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 Püttingen
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 Ressourcenausprägung 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 Therapie-Outcome und der Ressourcenausprägung ............. 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


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.

**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±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

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

2.2 Darstellung arbeitsplatzbezogener Störungen


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


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 Suizidgefährdung 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).


Tabelle 1: Diagnosekriterien der depressiven Episode

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10 (F.32)</th>
<th>DSM-IV (296.2)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>A. Allgemeine Kriterien für eine depressive Episode sind erfüllt.</strong></td>
<td><strong>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.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B. Mindestens 2 dieser 3 Symptome liegen vor:</strong></td>
<td><strong>1. Depressive Stimmung an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, mindestens 2 Wochen</td>
<td>2. Vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Interessen oder Freudenverlust an normal angenehmen Aktivitäten</td>
<td>3. Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder verminderter/vermehrter Appetit</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit</td>
<td>4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C. Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome (Anzahl entscheidet über den jeweiligen Schweregrad):</strong></td>
<td><strong>5. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle</td>
<td>7. Konzentrationsschwierigkeiten oder eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten</td>
<td>8. Wiederkehrende Gedanken an den Tod</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit</td>
<td><strong>B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung</td>
<td><strong>C. Die Symptome verursachen klinisch bedeutsame Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Schlafstörungen</td>
<td><strong>D. Die Symptome sind nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuschließen.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung</td>
<td><strong>E. Die Symptome können nicht besser durch Trauer erklärt werden.</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.3.2 Anpassungsstörungen

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-Janevsk & 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10 (F43.2)</th>
<th>DSM-IV (309.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>A. Symptombeginn ein Monat nach einer identifizierbaren psychosozialen Belastung von nicht außergewöhnlichem/katastrophalem Ausmaß</strong></td>
<td><strong>A. Auftreten von Symptomen innerhalb von 3 Monaten nach Auftreten der Belastung</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>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.</strong></td>
<td><strong>B. Symptome führen zu deutlichem Leiden unverhältnismäßig zur Belastung</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>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</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>D. Keine Trauerreaktion</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>E. Dauer der Symptome nach Ende der Belastung nicht länger als 6 Monate</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zudem existieren für beide Klassifikationssysteme Subtypen der Anpassungsstörungen (Tabelle 3).

**Tabelle 3 Gegenüberstellung der Klassifikationssysteme für Subtypen der Anpassungsstörungen**

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


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

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

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

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

2.4 Burnout-Syndrom, Mobbingproblematik und Diagnosestellung

2.4.1 Das Burnout-Syndrom

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 (Beschoner 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


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


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


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


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


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).

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

**2.6 Bedeutung von Ressourcen für die Therapie der arbeitsplatzbezogenen Störungen**


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

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

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)


3.3 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

3.3.1 Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen


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


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

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.

3.3.3 **BOSS I-III: Burnout-Screening-Skalen**


![Abbildung 1: Multifaktorielles Arbeitsmodell der Burnout-Screening-Skalen](image)

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 gewähr, 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-Inventory (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 Antworstskala seine Beschwerden einzuordnen. Die Skala Körperliche Beschwerden misst die somatische Ebene mit Schwerpunkt auf dem kardio-vaskulären 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,


3.3.4 **BDI-II: Beck-Depressionsinventar**
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.


3.3.5 **AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster**

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. Veraltbereitschaft
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.


3.3.6 Health-49: Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit


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 Reliabilität, angezeigt durch die internen Konsistenzen (Cronbachs α) im hohen Bereich und die mittleren Trennschärfe-Effizienten 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
4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

4.1.1 Gesamtstichprobe


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 Dysthmie, die ebenfalls im strukturierten klinischen Interview mittels des Mini-DIPS erhoben wurde (Abbildung 2).
<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Kennwert</th>
<th>Stichprobenanteil</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td>Weiblich</td>
<td>71% (71)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Männlich</td>
<td>29% (29)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>M±SA[Spannweite]</td>
<td>49,84±8,734 [24-63]</td>
</tr>
<tr>
<td>Familienstand</td>
<td>Verheiratet</td>
<td>58% (58)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>In fester Partnerschaft</td>
<td>18% (18)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Keine Partnerschaft/ledig</td>
<td>14% (14)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Geschieden</td>
<td>10% (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Kinder</td>
<td>keine Kinder</td>
<td>34% (34)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1 Kind</td>
<td>23% (23)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2 Kinder</td>
<td>29% (29)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3 Kinder</td>
<td>13% (13)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4 Kinder</td>
<td>1% (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Schulabschluss</td>
<td>Kein Schulabschluss</td>
<td>2% (2)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hauptschule</td>
<td>20% (20)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Realschule/mittlere Reife</td>
<td>43% (43)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fachabitur</td>
<td>14% (14)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abitur</td>
<td>20% (20)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Keine Angabe</td>
<td>1% (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0)</td>
<td>Arbeitsunfähig</td>
<td>46% (46)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Arbeitsfähig</td>
<td>49% (49)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Arbeitsunfähig mit stufenweise Wiedereingliederung</td>
<td>1% (1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Keine Angabe</td>
<td>4% (4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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.
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)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>p-Wert</th>
<th>Alter</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>Schulabschluss</th>
<th>Familienstand</th>
<th>Anzahl der Kinder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>0,814</td>
<td>0,982</td>
<td>0,625</td>
<td>0,122</td>
<td>0,339</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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 nonparametrischen 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)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mittelwert±SD Aufnahme</th>
<th>Mittelwert±SD Entlassung</th>
<th>p-Wert</th>
<th>Cohen´s d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Depressivität</strong></td>
<td>0,797±0,65698</td>
<td>3,630±0,45170</td>
<td>008*</td>
<td>0,79</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Aktivität &amp; Partizipation</strong></td>
<td>2,274±0,73959</td>
<td>2,920±0,58359</td>
<td>001*</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BDI-II</strong></td>
<td>12,43±0,452</td>
<td>4,91±0,308</td>
<td>000*</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BOSS I (Belastungen)</strong></td>
<td>58,91±0,366</td>
<td>50,13±0,263</td>
<td>000*</td>
<td>0,94</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BOSSII (Beschwerden)</strong></td>
<td>58,48±0,8712</td>
<td>47,61±0,134</td>
<td>000*</td>
<td>1,25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mittelwert±SD Aufnahme</th>
<th>Mittelwert±SD Entlassung</th>
<th>p-Wert</th>
<th>Cohen´s d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Depressivität</strong></td>
<td>1,964±0,88815</td>
<td>1,011±0,95121</td>
<td>000*</td>
<td>1,04</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Aktivität &amp; Partizipation</strong></td>
<td>1,712±0,66855</td>
<td>2,376±0,98876</td>
<td>000*</td>
<td>0,79</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BDI-II</strong></td>
<td>25,32±11,092</td>
<td>12,45±12,512</td>
<td>000*</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BOSS I (Belastungen)</strong></td>
<td>67,78±7,732</td>
<td>58,90±12,317</td>
<td>000*</td>
<td>0,87</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BOSSII (Beschwerden)</strong></td>
<td>66,56±6,882</td>
<td>55,64±11,506</td>
<td>000*</td>
<td>1,16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

<p>| Tabelle 10: Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Anpassungsstörung (Gruppe 1) und Patienten mit Depression (Gruppe 2) zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Mittelwert±SD Anpassungsstörung</th>
<th>Mittelwert±SD Depression</th>
<th>p-Wert</th>
<th>Cohen´s d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Depressivität (Health-49)</td>
<td>2,7978±,65698</td>
<td>1,9640±,88815</td>
<td>.000*</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität &amp; Partizipation (Health-49)</td>
<td>2,2754±,73959</td>
<td>1,7123±,66855</td>
<td>.003*</td>
</tr>
<tr>
<td>BDI-II</td>
<td>12,43±9,452</td>
<td>25,32±11,092</td>
<td>.000*</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSS I (Belastungen)</td>
<td>58,91±7,366</td>
<td>67,78±7,732</td>
<td>.000*</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSS II (Beschwerden)</td>
<td>58,48±8,712</td>
<td>66,56±6,882</td>
<td>.000*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mittelwert±SD Anpassungsstörung</th>
<th>Mittelwert±SD Depression</th>
<th>p-Wert</th>
<th>Cohen´s d</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Depressivität (Health-49)</td>
<td>0,3630±,45170</td>
<td>1,0112±,95121</td>
<td>,001*</td>
<td>,76</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität &amp; Partizipation (Health-49)</td>
<td>2,9203±,58359</td>
<td>2,3767±,98876</td>
<td>,018</td>
<td>,6</td>
</tr>
<tr>
<td>BDI-II</td>
<td>4,91±5,308</td>
<td>12,45±12,512</td>
<td>,006*</td>
<td>,68</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSS I (Belastungen)</td>
<td>50,13±11,263</td>
<td>58,90±12,317</td>
<td>,003*</td>
<td>,73</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSSII (Beschwerden)</td>
<td>47,61±9,134</td>
<td>55,64±11,506</td>
<td>,005*</td>
<td>,74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.
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 0.375.

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 0.417. Auch zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese (T2) ergab sich kein Unterschied, die Asymptotische Signifikanz (2-seitig) des Chi-Quadrat-Tests beträgt 0.805.

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 Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf auf den Skalen des AVEM und dem Therapie-Outcome

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erlebens- und Verhaltensmuster AVEM</th>
<th>Health49 Depressivität</th>
<th>Health49 Wohlbefinden</th>
<th>Health49 Selbstwirksamkeit</th>
<th>Health49 Aktivität &amp; Partizipation</th>
<th>BDI II</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</td>
<td>,113</td>
<td>-.028</td>
<td>-.026</td>
<td>-231*</td>
<td>,083</td>
</tr>
<tr>
<td>2) Beruflicher Ehrgeiz</td>
<td>,028</td>
<td>,005</td>
<td>,018</td>
<td>-,.082</td>
<td>,038</td>
</tr>
<tr>
<td>3) Verausgabungsbereitschaft</td>
<td>,542**</td>
<td>,370**</td>
<td>,403**</td>
<td>-,.451**</td>
<td>,487**</td>
</tr>
<tr>
<td>4) Perfektionsstreben</td>
<td>,498**</td>
<td>,362**</td>
<td>,356**</td>
<td>-,.340**</td>
<td>,507**</td>
</tr>
<tr>
<td>5) Distanzierungsfähigkeit</td>
<td>,569**</td>
<td>,457**</td>
<td>,510**</td>
<td>,389**</td>
<td>-,.571**</td>
</tr>
<tr>
<td>6) Resignationstendenz</td>
<td>,588**</td>
<td>,452**</td>
<td>,480**</td>
<td>-,.384**</td>
<td>,546**</td>
</tr>
<tr>
<td>7) Problembewältigung</td>
<td>,476**</td>
<td>,444**</td>
<td>,500**</td>
<td>,337**</td>
<td>-,.375**</td>
</tr>
<tr>
<td>8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</td>
<td>,585**</td>
<td>,464**</td>
<td>,514**</td>
<td>,282**</td>
<td>-,.537**</td>
</tr>
<tr>
<td>9) Erfolgerleben im Beruf</td>
<td>,435**</td>
<td>,433**</td>
<td>,443**</td>
<td>,330**</td>
<td>-,.339**</td>
</tr>
<tr>
<td>10) Lebenszufriedenheit</td>
<td>,699**</td>
<td>,671**</td>
<td>,633**</td>
<td>,493**</td>
<td>-,.636**</td>
</tr>
<tr>
<td>11) Erleben sozialer Unterstützung</td>
<td>,447**</td>
<td>,416**</td>
<td>,369**</td>
<td>,378**</td>
<td>-,.375**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erlebens- und Verhaltensmuster AVEM</th>
<th>Beruf</th>
<th>Eigene Person</th>
<th>Familie</th>
<th>Freundeskreis</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1) Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</td>
<td>0,042</td>
<td>0,123</td>
<td>0,104</td>
<td>0,189</td>
<td>0,116</td>
</tr>
<tr>
<td>2) Beruflicher Ehrgeiz</td>
<td>0,005</td>
<td>0,024</td>
<td>0,080</td>
<td>0,056</td>
<td>0,029</td>
</tr>
<tr>
<td>3) Verausgabungsbereitschaft</td>
<td>0,477**</td>
<td>0,464**</td>
<td>0,424**</td>
<td>0,489**</td>
<td>0,503**</td>
</tr>
<tr>
<td>4) Perfektionsstreben</td>
<td>0,506**</td>
<td>0,447**</td>
<td>0,259**</td>
<td>0,407**</td>
<td>0,442**</td>
</tr>
<tr>
<td>5) Distanzierungsfähigkeit</td>
<td>-0,584**</td>
<td>-0,591**</td>
<td>-0,451**</td>
<td>-0,523**</td>
<td>-0,586**</td>
</tr>
<tr>
<td>6) Resignationstendenz</td>
<td>0,641**</td>
<td>0,525**</td>
<td>0,383**</td>
<td>0,463**</td>
<td>0,566**</td>
</tr>
<tr>
<td>7) Problembewältigung</td>
<td>-0,465**</td>
<td>-0,449**</td>
<td>-0,416**</td>
<td>-0,410**</td>
<td>-0,488**</td>
</tr>
<tr>
<td>8) Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</td>
<td>-0,630**</td>
<td>-0,469**</td>
<td>-0,272**</td>
<td>-0,473**</td>
<td>-0,526**</td>
</tr>
<tr>
<td>9) Erfolgserleben im Beruf</td>
<td>-0,421**</td>
<td>-0,367**</td>
<td>-0,292**</td>
<td>-0,309**</td>
<td>-0,406**</td>
</tr>
<tr>
<td>10) Lebenszufriedenheit</td>
<td>-0,613**</td>
<td>-0,579**</td>
<td>-0,555**</td>
<td>-0,581**</td>
<td>-0,645**</td>
</tr>
<tr>
<td>11) Erleben sozialer Unterstützung</td>
<td>-0,352**</td>
<td>-0,388**</td>
<td>-0,406**</td>
<td>-0,423**</td>
<td>-0,436**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Merkmalausprägung der Skala. Die Skala Distanzierungsfähigkeit des AVEM ist umso geringer, je höher die Belastungen auf den Skalen von Beruf (-0,584**) und Eigene Person (-0,591**) sind. Reziprok verhältn sich die Skala Resignationstendenz des AVEM. Die Skala innere Unruhe des AVEM korreliert am stärksten mit der Skala Beschwerden im Beruf der BOSS I (-0,630**). 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 (-0,645**).
Tabelle 17: Zusammenhänge zwischen persönlichen Verhaltens- und Erlebensmerkmalen in Bezug auf Arbeit und Beruf und dem Therapie-Outcome hinsichtlich den BOSS-II Skalen (Beschwerden)

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

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


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

Die Ränge des Friedman-Tests ergaben, dass sich Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten abzeichnen mit einer asymptotischen Signifikanz von $p < 0.000$. 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

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

Das neue Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt 0,003. *Signifikant 0,003

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ressourcenverteilung</th>
<th>H49 Depressivität</th>
<th>H49 Wohlbefinden</th>
<th>H49 Selbstwirksamkeit</th>
<th>H49 Aktivität &amp; Partizipation</th>
<th>BDI-II</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beruf</td>
<td>-.340**</td>
<td>.296**</td>
<td>.298**</td>
<td>.084</td>
<td>-.310**</td>
</tr>
<tr>
<td>Eigene Person</td>
<td>-.668**</td>
<td>.662**</td>
<td>.631**</td>
<td>.543**</td>
<td>-.653**</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.349**</td>
<td>.331**</td>
<td>.309**</td>
<td>.270**</td>
<td>-.249**</td>
</tr>
<tr>
<td>Freundeskreis</td>
<td>-.515**</td>
<td>.542**</td>
<td>.429**</td>
<td>.460**</td>
<td>-.442**</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>-.604**</td>
<td>.588**</td>
<td>.519**</td>
<td>.363**</td>
<td>-.543**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ressourcen (BOSS III)</th>
<th>BOSS I Beruf</th>
<th>BOSS I Eigene Person</th>
<th>BOSS I Familie</th>
<th>BOSS I Freundeskreis</th>
<th>BOSS I Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beruf</td>
<td>-.298**</td>
<td>-.248*</td>
<td>-.195</td>
<td>-.152</td>
<td>-.249*</td>
</tr>
<tr>
<td>Eigene Person</td>
<td>-.564**</td>
<td>-.578**</td>
<td>-.518**</td>
<td>-.495**</td>
<td>-.603**</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.213*</td>
<td>-.307**</td>
<td>-.336**</td>
<td>-.240*</td>
<td>-.323**</td>
</tr>
<tr>
<td>Freundeskreis</td>
<td>-.433**</td>
<td>-.419**</td>
<td>-.447**</td>
<td>-.401**</td>
<td>-.460**</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>-.474**</td>
<td>-.456**</td>
<td>-.446**</td>
<td>-.382**</td>
<td>-.488**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>BOSS II Körper</th>
<th>BOSS II Kognition</th>
<th>BOSS II Emotion</th>
<th>BOSS II Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Beruf</strong></td>
<td>-.143</td>
<td>-.244*</td>
<td>-.215*</td>
<td>-.208*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Eigene Person</strong></td>
<td>-.413**</td>
<td>-.643**</td>
<td>-.661**</td>
<td>-.628**</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Familie</strong></td>
<td>-.209*</td>
<td>-.310**</td>
<td>-.326**</td>
<td>-.332**</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Freundeskreis</strong></td>
<td>-.373**</td>
<td>-.461**</td>
<td>-.532**</td>
<td>-.470**</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td>-.373**</td>
<td>-.497**</td>
<td>-.517**</td>
<td>-.494**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ressourcen BOSS III T0</th>
<th>BDI II T0</th>
<th>BDI II T1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beruf</td>
<td>-.110</td>
<td>-.169</td>
</tr>
<tr>
<td>Eigene Person</td>
<td>-.654**</td>
<td>-.413**</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>-.162</td>
<td>-.118</td>
</tr>
<tr>
<td>Freundeskreis</td>
<td>-.272**</td>
<td>-.162</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>-.447**</td>
<td>-.348**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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.


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 schwerwiegenderere 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.


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 signikanter 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


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

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 (Beschoner 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.


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.

5.2.5 Zusammenhänge zwischen dem Therapie-Outcome und der Ressourcenverteilung

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

64
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


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 geringereAusprägung 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


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

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).


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.


5.4 Konsequenzen für den klinischen Alltag und weiterer Forschungsbedarf


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 Eigene 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.

6. Literaturverzeichnis


44. Hagemann W, Geuenich K (2009) Burnout-Screening-Skala I-II. Hogrefe, Göttingen


81. Meschkutat B, Stackelbeck M, Langenhoff G (2002) Der Mobbingreport. Eine repräsentative Studie für die Bundesrepublik Deutschland; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund


7. Dank/Veröffentlichungen

Dank

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


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:


Vorträge und Poster


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.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beruf</th>
<th>trifft nicht zu</th>
<th>trifft kaum zu</th>
<th>trifft teilweise zu</th>
<th>trifft überwiegend zu</th>
<th>trifft zu</th>
<th>trifft stark zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Ich befinde mich in ständiger Sorge und Anspannung, dass ich meinen Job nicht bewältige.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ich kontrolliere vermehrt Dinge in meinem Aufgabenbereich, bin misstrauischer geworden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Um Fehler zu vermeiden, arbeite ich oft bis spät in die Nacht.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Ich kann mich über Erfolge im Job nicht mehr nachhaltig freuen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Läuft etwas nicht nach Plan, gerate ich leicht aus der Fassung.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Lange Arbeitstage werden für mich zur Qual, zum Dauerstress.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Die Freude an meiner Arbeit ist mir verloren gegangen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>In meinen beruflichen Entscheidungen bin ich weniger treffsicher.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Um beruflichen Stress abbauen zu können, greife ich auf Alkohol und/oder Medikamente zurück.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Mein positives Image im Job ist in Gefahr.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Eigene Person</th>
<th>trifft nicht zu</th>
<th>trifft kaum zu</th>
<th>trifft teilweise zu</th>
<th>trifft überwiegend zu</th>
<th>trifft zu</th>
<th>trifft stark zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Ich bin mir selbst fremd geworden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ich kann keine Lebensfreude mehr empfinden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Meine Frustrationstoleranz ist herabgesetzt.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Ich mache mir zunehmend Sorgen um meine Gesundheit.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Äußeres (1-10)</td>
<td>trifft nicht zu</td>
<td>trifft kaum zu</td>
<td>trifft teilweise zu</td>
<td>trifft überwiegend zu</td>
<td>trifft zu</td>
<td>trifft stark zu</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich bin häufig an banalen Infekten erkrankt.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich empfinde bereits kleine Anforderungen als Belastung.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich schlaf schlecht.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich habe meine Routine verloren, alles fällt mir schwerer.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich bemerke zunehmende Konzentrationsschwierigkeiten.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Es fällt mir schwer, mich zu entspannen und abzuschalten.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Es kommt häufiger zu Unstimmigkeiten in der Familie/ Partnerschaft.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Die Zeit für Gemeinsamkeiten kommt zu kurz.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Wir drohen uns zunehmend zu entfremden.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sexualität und Erotik kommen zu kurz.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich nehme weniger Anteil am Leben in der Familie/ Partnerschaft.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Meine Freunde melden mir zurück, dass sie sich Sorgen um mich machen.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich ziehe mich häufig aus sozialen Kontakten zurück.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich rede nur noch über das, was mich belastet (Stress), was meine Freunde stört.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ich nehme weniger Anteil am Leben meiner Freunde.</strong></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Es fällt mir schwer, mich abzugrenzen, nein zu sagen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>-------------------------------------------------</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A.1.2 BOSS II</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>trifft nicht zu</td>
<td>trifft kaum zu</td>
<td>trifft teilweise zu</td>
<td>trifft überwiegend zu</td>
<td>trifft zu</td>
<td>trifft stark zu</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Körperliche Beschwerden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Mich quälen heftige Kopfschmerzen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ich leide unter häufig wiederkehrenden Infekten.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Meine Muskeln sind ständig verspannt.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Ich spüre eine beklemmende Enge über der Brust.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Ich leide unter Atembeschwerden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Ich leide unter Schmerzen (Gelenke, Rücken, Hautbrennen, etc.)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Ich leide unter Herzbeschwerden (Herzrasen, Herzschmerzen etc.)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Ich leide unter Magen-Darmbeschwerden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Ich leide unter Schlafstörungen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Meine Blutdruckwerte sind zu hoch/schwanken stark.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Geistige Beschwerden</td>
<td>trifft nicht zu</td>
<td>trifft kaum zu</td>
<td>trifft teilweise zu</td>
<td>trifft überwiegend zu</td>
<td>trifft zu</td>
<td>trifft stark zu</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
<td>------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>----------</td>
<td>----------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 Ich kann mich schlecht konzentrieren.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Ich bewerte vieles zu negativ.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Meine Entschlussfreudigkeit ist verloren gegangen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 Ich mache vermehrt Fehler.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Ich reagiere nur noch anstatt zu agieren, ich funktioniere lediglich.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Meine Kreativität ist verloren gegangen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 Ein und derselbe Gedanke quält mich immer wieder, lässt mich nicht mehr los.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8 Um keine Fehler zu machen, kontrolliere ich mich verstärkt.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9 Meine Souveränität ist verloren gegangen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 Ich kann mich nicht mehr so gut durchsetzen u. andere überzeugen.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Seelische Beschwerden</th>
<th>trifft nicht zu</th>
<th>trifft kaum zu</th>
<th>trifft teilweise zu</th>
<th>trifft überwiegend zu</th>
<th>trifft zu</th>
<th>trifft stark zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Ich habe Zukunftsängste.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Ich fühle mich nicht mehr, nehme mich kaum noch wahr.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ich ziehe mich zurück, vermeide den Kontakt mit anderen.

Ich bin in gedrückter Stimmung, sehe alles grau in grau.

Ich spüre keinen Antrieb mehr, habe meine Motivation verloren.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

Ich fühle mich gereizt und überspannt.

A.1.3 BOSS III

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>trifft nicht zu</th>
<th>trifft kaum zu</th>
<th>trifft teilweise zu</th>
<th>trifft überwiegend zu</th>
<th>trifft zu</th>
<th>trifft stark zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Beruf</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Mir ist mein Beruf, auch über die finanzielle Absicherung hinaus, wichtig.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ich fühle mich meinen Kollegen und dem Betrieb verbunden.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Der Austausch zwischen mir und den Kollegen ist gut.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Mein Team schätzt mich.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Was ich im Beruf tue, ist ein wichtiger Teil von mir.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Eigene Person</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Mein Leben zu leben, macht Sinn.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ich lebe gern.
ich habe Ziele, die ich in meinem Leben verwirklichen möchte.
ich bin zufrieden mit mir, bin mit mir eins.
ich verfüge über Stärken (Talente, Werte, Eigenschaften), die mir im Leben helfen.

familie

die Familie/ Partnerschaft gibt mir Halt und Geborgenheit.
wir können uns aufeinander verlassen.
meine Familie/mein(e) Partner(in) schätzt mich wert.
here bin ich so wie ich bin willkommen.
ich liebe und werde geliebt.

freunde

bei meinen Freunden gehöre ich dazu.

wenn Not am Mann ist, sind wir füreinander da.
meine Freunde mögen mich.
meine Freunde nehmen mich ernst und respektieren mich.

wenn ich erfolgreich bin, etwas erreiche, dann sind meine Freunde mit die ersten, die sich für mich freuen.
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruf</th>
<th>Eigene Person</th>
<th>Familie</th>
<th>Freunde</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mittelwert±SD</td>
<td>2,95±,951</td>
<td>2,96±,881</td>
<td>4,20±1,095</td>
<td>3,76±922</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruf</th>
<th>Eigene Person</th>
<th>Familie</th>
<th>Freunde</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mittelwert±SD</td>
<td>2,80±,970</td>
<td>3,60±1,029</td>
<td>4,22±1,031</td>
<td>3,71±1,048</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruf</th>
<th>Eigene Person</th>
<th>Familie</th>
<th>Freunde</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mittelwert±SD</td>
<td>3,14±1,14</td>
<td>3,50±1,23</td>
<td>3,94±1,16</td>
<td>3,61±1,086</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximum</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruf</th>
<th>Mittlerer Rang</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T0</td>
<td>5,25</td>
</tr>
<tr>
<td>T1</td>
<td>4,96</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>6,38</td>
</tr>
<tr>
<td>Eigene Person</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>T0</td>
<td>4,81</td>
</tr>
<tr>
<td>T1</td>
<td>8,14</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>8,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>T0</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T2</td>
</tr>
<tr>
<td>Freunde</td>
<td>T0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>T0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 unentgeldlich/entgeldlich 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


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