeführt und die Diagnose aus dem strukturierten klinischen Interview mit der klinischen Diagnose nach Supervision mit erfahrenen klinisch tätigen Therapeuten abgeglichen. Die Fragebögen wurden regulär kurz nach Aufnahme sowie kurz vor Entlassung auf Station mit einem eigens dafür vorgesehenen Computer durchgeführt. Für die Katamnese wurden alle Patienten sechs Monate nach Entlassung per Post angeschrieben und sie erhielten die gleichen Erhebungsinstrumente wie auch schon zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.

Für das strukturierte Interview wurden folgende Instrumente verwendet:

1. Mini-DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Margraf, 1994)
2. SKID-I: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Sektion I für Anpassungsstörungen (Wittchen et al. 1997)

Als Erhebungsinstrumente wurden in der Untersuchung folgende Fragebögen eingesetzt:

1. BOSS I-III: Burnout-Screening-Skalen (Hagemann & Geuenich, 2009)
2. BDI-II: Beck-Depressionsinventar (Hautzinger et al. 2009)
3. AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt & Fischer, 2003)
4. Health-49: Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (verkürzte Version) (Rabung, 2009)

An der Untersuchung beteiligten sich alle 134 eingeschlossenen Patienten. Mit allen Patienten wurde ein strukturiertes Interview durchgeführt, kein Patient lehnte die Teilnahme an der Untersuchung ab. Unvollständige Datensätze wurden als Drop-Out gewertet. Als Drop-Out wurden dabei nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen angesehen. Unter Beachtung dieser Drop-Outs beinhaltet die Stichprobe für die Zeitpunkte der Aufnahme und Entlassung 100 konsekutive Patienten. Für den Zeitpunkt der Katamnese umfasst die Stichprobe 55 konsekutive Patienten.

3.3 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

3.3.1 Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen

Das Mini-DIPS dient als standardisiertes Interview der Diagnostik von psychischen Störungsbildern gemäß den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. Als Kurzfassung der Ursprungsversion „Diagnostische Interviews bei psychischen Störungen (DIPS)“ (Schneider & Margraf, 1991) soll es dem Kliniker helfen schnell und zuverlässig psychische Diagnosen zu stellen. Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzabusus und Ausschluss von Psychosen wurden als Störungsbilder aufgenommen und zu Problembereichen zusammengefasst (Margraf, 1994).

Um das standardisierte Interview zu beschleunigen stehen vor jedem Problembereich „Vor-Screening-Fragen“. Weiterhin wurde das Interview gegenüber der Originalversion des DIPS gerafft, indem nur noch die unmittelbar für die Diagnose relevanten Punkte abgefragt werden. Als

Unterstützung für den Interviewer stehen auf der linken Seite differentialdiagnostische Hinweise, sowie Kurzinformationen zum jeweiligen Störungsbild. Auf der rechten Seite findet sich der Interviewleitfaden, bei dem sowohl Fragen mit Ja/Nein, als auch offene Fragen beantwortet werden können. Grundsätzlich beziehen sich die Fragen auf den derzeitigen psychischen Zustand des Patienten, für ein besseres Gesamtverständnis ist es jedoch sinnvoll, ebenfalls frühere Beschwerdebilder abzufragen. Klinische Einschätzungen, die dem Interviewer erlaubt sind, sollten erst nach der Beendigung des Interviews vorgenommen werden. Der Interviewer sollte beachten, dass die Fragen möglichst nah am Wortlaut formuliert werden. Bei Unklarheiten ist es auch möglich zusätzliche Fragen zu stellen um Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Zudem sollte sich der Interviewer vergewissern, dass hinsichtlich Zeitraum und Schwere der Symptome keine Missverständnisse zwischen Interviewer und Patienten entstehen (Margraf, 1994).

Die Objektivität des Mini-DIPS ist durch die vorgegebenen Fragen wesentlich höher als bei einem nicht standardisierten Interview. Zur weiteren Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien wurde die Interrater-Reliabilität des Mini-Dips und der ausführlichen Version des DIPS untersucht. Da es zu einer Übereinstimmung kam und das DIPS sowohl über eine gute Reliabilität (Schneider et al. 1992) als auch eine gute Validität (Margraf et al. 1991) verfügt, wurden keine weiteren Vergleiche gezogen und es kann davon ausgegangen werden, dass auch das Mini-DIPS über etablierte Gütekriterien verfügt, wodurch gerechtfertigt ist, dass das Verfahren in Klinik und Forschung eingesetzt werden kann (Margraf, 1994).

Während der Untersuchung wurde nur der für die Fragestellung relevante Problembereich „affektive Störungen“ abgefragt. Dieser Bereich beinhaltet die Diagnosen Schweres depressives Syndrom (SDS), Dysthymes Syndrom (DS) und Manische Episode (ME). Da das Mini-DIPS die Diagnose der Anpassungsstörung nicht erfasst, wurde es um das entsprechende Modul aus dem ausführlicheren SKID-I - Interview (s. u.) ergänzt.

3.3.2 SKID-I: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV- Achse I: Sektion I für Anpassungsstörungen

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) ist ebenso wie das Mini-DIPS ein semistrukturiertes Interview, um eine klinische Diagnose gemäß eines Klassifikationssystems, hier des DSM-IV, einzuordnen. Unterteilt werden kann das SKID in die Achse I für Psychopathologie und in die Achse II für Persönlichkeitsstörungen. In dieser Untersuchung wurde nur die Achse I und daraus die Sektion I für Anpassungsstörungen verwendet, um das Mini-DIPS in diesem Punkt

zu ergänzen. Da die Achse I grundsätzlich der Achse II vorausgeht, ist es unproblematisch auf die Achse II zu verzichten. Entwickelt wurde das SKID im Jahre 1983 in New York nach der Publikation des DSM-III-Manuals (APA, 1980). Nach Überprüfung der Gütekriterien und mehrmaliger Überarbeitung wurde die endgültige Version im Februar 1996 vorgestellt und ein Jahr später ins Deutsche übersetzt. Voraussetzung zur Durchführung des SKID sind neben dem sorgfältigen Vorbereiten und Einhalten der Gebrauchsanweisung die Kenntnisse der Kriterien der DSM-IV Klassifikation für Anpassungsstörungen. Einsetzbar ist das SKID sowohl für ambulante als auch für stationäre Patienten ab 18 Jahren.

Die Gütekriterien des SKID wurden in Studien hinsichtlich Anwendbarkeit und Reliabilität (Williams et al. 1992, Segal et al. 1993) untersucht und als befriedigend befunden. Dem Interviewer wird also mit dem SKID eine schnelle sowie valide Möglichkeit geboten eine Diagnose gemäß DSM-IV zu stellen, was auch den Einsatz in Klinik und Forschung rechtfertigt (Wittchen et al. 1997). In dieser Studie wurde als Grundlage das Mini-DIPS verwendet, da dies ökonomischer einzusetzen ist und sich auf das im deutschen Gesundheitswesen verbindliche Diagnosesystem ICD-10 (statt DSM-IV) bezieht.

Die in der Untersuchung verwendete Sektion I für Anpassungsstörungen besteht aus sechs Items (I1 bis I7). Verwendet wurden nur die Items I1 bis I6, da I7 den Subtyp der Anpassungsstörung ermittelt, der in dieser Untersuchung nicht benötigt wurde. Die Diagnose Anpassungsstörung kann dann durch den Interviewer vergeben werden, falls alle Items von I1 bis I5 mit 3 kodiert wurden, was bedeutet, dass das Symptom sicher vorhanden ist. Als allgemeine Grundsätze zur Durchführung des SKID-I gelten einige Regeln für den Interviewer. Um alle nötigen Informationen zu erhalten, können Zusatzfragen gestellt werden. Es sollte zudem stets überprüft werden, ob alle vorhandenen Symptome auch diagnostisch relevant sind. Des Weiteren müssen die DSM-IV Diagnosekriterien des SKID-I immer streng eingehalten werden, ebenso wie die Reihenfolge stets streng befolgt werden muss. Zudem muss eine klare Entscheidung zwischen den Kodierungsoptionen gefällt werden, da keine Zwischenwerte vorgesehen sind (Wittchen et al. 1997).

3.3.3 BOSS I-III: Burnout-Screening-Skalen

Bei den Burnout-Screening-Skalen (BOSS I und BOSS II) handelt es sich um Selbstbeurteilungsverfahren, mit deren Hilfe aktuelle psychische, körperliche und psychosoziale Beschwerden, wie sie typischerweise bei einem Burnout-Syndrom auftreten, erfasst werden können. Entwickelt wurden die Fragebögen auf der Grundlage der klassischen Testtheorie. Weiterhin dienen das Burnout-Syndrom (Dilling et al. 2011), Systemische Modelle (Schweitzer & von Schlippe, 2009), Psychosomatische Modelle (Rüegg, 2006) und das Stress-Coping-Modell (Antonovsky, 1987) dazu, um zu dem multifaktoriellen Arbeitsmodell des BOSS (Abbildung 1) zu gelangen (Hagemann & Geuenich, 2009).

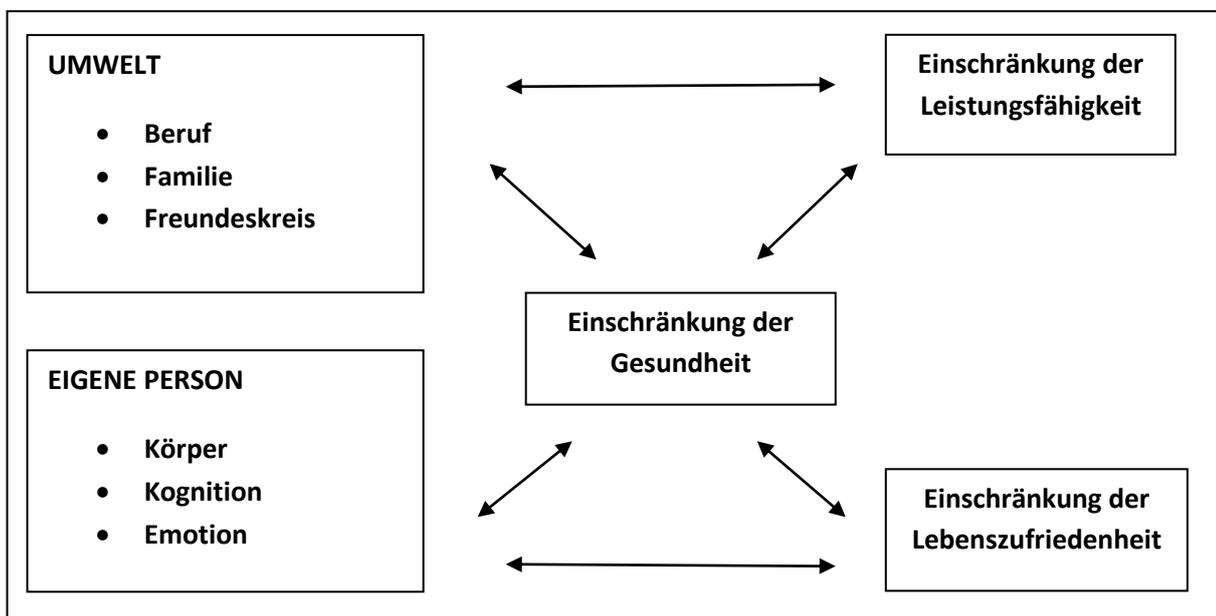


Abbildung 1: Multifaktorielles Arbeitsmodell der Burnout-Screening-Skalen

Die BOSS III wurde entsprechend der BOSS I und II entwickelt, wobei die BOSS III Ihre subjektive Beurteilung mehr auf die Ressourcen legt als auf die Beschwerden wie bei der BOSS I und II (Hagemann & Geuenich, 2011, Manuskript in Arbeit).

Bei Einhaltung der Anweisungen des Manuals ist die Objektivität gewährt, für die Reliabilität des Verfahrens liegen die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen zwischen $\alpha=0,75$ und $\alpha=0,91$ in der Normstichprobe. Die Validität wurde in Stichproben mit Lehrern, Medizinern, Studenten und Psychotherapiepatienten überprüft. Das Maslach-Burnout-Inventary (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) sowie weitere Stress- und Beschwerdefragebögen zeigten erwartungsgemäße Zusammenhänge mit der BOSS. Die Normstichprobe umfasst 300 Probanden zwischen 18 und 65 Jahren (Hagemann & Geuenich, 2009).

Die BOSS I (Belastungen) besteht aus 4 Skalen

1. Beruf,
2. Eigene Person,
3. Familie und
4. Freunde,

die jeweils formal unabhängig voneinander sind. Somit ist der Bereich Beruf vom Privaten (Eigene Person, Familie und Freunde), getrennt. Diese binäre Unterscheidung beruht auf der aktuellen Forschung und Modellen aus der Sozialpsychologie und Psychotherapie bezüglich Stress und dessen Beeinflussung durch das soziale Umfeld (Hagemann, Geuenich, BOSS I-III Expose). Insgesamt umfasst die BOSS I 30 Items. Die Skala Beruf sowie die Skala Eigene Person haben jeweils 10 Items, wohingegen die Skala Familie und die Skala Freunde jeweils 5 Items haben. Der Patient hat nun die Möglichkeit seine Beschwerden selbst auf einer Skala von 0 bis 5 einzuschätzen (0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft kaum zu“, 2 = „trifft teilweise zu“, 3 = „trifft überwiegend zu“, 4 = „trifft zu“, 5 = „trifft stark zu“). Mit der sechs-stufigen Antwortskala soll es dem Patienten erschwert werden die Mitte zu wählen, sodass er sich gezielt über- oder unterhalb der Mitte einordnen muss. Inhaltlich erfragt die BOSS I die Belastungen hinsichtlich der kognitiven und emotionalen Ebene, aber auch der Verhaltensebene. Der Zeitraum auf den sich die BOSS I bezieht umfasst die letzten 3 Wochen (Hagemann & Geuenich, 2009).

Die BOSS II (Beschwerden) enthält 3 Skalen:

1. Körperliche Beschwerden,
2. Kognitive Beschwerden und
3. Seelische Beschwerden,

um die Beschwerden auf der klinischen Ebene messbar zu machen. Jede der 3 Skalen enthält 10 Items, was eine Gesamtitemanzahl von 30 macht. Wie schon bei der BOSS I sind die drei Skalen formal voneinander unabhängig. Wie oben beschrieben hat der Patient die Möglichkeit von 0 bis 5 (0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft kaum zu“, 2 = „trifft teilweise zu“, 3 = „trifft überwiegend zu“, 4 = „trifft zu“, 5 = „trifft stark zu“) auf einer Antwortskala seine Beschwerden einzuordnen. Die Skala Körperliche Beschwerden misst die somatische Ebene mit Schwerpunkt auf dem kardio-vaskulärem System. Kognitive Beschwerden werden durch die zweite Skala erfasst, hinsichtlich der Konzentration, Perfektionismus, Entscheidungsfähigkeit und Grübelneigung. In der Skala Emotionale Beschwerden werden spezifische Empfindungen (Angst, Reizbarkeit, Schamgefühle etc.) und Verhaltensmuster (Rückzug) sowie Einstellungen zur eigenen Person (Selbstvertrauen)

erfragt. Zeitlich bezieht sich die BOSS II auf die Beschwerden der letzten sieben Tage (Hagemann & Geuenich, 2009).

Die BOSS III (Ressourcen) enthält 4 Skalen

1. Beruf,
2. Eigene Person,
3. Familie und
4. Freunde,

die BOSS III über die gleiche Antwortskala wie auch BOSS I und II (siehe oben). Ressourcen der Skala Beruf werden durch die Erfragung der Sinnhaftigkeit, Wertschätzung, Zugehörigkeit und Kommunikation sowie Identifikation mit dem eigenen Beruf bestimmt. Bei der Skala Eigene Person richtet die BOSS III das Augenmerk auf das subjektive Wohlbefinden. Die Skalen Familie und Freunde erfassen die Zufriedenheit und Ressourcen innerhalb der Familie bzw. innerhalb des Freundeskreises (Hagemann & Geuenich 2011, Manuskript in Arbeit).

Jeder einzelne Fragebogen kann separat und unabhängig von der Berufsgruppe und dem Geschlecht sowohl als Screening als auch als Verlaufsmessung verwendet werden. Zudem sind die BOSS-Skalen für den hausärztlichen, betriebsärztlichen, psychotherapeutischen, klinisch-wissenschaftlichen Einsatz und zur Selbstevaluation geeignet. Normwerte existieren für den Altersbereich von 18 bis 65 Jahren. Für die BOSS III sollten die Rohwerte zur Auswertung herangezogen werden, da die Normstichprobe erst mit der Validierung vervollständigt wird (Hagemann & Geuenich, 2009).

3.3.4 BDI-II: Beck-Depressionsinventar

Das Beck-Depressionsinventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das sowohl die Schwere, als auch das Ausmaß einer Depression bestimmt. Entwickelt wurde das Beck-Depressionsinventar entsprechend den Kriterien des DSM-IV bzw. ICD-10. Vom theoretischen Hintergrund her betrachtet ist zu sagen, dass weder die erste Version des BDI (Hautzinger et al. 1995), noch die überarbeitete Version, das BDI-II, von einer bestimmten Theorie zum Krankheitsbild der Depression geleitet wurden. Ziel ist einzig, relevante Symptome einer Depression erfassen zu können. Im Laufe der Zeit wurde das BDI an die aktuellen Kriterien der Klassifikationssysteme wie DSM-IV und ICD-10 angepasst, indem heute übliche Diagnosemerkmale, sowie die zeitlichen Vorgaben eingearbeitet wurden (Hautzinger et al. 2009).

Die Objektivität (Hautzinger et al. 2009) ist bei Einhaltung der Instruktion des BDI-II gegeben. Eine gute Reliabilität ist ebenfalls gewährleistet mit hohen internen Konsistenzwerten (Kühner et al. 2007). Durch die Überarbeitung und die Korrelation der Items zu den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 kann auch die Validität als gegeben (Kühner et al. 2007) betrachtet werden.

Insgesamt besteht das BDI-II aus 21 Items, die jeweils bestimmten Diagnosekriterien des DSM-IV und des ICD-10 zugeordnet werden können. Inhaltlich lässt sich das BDI-II in zwei Faktoren trennen. Zum einen die somatisch-affektive Dimension einer Depression, ausgedrückt durch Items wie „Verlust an Freude“, „Interessenverlust“, „Entschlusslosigkeit“, „Energieverlust“, „Konzentrationsschwierigkeiten“ und „Ermüdung“. Zum anderen die kognitive Dimension einer Depression, dargestellt durch die Items „Versagens- und Schuldgefühle“, „Selbstablehnung“ und „Wertlosigkeit“ (Hautzinger et al. 2009).

Anwendbar ist das BDI-II für Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene. Dabei ist der BDI-Summenwert bei der Auswertung gering mit dem Alter in Korrelation zu bringen. Eine ähnliche Korrelation ergibt sich für den Bildungsstand. Die Anzahl der Jahre der Schulausbildung zeigt dagegen keine Korrelation. Nicht ganz eindeutig ist die Korrelation zwischen dem Summenwert des BDI-II und dem Geschlecht (Hautzinger et al. 2009).

3.3.5 AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster

Das „Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“ ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung gesundheitsbezogener Aussagen hinsichtlich individueller Verhaltens- und Erlebensmuster in Arbeit und Beruf. Somit werden sowohl individuelle Voraussetzungen einer Person, als auch durch erlebte Ereignisse erworbene Bewältigungsmöglichkeiten betrachtet. Entwickelt wurde das AVEM auf Grundlage der klassischen Testtheorie. Einsatzgebiet des AVEM ist nicht nur die primäre, sondern auch die sekundäre Prävention von beruflichen Überbelastungen. Einerseits zielt das AVEM die personenbezogene Intervention an, um gesundheitsgefährdende Muster ab- und gesundheitsfördernde Muster aufzubauen. Andererseits sollen die vorhandenen Verhaltens- und Erlebensmuster in Ihrer eventuell bestehenden Abhängigkeit von Arbeits- und Erlebensverhältnissen betrachtet werden, um damit als Grundlage Interventionen begründen zu können. Diese beiden Aspekte gehören zusammen, um bei der Umsetzung der AVEM-Ergebnisse die Verhaltens- um die Verhältnisprävention zu ergänzen (Schaarschmidt & Fischer, 2003).

In allen Skalen zeigt das AVEM eine gute bis befriedigende Reliabilität (Cronbachs α zwischen 0.78 und 0.87; Split-half-Reliabilität zwischen 0.76 und 0.90, Stabilitätskoeffizienten nach drei Monaten zwischen 0.69 und 0.82) (Schaarschmidt & Fischer, 2003). Die Überprüfung der Validität wurde gemäß der kriteriumsbezogenen Validierung durchgeführt. Dabei wurde ausnahmslos die Gültigkeit des Verfahrens bestätigt (Schaarschmidt & Fischer, 2003). Die Anwendbarkeit des AVEM in der medizinischen Rehabilitation verfügt ebenso über eine gute Validität (Heitzmann et al. 2005). Die Normwerte können zum einen auf die Skalenwerte bezogen sein, die für Berufsgruppen, Studierende und Patienten existieren, zum anderen können sich die Normwerte auf die vier Referenzmuster beziehen (Schaarschmidt & Fischer, 2003).

Das AVEM setzt sich aus 66 Items auf 11 Skalen zusammen:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
2. Beruflicher Ehrgeiz
3. Verausgabungsbereitschaft
4. Perfektionsstreben
5. Distanzierungsfähigkeit
6. Resignationstendenz
7. Offensive Problembewältigung
8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
9. Erfolgserleben im Beruf
10. Lebenszufriedenheit
11. Erleben sozialer Unterstützung

Weiterhin repräsentieren diese 11 Skalen drei wesentliche Bereiche. Dazu gehören

- „berufliches Engagement“ (Skalen 1-5),
- die „erlebte Widerstandskraft gegenüber den beruflichen Belastungen“ (Skalen 6-8) und die
- „Emotionen, die die Berufsausübung begleiten“ (Skalen 9-11).

Ihr Zueinander ergibt die jeweiligen Referenzmuster des AVEM. Die vier Referenzmuster untergliedern sich in folgende Muster:

- „Muster G“, das für Engagement, Widerstandskraft und Wohlbefinden steht und somit das gesunde Muster ist,
- das „Muster S“, Schonung, ebenfalls ein gesundes Muster, bei dem Lebenszufriedenheit eher im außerberuflichen Bereich gefunden wird und das berufliche Engagement eher reduziert ist.

- Das „Risikomuster A“ steht für die gesundheitsgefährdende Selbstüberforderung, wobei die Beschreibung an das alte Typ-A-Verhaltensmuster (Friedman & Rosenman, 1975) erinnert
- das „Risikomuster B“ zeigt dagegen Überforderung und Resignation an (Schaarschmidt & Fischer, 2003).

Die Einteilung in diese Risikomuster ist vor allem beim klinischen Einsatz des AVEM hilfreich. Insgesamt geht bei einer Auswertung nur auf der Ebene der Risikomuster jedoch Information verloren, sodass in dieser Studie eine Betrachtung auf Grundlage der 11 Skalen erfolgt.

Einschätzen kann sich der Patient anhand der fünf-stufigen Antwortskala von „trifft überhaupt nicht zu“ = 1, „trifft überwiegend nicht zu“ = 2, „trifft teils/teils zu“ = 3, „trifft überwiegend zu“ = 4 und „trifft völlig zu“ = 5. Einsetzbar ist das AVEM in der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Personalentwicklung, der Arbeits- und Organisationsgestaltung, sowie der beruflichen Rehabilitation. Gerade im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind Prä- Post- Messungen für die Erfolgskontrolle empfehlenswert (Schaarschmidt & Fischer, 2003).

3.3.6 Health-49: Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis

Die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis ist ein multidimensionales Selbstbeurteilungsinstrument. Ziel der Entwicklung des Health war es, ein Erhebungsinstrument zu schaffen, das mehrdimensional, generisch, ökonomisch, frei verfügbar, flexibel, anpassbar und einheitlich ist. In der ursprünglichen Version des Health mit 79 Items, die 2007 entwickelt wurde (Rabung et al. 2007), wurden die Bereiche (a) Psychometrische und somatoforme Beschwerden, (b) Interaktionelle Beeinträchtigungen, (c) psychisches Wohlbefinden, (d) Selbstwirksamkeit, (e) Lebensqualität, (f) Aktivität und Teilhabe sowie (g) Soziale Unterstützung und Belastung abgedeckt. Trotz hoher Reliabilität und weitgehend befriedigender Validität nach der ersten Überprüfung der Ursprungsversion, zeigte sich Überarbeitungsbedarf mancher Skalen (Rabung et al. 2009).

2009 entstand die neue und verkürzte Form des Health, der Health-49 mit nur noch 49 Items. Verblieben sind 9 Skalen. Die einzelnen Skalen bilden wiederum 6 Module A bis F. Die 3 Skalen „Somatoforme Beschwerden (SOM)“, „Depressivität (DEP)“ und „Phobische Ängste (PHO)“ bilden das Modul A „Psychisches und somatoforme Beschwerden“ (PSB) mit insgesamt 18 Items,

die sich auch inhaltlich zu einem Gesamtwert zusammenfassen lassen. Modul B fragt mit 5 Items den Bereich „Psychisches Wohlbefinden (WOHL)“ ab. Probleme und Schwierigkeiten bezüglich sozialer Kontakte mit anderen Menschen werden im Modul C „Interaktionelle Schwierigkeiten (INT)“ mit 7 Items bearbeitet. „Selbstwirksamkeit (SELB)“ der Patienten erfragt das Modul D mittels 5 Items. Das vorletzte Modul E „Aktivität und Partizipation (A&P)“ nimmt mit 6 Items Bezug auf Beeinträchtigungen im Beruf/Haushalt, innerhalb sozialer Kontakte und Freizeit. Die beiden Skalen „Soziale Unterstützung und Soziale Belastung (SOZU und SOZB)“ werden zu dem Modul F zusammengefasst. Anders als in Modul A gibt es bei Modul F keinen Gesamtwert, aufgrund der inhaltlichen Widersprüchlichkeit (Rabung et al. 2009).

Die Module A bis E beziehen sich auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen, eine Ausnahme bildet Modul F, das keinen Bezug auf einen vorgegeben Zeitraum nimmt. Als Antwortmöglichkeiten stehen dem Patienten die fünf Optionen „nie“ = 0, „selten“ = 1, „gelegentlich“ = 2, „oft“ = 3 und „immer“ = 4 zur Verfügung.

Die Reliabilität, angezeigt durch die internen Konsistenzen (Cronbachs α) im hohen Bereich und die mittleren Trennschärfekoeffizienten im mittleren bis hohen Bereich, ist als gut anzusehen. Des Weiteren ergab die faktorielle Validität und Konstrukt-Validität, dass die Health-49-Skalen durchschnittlich mit $r = 0,38$ untereinander korreliert sind. Die differentielle Validität fällt durch die hohen Werte ebenfalls gut aus (Rabung et al. 2009).

3.4 Statistische Auswertung

Statistisch ausgewertet wurden die Daten der vorliegenden Untersuchung computergestützt mit dem Programm SPSS 20 für Windows. Die Stichprobenbeschreibung wurde mittels deskriptiver Statistik (Häufigkeitsanalysen) ermittelt. Berechnete Korrelationen wurden nach Testung auf Normalverteilung nach Spearman (nicht-normalverteilte Daten) berechnet. Die weiterführende Statistik würde gemäß nicht-normalverteilter Daten mittels non-parametrischer Tests berechnet.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

4.1.1 Gesamtstichprobe

Die Tabelle 5 zeigt eine genaue Beschreibung der Stichprobe der Patienten, die in der Zeit des ersten Intervalls der Erhebung von März bis Juli 2012 in der Mediclin Bliestal Klinik in Blieskastel auf einer Spezialstation für arbeitsplatzbezogene Störungen behandelt wurden. Insgesamt umfasst die Stichprobe ein Patientenkollektiv von $n=100$. Von dieser Stichprobe sind 71% Frauen und 29% Männer. Der Mittelwert des Alters der Patienten liegt bei $49,84 \pm 8,73$ Jahren. Das Alter der Patienten liegt zwischen 24 und 63 Jahren. Die Frauen haben ein durchschnittliches Alter von $49,99 \pm 9,02$ Jahren, die Männer ein durchschnittliches Alter von $49,48 \pm 8,14$ Jahren.

Weitere Angaben zur Beschreibung der Stichproben wurden aus den Entlassungsbriefen entnommen sowie durch eine Erhebung zusätzlicher Daten im Rahmen der 6-Monatskatamnese vom Oktober 2012 bis März 2013. Mehr als die Hälfte (58%) aller Patienten war zum Zeitpunkt der Behandlung in der Mediclin Bliestal Klinik verheiratet und mit 49% war knapp die Hälfte der Patienten arbeitsfähig, 46% der Patienten traten die Rehabilitation arbeitsunfähig an.

Die Interviews wurden bezogen auf die klinische Diagnose verblindet durchgeführt und im Anschluss durch einen klinisch erfahrenen Therapeuten unter Berücksichtigung der klinischen Diagnose validiert. In der Gesamtstichprobe ($n=100$) ergaben sich somit in 73% ($n=73$) der Fälle eine Depression (leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden sowie rezidivierende depressive Episoden wurden zusammengefasst). 23% ($n=23$) des Patientenkollektivs erhielt die Diagnose Anpassungsstörung. Unter sonstige Diagnosen (4%; $n=4$) fallen die Dysthymie, die ebenfalls im strukturierten klinischen Interview mittels des Mini-DIPS erhoben wurde (Abbildung 2).

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung (n=100)

Variable	Kennwert	Stichprobe n=100
Geschlecht	Weiblich	71% (71)
	Männlich	29% (29)
Alter	M±SA[Spannweite]	49,84±8,734 [24-63]
Familienstand	○ Verheiratet	58% (58)
	○ In fester Partnerschaft	18% (18)
	○ Keine Partnerschaft/ledig	14% (14)
	○ Geschieden	10% (10)
Anzahl der Kinder	○ keine Kinder	34% (34)
	○ 1 Kind	23% (23)
	○ 2 Kinder	29% (29)
	○ 3 Kinder	13% (13)
	○ 4 Kinder	1% (1)
Schulabschluss	○ Kein Schulabschluss	2% (2)
	○ Hauptschule	20% (20)
	○ Realschule/mittlere Reife	43% (43)
	○ Fachabitur	14% (14)
	○ Abitur	20% (20)
	○ Keine Angabe	1% (1)
Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0)	○ Arbeitsunfähig	46% (46)
	○ Arbeitsfähig	49% (49)
	○ Arbeitsunfähig mit stufenweise Wiedereingliederung	1% (1)
	○ Keine Angabe	4% (4)

■ Depressive Episode ■ Anpassungsstörung ■ Sonstige

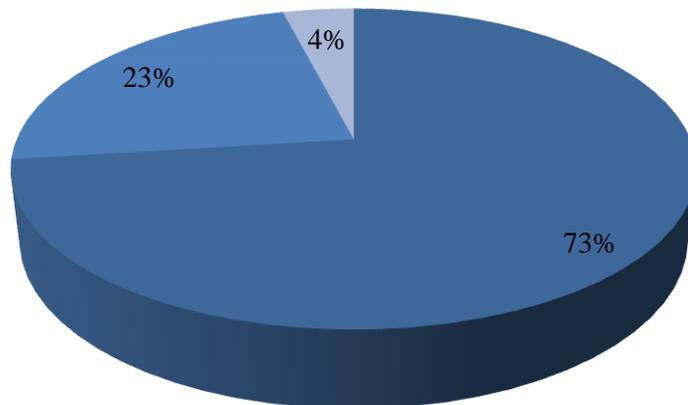


Abbildung 2: Häufigkeiten der validierten Diagnosen aus dem Interview bezogen auf die Gesamtstichprobe (n=100)

Die Häufigkeiten nach ICD-10 zeigen die Aufspaltung depressiver Patienten in solche mit einer einmaligen depressiven Episode und solche mit rezidivierenden depressiven Episoden (Abbildung 3). Da sich statistisch keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Patientengruppen hinsichtlich der psychopathologischen Symptombelastung abbilden lassen, werden diese Patientengruppen im Folgenden zusammengefasst untersucht.

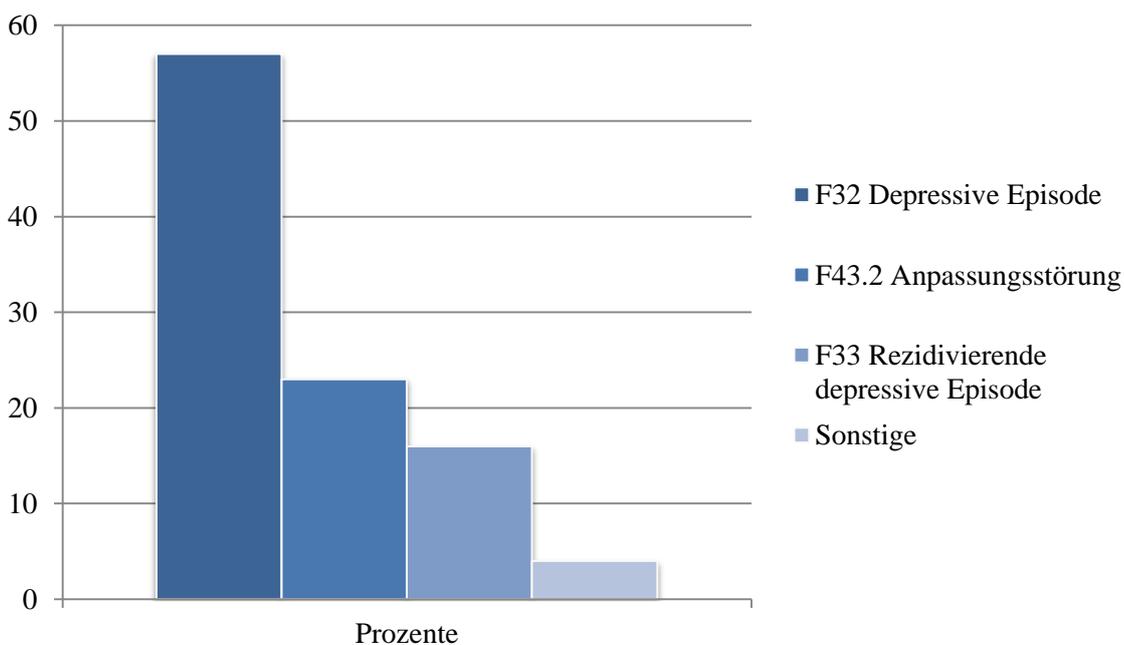


Abbildung 3: Häufigkeiten der validierten Diagnosen aus dem Interview nach ICD-10 bezogen auf die Gesamtstichprobe in Prozent (n=100)

4.1.2 Katamnesestichprobe

Die Stichprobenbeschreibung der 6-Monatskatamnese wird durch die Tabelle 6 detailliert dargestellt. Von der ursprünglichen Stichprobe, die während des Aufenthalts in der Klinik zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) und zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) befragt wurden, antworteten in der 6-Monatskatamnese (T2) 55%. Anhand eines Zusatzfragebogens wurden Angaben zum derzeitigen Erwerbsstatus erhoben. Familienstand, Anzahl der Kinder sowie der Schulabschluss wurden den Entlassungsbriefen entnommen.

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung der 6-Monatskatamnese (n=55)

Variable	Kennwert	Stichprobe n=55
Geschlecht	Weiblich	70,9% (39)
	Männlich	29,1% (16)
Alter	M±SA[Spannweite]	50,18±8,518 [31-63]
Familienstand	Verheiratet	63,6% (35)
	In fester Partnerschaft	18,2% (10)
	Keine Partnerschaft/ledig	12,7% (7)
	Geschieden	5,5% (3)
Anzahl der Kinder	Keine Kinder	29,1% (16)
	1 Kind	27,3% (15)
	2 Kinder	25,5% (14)
	3 Kinder	16,4% (9)
	4 Kinder	1,8% (1)
Schulabschluss	Kein Abschluss	0% (0)
	Hauptschule	21,8% (12)
	Realschule/mittlere Reife	40,0% (22)
	Fachabitur	16,4% (9)
	Abitur	21,8% (12)
Arbeitssituation zum Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese (T2)	Arbeitsunfähig	9,1% (5)
	Arbeitsfähig	90,9% (50)
Erwerbstätigkeit	Vollzeit	60% (33)
	Teilzeit	29,1% (16)
	Arbeitssuchend	5,5% (3)
	Keine Erwerbstätigkeit	3,6% (2)
	Keine Angabe	1,8% (1)

90,9% sind ein halbes Jahr nach dem Aufenthalt in der psychosomatischen Rehabilitationsklinik arbeitsfähig, davon 60% in Vollzeitbeschäftigung. In der Katamnesestichprobe (n=55) hatten zu T0 72,7% (n= 40) Patienten eine Depression (leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden sowie rezidivierende depressive Episoden wurden zusammengefasst), 23,6% (n=13) eine Anpassungsstörung und 3,6% fallen unter die Bezeichnung „Sonstige“ (Dysthymie) (Abbildung 4). Somit spiegelt sich in der Katamnesestichprobe nach 6 Monaten (T2) die Verteilung der Diagnosen aus der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) und der Entlassung (T1) wider.

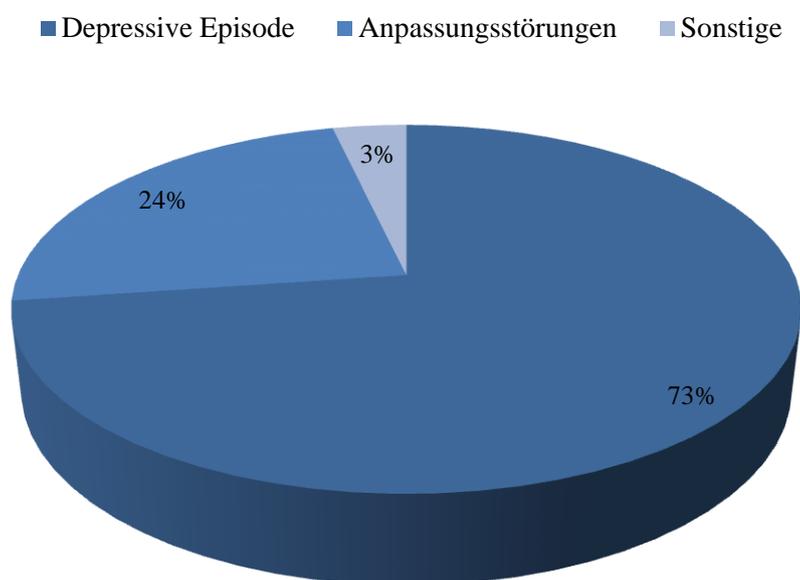


Abbildung 4: Häufigkeiten der validierten Diagnosen aus dem Interview bezogen auf die Katamnesestichprobe (n=55, Werte gerundet)

Die Drop-Out Analyse für den Zeitpunkt der Katamnese (T2) wurde mittels des Mann-Whitney-U-Tests berechnet und ergab hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss und Anzahl der Kinder keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten, die nach 6 Monaten geantwortet haben und denen, die nicht geantwortet haben (Tabelle 7). Das Signifikanzniveau wurde zur Vermeidung der α -Fehler-Kumulierung nach Bonferroni korrigiert.

Tabelle 7 -Drop-Out Analyse zum Zeitpunkt der Katamnese (T2)

	p-Wert
Alter	,814
Geschlecht	,982
Schulabschluss	,625
Familienstand	,122
Anzahl der Kinder	,339

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,01.

*Signifikant ,01

4.2 Unterschiede zwischen dem Therapie-Outcome von Patienten mit Anpassungsstörung als Folge einer Arbeitsplatzproblematik und Patienten mit einmaliger depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung

4.2.1 Unterschiede hinsichtlich psychometrisch erfasster Symptombelastung

Nach Abschluss der Datensammlung erfolgte im Nachhinein eine Aufspaltung in Gruppe 1 „Patienten mit der Diagnose Anpassungsstörung“ und in Gruppe 2 „Patienten mit der Diagnose Depression“. Es wurden lediglich die Fälle einbezogen, die entweder die Diagnose einer depressiven Episode (einmalig oder rezidivierend) oder einer Anpassungsstörung erhalten haben (n= 96). Wie bereits unter 3.4 beschrieben, wurde nach Testung auf Normalverteilung mit non-parametrischen Tests für nicht-normalverteilte Daten gerechnet.

Das Therapie-Outcome wird gemessen an den Skalen Depressivität sowie Aktivität & Partizipation des Health-49, dem BDI-II und dem Gesamtfragebogen der BOSS I (Belastungen) sowie dem Gesamtfragebogen der BOSS II (Beschwerden) zum Zeitpunkt der Entlassung (T1). Zunächst erfolgte mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests eine Untersuchung, ob die jeweiligen Gruppen (Gruppe 1 = Anpassungsstörung; Gruppe 2 = Depression) Unterschiede zwischen Aufnahmezeitpunkt (T0) und Entlassungszeitpunkt (T1) aufweisen. Da es sich um eine Messwiederholung handelt, wurde zur Vermeidung der α -Fehler-Kumulierung die Bonferroni-Korrektur durchgeführt und das Signifikanzniveau entsprechend angepasst.

Tabelle 8: Unterschiede zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme (T0) und der Entlassung (T1) bei Patienten mit der Diagnose Anpassungsstörung (n= 23)

	Mittelwert±SD Aufnahme	Mittelwert±SD Entlassung	p-Wert	Cohen´s d
Depressivität (Health-49)	,7978±,65698	,3630±,45170	,008*	,79
Aktivität & Partizipation (Health-49)	2,2745±,73959	2,9203±,58359	,001*	,99
BDI-II	12,43±9,452	4,91±5,308	,000*	1
BOSS I (Belastungen)	58,91±7,366	50,13±11,263	,000*	,94
BOSSII (Beschwerden)	58,48±8,712	47,61±9,134	,000*	1,25

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,01. *Signifikant < ,01

Tabelle 8 zeigt bei Patienten mit Anpassungsstörung generell eine Abnahme der Symptombelastung im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation auf den Skalen Depressivität dem Health-49, des BDI-II und der BOSS I sowie der BOSS II. Die Werte im Bereich Aktivität & Partizipation des Health-49 steigen erwartungsgemäß an. Somit zeigt sich eine Verbesserung bei Patienten mit Anpassungsstörung im Verlauf vom Aufnahme- (T0) zum Entlassungszeitpunkt (T1). Nach Durchführung der Bonferronikorrektur liegt das neue Signifikanzniveau bei $p < ,01$. Alle Werte liegen in diesem Bereich. Die Effektstärken liegen für alle Werte im hohen Bereich. Die höchsten Effektstärken zeigen sich in der BOSS II (Beschwerden) $d= 1,25$ sowie dem BDI-II $d= 1$, aber auch die Skala Aktivität & Partizipation im Health-49 bildet mit $d= 0,99$ starke Effekte ab.

Tabelle 9: Unterschiede zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme (T0) und der Entlassung (T1) bei Patienten mit der Diagnose Depression (n= 73)

	Mittelwert±SD Aufnahme	Mittelwert±SD Entlassung	p-Wert	Cohen´s d
Depressivität (Health-49)	1,9640±,88815	1,0112±,95121	,000*	1,04
Aktivität & Partizipation (Health-49)	1,7123±,66855	2,3767±,98876	,000*	,79
BDI-II	25,32±11,092	12,45±12,512	,000*	1,1
BOSS I (Belastungen)	67,78±7,732	58,90±12,317	,000*	,87
BOSSII (Beschwerden)	66,56±6,882	55,64±11,506	,000*	1,16

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,01. *Signifikant <,01

Tabelle 9 zeigt wie Tabelle 8 die Unterschiede von T0 zu T1, diesmal bei der Patientengruppe mit Depression. Hier zeigt sich ebenfalls eine Abnahme der Belastungswerte (Depressivität des Health-49, BDI-II, BOSS I und BOSS II) und eine Zunahme der Aktivität & Partizipation im Health-49. Alle Werte liegen nach Bonferronikorrektur im signifikanten Bereich. Des Weiteren liegen die Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich. Die größten Effektstärken bilden sich auf der Skala Depressivität des Health-49 und dem BDI-II ab, ebenso im Bereich klinischer Beschwerdesymptomatik mit $d = 1,16$ im BOSS II.

Der Mann-Whitney-U-Test untersucht Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit der Diagnose Anpassungsstörung (Gruppe 1; $n = 23$) und Patienten mit der Diagnose Depression (Gruppe 2; $n = 73$) hinsichtlich des Aufnahmezeitpunktes (T0) und des Therapie-Outcome bei Entlassung (T1). Hier wurde das Therapie-Outcome ebenfalls an Hand der Skalen Depressivität sowie Aktivität & Partizipation des Health-49, am BDI-II sowie an den Gesamtfragebögen der BOSS I und II gemessen.

Tabelle 10: Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Anpassungsstörung (Gruppe 1) und Patienten mit Depression (Gruppe 2) zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0)

	Mittelwert \pm SD Anpassungsstörung	Mittelwert \pm SD Depression	p-Wert	Cohen´s d
Depressivität (Health-49)	,7978 \pm ,65698	1,9640 \pm ,88815	,000*	1,4
Aktivität & Partizipation (Health-49)	2,2754 \pm ,73959	1,7123 \pm ,66855	,003*	,83
BDI-II	12,43 \pm 9,452	25,32 \pm 11,092	,000*	1,21
BOSS I (Belastungen)	58,91 \pm 7,366	67,78 \pm 7,732	,000*	1,17
BOSSII (Beschwerden)	58,48 \pm 8,712	66,56 \pm 6,882	,000*	1,11

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt 0,01. *Signifikant 0,01

Tabelle 10 zeigt, dass die Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen sich unterscheiden. Die Belastungswerte für die Gruppe Anpassungsstörung zeigen eine geringere Ausprägung als für die Gruppe Depression. Umgekehrt haben Patienten in der Gruppe mit Anpassungsstörungen höhere Werte auf der Skala Aktivität & Partizipation des Health-49 als Patienten in der Gruppe Depression. Die Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Depression und Patienten mit

Anpassungsstörung liegen im signifikanten Bereich und stellen sich bei den Effektstärken im großen Bereich dar. Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Gruppen am stärksten im Bereich depressiver Symptomatik, ersichtlich aus $d= 1,4$ für die Skala Depressivität im Health-49 und $d= 1,21$ im BDI-II.

Tabelle 11: Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Anpassungsstörung (Gruppe 1) und Patienten mit Depression (Gruppe 2) zum Zeitpunkt der Entlassung (T1)

	Mittelwert±SD Anpassungsstörung	Mittelwert±SD Depression	p-Wert	Cohen´s d
Depressivität (Health-49)	,3630±,45170	1,0112±,95121	,001*	,76
Aktivität & Partizipation (Health-49)	2,9203±,58359	2,3767±,98876	,018	,6
BDI-II	4,91±5,308	12,45±12,512	,006*	,68
BOSS I (Belastungen)	50,13±11,263	58,90±12,317	,003*	,73
BOSSII (Beschwerden)	47,61±9,134	55,64±11,506	,005*	,74

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,01. *Signifikant ,01

Tabelle 11 zeigt sich, dass die Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen wie bereits zum Zeitpunkt T0 auch zum Zeitpunkt T1 unterscheiden. Die Gruppe Anpassungsstörung zeigt ebenfalls eine geringere Belastungsausprägung als die Gruppe Depression. Die Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Depression und Patienten mit Anpassungsstörung liegen bis auf den Bereich Aktivität & Partizipation des Health-49 im signifikanten Bereich und stellen sich durch Effektstärken im mittleren Bereich dar. Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Gruppen am stärksten im Bereich depressiver Symptomatik, ersichtlich aus $d= 0,76$ für die Skala Depressivität im Health-49, wie zum Zeitpunkt T0, jedoch in geringerer Ausprägung.

4.2.2 Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation

Um neben den psychometrisch erfassten Symptombelastungen Informationen zur Arbeitsfähigkeit zu erhalten wurden zunächst diese Informationen zu Aufnahme- (T0) und Entlassungszeitpunkt (T1) den Entlassungsbriefen entnommen. Die Daten zum Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese wurden mittels eines zusätzlichen Fragebogens per Post gesammelt. Die Gruppenaufteilung erfolgte wie unter 4.2.1. Gerechnet wurde mittels des Chi-Quadrat-Tests.

Tabelle 12: Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) (n= 96)

	Arbeitsunfähig	AU Stufenweise Wiedereingliederung	Arbeitsfähig	Keine Angabe
Anpassungsstörung (n=23)	7	0	15	1
Depression (n=73)	36	1	33	3
Gesamt (n=96)	43	1	48	4

Für den Zeitpunkt der Aufnahme (T0) ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen. Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigte sich eine asymptotische Signifikanz (2-seitig) von ,375.

Tabelle 13: Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) (n= 96)

	Arbeitsunfähig	AU Stufenweise Wiedereingliederung	Arbeitsfähig
Anpassungsstörung (n=23)	3	3	17
Depression (n=73)	13	17	43
Gesamt (n=96)	16	20	60

Für den Zeitpunkt der Entlassung (T1) zeigte sich im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit Anpassungsstörung und solchen mit depressiver Störung. Die asymptotische Signifikanz (2-seitig) beträgt ,417. Auch zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese (T2) ergab sich kein Unterschied, die Asymptotische Signifikanz (2-seitig) des Chi-Quadrat-Tests beträgt ,805.

Tabelle 14: Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Katamnese (T2) (n=53)

	Arbeitsunfähig	Arbeitsfähig
Anpassungsstörung (n=13)	1	12
Depression (n=40)	4	36
Gesamt (n=53)	5	48

Somit besteht zu keinem Zeitpunkt der Datenerhebung ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung und Patienten mit der Diagnose einer Depressiven Störung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit.

Eine Darstellung über die Veränderungen der Arbeitssituation liefert die Abbildung 5. Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der Arbeitsfähigkeit von Aufnahme (T0) zu 6-Monatskatamnese (T2) von 50% auf 90,6%.

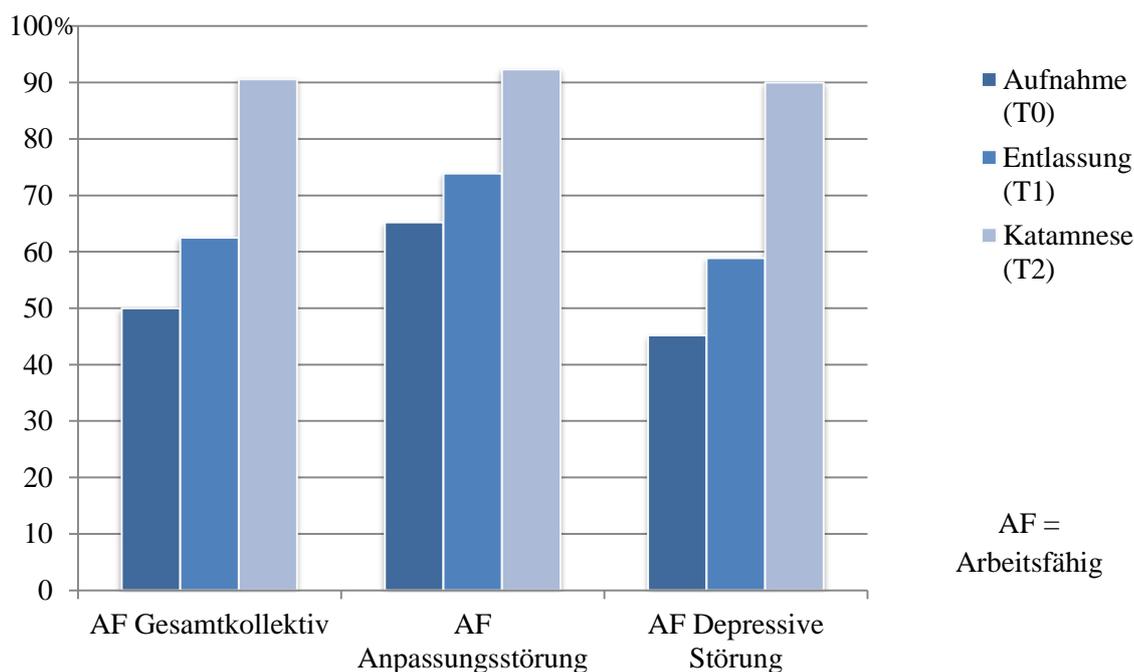


Abbildung 5: Arbeitssituation zu den Zeitpunkten der Aufnahme (T0), der Entlassung (T1) und der 6-Monats-Katamnese (T2)

4.3 Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmale in Bezug auf Arbeit und Beruf auf den Skalen des AVEM und dem Therapie-Outcome

Persönliche Verhaltens- und Erlebensmerkmale wurden anhand des AVEM erfasst und mit dem Therapie-Outcome, gemessen an den Skalen Depressivität und Wohlbefinden des Health-49, dem BDI II und den BOSS I und II zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) aus der psychosomatischen Rehabilitation, korreliert.

Tabelle 15: Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf und dem Therapie-Outcome hinsichtlich Health-49 und BDI-II

Erlebens- und Verhaltensmuster AVEM	Health 49 Depressivität	Health49 Wohlbefinden	Health49 Selbst- wirksamkeit	Health49 Aktivität & Partizipation	BDI II
1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	,113	-,028	-,026	-231*	,083
2) Beruflicher Ehrgeiz	,028	,005	,018	-,082	,038
3) Verausgabungs-Bereitschaft	,542**	-,370**	-,403**	-,451**	,487**
4) Perfektionsstreben	,498**	-,362**	-,356**	-,340**	,507**
5) Distanzierungs-fähigkeit	-,569**	,457**	,510**	,389**	-,571**
6) Resignationstendenz	,588**	-,452**	-,480**	-,384**	,546**
7) Problembewältigung	-,476**	,444**	,500**	,337**	-,375**
8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	-,585**	,464**	,514**	,282**	-,537**
9) Erfolgserleben im Beruf	-,435**	,433**	,443**	,330**	-,339**
10) Lebenszufriedenheit	-,699**	,671**	,633**	,493**	-,636**
11) Erleben sozialer Unterstützung	-,447**	,416**	,369**	,378**	-,375**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)

*0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Aus der Tabelle 15 geht hervor, dass die Skala Bedeutsamkeit der Arbeit sowie die Skala Ehrgeiz des AVEM keine Korrelationen im signifikanten Bereich mit den Maßen des Therapie-Outcomes ergaben. Hervorzuheben sind die Korrelationen der Skala Depressivität des Health-49 mit den Skalen Verausgabungsbereitschaft ($,542^{**}$), Distanzierungsfähigkeit ($-,569$), Resignation ($,588^{**}$) und Lebenszufriedenheit ($-,699$) des AVEM. Unter gleichzeitiger Betrachtung der Skala Selbstwirksamkeit des Health-49 zeigt sich gerade auf den Skalen Distanzierungsfähigkeit ($,510^{**}$) sowie Lebenszufriedenheit ($,633^{**}$) eine starke Ausprägung der Zusammenhänge. Der BDI-II stützt die Korrelationen mit der Skala Depressivität des Health-49, allerdings zeigt sich eine etwas geringere Ausprägung der Korrelationen. Schwächere signifikante Korrelationen mit allen Skalen des AVEM ergeben sich mit der Skala Aktivität & Partizipation des Health-49.

Tabelle 16: Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf und dem Therapie-Outcome hinsichtlich den BOSS-I Skalen (Belastungen)

Erlebens- und Verhaltensmuster AVEM	Beruf	Eigene Person	Familie	Freundeskreis	Gesamt
1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	,042	,123	,104	,189	,116
2) Beruflicher Ehrgeiz	,005	-,024	,080	,056	,029
3) Verausgabungs-bereitschaft	,477**	,464**	,424**	,489**	,503**
4) Perfektionsstreben	,506**	,447**	,259**	,407**	,442**
5) Distanzierungsfähigkeit	-,584**	-,591**	-,451**	-,523**	-,586**
6) Resignationstendenz	,641**	,525**	,383**	,463**	,566**
7) Problembewältigung	-,465**	-,449**	-,416**	-,410**	-,488**
8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	-,630**	-,469**	-,272**	-,473**	-,526**
9) Erfolgserleben im Beruf	-,421**	-,367**	-,292**	-,309**	-,406**
10) Lebenszufriedenheit	-,613**	-,579**	-,555**	-,581**	-,645**
11) Erleben sozialer Unterstützung	-,352**	-,388**	-,406**	-,423**	-,436**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)

*0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Wie bereits in Tabelle 15 zeigt sich ebenfalls in Tabelle 16 kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala Erfolgserleben im Beruf und der Skala Ehrgeiz im AVEM mit einer der Skalen der BOSS I (Belastungen). Die Korrelationen mit den anderen Bereichen des AVEM liegen sowohl im positiven als auch im negativen Bereich, je nach Merkmalsausprägung der Skala. Die Skala Distanzierungsfähigkeit des AVEM ist umso geringer, je höher die Belastungen auf den Skalen von Beruf (-,584**) und Eigene Person (-,591**) sind. Reziprok verhält sich die Skala Resignationstendenz des AVEM. Die Skala innere Unruhe des AVEM korreliert am stärksten mit der Skala Beschwerden im Beruf der BOSS I (-,630**). Mit Beschwerden in allen Bereichen der BOSS I stellen sich an der Skala Lebenszufriedenheit des AVEM dar, wobei sich hier die höchsten Werte in der Korrelation mit dem Gesamtfragebogen des BOSS I ergeben (-,645**).

Tabelle 17: Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf und dem Therapie-Outcome hinsichtlich den BOSS-II Skalen (Beschwerden)

Erlebens- und Verhaltensmuster AVEM	Körper	Kognition	Emotion	Gesamt
1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	,221*	,156	,206*	,218*
2) Beruflicher Ehrgeiz	,094	-,037	,028	,024
3) Verausgabungs-bereitschaft	,415**	,423**	,410**	,441**
4) Perfektionsstreben	,405**	,409**	,377**	,404**
5) Distanzierungsfähigkeit	-,495**	-,561**	-,506**	-,554**
6) Resignationstendenz	,359**	,546**	,521**	,503**
7) Problembewältigung	-,266**	-,478**	-,516**	-,458**
8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	-,290**	-,491**	-,479**	-,446**
9) Erfolgserleben im Beruf	-,359**	-,438**	-,444**	-,428**
10) Lebenszufriedenheit	-,474**	-,562**	-,564**	-,551**
11) Erleben sozialer Unterstützung	-,313**	-,379**	-,360**	-,378**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)
 *0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Wie bereits in Tabelle 15 und 16 finden sich in Tabelle 17 keine signifikanten Korrelationen der Skalen Bedeutsamkeit der Arbeit sowie beruflicher Ehrgeiz des AVEM dem Therapie-Outcome. Die übrigen Korrelationen befinden sich im niedrigen bis mittleren Bereich. Den höchsten Wert in der Korrelation mit dem Gesamtfragebogen der BOSS II Beschwerden auf klinischer Ebene ergeben sich mit der Skala Lebenszufriedenheit des AVEM (-,551**), wobei besonders im Bereich von Kognition (-,562**) und Emotion (-,564**) die Zusammenhänge ersichtlich werden. Ebenso liegt der Fokus der Beschwerden eher im Bereich von Kognition und Emotion hinsichtlich der Skalen Distanzierungsfähigkeit sowie Resignation des AVEM (siehe Tabelle 15).

4.4 Veränderungen der Ressourcenausprägung während der Rehabilitation und in einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten nach der Rehabilitation

Um die Veränderung der Ressourcenausprägung darlegen zu können, werden alle drei Messzeitpunkte herangezogen. Die Stichprobe entspricht der Katamnese-Stichprobe (n=55). Die Ressourcenausprägung wird gemessen an den einzelnen Skalen der BOSS III, die Ressourcen in den Bereichen Beruf, Eigene Person, Familie und Freundeskreis erfasst. Mit Hilfe des Friedman-Tests wurden Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten berechnet und in Ränge unterteilt. Weiterhin wurden Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt und das Signifikanzniveau mittels der Bonferroni-Korrektur bei Messwiederholungen angepasst.

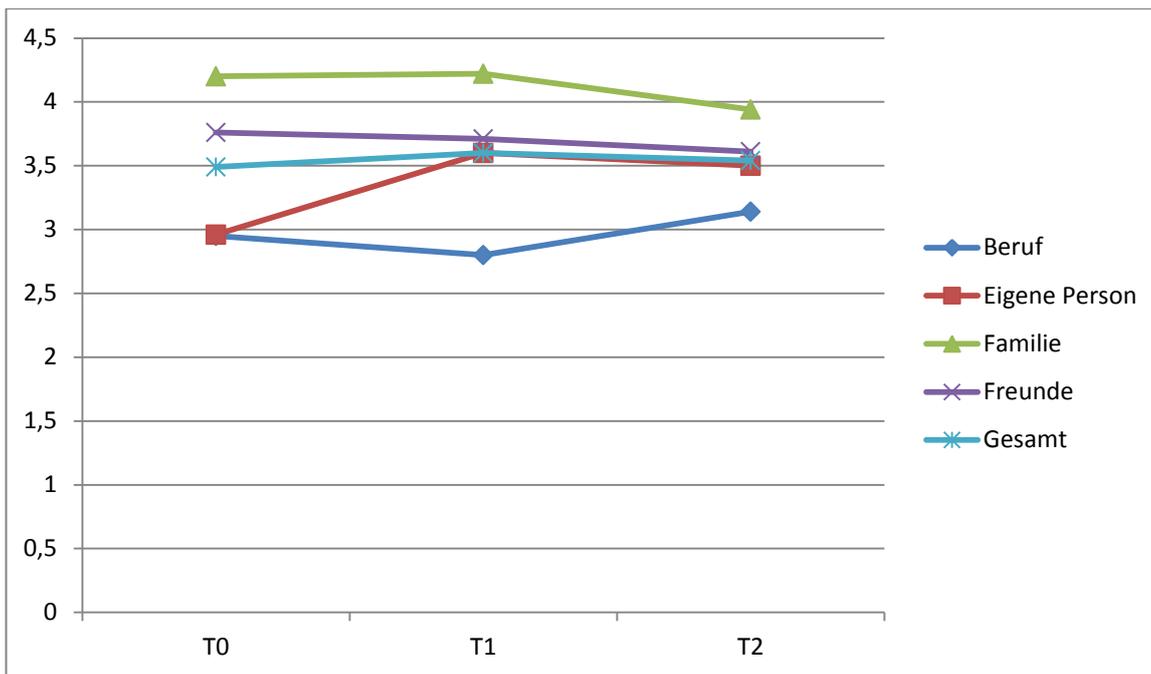


Abbildung 6: Veränderung der Ressourcenausprägung im zeitlichen Verlauf

Die Ränge des Friedman-Tests ergaben, dass sich Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten abzeichnen mit einer asymptotischen Signifikanz von $p < ,000$. In Abbildung 6 sieht man, dass sich speziell im Verlauf auf der Skala Eigene Person der BOSS III (Ressourcen) eine Verbesserung von der Aufnahme (T0) zur Entlassung (T1) sowie eine Stabilisierung von der Entlassung (T1) zur Katamnese (T2) abzeichnet.

Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den einzelnen Zeitpunkten erfolgte mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests, wobei das Signifikanzniveau über die Bonferronikorrektur entsprechend angepasst wurde (Tabelle 18).

Tabelle 18: Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und Katamnese (T2) hinsichtlich des Ressourcen auf den Skalen der BOSS III

		p-Wert	Cohen´s d	Korrelationskoeffizient r
Beruf	T0 vs.T1	,255	,16	,0786
	T0 vs.T2	,235	,18	,091
	T1 vs.T2	,016	,32	,16
Eigene Person	T0 vs.T1	,000*	,67	,3195
	T0 vs.T2	,000*	,51	,2468
	T1 vs.T2	,742	0,09	0,0445
Familie	T0 vs.T1	,858	,02	0,0095
	T0 vs.T2	,065	,23	,1155
	T1 vs.T2	,037	,26	,1278
Freunde	T0 vs.T1	,744	0,05	0,256
	T0 vs.T2	,267	,15	0,0749
	T1 vs.T2	,538	0,09	0,0472
Gesamt	T0 vs.T1	,109	,16	,0776
	T0 vs.T2	,556	,06	,0298
	T1 vs.T2	,757	,07	

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,003. *Signifikant ,003

4.5 Korrelation der Ressourcenverteilung mit dem Therapie-Outcome

Die Ressourcenverteilung, gemessen an den Skalen

- Beruf,
- Eigene Person,
- Familie und
- Freundeskreis

der BOSS III, zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) wurden mit dem Therapie-Outcome anhand der Skalen Depressivität, Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit sowie Aktivität & Partizipation des Health-49, dem BDI-II und den BOSS I und BOSS II Skalen zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) korreliert.

Tabelle 19: Korrelation der Ressourcenverteilung mit der Depressivität anhand des Health-49 und dem BDI-II

	H49 Depressivität	H49 Wohlbefinden	H49 Selbstwirksamkeit	H49 Aktivität & Partizipation	BDI-II
Beruf	-,340**	,296**	,298**	,084	-,310**
Eigene Person	-,668**	,662**	,631**	,543**	-,653**
Familie	-,349**	,331**	,309**	,270**	-,249*
Freundeskreis	-,515**	,542**	,429**	,460**	-,442**
Gesamt	-,604**	,588**	,519**	,363**	-,543**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)

*0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Aus Tabelle 19 wird ersichtlich, dass gerade Ressourcen im Bereich der Eigenen Person die stärksten Korrelationen aufweisen (-,668** für Depressivität im Health-49 und -,653** im BDI-II). Die Skalen Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit des Health-49 zeigen ebenfalls Korrelationen mit der Skala Eigene Person des BOSS III im mittleren Bereich.

Tabelle 20: Korrelationen der Ressourcenverteilung und Belastungen im Beruf gemessen an der BOSS I

Ressourcen (BOSS III)	BOSS I Beruf	BOSS I Eigene Person	BOSS I Familie	BOSS I Freundeskreis	BOSS I Gesamt
Beruf	-,298**	-,248*	-,195	-,152	-,249*
Eigene Person	-,564**	-,578**	-,518**	-,495**	-,603**
Familie	-,213*	-,307**	-,336**	-,240*	-,323**
Freundeskreis	-,433**	-,419**	-,447**	-,401**	-,460**
Gesamt	-,474**	-,456**	-,446**	-,382**	-,488**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)

*0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Tabelle 20 spiegelt das Ergebnis aus Tabelle 19 wieder. Korrelationen mit Ressourcen auf der Skala Eigene Person der BOSS III korreliert mit Beschwerden im Beruf auf allen Skalen der BOSS I im mittleren Bereich (Ausnahme Freundeskreis -,495** im niedrigen Bereich).

Tabelle 21: Korrelationen der Ressourcenverteilung und Beschwerden auf der klinischen Ebene gemessen an der BOSS II

	BOSS II Körper	BOSS II Kognition	BOSS II Emotion	BOSS II Gesamt
Beruf	-,143	-,244*	-,215*	-,208*
Eigene Person	-,413**	-,643**	-,661**	-,628**
Familie	-,209*	-,310**	-,326**	-,332**
Freundeskreis	-,373**	-,461**	-,532**	-,470**
Gesamt	-,373**	-,497**	-,517**	-,494**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)

*0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Auch die Ausprägung der Beschwerden auf der klinischen Ebene, gemessen an den Skalen der BOSS II, die in Tabelle 21 dargestellt sind, zeigen die Korrelationen am deutlichsten auf der Skala Ressourcen der Eigenen Person.

Um einen Vorhersagewert auf der Basis mehrerer Prädiktoren zu treffen, in diesem Fall bezüglich der Ressourcen und der Ausprägung der Depressivität, wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Dieser Test für normalverteilte Daten wurde in dieser Untersuchung bei einer Stichprobe mit nicht-normalverteilten Daten unter Berücksichtigung des linearen Grenzwertes eingesetzt, da kein weiteres äquivalentes Verfahren zur Verfügung steht, das ebenfalls einen Vorhersagewert treffen kann. Dies gilt es im Folgenden zu berücksichtigen. Abbildung 7 und 8 zeigen bei hohen Ressourcen zum Aufnahmezeitpunkt eine niedrigere Depressivität, sowohl zum Aufnahme- (T0) als auch zum Entlassungszeitpunkt (T1). Es sollte ebenfalls das geringere Niveau der Depressivität zum Entlassungszeitpunkt auf der Skala des BDI-II beachtet werden.

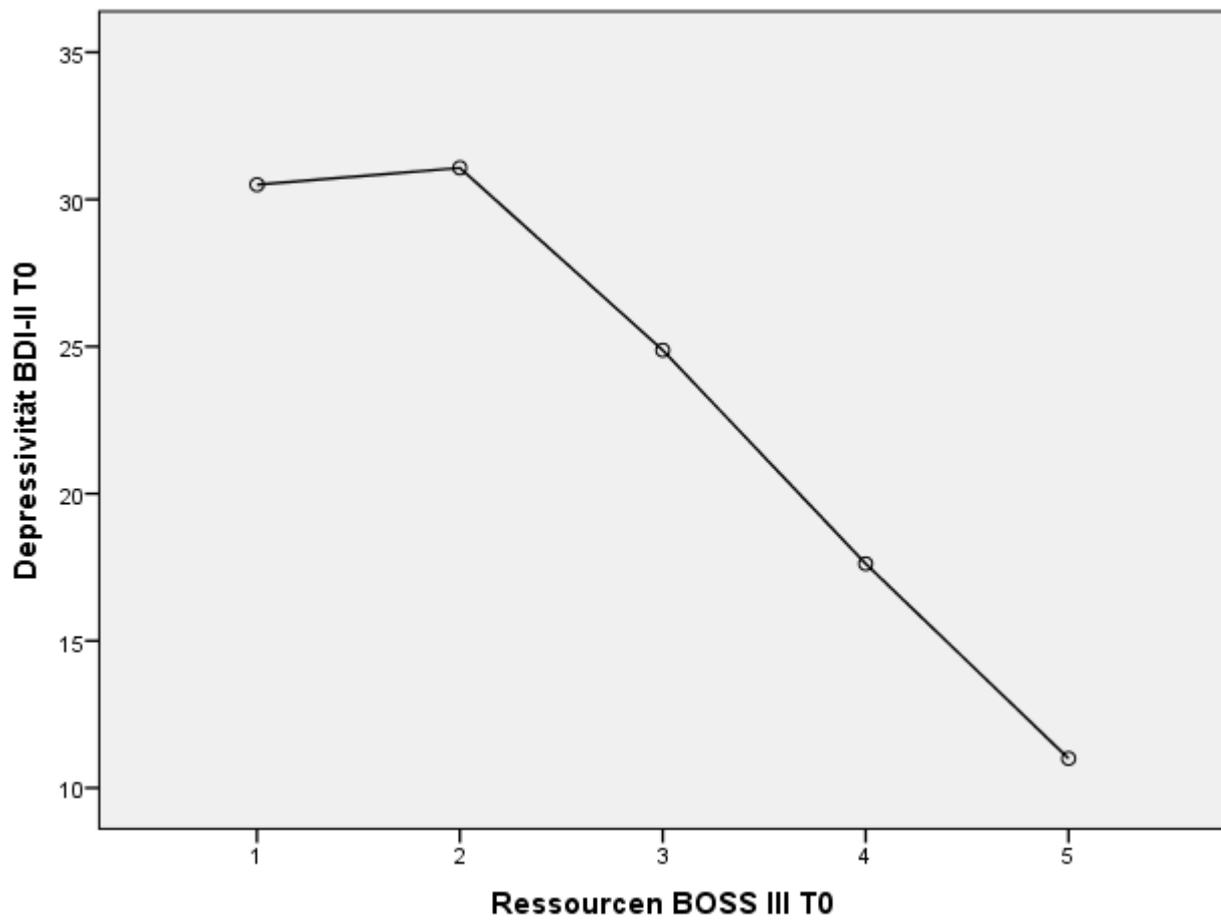


Abbildung 7: Vorhersagewert der Ressourcen zum Aufnahmezeitpunkt (T0) in Abhängigkeit der Depressivität zum Aufnahmezeitpunkt T0

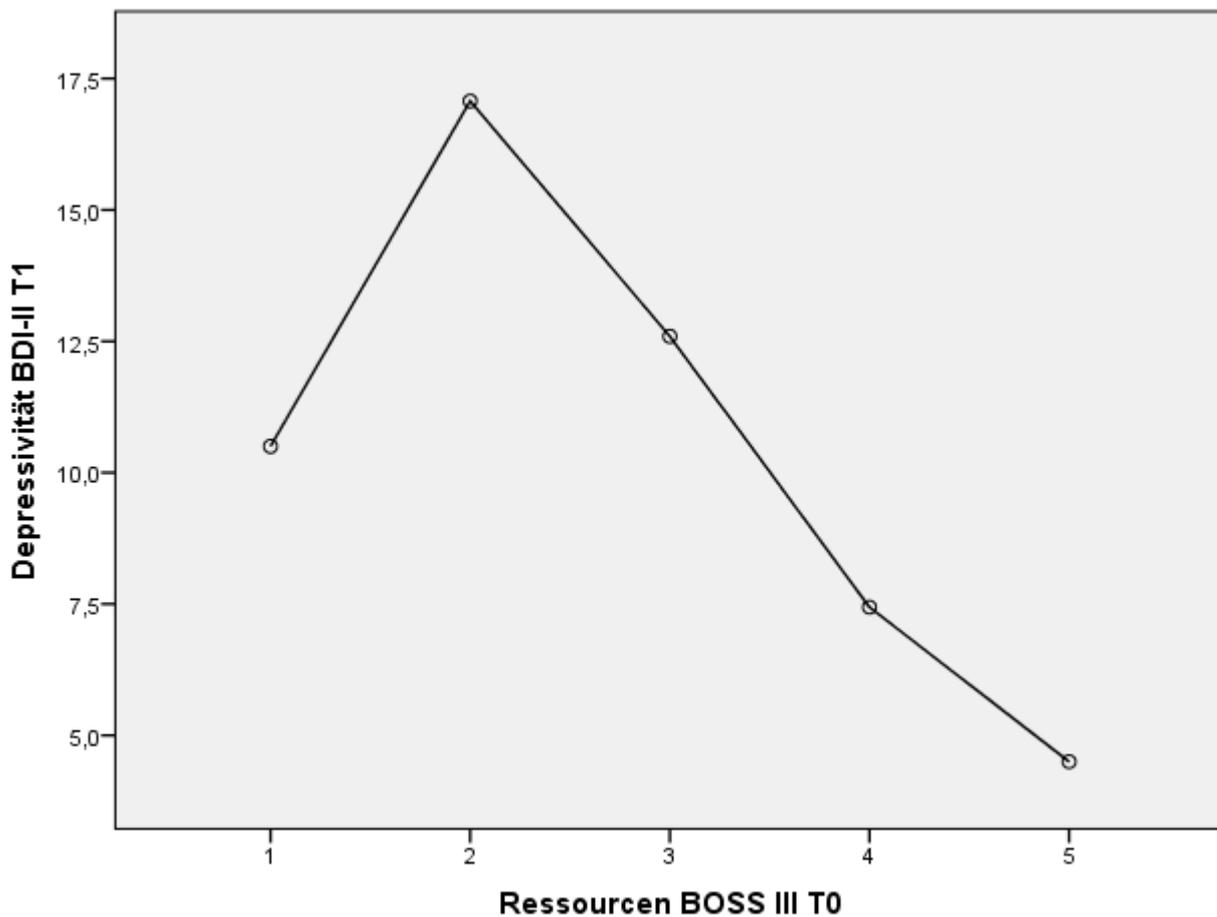


Abbildung 8: Vorhersagewert der Ressourcen zum Aufnahmezeitpunkt (T0) in Abhängigkeit der Depressivität zum Entlassungszeitpunkt T1

Tabelle 22: Korrelationen der Ressourcenverteilung auf der BOSS III und der Depressivität auf dem BDI-II bei Aufnahme (T0) und Entlassung (T1)

Ressourcen BOSS III T0	BDI II T0	BDI II T1
Beruf	-.110	-.169
Eigene Person	-.654**	-.413**
Familie	-.162	-.118
Freundeskreis	-.272**	-.162
Gesamt	-.447**	-.348**

Korrelationen nach Spearman-Rho (Signifikanz 2-seitig)
 *0,05 (2-seitig) signifikant; **0,01 (2-seitig) signifikant

Tabelle 22 zeigt die Korrelationen zwischen den Ressourcen zum Aufnahmezeitpunkt (T0) und der Depressivität zu den Zeiten der Aufnahme (T0) und der Entlassung (T1). Bereits hier zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen hohen Ressourcen und einer geringen Depressivität, sowohl zum Aufnahme-, als auch zum Entlassungszeitpunkt, gerade im Bereich der eigenen Person.

5. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung befasste sich mit dem Outcome von Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Störungen nach einer psychosomatischen Rehabilitation. Das Therapie-Outcome wurde anhand verschiedener psychometrischer Instrumente gemessen. In diesem Abschnitt werden die einzelnen Ergebnisse systematisch diskutiert, methodische Probleme erörtert und weitergehende Forschungsperspektiven aufgezeigt.

5.1 Untersuchungsansatz und methodisches Vorgehen

Zur Erfassung der vorliegenden Daten wurden 100 konsekutive Patienten untersucht, die auf einer Spezialstation für arbeitsplatzbezogene Störungen behandelt wurden. Die Patienten wurden zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation zu einem strukturierten klinischen Interview eingeladen, um die klinische Diagnose zu sichern. Bei Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und sechs Monate nach der Rehabilitation (T2) füllten die Patienten eine Reihe an psychometrischen Selbstbeurteilungsinstrumenten aus.

In 73% der Fälle lag in dieser Untersuchung eine depressive Episode vor, im Reha-Bericht der Deutschen Rentenversicherung 2012 bildeten ebenfalls affektive Störungen die größte Diagnosegruppe mit 52%, gefolgt von Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 40% (Reha-Bericht 2012). In der vorliegenden Untersuchung litten nur 23% der Patienten an einer Anpassungsstörung. Diese unterschiedlichen Daten könnten darauf zurückzuführen sein, dass Anpassungsstörungen gerne als Restkategorie verwendet werden (Maerecker et al. 2007) und oftmals zu Unrecht statt einer depressiven Episode vergeben werden (Terber et al. 2012). Terber et al. diagnostizierten mit dem strukturierten klinischen Interview mit 15,8% ebenfalls seltener eine Anpassungsstörung. Eine Untersuchung, die ebenfalls mittels strukturierter Interviews die Diagnosen der Patienten bewertete, fand heraus, dass mit 72% die häufigste Diagnose eine affektive Störung war, 70,7% davon hatten eine depressive Episode. Lediglich 2,7% litten in dieser Untersuchung an einer Anpassungsstörung (Haw et al. 2001). In einer großen Untersuchung mit einer Stichprobe von 1057 Patienten mit psychosomatischen Störungen waren affektive Störungen mit 38,8% und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 26,7% vertreten (Fischer et al. 2010). Die Untersuchung erfolgte mittels des ICD-10 Symptomrating ISR (Tritt et al. 2008).

Hinsichtlich der Verteilung der Diagnosen, besonders der Diagnose der Anpassungsstörungen liegen in der Literatur sehr diskrepante Daten vor.

In dieser Stichprobe liegt eine höhere Rate an depressiven Störungen vor. Dies kann unter anderem daran liegen, dass zum einen eine Selektion der Patienten vorliegt. Es erfolgt in der Mediclin Bliestal Klinik je nach Aufnahmediagnose die Zuordnung zu einer speziell auf diese Störung abgestimmten Station. Auf der anderen Seite kann man annehmen, dass eine bestehende Arbeitsplatzproblematik besonders oft zu einer Depression führt.

5.2 Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation

5.2.1 Therapie-Ergebnisse von Patienten mit Anpassungsstörung und Patienten mit depressiver Störung hinsichtlich psychometrisch erfasster Symptombelastung

Um Unterschiede der Therapie-Ergebnisse von Patienten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung und der Diagnose einer depressiven Episode messen zu können, wurden nach Abschluss der Datenerhebung Gruppen gebildet. Gruppe 1 setzt sich aus Patienten mit einer Anpassungsstörung zusammen, Gruppe 2 aus den Patienten mit einer depressiven Episode. Die Symptombelastung wurde mittels der oben genannten psychometrischen Selbstbeurteilungsinstrumente erfasst.

Im Verlauf zeigten die Patienten generell, unabhängig von der Diagnosegruppe, eine Abnahme der Symptombelastung. Aus Sicht der Patienten wird die psychosomatische Rehabilitation 8-12 Wochen nach der Entlassung als „gut“ bewertet (Reha-Bericht 2013). Bei beiden Patientengruppen bildete sich besonders ein Rückgang der Beschwerden auf der klinischen Ebene, gemessen an der BOSS II (Cohen`s d für Anpassungsstörungen 1,25; Cohen`s d für Depression 1,16), sowie ein Rückgang der Depressivität, gemessen am BDI-II (Cohen`s d für Anpassungsstörungen 1; Cohen`s d für Depression 1,1) und dem Health-49 (Cohen`s d für Anpassungsstörungen Depressivität 0,79; Cohen`s d für Anpassungsstörungen Aktivität & Partizipation 0,99; Cohen`s d für Depression Depressivität 1,04, Cohen`s d für Depression Aktivität & Partizipation 0,79), ab. In einer Untersuchung mit 102 Patienten, die an einem Fibromyalgiesyndrom litten, zeigte sich wie in dieser vorliegenden Untersuchung, ein Rückgang der Depressivität. Zudem erreichten Patienten, die an einem Fibromyalgiesyndrom litten und keine Depressivität aufwiesen, einen größeren Rehabilitationserfolg als die Patienten, die zusätzlich an depressiven Symptomen litten (Lange et al. 2009). Ein deutlicher Rückgang der Depressivität zeichnete sich auch bei Mohr et al. bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ab. Sowohl in der 6- als auch in der 24-Monats-Katmanese bestand eine Verbesserung der depressiven Beschwerdesymptomatik (Mohr et al. 2009). In der MESTA-Studie, einer Metaanalyse stationär psychosomatischer Rehabilitation, zeigten sich, dass Patienten mit

depressiven Erkrankungen deutlich von der stationären psychosomatischen Rehabilitation profitierten und zum Entlassungszeitpunkt (Cohen's $d > 0,80$) große Behandlungseffekte erreichten (Steffanowski et al. 2007), die mit den in dieser Studie gemessenen Effektstärken vergleichbar sind. Eine positive Entwicklung konnte im Verlauf der Rehabilitation bei beiden Gruppen in einer Abnahme subjektiv erlebter beruflicher Belastungen, gemessen an der BOSS I, sowie in einer Zunahme der Aktivität & Partizipation, gemessen am Health-49, beobachtet werden. Möglicherweise stellt dies einen Folgeeffekt dar, die Patienten fühlen sich wieder in der Lage, die Belastungen zu bewältigen und deshalb erscheinen Probleme und Belastungen subjektiv kleiner.

Zum anderen wurden die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich des Health-49 (Skalen Depressivität, Aktivität & Partizipation), BDI-II und Belastungen (BOSS I) sowie Beschwerden (BOSS II) im Beruf zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) und zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) untersucht. Zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation zeigten Patienten mit einer Anpassungsstörung erwartungsgemäß eine signifikant geringere Symptombelastung als Patienten mit einer depressiven Episode. Dies zeigte sich besonders hinsichtlich der Depressivität, gemessen mit dem BDI-II und am Health-49. Zudem verzeichneten Patienten mit Anpassungsstörung zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitation eine signifikant geringere Belastung der Skala Beruf auf der BOSS I und signifikant geringere Beschwerden hinsichtlich der klinischen Ebene der BOSS II. Darüber hinaus verfügten Patienten mit Anpassungsstörung über eine etwas stärker ausgeprägte Aktivität & Partizipation im Health-49. Ähnlich verhielt es sich zum Zeitpunkt der Entlassung. Bedingt durch den Rückgang der Symptombelastung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt zeigten sich die Unterschiede zwischen Patienten mit Anpassungsstörung und mit depressiver Episode bei der Entlassung mit einer geringeren Ausprägung als bei der Aufnahme. Die Skala Aktivität & Partizipation des Health-49 zeigte zum Entlassungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede mehr.

Beide Diagnosen, die hinsichtlich des Therapie-Outcomes untersucht wurden, zeigen sowohl emotionale als auch vegetative/körperliche Symptome (Simmen-Janevska & Maercker, 2011). Insgesamt erweist sich die Abgrenzung einer Anpassungsstörung von einer depressiven Episode in der Klinik als durchaus schwierig (Terber et al. 2012). Die Unterscheidung erfolgt primär anhand der Krankheitsschwere, bei der Anpassungsstörung kommt das Kriterium der Kausalität hinzu. Diese Daten zeigen keinen Unterschied in Abhängigkeit von der Diagnose im Therapie-Outcome. Die geringere Symptombelastung der Patienten mit einer Anpassungsstörung spricht dafür, dass

unsere mit einem strukturierten klinischen Interview validierten Diagnosen richtig vergeben wurden. Die Tatsache, dass beide Diagnosegruppen gleich gut von der Therapie profitieren konnten, zeigt die Notwendigkeit und auch den Erfolg, den Patienten mit einer Anpassungsstörung erreichen können. Es darf nicht vergessen werden, dass eine nicht behandelte Anpassungsstörung in eine schwerwiegendere psychische Erkrankung übergehen kann (Schatzberg, 1990, Strain et al. 1998). Hinzu kommt, dass sich die Anpassungsstörung ähnlich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt wie eine Depression.

Es lässt sich folglich sagen, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung zwar insgesamt eine geringere psychometrisch messbare Symptombelastung aufwiesen, jedoch profitierten beide Diagnosegruppen im zeitlichen Verlauf gleich gut von der psychosomatischen Rehabilitation, besonders hinsichtlich der depressiven Symptomatik. Dies spricht für eine Therapiebedürftigkeit von Patienten mit Anpassungsstörung in der stationären Rehabilitation.

5.2.2 Therapie-Outcome von Patienten mit Anpassungsstörung und Patienten mit depressiver Störung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation

Des Weiteren wurde bei Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und nach sechs Monaten (T2) die Arbeitsfähigkeit der Patienten miterfasst. Zwischen den beiden Diagnosegruppen zeigte sich zu keinem der drei Messzeitpunkte ein signifikanter Unterschied. Doch in beiden Diagnosegruppen kam es zu einer deutlichen Zunahme des Anteils arbeitsfähiger Patienten im Verlauf von der Aufnahme (T0) bis sechs Monate nach der Entlassung (T2). Während dieser Anteil zu Beginn der Rehabilitation (T0) im Gesamtkollektiv bei etwa 50% lag, stieg die Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation (T1) auf über 60 % und nach sechs Monaten (T2) bereits auf etwa 90 %. Die Zunahme der Arbeitsfähigkeit vom Zeitpunkt der Entlassung (T1) bis zum Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese (T2) lässt sich dadurch erklären, dass ein großer Teil der Patienten als formal arbeitsunfähig mit stufenweiser Wiedereingliederung entlassen wurde. Bei diesen Patienten, die eine medizinische Rehabilitation wegen einer psychischen Erkrankung erhielten, de facto erfolgte also bereits unmittelbar nach der Rehabilitation der Wiedereinstieg in den Beruf und zu T2 wurde wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreicht.

Eine berufliche Wiedereingliederung stellt mitunter einen Hauptindikator für die langfristige Besserung der Störungsbilder dar (Beutel et al. 1998). Insgesamt weisen diese Zahlen auf stabile Erfolge der psychosomatischen Rehabilitation hin. Zudem kann wie bei der psychometrisch erfassten Symptombelastung auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gesagt werden, dass beide Diagnosegruppen, sprich die Patienten mit einer Anpassungsstörung und die Patienten mit einer

depressiven Episode, gleich gut von der psychosomatischen Rehabilitation profitieren konnten und somit die Annahme der Therapiebedürftigkeit der Diagnose Anpassungsstörung in der psychosomatischen Rehabilitation bestätigt wird.

5.2.3 Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf auf den Skalen des AVEM und dem Therapie-Outcome

Anhand des AVEM wurden persönliche Verhaltens- und Erlebensmerkmale zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) erfasst. Das Therapie-Outcome zu diesem Zeitpunkt (T1) wurde anhand der Skalen Depressivität, Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Aktivität & Partizipation des Health-49, dem BDI-II und den BOSS I und II beurteilt. Hinsichtlich des Therapie-Outcome zeigte sich keine Beziehung zwischen den genannten Kriterien und den Skalen Ehrgeiz und Bedeutsamkeit der Arbeit des AVEM. Dies steht im Gegensatz zu dem Verständnis bei Burisch 2010, dass eine überhöhte Bedeutung der Arbeit krank macht. Dagegen zeigten sich klare Zusammenhänge zwischen Depressivität und hoher Verausgabungsbereitschaft sowie Resignation und geringer Distanzierungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit. Bezogen auf die Arbeitsplatzproblematik und den Zusammenhang mit der Depressivität bestätigt dies die Annahme von Ahola et al. 2007 (siehe 2.2). Selbstwirksamkeit, eine Ressource, die in der psychosomatischen Rehabilitation gut erlernt werden kann (Benoit & Bischoff, 2014), zeigte einen starken Zusammenhang mit guter Distanzierungsfähigkeit und hoher Lebenszufriedenheit. Interessant an dieser Tatsache ist, dass eben diese beiden Skalen eine starke negative Korrelation mit der Depressivität der Patienten aufweisen. Somit zeigt sich ein Zusammenhang zwischen erlernbarer Selbstwirksamkeit und der Depressivität der Patienten. In einer Studie zeigte sich, dass Patienten, die einen hohen Zuwachs an Selbstwirksamkeit in der psychosomatischen Rehabilitation erfahren haben, sowohl hinsichtlich ihrer Verhaltens- und Erlebensmuster des AVEM, als auch hinsichtlich Ihrer Erwerbssituation profitieren konnten (Benoit & Bischoff, 2014). Bereits 1977 stellte Bandura die Selbstwirksamkeitstheorie auf, die besagt, dass Selbstwirksamkeit eine zwingende Voraussetzung für die Planung und Einleitung von Zielhandlungen ist. Dies verlangt eine starke Selbstwirksamkeit. Die wechselseitige Beeinflussung von Selbstwirksamkeit und erfolgreicher Zielumsetzung (Fiedler et al. 2011) wird anhand dieser Daten bestärkt. Die Skala Aktivität & Partizipation zeigte schwächere Korrelationen zu den Verhaltens- und Erlebensmerkmalen des AVEM (siehe Tabelle 15).

Belastungen im Beruf, gemessen an der BOSS I, zeigten, ebenso wie die Depressivität, keinen Zusammenhang mit Ehrgeiz und Bedeutsamkeit der Arbeit. Besonders berufliche Beschwerden

auf der Skala Eigene Person der BOSS I zeigten einen Zusammenhang mit geringer Distanzierungsfähigkeit, geringer Lebenszufriedenheit und hoher Resignationstendenz. Belastungen auf der Skala Beruf der BOSS I beeinträchtigten die innere Ruhe und Ausgeglichenheit und zeigen ebenfalls eine Beziehung zu niedriger Distanzierungsfähigkeit, hoher Resignationstendenz und einer geringen Lebenszufriedenheit. Auf allen Skalen der BOSS I zeigte sich eine starke Beziehung zwischen beruflichen Belastungen und einer geringen Lebenszufriedenheit. Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Untersuchung von Beutel et al. aus dem Jahre 2000. Es zeigte sich eine geringere Lebenszufriedenheit bei Patienten mit einer negativen Einstellung zur Arbeit. Hinsichtlich Beschwerden auf der klinischen Ebene, gemessen an der BOSS II, zeigte sich, wie auch hinsichtlich beruflichen Belastungen auf den Skalen der BOSS I keine Beziehung zu Ehrgeiz und Bedeutsamkeit der Arbeit. Jedoch bildeten sich bezogen auf die klinische Beschwerdesymptomatik Zusammenhänge mit einer niedrigen Lebenszufriedenheit ab. Der Fokus der klinischen Beschwerden liegt dabei besonders im Bereich von Kognition und Emotion und weniger im Bereich körperlicher Beschwerden. Beschwerden im Bereich der Kognition stehen im Zusammenhang mit einer geringen Distanzierungsfähigkeit und einer hohen Resignationstendenz. Eine gute Distanzierungsfähigkeit ist jedoch gerade bei emotionaler Entkräftung dringend erforderlich (Maslach et al. 2001)

Somit lässt sich sagen, dass sowohl eine hohe Depressivität als auch eine starke klinische Beschwerdesymptomatik mit einer reduzierten Lebenszufriedenheit einhergehen. Dagegen scheinen beruflicher Ehrgeiz und die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit eine untergeordnete Rolle zu spielen.

5.2.4 Ressourcenausprägung während der Rehabilitation und in einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten nach der Rehabilitation

Ein Mangel an Ressourcen besteht bei Patienten mit Arbeitsplatzproblematik häufig (Maslach et al. 2001). Da fehlende Bewältigungsmöglichkeiten entscheidender sein können als bestehende Belastungen und Stressoren (Beschner et al. 2009) wurde in dieser Untersuchung die Veränderung der Ressourcenverteilung im Verlauf der psychosomatischen Medizin genauer betrachtet. Die Ressourcen, gemessen mit der BOSS III, wurden zu den drei Messzeitpunkten der Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und der 6-Monats-Katamnese (T2) erfasst. Speziell im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III zeigte sich zunächst eine Zunahme an Ressourcen von der Aufnahme (T0) zur Entlassung (T1) und im weiteren Verlauf eine Stabilisierung nach sechs

Monaten (T2). In der BOSS III setzt sich die Skala Eigene Person aus den Items Sinnhaftigkeit des Lebens, persönliche Ziele, Zufriedenheit und Selbstvertrauen zusammen. Eine Untersuchung bei Psychotherapeuten beispielsweise zeigte als bedeutsamste Ressourcen der eigenen Person Optimismus und Hoffnung (Reis et al. 2014).

Problematisch wird es dann, wenn größtenteils der Beruf als Ressource dient und es zu beruflichen Gratifikationskrisen kommt (Siegrist, 1996). Insgesamt zeigten sich in dieser Untersuchung jedoch die niedrigsten Werte im Bereich Ressourcen im Beruf (BOSS III), wohingegen die am stärksten wahrgenommenen Ressourcen im Bereich der Familie lagen. Der Freundeskreis als Ressource zeichnet sich mit stabil hohen Werten zu allen drei Messzeitpunkten ab. Die Verteilung und Ausprägung der Ressourcen dieser Stichprobe kann durchaus einen positiven Einfluss auf das Therapie-Outcome haben.

In einer Untersuchung zur Veränderungsmotivation, in der ein ressourcenorientiertes Programm konzipiert wurde (ZAZO-Training = Motivationsförderung durch Zielanalyse und Zieloperationalisierung bei Rehabilitanden), stellten sich Ziele als bestes Beispiel für mögliche Ressourcen dar (Fiedler et al. 2011). Patienten, die an diesem Programm teilgenommen haben zeigten eine Zunahme des psychischen Wohlbefindens, erfasst an Ängstlichkeit, Depressivität, Somatisierung und Lebenszufriedenheit (Fiedler et al. 2011). Beachtet man nun die inhaltliche Unterscheidung einer Zielsetzung und sieht dieses Ziel als Ressource, wird verständlich, dass die Verfolgung intrinsischer Ziele zu höherem Wohlbefinden führt als extrinsische Ziele (Kasser & Ryan, 1996). Hohe Ressourcen im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III, die persönliche Ziele, Zufriedenheit und Selbstvertrauen beinhaltet, stellen eine intrinsische starke Quelle für den Patienten dar, sein persönliches Rehabilitationsziel zu erreichen. Intrinsische Teilnahmemotive wie zum Beispiel eine positive Erwartung seitens des Patienten vor der Behandlung können den Alltagstransfers von in der Rehabilitation erlernter Fähigkeiten zur Stressbewältigung erleichtern. Dies untersuchten Bernardy, Krampen und Köllner 2008 an einem stationär erlernten Entspannungstrainings an 80 Patienten während der psychosomatischen Rehabilitation. Drei Monate nach Reha-Ende führten noch 52,5% ein- bis zweimal pro Woche das erlernte Entspannungsverfahren durch.

Der höchste Zuwachs an Ressourcen während und nach der Rehabilitation lag erwartungsgemäß im Bereich der Eigenen Person selbst, da sich im Rahmen einer Psychotherapie nicht die äußeren Lebensumstände, wohl aber der Umgang mit und die Sicht auf sich selbst verändert werden

können. Als Schlüsselkompetenzen, die während der psychosomatischen Rehabilitation vermittelt werden sollen, sind die Anpassung an Veränderungen oder Verschlechterungen am Arbeitsplatz zu nennen (Kopelowicz & Liberman, 2003). Es ist davon auszugehen, dass diese Rehabilitationsziele durch ein starkes Maß an Eigeninitiative seitens des Patienten einen langfristigeren Effekt verzeichnen. Eine starke Ausprägung der Ressourcen im Bereich der Eigenen Person könnte folglich einen positiven Einfluss auf das Therapie-Outcome der Patienten haben.

5.2.5 Zusammenhänge zwischen dem Therapie-Outcome und der Ressourcenverteilung

Zusätzlich wurde nach Zusammenhängen zwischen Ressourcen, gemessen an der BOSS III und dem Therapie-Outcome, gemessen an den Skalen Depressivität, Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit sowie Aktivität & Partizipation des Health-49, dem BDI-II und den BOSS I und II Skalen, zum Zeitpunkt der Entlassung (T1) gesucht. Patienten mit hohen Ressourcen im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III weisen eine geringere Depressivität auf. Zudem verfügen sie über ein größeres Wohlbefinden, eine stärkere Selbstwirksamkeit und eine stärkere Aktivität & Partizipation. Hohe Ressourcen auf der Skala Freundeskreis der BOSS III stehen in Beziehung mit geringerer Depressivität. Zudem weisen Patienten mit hohen Ressourcen der Skala Eigene Person der BOSS III geringere Belastungen im Beruf, gemessen an der BOSS I und eine geringere Ausprägung klinischer Beschwerden, gemessen auf der BOSS II, auf. Selbstwirksamkeit kann die die Motivation Ziele zu erreichen erhöhen. Das Erreichen von Zielen wiederum kann ein das Wohlbefinden positiv beeinflussen (Kasser & Ryan, 1996). Hohe Ressourcen auf der BOSS III zu T0 zeigten zudem einen Vorhersagewert für eine geringere Depressivität auf dem BDI-II, sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0), als auch zum Zeitpunkt der Entlassung (T1). Korrelationen diesbezüglich bestätigten diese Annahme, besonders hinsichtlich Ressourcen der Eigenen Person zum Aufnahmezeitpunkt (T0) gehen mit einer niedrigen Depressivität zu T0 und T1 einher.

Es zeigten sich folglich besonders im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III ein hohes Maß an Ressourcen, die einen Zusammenhang mit geringerer Depressivität, größerem Wohlbefinden und stärkerer Selbstwirksamkeit aufweisen. Außerdem liegen bei Patienten mit hohen Ressourcen im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III geringere berufliche Belastungen und klinische Beschwerden vor. In 5.2.4 zeigte sich bereits der größte Zuwachs an Ressourcen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation im Bereich der Skala Eigene Person der BOSS III. Die Fragestellung hinsichtlich Ressourcen und dem Therapie-Outcome zeigte ebenfalls eine starke Bedeutung dieser Skala. Während hohe Ressourcen im Bereich der Skala

Eigene Person der BOSS III unter 5.2.4 als intrinsische Motivationsquelle zur Erreichung des persönlichen Rehabilitationsziels betrachtet wurden, zeigt sich bei der Beantwortung dieser Fragestellung gleichzeitig ein Zusammenhang mit geringerer Depressivität, größerem Wohlbefinden, stärkerer Selbstwirksamkeit und stärkerer Aktivität & Partizipation. Diese können sich wiederum als Fähigkeiten erweisen, um seine Rehabilitationsziele zu erreichen und aufrecht zu erhalten.

Zudem ist immer wieder zu beobachten, dass manche Menschen erlebte Belastungen trotz widriger Umweltbedingungen besser bewältigen können als andere Menschen mit besten Umweltbedingungen (Berger, 2010). Die Ursache hierfür lässt sich nur im Menschen selbst, sprich der eigenen Person finden. Es hängt also von der Bewertung einer Situation durch das Individuum ab, wie gut die Anpassung an die ständige Veränderung in der Arbeitswelt gelingt (Berger, 2010). Wenn sich die Person selbst in der Verantwortung für ihr eigenes Wohlbefinden sieht, kann eine Steuerung der eigenen Gedanken erreicht werden und auf diese Weise eine Stärkung der Ressourcen bewirkt werden (Berger, 2010).

5.2.6 Zusammenfassung

Die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation gilt seit langem als gesichert. In der MESTA-Studie, einer großen Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation, zeigten sich kurz- und längerfristige Verbesserungen des körperlichen und psychosozialen Befindens. Es wurden sowohl für verhaltenstherapeutisch als auch für tiefenpsychologisch ausgerichtete Behandlungsverfahren langfristige Effekte der psychosomatischen Rehabilitation gefunden werden, wobei meist mittlere Effektstärken erreicht wurden (Steffanowski et al. 2007).

In dieser Untersuchung wurde speziell bei Patienten mit einer arbeitsplatzbezogenen Störung in der psychosomatischen Rehabilitation, nach Unterschieden im Therapie-Outcome zwischen Patienten mit Anpassungsstörung, die eine Kausalität in ihrer Ätiopathogenese aufweist und Patienten mit einer depressiven Störung, die sowohl Ursache als auch Folge einer Arbeitsplatzproblematik sein kann, gesucht. Es stellte sich heraus, dass beide Diagnosegruppen gleich gut vom der psychosomatischen Rehabilitation profitieren können, sowohl hinsichtlich der psychometrisch erfassten, als auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit.

Das Therapie-Outcome bezogen auf persönliche Verhaltens- und Erlebensmerkmale des AVEM zeigt, dass sowohl eine hohe Depressivität, als auch eine starke klinische Beschwerdesymptomatik mit einer reduzierten Lebenszufriedenheit einhergehen. Dagegen scheinen beruflicher Ehrgeiz und die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit eine untergeordnete Rolle zu spielen. Selbstwirksamkeit, die durchaus in der psychosomatischen Rehabilitation erlernt werden kann, kann möglicherweise eine Strategie sein, um Depressivität zu lindern und kann möglicherweise als Ressource eingesetzt werden, um persönliche Ziele zu verwirklichen.

Die Ressourcenausprägung der Patienten erfährt den höchsten und stabilen Zuwachs während und nach der Rehabilitation im Bereich der Eigenen Person selbst, was wiederum einen positiven Effekt auf das Therapie-Outcome haben kann.

Angelehnt an die starke Zunahme der Ressourcen im Bereich der Eigenen Person zeigt sich zudem eine geringere Depressivität bei Patienten, die in diesem Bereich über hohe Ressourcen verfügen. Außerdem weisen diese Patienten ein größeres Wohlbefinden und eine stärkere Selbstwirksamkeit auf und es bestehen geringere Belastungen im Beruf und eine geringere Ausprägung der klinischen Beschwerden. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass hier ein starkes Zusammenspielen zwischen starken Ressourcen im Individuum selbst und Stimmungslagen wie Depressivität oder Wohlbefinden und Faktoren, wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, die einen positiven Einfluss auf das Therapie-Outcome nehmen können, gegeben ist.

5.3 Methodenkritik

In der Diagnostik arbeitsplatzbezogener Störungen kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten hinsichtlich der klinischen Diagnose. Gerne werden Anpassungsstörungen als Restkategorie verwendet (Maercker et al. 2007), nicht selten sogar zu Unrecht an Stelle einer depressiven Störung (Terber et al. 2012). Es stellte sich uns also die Frage, inwiefern sich diese beiden Diagnosen voneinander hinsichtlich des Therapie-Outcomes unterscheiden. Des Weiteren sollten potentielle Ressourcen der Patienten genauer betrachtet werden.

Zuerst wurde ein strukturiertes klinisches Interview mit den Patienten durchgeführt. Dieses wurde hinsichtlich der Diagnose verblindet durchgeführt. Im Nachhinein erfolgten bei Diskrepanzen zwischen strukturiertem Interview und klinischer Diagnose eine Absprache und eine Validierung mit klinisch erfahrenen Therapeuten. An dieser Stelle kann es zu Fehlern kommen, je nach Gewichtung der klinischen Einschätzung, die meist mehr an der Symptombelastung festgemacht

wird und je nach Einschätzung im strukturierten Interview, die mehr durch die vorgegebenen Kriterien geleitet wird. Sicherlich kann es auch zu einer fehlerhaften Anwendung der strukturierten Interviews kommen. Jedoch gelten strukturierte Interviews in der Forschung nach wie vor als Goldstandart. Bei regelrechter Anwendung der strukturierten Interviews verfügen diese zudem über eine gute Validität.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt darin, dass in dieser Untersuchung keine Ein- oder Ausschlusskriterien hinsichtlich eventueller Komorbiditäten bestanden. Das Patientenkollektiv setzte sich aus den Patienten zusammen, die im Zeitraum von März bis Juli 2012 eine psychosomatische Rehabilitation auf einer Spezialstation für arbeitsplatzbezogene Störungen durchführten und freiwillig an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Es kann jedoch angenommen werden, dass es sich hinsichtlich epidemiologischer Daten um eine repräsentative Stichprobe für Patienten mit psychosomatischen Störungen handelt (siehe 5.1).

Zudem wurde das Burnout-Syndrom in dieser Untersuchung nicht als Zusatzkodierung erfasst. Die Patienten wurden entsprechend der bestehenden beruflichen Belastung der Spezialstation für arbeitsplatzbezogene Störungen zugeordnet. Da die Diagnose Burnout-Syndrom Z 73.0 allerdings lediglich als Zusatzverschlüsselung kodiert werden kann stellt sich generell die Frage nach den Konsequenzen dieser Zusatzverschlüsselung. So zeigte die BPtK-Studie (2012), dass im Falle einer Zusatzkodierung der Diagnose Z 73.0, in knapp 50 % eine weitere psychische Störung vorlag. Nur in 15 % der Fälle lag ausschließlich ein Burnout-Syndrom vor. Die Patienten dieser Stichprobe erfüllten die Kriterien einer psychischen Störung, entweder im Sinne einer depressiven Episode oder einer Anpassungsstörung. In der BPtK-Studie wurde wie in dieser Untersuchung am häufigsten eine depressive Episode diagnostiziert, gefolgt von der Diagnose Anpassungsstörung.

Die psychometrische Symptombelastung der Patienten wurde mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben. Dabei kann es immer zu Diskrepanzen zwischen der therapeutischen Sichtweise und der Sichtweise des Patienten kommen. Eine Untersuchung mit einer Stichprobe von 1 812 Patienten des Indikationsbereiches psychische und psychosomatische Erkrankungen erfasste in elf Rehabilitations-Fachkliniken Daten zur Fremd- und Selbstbeurteilung. Der Vergleich der elf Kliniken zeigte eine große Spannweite des Zusammenhangs zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen. Trotz des hohen Zusammenhangs kann ein großer Teil der Variation der Selbsteinschätzungen durch den Patienten nicht durch den behandelnden Therapeuten erklärt werden. Des Weiteren schien die Höhe der Zusammenhänge von

verschiedenen Patientenmerkmalen, vor allem aber von den einzelnen Kliniken abhängig zu sein (Schulz et al. 2009). Zum Einsatz kamen speziell die Burnout-Screening-Skalen I-III. Als neues Instrument wurde die BOSS III eingesetzt, um die Ressourcen zu erfassen.

Die Patienten füllten die Fragebögen digital an einem dafür vorgesehenen Computer auf der Station aus. Zwar wird den Patienten empfohlen, dies in einem ruhigen Moment durchzuführen, jedoch lassen sich Störeinflüsse oder Unterbrechungen nicht vermeiden. Es ist also möglich, dass es sich nicht um eine Momentaufnahme aller Selbstbeurteilungsinstrumente handelt. Zudem musste die BOSS I-III, da sie als neues Instrument eingesetzt wurde, zu Beginn der Untersuchung in Paper-Pencil-Form an die Patienten ausgeteilt werden, da erst im Verlauf eine Digitalisierung erfolgte. Auch hier gilt es zu berücksichtigen, dass sich gegebenenfalls nicht um eine Momentaufnahme aller Selbstbeurteilungsinstrumente handelt.

Die 6-Monatskatamnese erfolgte durch postalische Anschrift der Patienten. Die Selbstbeurteilungsinstrumente wurden in Paper-Pencil-Form an die Patienten gesendet. Auch hier kann es zu Störeinflüssen oder Unterbrechungen beim Bearbeiten der einzelnen Fragebögen gekommen sein. Zudem kam es zu einer Verringerung der Stichprobengröße von T1 (n=100) zu T2 (n=55). Die Daten zur Zeit T2 beziehen sich folglich auf eine sehr kleine Stichprobe.

5.4 Konsequenzen für den klinischen Alltag und weiterer Forschungsbedarf

Arbeitsplatzbezogene Störungen nehmen in der psychosomatischen Rehabilitation ein großes Feld ein. Eine Problematik, die sich in diesem Bereich ergibt ist die Unstimmigkeit bezüglich der Kodierung des Burnout-Syndroms. Es kann lediglich eine Z-Kategorie vergeben werden (Z73.0), dennoch sollte die Beschwerdesymptomatik genauer betrachtet werden. Burnout handelt sich eher um einen arbeitsbezogenen pathophysiologischen Prozess, der in eine psychische Krankheit münden kann. Nicht selten liegen schwerwiegende psychische Störungen vor wie eine Depression oder eine Anpassungsstörung vor. Da sich die Ätiopathogenese beider Störungsbilder hinsichtlich Ausprägung, Dauer und auch Kausalität unterscheidet, stellte sich uns die Frage, inwiefern sich diese beiden Diagnosegruppen voneinander unterscheiden. Zumal die Diagnose der Anpassungsstörung bei den Patienten oftmals sinngemäß zur subjektiven Krankheitstheorie besser akzeptiert wird (Simmen-Janevska & Maercker, 2011). Es ergaben sich anhand dieser Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen einer Anpassungsstörung und einer depressiven Episode hinsichtlich der Effektstärke in der Verbesserung depressiver Symptome und der Rückkehr in den Beruf. Da beide Gruppen also gleich gut von der Rehabilitation profitieren konnten, ist es weiterhin wünschenswert berufsbezogene Belastungen als ernst zu nehmende Problematik

anzusehen und zu therapieren, unabhängig davon ob eine Anpassungsstörung oder eine Depression vorliegt. Dies bestätigte sich ebenfalls anhand der Daten zur Arbeitsfähigkeit. Interessant wären in diesem Zusammenhang längere Katamnese-Zeiten, um im weiteren Verlauf zu detektieren, ob sich die Patienten mit einer Anpassungsstörung auch weiterhin nicht von Patienten mit einer depressiven Störung unterscheiden, beziehungsweise wie häufig es im weiteren Verlauf bei welcher Diagnose zu Rückfällen kommt.

Der Einsatz der Burnout-Screening-Skalen stellt eine Möglichkeit dar, gezielt und ganzheitlich die Belastungssymptomatik (BOSS I), die klinischen Beschwerden (BOSS II) und die Ressourcen der Patienten (BOSS III) über den Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation zu beobachten. Zudem kann anhand dieses Instrumentes eine gute Aussage zum jeweilig stark belasteten Lebensbereich getroffen werden, entsprechend der Skalen Beruf, Eigene Person, Freundeskreis und Familie. In dieser Untersuchung zeigte sich besonders eine Veränderung der Ressourcen im Bereich der Eigenen Person auf der BOSS III. Jedoch können beim Einsatz der BOSS III in der psychosomatischen Rehabilitation individuell die Stärken und die Schwächen persönlicher Ressourcen des Patienten abgebildet werden darüber hinaus eine individuelle Förderung dieser eingeleitet werden, um auf diese Weise einen stabilen und langanhaltenden Effekt der Rehabilitation zu erzielen. Die Burnout-Screening-Skalen stellen also durchaus ein Selbstbeurteilungsinstrument dar, das in den klinischen Alltag bei Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Störungen eingesetzt werden kann um den klinischen Verlauf der Rehabilitation zu beurteilen. Ein Ansatz für zukünftige Untersuchungen könnte darin liegen, nach einem Screening der individuellen Ressourcen mittels der BOSS III, die weitere Therapie anzupassen und den Verlauf mit der konventionellen Therapie zu vergleichen.

Was die Burnout-Screening Skalen nicht darstellen sollen, ist ein Diagnoseinstrument für ein Burnout-Syndrom (Hagemann & Geuenich 2009). In dem Bereich der Diagnostik arbeitsplatzbezogener Störungen herrscht nach wie vor große Unstimmigkeit. Eine gute Lösung kann es sein das Burnout-Syndrom als arbeitsbezogenen pathophysiologischen Prozess anzusehen, der in eine psychische Krankheit münden kann. Es sollte nach fundierten Diagnosen aus den gängigen Klassifikationssystemen, wie dem ICD-10 und dem DSM-IV, zurückgegriffen werden und entsprechend therapiert werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J (2005) The relationship between job-related burnout and depressive disorders- results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*; 88:55-62
2. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J (2006) Burnout in the general population- results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 41:11-17
3. Ahola K, Hakanen J (2007) Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*; 104:103-110
4. Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J (2002) Employee control over working times: association with subjective health sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56:272-278
5. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition) (DSM III)*. Washington, DC: Author
6. Antonovsky A (1987) *Unraveling the mystery of health, how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
7. Awa WL, Plaumann M, Walter U (2010) Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*; 78:184-90
8. Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 84:191-215
9. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, Hulst van der R, Brouwer J (2000) Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*; 13:247-268
10. Bauer J (2013) *Arbeit: Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*. Karl Blessing Verlag, München

11. Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Das Gesundheitswesen; 60:59-68
12. Bender A, Farvolden P (2008) Depression and the Workplace: A progress report. Current Psychiatry Reports; 10:73-79
13. Benoit D & Bischoff C (2014) Selbstwirksamkeitserleben im arbeitsplatzbezogenen Verhalten und Erleben - Prädiktor für einen nachhaltige stationäre Rehabilitation? DRV-Schriften Band 13
14. Berger M, Linden M, Schramm E, Hillert A, Voderholzer U, Maier W (2012) Positionspaper der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout; www.dgppn.de
15. Berger S (2010) Bewältigung von Belastungen, Aufbau von Ressourcen in Windemuth D, Jung D, Petermann O (Hrsg.): Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. Wiesbaden, Universum Verlag, 282-289
16. Bernardy K, Krampen G, Köllner V (2008) Prädiktoren des Alltagstransfers eines stationär erlernten Entspannungstrainings. Rehabilitation; 47:359-365
17. Beschoner P, Schönfeldt-Lecuona C, Braun M, Pajonk FG (2009) Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Perspektive. Psychotherapie im Dialog; 10:215-221
18. Beutel M, Kayser E, Vorndran A, Schülter K, Bleichner F (1998) Berufliche Integration psychosomatisch Kranker- Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung mit Teilnehmern der beruflichen Belastungserprobung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation; 42:22-27
19. Beutel M, Kayser E, Kehde S, Dommer T, Bleichner F, Schlüter K, Baumann J (2000) Berufliche Belastungen , psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. Vergleich von drei Altersgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. Psychotherapeut; 45:72-81
20. Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Bäck M (1994) Aggression Among University Employees. Aggressive Behaviour; 20:173-184

21. Borritz M, Christensen K B, Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Andersen I, Villadsen E, Diderichsen F, Kristensen T S (2010) Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 52:964-970
22. Buehrsch NC, Mewes AUJ, Knorr F, Zoller T, Kunkel J, Urbanek C, Kleinjung F, Guckelberger O, Tegethoff K, Peters O (2012) Children lower the probability of burnout in physicians. *Journal of Depression and Anxiety*; 1:108.doi:10.4172/2167-1044.1000108
23. Bundespsychotherapeutenkammer-Studie zur Arbeitsunfähigkeit (2012) Psychische Erkrankungen und Burnout; www.bptk.de
24. Burisch M (2010) Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung (3. Überarbeitete Auflage). Springer Medizin Verlag, Heidelberg
25. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGES1). *Bundesgesundheitsblatt*; 56:733-739
26. Carta MC, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC (2009) Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 5:15 doi:10.1186/1745-0179-5-15
27. Casey P, Maracy M, Kelly B D, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Dowrick C (2006) Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*; 92:291-297
28. DAK-Gesundheitsreport (2014) Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie.
29. Dannenberg A, Hofmann J, Kaldybajewa K, Kruse E (2010) Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. *Rentenversicherung aktuell*; 57:283-293

30. Despland JN, Monod L, Ferrero F (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*; 36:454–460
31. Deutsche Rentenversicherung (2012) Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
32. Deutsche Rentenversicherung (2013) Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
33. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2011) Weltgesundheitsorganisation-Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD - 10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (8.Auflage), Verlag Hans Huber
34. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, Hosmann C, Lehtinen V, VÖzquez-Barquero, Wilkinson G (1998) Outcome of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. *The British Journal of Psychiatry*; 172:359-363
35. Esser A, Wolmerath M (2005) Mobbing. Der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessenvertretung (6. Auflage). Bund-Verlag, Frankfurt am Main
36. Fernandez A, Mendive J M, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano J V, Pinto-Meza A, Haro J M, Palao D J, Bellon J A, Serrano-Blanco A and the DASMAP investigators (2012) Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry*; 201:137-142
37. Fiedler R, Rana H, Hinrichs J, Heuft G (2011) Förderung beruflicher Motivation. Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Beltz Verlag, Weinheim, Basel
38. Fischer HF, Tritt K, Klapp BF, Fliege H (2010) Faktorstruktur und psychosomatische Eigenschaften des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 60:307-315
39. Freudenberger HJ (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues*; 30:159-165
40. Friedman M, Rosenman RH (1975) Der A-Typ und der B-Typ. Rowohlt Verlag, Hamburg

41. Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*; 44:63-73
42. Grobe T (2013) Gesundheitsreport 2013 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunktthema: Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit; Schipplack und Winkler Printmedien GmbH, Lübeck; www.tk.de
43. Günther A, Batra A (2012) Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe. *Bundesgesundheitsblatt*; 55:183-189
44. Hagemann W, Geuenich K (2009) Burnout-Screening-Skala I-II. Hogrefe, Göttingen
45. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) BDI. Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch (2. Auflage). Verlag Hans Huber
46. Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2009) BDI II. Beck Depressions-Inventar Revision Manual (2. Auflage). Pearson, Frankfurt a.M.
47. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*; 178:48-54
48. Heitzmann B, Schaarschmidt U, Kieschke U (2005) Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten- Die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*; 70:269-280
49. Helbig-Lang S & Petermann F (2009) Zum empirischen Aussagegehalt des Konzepts „chronische Depression“. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*; 57:235–243
50. Hillert, A (2012) Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprevention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt*; 55:190-196
51. Hillert A, Marwitz M (2006) Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? (1. Auflage). Verlag C.H. Beck, München

52. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J (2006) The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic research*; 61:59-66
53. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H (1997) The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Psychological Medicine*; 27:775-789
54. Jones R, Yates WR, Zhou MH (2002). Readmission rates for adjustment disorders: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*; 71:199–203
55. Kaschka WP, Korczak D, Broich K (2011) Modediagnose Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt International*; 108:781-787
56. Kasser T, Ryan RM (1996) Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 22:280-287
57. Känel R v (2008) Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*; 97:477-487
58. Keller MB & Boland RJ (1998) Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*; 44:348–360
59. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*; 51:8-19
60. Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L (2003) Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med*; 60:779-783
61. Klink J J L van der, Blonk R W B, Schene A H, Dijk F J H van (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*; 91: 270-276
62. Knorz C, Zapf D (1996) Mobbing- eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*; 40:12-21

63. Kobelt A, Gutenbrunner C, Schmid-Ott G, Schwickerath J, Pertermann F (2010) Haben Menschen mit Mobbing-Erfahrungen, die einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, eine auffällige Persönlichkeit? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*; 60:279-285
64. Koch S, Geissner E, Hillert A (2007) Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*; 55:97–109
65. Kopelowicz A, Liberman R P (2003) Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illness. *Psychiatric services*; 54:1491-1498
66. Korczak D, Huber B (2012) Burnout. Kann man es messen? *Bundesgesundheitsblatt*; 55:164-171
67. Korczak D, Huber B, Kister C (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. *GMS Health Technology Assessment*. 6;ISSN 1861-8863
68. Kostev K, Rex J, Waehlert L, Hog D, Heilmaier C (2014) Das Risiko psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen von Patienten mit arbeitsplatzbezogenem Mobbing in Deutschland: eine retrospektive Datenbankenanalyse. *German Medical Science*; 12:Doc10
69. Köllner V (2014) Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapeut*; 59:485-502
70. Köllner V (2015) Chronische Müdigkeit in Weber A, Peschkes L, de Boer WEL (Hrsg.): *Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart, Gentner-Verlag, 756-762
71. Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M (2007) Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventar (BDI II). *Nervenarzt*; 78:651-656
72. Lange M, Krohn-Grimberghe B, Petermann F (2009) Patienten mit Fibromyalgiesyndrom: Der Einfluss von Depressivität auf den Rehabilitationserfolg. *Rehabilitation*; 48:298-305
73. Leymann H (1993) Ätiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz- eine Übersicht über die bisherige Forschung. *Zeitschrift für Personalforschung*; 7:271-283

74. Leymann H (1995) Der neue Mobbing-Bericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg
75. Maercker A, Einsle F, Köllner V (2007) Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*; 40:135-146
76. Margraf J, Schneider S, Spörkel H, (1991b) Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews für psychische Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie*; 1:110-119
77. Margraf J (1994) Mini DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen; Handbuch. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
78. Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*; 2:99-113
79. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*; 52:397-422
80. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I (2006) Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med*; 68:863-869
81. Meschkutat B, Stackelbeck M, Langenhoff G (2002) Der Mobbingreport. Eine repräsentative Studie für die Bundesrepublik Deutschland; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
82. Mohr B, Krohn-Grimberghe B, Gräf T, Schulze J, Petermann F, Hampel P (2009) Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz: Zur Bedeutung psychosozialer Merkmale. *Rehabilitation*; 48:288-297
83. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE 3rd, Leaf PJ, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD Jr, Kramer M, Stoltzman R (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*; 41:959-967

84. Niedl K (1995) Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseeligkeiten. Rainer Hampp Verlag, München und Mering
85. Rabung S, Harfst T, Koch U, Wittchen HU, Schulz H (2007) „Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health (HEALTH)“ Psychometric analysis of a new self-report questionnaire for the multidimensional assessment of psychosocial health. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*; 17:133-140
86. 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*; 55:162-179
87. Rana H, Fiedler RG, Dietrich H, Greitemann B, Heuft G (2010) Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*; 60:316-325
88. Reis D, Schröder A, Schlarb A (2014) Wohlbefinden, Burn-out und Ressourcen bei Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*; 59:46-51
89. Romanowska J, Larsson G, Eriksson M, Wikström BM, Westerlund H, Theorell T (2011) Health Effects on Leaders and Co-Workers of an Art-Based Leadership Development Program. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 80:78-87
90. Rook, M (1998) Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung: Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung. Verlag Dr. Kovac, Hamburg
91. Rüegg JC (2006) Gehirn, Psyche und Körper: Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie (3.Auflage). Schattauer Verlag, Stuttgart
92. Rüschi N, Berger M, Finzen A, Angermeyer MC (2004) Das Stigma psychischer Erkrankungen- Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen in Berger M (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie*, elektronisches Zusatzkapitel Stigma

93. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen-Textrevision- DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen
94. Schaarschmidt U, Fischer AW (2003) AVEM- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (2.Auflage). Swets Test Services, Frankfurt a.M.
95. Schatzberg AF (1990) Anxiety and Adjustment disorder: A Treatment Approach. Journal of Clinical Psychiatry; 51:20-24
96. Schneider S, Margraf J (1991) DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, Springer-Verlag (4.Auflage), Berlin, Heidelberg
97. Schneider S, Margraf J, Spörkel H, Franzen U (1992) Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). Diagnostica; 38:209-227
98. Schulz H, Harfst T, Andreas S, Kawski S, Koch U, Rabung S (2009) Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. Rehabilitation; 48:270-276
99. Schulze B (2009) Energiekrise in der Arbeitswelt? Psychotherapie im Dialog; 10:201-208
100. Schweitzer J, Schlippe A v (2009) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (II) (3.Auflage), Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
101. Segal DL, Hersen M, Hasslet Van VB, Kabacoff RI, Roth L (1993) Reliability of Diagnosis in Older Psychiatric Patients Using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment; 15:347-356
102. Siegrist J (1996) Reihe Gesundheitspsychologie Band 5. Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
103. Simmen-Janevska K, Maercker A (2011) Anpassungsstörungen: Konzept, Diagnostik und Interventionsansätze. Psychotherapie Psychosomatik, Medizinische Psychologie; 61:183–192

104. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R (2007) Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. MESTA-Studie. Verlag Hans Huber
105. Strain J J, Smith G C, Hammer J S, McKenzie D P, Blumenfield M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A, Schleifer S S (1998) Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*; 20:139-149
106. Terber S, Untersinger I, Köllner V (2012) Vergleich von klinischer Diagnostik und strukturiertem Interview bei Angst- und Anpassungsstörungen. *Psychotherapie im Dialog*; 13:26-30
107. Tritt K, Heymann Fv, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, Loew T (2008). Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR) *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 54:409-418
108. Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M (2012) Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-year Follow-Up of the Whitehall II Study. *PLoS ONE* 7(1): e30719. doi:10.1371/journal.pone.0030719
109. Volrad Deneke JF (1999) Neue Aufgaben in der Rehabilitation am Beispiel psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*; 96:1402-1408
110. Wang J (2005) Work stress as a risk factor for major depressive disorder episode(s). *Psychological Medicine*; 35:865-871
111. Weidenhammer W, Wessel A, Hutter A, Melchart D, Schröder A (2006) Das chronische Erschöpfungssyndrom in der naturheilkundlichen Rehabilitation- Prädiktoren des Behandlungsergebnisses. *Rehabilitation*; 45:299-308
112. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG Jr, Rounsaville B, et al. (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*; 49(8):630-6
113. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zauding M (1997). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV SKID. Achse I und II. Hogrefe-Verlag, Göttingen

- 114.Zapf D (1999) Mobbing in Organisationen-Überblick zum Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie; 43:1-25
- 115.Zwerenz R, Knickenberg R, Schattenburg L, Beutel M E (2004) Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Rehabilitation; 43:10-16

7. Dank/Veröffentlichungen

Dank

Für die Entstehung und Fertigstellung dieser Arbeit möchte ich mich auf diesem Wege bedanken bei

meinem Doktorvater Herrn Prof. Köllner, der diese Arbeit erst möglich gemacht hat. Er hat mich mit seinen Ideen und Anregungen unterstützt und gefördert, mir viel Geduld und Verständnis entgegen gebracht und schließlich für das Gelingen der Arbeit gesorgt.

Frau Dr. Katja Geuenich, die mich sowohl bei den besuchten Kongressen als auch bei der statistischen Auswertung unterstützt hat und für Rückfragen stets ein offenes Ohr hatte.

Frau Dipl. Psych. Rebekka Neu, die für mich eine zuverlässige Ansprechpartnerin vor Ort war und für jegliche Art von Fragen und Problemen immer eine Lösung parat hatte.

meinen Patienten, die sich die Zeit genommen haben, um am Interview teilzunehmen und die eine Fülle von Fragebögen mehrfach ausgefüllt haben. Ohne deren Mithilfe hätte die Arbeit nicht entstehen können.

meiner Familie, die immer eine Anlaufstelle für mich bot und mir mehr als einmal neue Motivation und Sinn geschenkt haben, um weiterzumachen. Ein besonderes Dankeschön gilt an dieser Stelle meinen Eltern Dr. Gerhard Schweiberer und Iris Schweiberer, die immer an mich geglaubt haben.

Veröffentlichungen

Publizierte Abstracts:

1. Schweiberer D, Geuenich K, Hagemann W, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? DRV-Schriften, Band 101, Berlin, 2013, 480 – 481
2. Geuenich K, Schweiberer D, Hagemann W, Neu R, Kraft D, Köllner V. Erfassung von berufsbezogenen Ressourcen mit den Burnout-Screening-Skalen. 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? DRV-Schriften, Band 101, Berlin, 2013, S. 94 – 95
3. Schweiberer D, Neu R, Köllner V. Unterscheiden sich Rehabilitanden mit Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation? 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 103, Berlin 2014, S. 450 - 460

Vorträge und Poster

1. Schweiberer D, Geuenich K, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München, 2012
2. Schweiberer D, Geuenich K, Hagemann W, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? 22. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, Mainz, 2013
3. Geuenich K, Schweiberer D, Hagemann W, Neu R, Kraft D, Köllner V. Erfassung von berufsbezogenen Ressourcen mit den Burnout-Screening-Skalen. 22. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, Mainz, 2013
4. Geuenich K, Schweiberer D, Kraft D, Neu R, Köllner V. Erfassung berufsbezogener Ressourcen mit den Burnout-Screening-Skalen. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heidelberg, 2013
5. Schweiberer D, Geuenich K, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heidelberg, 2013
6. Schweiberer D, Geuenich K, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR), Clausthal-Zellerfeld, 2013
7. Schweiberer D, Geuenich K, Neu R, Kraft D, Köllner V. Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR), Clausthal-Zellerfeld, 2013
8. Schweiberer D, Neu R, Köllner V. Unterscheiden sich Patienten mit Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation? Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, 2014

8. Lebenslauf

Persönliches

Geboren am 20.06.1988

in Püttlingen

Ledig

Schulbildung und Studium

1994-1998	Anton-Kliegel-Grundschule, Bad Kissingen
1998-2008	Jack-Steinberger Gymnasium, Bad Kissingen Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
2008-2014	Studiengang: Humanmedizin an der Universität des Saarlandes Abschluss: Ärztliche Prüfung 2014

PJ

08/2013-12/2013	Chirurgie (Kantonsspital Baselland, Liestal, Schweiz)
12/2013-04/2014	Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin (Universitätsfrauenklinik, Homburg /Saar)
04/2014-07/2014	Innere Medizin (Klinikum Saarbrücken)

Beruflicher Werdegang

02/2015-08/2015	Assistenzärztin in Weiterbildung im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum des Saarlandes
Ab 09/2015	Assistenzärztin in Weiterbildung im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Nardini-Klinikum St. Johannis (Landstuhl)

9. Anhang

A.1 Verwendete Fragebögen

A.1.1 BOSS I

Name: _____ Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet geschieden in fester Partnerschaft

Angaben zum Beruf:

Beruf: _____

Dauer der Betriebszugehörigkeit: ____ Jahre

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit: ____ Stunden

Wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheitsfürsorge im Betrieb?

gar nicht kaum teilweise überwiegend zufrieden sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation im Betrieb?:

gar nicht kaum teilweise überwiegend zufrieden sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit den Strukturen (z.B. Hierarchisierung) im Betrieb?

gar nicht kaum teilweise überwiegend zufrieden sehr zufrieden

Wie sicher ist Ihr Arbeitsplatz?:

gar nicht kaum teilweise überwiegend sicher sehr sicher

Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens

Auf den nächsten Seiten finden Sie 30 Aussagen über Beschwerden und Belastungen in den Lebensbereichen Beruf, Eigene Person, Familie und Freunde.

Bitte beantworten Sie in Hinblick auf die **letzten drei Wochen**, wie stark die im Fragebogen genannten Beschwerden auf Sie zutreffen. Hierzu stehen Ihnen auf einer Skala von 0 bis 5 immer sechs Antwortalternativen zur Verfügung: 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft teilweise zu, 3 trifft überwiegend zu, 4 = trifft zu, 5 = trifft stark zu.

Bitte wählen Sie bei jeder Aussage diejenige Antwortalternative aus, die für Sie am ehesten zutrifft und markieren Ihre Antwort durch ein deutliches Kreuz auf der entsprechenden Ziffer.

Wenn Sie irrtümlich eine unzutreffende Antwortalternative angekreuzt haben, umkreisen Sie bitte deutlich den Fehler und kreuzen anschließend die zutreffende Antwortalternative an. Bitte kreuzen sie nicht zwischen den Antwortalternativen an.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Beruf						
1	Ich befinde mich in ständiger Sorge und Anspannung, dass ich meinen Job nicht bewältige.	0	1	2	3	4	5
2	Ich kontrolliere vermehrt Dinge in meinem Aufgabenbereich, bin misstrauischer geworden.	0	1	2	3	4	5
3	Um Fehler zu vermeiden, arbeite ich oft bis spät in die Nacht.	0	1	2	3	4	5
4	Ich kann mich über Erfolge im Job nicht mehr nachhaltig freuen.	0	1	2	3	4	5
5	Läuft etwas nicht nach Plan, gerate ich leicht aus der Fassung.	0	1	2	3	4	5
6	Lange Arbeitstage werden für mich zur Qual, zum Dauerstress.	0	1	2	3	4	5
7	Die Freude an meiner Arbeit ist mir verloren gegangen.	0	1	2	3	4	5
8	In meinen beruflichen Entscheidungen bin ich weniger treffsicher.	0	1	2	3	4	5
9	Um beruflichen Stress abzubauen zu können, greife ich auf Alkohol und/oder Medikamente zurück.	0	1	2	3	4	5
10	Mein positives Image im Job ist in Gefahr.	0	1	2	3	4	5
	Eigene Person						
1	Ich bin mir selbst fremd geworden.	0	1	2	3	4	5
2	Ich kann keine Lebensfreude mehr empfinden.	0	1	2	3	4	5
3	Meine Frustrationstoleranz ist herabgesetzt.	0	1	2	3	4	5
4	Ich mache mir zunehmend Sorgen um meine Gesundheit.	0	1	2	3	4	5

5	Ich bin häufig an banalen Infekten erkrankt.	0	1	2	3	4	5
6	Ich empfinde bereits kleine Anforderungen als Belastung.	0	1	2	3	4	5
7	Ich schlafe schlecht.	0	1	2	3	4	5
8	Ich habe meine Routine verloren, alles fällt mir schwerer.	0	1	2	3	4	5
9	Ich bemerke zunehmende Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3	4	5
10	Es fällt mir schwer, mich zu entspannen und abzuschalten.	0	1	2	3	4	5

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Familie						
1	Es kommt häufiger zu Unstimmigkeiten in der Familie/ Partnerschaft.	0	1	2	3	4	5
2	Die Zeit für Gemeinsamkeiten kommt zu kurz.	0	1	2	3	4	5
3	Wir drohen uns zunehmend zu entfremden.	0	1	2	3	4	5
4	Sexualität und Erotik kommen zu kurz.	0	1	2	3	4	5
5	Ich nehme weniger Anteil am Leben in der Familie/Partnerschaft.	0	1	2	3	4	5
	Freunde						
1	Meine Freunde melden mir zurück, dass sie sich Sorgen um mich machen.	0	1	2	3	4	5
2	Ich ziehe mich häufig aus sozialen Kontakten zurück.	0	1	2	3	4	5
3	Ich rede nur noch über das, was mich belastet (Stress), was meine Freunde stört.	0	1	2	3	4	5
4	Ich nehme weniger Anteil am Leben meiner Freunde.	0	1	2	3	4	5

5	Es fällt mir schwer, mich abzugrenzen, nein zu sagen.	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---

A.1.2 BOSS II

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Körperliche Beschwerden						
1	Mich quälen heftige Kopfschmerzen.	0	1	2	3	4	5
2	Ich leide unter häufig wiederkehrenden Infekten.	0	1	2	3	4	5
3	Meine Muskeln sind ständig verspannt.	0	1	2	3	4	5
4	Ich spüre eine beklemmende Enge über der Brust.	0	1	2	3	4	5
5	Ich leide unter Atembeschwerden.	0	1	2	3	4	5
6	Ich leide unter Schmerzen (Gelenke, Rücken, Hautbrennen, etc.)	0	1	2	3	4	5
7	Ich leide unter Herzbeschwerden (Herzrasen, Herzschmerzen etc.)	0	1	2	3	4	5
8	Ich leide unter Magen-Darmbeschwerden.	0	1	2	3	4	5
9	Ich leide unter Schlafstörungen.	0	1	2	3	4	5
10	Meine Blutdruckwerte sind zu hoch/schwanken stark.	0	1	2	3	4	5

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Geistige Beschwerden						
1	Ich kann mich schlecht konzentrieren.	0	1	2	3	4	5
2	Ich bewerte vieles zu negativ.	0	1	2	3	4	5
3	Meine Entschlussfreudigkeit ist verloren gegangen.	0	1	2	3	4	5
4	Ich mache vermehrt Fehler.	0	1	2	3	4	5
5	Ich reagiere nur noch anstatt zu agieren, ich funktioniere lediglich.	0	1	2	3	4	5
6	Meine Kreativität ist verloren gegangen.	0	1	2	3	4	5
7	Ein und derselbe Gedanke quält mich immer wieder, lässt mich nicht mehr los.	0	1	2	3	4	5
8	Um keine Fehler zu machen, kontrolliere ich mich verstärkt.	0	1	2	3	4	5
9	Meine Souveränität ist verloren gegangen.	0	1	2	3	4	5
10	Ich kann mich nicht mehr so gut durchsetzen u. andere überzeugen.	0	1	2	3	4	5

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Seelische Beschwerden						
1	Ich habe Zukunftsängste.	0	1	2	3	4	5
2	Ich fühle mich nicht mehr, nehme mich kaum noch wahr.	0	1	2	3	4	5

3	Ich ziehe mich zurück, vermeide den Kontakt mit anderen.	0	1	2	3	4	5
4	Ich bin in gedrückter Stimmung, sehe alles grau in grau.	0	1	2	3	4	5
5	Ich spüre keinen Antrieb mehr, habe meine Motivation verloren.	0	1	2	3	4	5
6	Ich fühle mich gereizt und überspannt.	0	1	2	3	4	5
7	Ich bin misstrauischer geworden.	0	1	2	3	4	5
8	Ich schäme mich, fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4	5
9	Ich bin ängstlich geworden, traue mir immer weniger zu.	0	1	2	3	4	5
10	Ich verliere leicht die Geduld, wenn etwas nicht klappt.	0	1	2	3	4	5

A.1.3 BOSS III

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Beruf						
1	Mir ist mein Beruf, auch über die finanzielle Absicherung hinaus, wichtig.	0	1	2	3	4	5
2	Ich fühle mich meinen Kollegen und dem Betrieb verbunden.	0	1	2	3	4	5
3	Der Austausch zwischen mir und den Kollegen ist gut.	0	1	2	3	4	5
4	Mein Team schätzt mich.	0	1	2	3	4	5
5	Was ich im Beruf tue, ist ein wichtiger Teil von mir.	0	1	2	3	4	5
	Eigene Person						
1	Mein Leben zu leben, macht Sinn.	0	1	2	3	4	5

2	Ich lebe gern.	0	1	2	3	4	5
3	Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben verwirklichen möchte.	0	1	2	3	4	5
4	Ich bin zufrieden mit mir, bin mit mir eins.	0	1	2	3	4	5
5	Ich verfüge über Stärken (Talente, Werte, Eigenschaften), die mir im Leben helfen.	0	1	2	3	4	5

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu
	Familie						
1	Die Familie/ Partnerschaft gibt mir Halt und Geborgenheit.	0	1	2	3	4	5
2	Wir können uns aufeinander verlassen.	0	1	2	3	4	5
3	Meine Familie/mein(e) Partner(in) schätzt mich wert.	0	1	2	3	4	5
4	Hier bin ich so wie ich bin willkommen.	0	1	2	3	4	5
5	Ich liebe und werde geliebt.	0	1	2	3	4	5
	Freunde						
1	Bei meinen Freunden gehöre ich dazu.	0	1	2	3	4	5
2	Wenn Not am Mann ist, sind wir füreinander da.	0	1	2	3	4	5
3	Meine Freunde mögen mich.	0	1	2	3	4	5
4	Meine Freunde nehmen mich ernst und respektieren mich.	0	1	2	3	4	5
5	Wenn ich erfolgreich bin, etwas erreiche, dann sind meine Freunde mit die ersten, die sich für mich freuen.	0	1	2	3	4	5

A.1.4 Tabellen

Die Tabellen 1 bis 3 (in 4.4) zeigen die Mittelwerte der BOSS III Skalen zu den 3 Messzeitpunkten.

Tabelle 1: Ressourcenausprägung an Hand der BOSS III zum Zeitpunkt der Aufnahme T0

	Beruf	Eigene Person	Familie	Freunde	Gesamt
Mittelwert±SD	2,95±,951	2,96±,881	4,20±1,095	3,76±,922	3,49±,717
Minimum	1	0	0	1	2
Maximum	5	4	5	5	5

Tabelle 2: Ressourcenausprägung an Hand der BOSS III zum Zeitpunkt der Entlassung T1

	Beruf	Eigene Person	Familie	Freunde	Gesamt
Mittelwert±SD	2,80±,970	3,60±1,029	4,22±1,031	3,71±1,048	3,60±,710
Minimum	1	1	1	0	2
Maximum	5	5	5	5	5

Tabelle 3: Ressourcenausprägung an Hand der BOSS III zum Zeitpunkt der Katamnese T2

	Beruf	Eigene Person	Familie	Freunde	Gesamt
Mittelwert±SD	3,14±1,14	3,50±1,23	3,94±1,16	3,61±1,086	3,54±,956
Minimum	,4	0	0	0	,25
Maximum	5	5	5	5	5

Tabelle 4: Ränge zu den drei Messzeitpunkten Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und Katamnese (T2)

		Mittlerer Rang
Beruf	T0	5,25
	T1	4,96
	T2	6,38
Eigene Person	T0	4,81
	T1	8,14
	T2	8,05

Familie	T0	11,50
	T1	11,35
	T2	10,10
Freunde	T0	9,04
	T1	9,20
	T2	8,15
Gesamt	T0	7,53
	T1	8,22
	T2	7,34

Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 4

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich/entgeltlich geholfen:

1. Prof. Dr. med. V. Köllner (Doktorvater und Betreuer): Auswahl des Dissertationsthemas und Erarbeiten des Studienkonzepts
2. Dipl.-Psych. Rebekka Neu: Hilfestellung bei der statistischen Datenauswertung
3. Dipl.-Psych. Katja Geuenich: Hilfestellung bei der statistischen Datenauswertung

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater/Innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegte Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Vor Aufnahme der vorstehenden Versicherung an Eides Statt wurde ich über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen Versicherung belehrt.

Homburg, den 07.01.2016

Unterschrift der Promovierenden

Unterschrift der die Versicherung an Eides statt aufnehmenden Beamtin bzw. aufnehmenden Beamten