

Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm

Stefan Koch^a Susanne Hedlund^a Susanne Rosenthal^b Andreas Hillert^a^a Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien/Chiemsee,^b Klinikum Berchtesgadener Land, Schönau/Königssee, Deutschland

Schlüsselwörter

Gruppenpsychotherapie · Kognitive Verhaltenstherapie · Stressbewältigung · Berufliche Probleme · Kontrollierte Evaluation

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz steigender beruflicher Belastungen und deren Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Beschwerden fehlen bislang spezifische berufsbezogene Behandlungsansätze. Für die kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierte stationär-psychosomatische Behandlung wurde eine berufsbezogene Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz» mit 8 Doppelstunden entwickelt und evaluiert. **Patienten und Methode:** In einem kontrollierten Längsschnittdesign mit Zeitstichproben wurden 133 Patienten, die ergänzend zur symptomatischen Standardtherapie an einer berufsbezogenen Therapiegruppe teilnahmen (Interventionsgruppe: IG) mit 156 Patienten verglichen, die eine Standardtherapie erhielten (Kontrollgruppe: KG). Die Fragebogenerhebungen bei Aufnahme, Entlassung und 3 Monate danach umfassten die objektive Arbeitssituation (Erwerbstatus, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Rentenanträge), berufsbezogene Belastungs- und Bewältigungseinschätzungen sowie die berufsbezogene Behandlungszufriedenheit. Erwartet wurde eine Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung und der Bewältigung beruflicher Probleme durch die berufsbezogene Intervention. **Ergebnisse:** Teilnehmer der IG zeigen eine signifikante Reduktion des Verlusts der Erwerbstätigkeit (–2,05%) bereits 3 Monate nach Entlassung (KG: –8,67%). Darüber hinaus wird die Reduktion eines für Burnout prädisponierenden Bewältigungstypus und eine berufliche Inhalte betreffende signifikant erhöhte Behandlungszufriedenheit erreicht. Im Gegensatz zu einer zunehmenden Rentenabsicht nach Standardtherapie (+11,7%) werden bei den Teilnehmern der IG reduzierte Rentenwünsche (–3,8%) festgestellt. Bei vergleichbarer Reduktion beruflicher Belastungsaspekte erweist sich die berufsspezifische Intervention als überlegen in der Förderung des Kontrollerlebens am Arbeitsplatz. **Schlussfolgerungen:** Erste Evaluationsergebnisse des berufsbezogenen Therapieprogramms belegen dessen Praktikabilität und spezifische Behandlungseffekte hinsichtlich berufsbezogener Selbsteinschätzungen und Rückkehr ins Erwerbsleben, was durch den Erhalt von Erwerbstätigkeit auch sozialwirtschaftlich günstig ist.

Key Words

Group therapy · Cognitive behavioral therapy · Stress management · Occupational problems · Controlled evaluation

Summary

Occupational Stress Management: An Inpatient Group Therapy Program

Background: Despite increasing occupational stress and its importance for the development and maintenance of psychosomatic disorders, there is a lack of specific approaches to treat occupational stress. This article presents the evaluation of a 16-hour job-focused group therapy concept called 'occupational stress management' for cognitive-behavioral inpatient treatment. **Patients and Methods:** In a controlled longitudinal design, 133 patients that participated in the occupational stress management group were compared to 156 patients that received standard symptomatic therapy only. Questionnaire data from admission, discharge and 3 months post-treatment addressed the objective work situation (work status, sick days, applications for early retirement), subjective estimates of intensity of work stressors and of individual coping skills as well as how satisfied participants were with work-related treatment contents. We expected improvements in the rates of return to work and in coping with work-related problems for the intervention group. **Results:** Already 3 months post-treatment, the intervention group showed a lower rate of job losses (–2.05%, controls: –8.67%) and a reduction in their intention of applying for early retirement (–3.8%, controls: +11.7). Moreover, they exhibited a reduction in a type of inadequate coping related to 'burn-out' and a higher degree of satisfaction with work-related aspects of their inpatient treatment. The work-related intervention turned out to be superior in the promotion of experienced control at work. **Conclusions:** These early results support the feasibility of a work-related inpatient intervention group and emphasize its specific positive work-related effects for individuals with elevated levels of occupational stress. The inclusion of a job-related therapy group into standard inpatient treatment on units for behavioral medicine could improve health-related coping with job-stress. Beneficial socioeconomic effects occur because more individuals of the intervention group remain employed than of the control group.

Einleitung

Zunehmende Arbeitslosigkeit, durch Entlassungen und Umstrukturierungsmaßnahmen erschwerte Arbeitsbedingungen sowie zunehmender Kostendruck auf das Renten- und Gesundheitssystem prägen gegenwärtig die soziale Realität in den westlichen Ländern. Dadurch wird es für psychisch wie physisch vulnerable bzw. bereits psychosomatisch erkrankte und beruflich eingeschränkt leistungsfähige Menschen zunehmend schwierig, sich im Erwerbsleben zu behaupten. So bilden psychosomatische Erkrankungen laut Statistik des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger [VDR, 2004] eine Hauptursache frühzeitiger Berentung: Bei Männern waren 2003 psychische und Verhaltensstörungen nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Kreislaufsystems die dritthäufigste Diagnose für den vorzeitigen Zugang zur gesetzlichen Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Bei Frauen waren psychische Erkrankungen nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sogar zweithäufigster Berentungsgrund. Bei beiden Geschlechtern ist zudem von einem hohen Anteil psychisch mitbedingter Muskel-Skelett-Beschwerden auszugehen.

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit (EU) sind ein zentrales Ziel der zu einem großen Anteil von Rentenversicherungsträgern getragenen stationären psychosomatischen Behandlung [BfA, 2000]. Aus psychologischer Sicht ist zudem die gesundheitsprotektive Bedeutung von Arbeit unbestritten (z.B. durch das Erleben von Handlungsspielräumen oder den Zugang zu positiven sozialen Kontakten; Bürger [1998]). Wechselseitige Zusammenhänge zwischen beruflichem Stress und psychosomatischen Erkrankungen sind gut belegt [z.B. Greif et al., 1991]. Insbesondere hohe psychosoziale und psychomentele Anforderungen im Beruf erwiesen sich als gesundheitsrelevant [Bürger und Koch, 1995; Leidig, 2003; Zielke, 2000]. Aus Sicht der Patienten ist die Bedeutung beruflicher Belastungen für die Entstehung psychosomatischer Beschwerden ausgesprochen hoch. Demgegenüber erweist sich die psychotherapeutische Behandlung beruflicher Probleme wie Mobbing [Leymann, 1993; Schwickerath, 2001], Burnout [Schmitz, 2004] und Rentenbegehren [Bernardy und Sandweg, 2003; Plassmann und Färber, 1995] als ausgesprochen schwierig. Bürger [1997] zufolge werden die in der stationären Psychosomatik erzielten Therapieerfolge nicht unmittelbar im Berufsalltag umgesetzt. Während es in der stationären klinischen Psychotherapie an Umsetzungen berufsbezogener Behandlungskonzepte mangelt, liegen andererseits durchaus evaluierte gesundheitspsychologisch ausgerichtete Therapie- und Schulungsprogramme zur Stressbewältigung und Gesundheitsförderung vor [Bamberg et al., 1998; Kaluza, 1999, 2004].

Vor diesem Hintergrund wurden nur wenige psychosomatische Behandlungsansätze zur Bewältigung beruflicher Probleme entwickelt, und diese meist in unkontrollierten Modellprojekten umgesetzt; so die sozialtherapeutische Beratung

[Czikkely, 1994], berufliche Belastungserprobungen [Beutel et al., 1998; Hillert et al., 1998, 2002] sowie spezifische berufsbezogene Gruppentherapien für Mobbing-Betroffene [Schwickerath, 2001], Patienten mit chronischer Schizophrenie [Hammer und Plöbl, 2001], psychosomatisch Erkrankte in stationärer tiefenpsychologischer Behandlung [Schattenburg et al., 2003] sowie ältere Arbeitnehmer [Beutel et al., 2002]. Gegenstand der vorliegenden Arbeit bildet die Entwicklung und kontrollierte Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen berufsbezogenen Therapiegruppe («Stressbewältigung am Arbeitsplatz», SBA) im Rahmen der stationären psychosomatischen Behandlung. Neben der Erprobung ihrer Umsetzbarkeit und Akzeptanz seitens der Betroffenen ergeben sich folgende Fragestellungen:

- (1) Kann durch eine berufsbezogene Therapiegruppe zusätzlich zur symptomatischen Standardtherapie der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit bei psychosomatisch erkrankten und beruflich hoch belasteten Patienten verbessert werden?
- (2) Kann durch eine zusätzliche berufsbezogene Therapiegruppe die Bewältigung alltäglicher Arbeitsbelastungen verbessert werden?
- (3) Schlägt sich ein erweitertes berufsbezogenes Therapieprogramm in einer erhöhten berufsbezogenen Behandlungszufriedenheit nieder?

Patienten und Methoden

Das gruppentherapeutische Behandlungskonzept

Ziele des berufsbezogenen Gruppenkonzepts sind die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbstätigkeit sowie die Förderung der Bewältigung beruflicher Belastungen. Die Gruppe ist konzipiert als standardisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für 8–10 Patienten im stationären Setting. Mit «psychosomatisch» ist das Spektrum psychischer und psychisch (mit-)bedingter somatischer Beschwerden nach ICD-10 [Dilling et al., 1993] gemeint, insbesondere affektive, Angst- und somatoforme Störungen ohne substanzinduzierte Störungen und Schizophrenien sowie ohne hirnanorganisch bedingte psychische Störungsbilder. Das für 8 Doppelstunden ausgearbeitete Programm umfasst vier Module (Abb. 1) und orientiert sich an einer aus Bedarfsanalysen [Bürger und Koch, 1995] abgeleiteten Rahmenkonzeption [Bürger, 1999]. Zur Förderung des Transfers in den Arbeitsalltag werden den Patienten zahlreiche Arbeitsblätter zur Verfügung gestellt. Die Gruppen wurden nach der zweiten Sitzung als geschlossene Gruppen ohne neue Teilnehmer geführt. Anleiter der Gruppe waren 1–2 qualifizierte und speziell geschulte Diplompsychologen unter Supervision. Im Rahmen der Datenerhebung wurden insgesamt 17 Gruppen mit maximal 10 Teilnehmern unter Studienbedingungen durchgeführt. Ein ausführliches Manual mit standardisierten Instruktionen und Arbeitsblättern diente der Sicherstellung der Behandlungsintegrität.

Modul 1: Das Modul «Berufliches Wohlbefinden / Berufliche Motivation» strebt die Vermittlung eines Erklärungs- und Veränderungsmodells chronifizierter beruflicher Problemlagen an. Dabei soll insbesondere die Motivation zur Beschäftigung mit der oft als aussichtslos erlebten beruflichen Situation gefördert werden. Diese Motivation kann keinesfalls vorausgesetzt werden [Zwerenz et al., 2005]. Ausgangspunkt bildet ein «Be- und Entlastungsmodell» [modifiziert nach Kretschmann, 2000], aus dem sich Lösungsansätze ableiten lassen. Ziel des Modells ist es, den Betroffenen

Abb. 1. Überblick über die Module der Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz»

Modul	Ziele	Intervention
Berufliches Wohlbefinden / Motivation (Sitzungen 1–2)	Förderung der berufsbezogenen Therapiemotivation Vermittlung eines berufsbezogenen Be- und Entlastungsmodells Einsicht in die individuelle psychosoziale Bedeutung der Arbeit Entwicklung von Veränderungszielen zur Lösung eigener beruflicher Probleme Erleben von Austausch und sozialer Unterstützung durch ebenso Betroffene	Psychoedukation anhand von Flipcharts und Overhead-Folien Arbeitsblätter Hausaufgaben
Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten (Sitzungen 3–4)	Sensibilisierung für die Bedeutung des Sozialverhaltens in der Arbeitswelt Vermittlung und Einübung sozialkompetenten Verhaltens, Erweiterung des sozialen Verhaltensrepertoires am Arbeitsplatz Analyse individueller beruflicher Konfliktlagen und Verbesserung der Problemlösefähigkeit Überprüfung sozialer Erwartungshaltungen an Kollegen und Vorgesetzte	Psychoedukation anhand von Flipcharts und Overhead-Folien Arbeitsblätter Rollenspiele mit Rückmeldung Kognitive Techniken Problemlösetraining Hausaufgaben
Arbeitsbewältigung (Sitzungen 5–6)	Vermittlung von Grundlagen der Stressbewältigung, unter anderem Unterscheidung von Stressoren und Stressreaktionen Individuelle Stressanalyse nach SORK, Stresssymptome als Warnsignale erkennen lernen Vermittlung kurz- und langfristiger Stressbewältigungsstrategien Bewertung und Einübung von Stressbewältigungsstrategien, unter anderem Selbstinstruktion und Genussstraining. Überprüfung überhöhter Anspruchshaltungen an die eigene Leistungsfähigkeit Erweiterung und Flexibilisierung des beruflichen Bewältigungsrepertoires	Psychoedukation anhand von Flipcharts und Overhead-Folien Arbeitsblätter SORK-Schema Kognitive Techniken Genusstraining Hausaufgaben
Berufliche (Neu-)Orientierung (Sitzungen 7–8)	Sensibilisierung für Anforderungen in der eigenen Arbeitssituation Sensibilisierung für und Rückmeldung über eigene berufliche Stärken Förderung einer beruflichen Perspektive Sozialtherapeutische Beratung und Training zum Thema «Bewerbungen»	Psychoedukation anhand von Flipcharts und Overhead-Folien Arbeitsblätter Beratung und Rückmeldung Rollenspiele

mehrere Lösungswege aufzuzeigen, etwa durch Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung wie auch eine Überprüfung und Erweiterung des eigenen Bewältigungsverhaltens. Des Weiteren werden psychosoziale Funktionen von Erwerbsarbeit (wie Lebensunterhalt, Sinnstiftung, soziale Kontakte, Kompetenzerwerb und Kompetenzerleben) erarbeitet. Zum Abschluss werden individuelle berufliche Veränderungsziele abgeleitet, z.B. die Verbesserung eigener Erholungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag, oder Anregungen zum Umgang mit einer sozialen Konfliktsituation am Arbeitsplatz.

Modul 2: Das Modul «Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten» orientiert sich an Gruppentrainings der sozialen Kompetenz [z.B. Pfingsten und Hinsch, 1991]. Neben einer Sensibilisierung für die Bedeutung des Sozialverhaltens im Berufsalltag (z.B. durch Unterscheidung von unsicherem und aggressivem gegenüber sozialkompetentem Verhalten) werden in Rollenspielen soziale Problemsituationen bearbeitet. Häufig kommen dabei Konflikte bis hin zu Mobbing-Konstellationen zur Sprache. In diesen Fällen werden nach einer Konfliktsanalyse [vgl. Schreyögg, 2002] Lösungsmöglichkeiten entwickelt. Hierzu wurden mehrere kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken ausgearbeitet, unter anderem die Schritte der Problemlösung [D’Zurilla und Goldfried, 1971], die kognitive Umstrukturierung [Beck, 1999] und Rollenspiele. Die Gruppeninhalte werden durch Hausaufgaben, etwa die individuelle Bearbeitung der Problemlöseschritte, vertieft.

Modul 3: Das Modul «Arbeitsbewältigung» hat die Vermittlung und Einübung arbeitsbezogener Strategien der Stressbewältigung zum Thema. Den konzeptionellen Hintergrund bilden bewährte Stressbewältigungstrainings: Nach der Erstellung einer individuellen Stressanalyse entlang des SORK-Schemas werden typische Stressauslöser identifiziert sowie kurz- und langfristige Stressbewältigungsstrategien [nach Wagner-Link, 1995] vermittelt. Anschließend werden relevante Stressbewältigungsstrategien, z.B. «positive Selbstgespräche» [Meichenbaum, 1985], vertieft bzw. überhöhte und meist perfektionistische Erwartungen an die eigene Leistung sowie Möglichkeiten der Genuss- und Pausengestaltung [vgl. Lutz, 2000] bearbeitet.

Modul 4: Das Modul «Berufliche (Neu-)Orientierung» widmet sich der beruflichen Perspektive. In der 7. Sitzung werden die mit den jeweiligen Berufen verbundenen Anforderungen exploriert sowie die individuellen beruflichen Stärken und Perspektiven herausgearbeitet, die anschließend in der Gruppe vorgestellt werden können. Mit Unterstützung durch sozialtherapeutisch geschultes Personal wird in der letzten Sitzung das Thema der Bewerbungen angeboten. Dabei können Fragen und Befürchtungen (z.B. «Muss ich den Arbeitgeber über meine Essstörung informieren?») geklärt und Anregungen zur Erstellung einer Bewerbungsmappe gegeben werden. Ferner werden Rollenspiele zur Einübung eines Vorstellungsgesprächs durchgeführt.

Abb. 2. Messinstrumente und Messzeitpunkte

Screening (t ₀)	Aufnahme (t ₁)	Entlassung (t ₂)	3-Monats-Follow-up (t ₃)
Erwerbsstatus	AVEM	Erwerbsstatus	Erwerbsstatus
AU-Zeiten	Selbstwirksamkeit	AU-Zeiten	AU-Zeiten
Screening-Items	Lebenszufriedenheit	AVEM	AVEM
Arbeitszufriedenheit	FBTM	Selbstwirksamkeit	Selbstwirksamkeit
Soziale Stressoren	Euthymes Verhalten	Lebenszufriedenheit	Lebenszufriedenheit
Berufliche Sorgen	Erlebte Kontrolle	Arbeitszufriedenheit	Euthymes Verhalten
	SCL-90-R	Soziale Stressoren	Arbeitszufriedenheit
	SF-12	Berufliche Sorgen	Soziale Stressoren
		Erlebte Kontrolle	Berufliche Sorgen
		SCL-90-R	Erlebte Kontrolle
		SF-12	SCL-90-R
		Behandlungszufriedenheit	SF-12
			Behandlungszufriedenheit

Patientenrekrutierung

Die Stichprobe bestand aus 289 beruflich hoch belasteten psychosomatischen Patienten im Alter von 18–50 Jahren, die zwischen April 2002 und Juni 2003 zur stationären psychosomatisch-verhaltensmedizinischen Behandlung in die Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee aufgenommen wurden. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte anhand eines Screenings aller 988 in diesem Zeitraum konsekutiv auf sechs Stationen aufgenommenen Patienten. Einschlusskriterien bildeten 2 objektive Indikatoren beruflicher Beeinträchtigung: bestehende Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) über 12 Wochen innerhalb der letzten 12 Monate, sowie 5 subjektive Einschätzungen: hoher Beitrag beruflicher Probleme zu den psychosomatischen Beschwerden, hohe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerden, ausgeprägte Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten, ausgeprägte Unzufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation, befürchtete Arbeitslosigkeit. Gewertet wurden subjektive Einschätzungen >3 auf einer Skala von «überhaupt nicht» (1) bis «sehr» (5). Zum Einschluss in die Studie waren mehr als 2 der 7 Kriterien beruflicher Belastung zu erfüllen. Auf diese Weise wurden aus Gründen der hohen praktischen und gesundheitlichen Relevanz auch Arbeitslose in die Untersuchung aufgenommen, aber nur solche, die gleichzeitig auch eine ausgeprägte subjektive Belastung durch die berufliche Situation berichteten. Weitere Einschlussbedingungen waren das Einverständnis zur Studienteilnahme und die Teilnahme an mindestens 6 der 8 SBA-Sitzungen. Insgesamt wurden wegen vorzeitiger Beendigung der Gruppenteilnahme – überwiegend aufgrund einer nicht ausreichenden Behandlungsdauer – 8 Patienten (6,0%) aus der Interventionsgruppe ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden überdies Patienten mit Suchterkrankungen sowie Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises in der Hauptdiagnose.

Untersuchungsdesign und Messverfahren

Auf der Basis eines längsschnittlichen Kontrollgruppendesigns mit Zeitstichproben (A-B-A-B) wurden in jeweils zwei Rekrutierungsphasen von 3 Monaten Daten einer Interventionsgruppe (IG) und einer Kontrollgruppe (KG) erhoben. Teilnehmer der IG erhielten psychosomatische Standardtherapie sowie acht SBA-Sitzungen à 100 min. Patienten der KG erhielten bei identischer Behandlungsintensität psychosomatische Standardtherapie sowie acht Sitzungen zu allgemeinem Problemlösen statt SBA. Dem schriftlichen Screening am Aufnahmetag (t₀) folgten die Vergabe umfangreicher Fragebogenpakete bei Aufnahme (t₁), Entlassung (t₂) sowie postalische Katamnesebefragungen 3 Monate (t₃) bzw. 12 Monate (t₄) nach Entlassung (Abb. 2). Damit wurden die Hauptzielgrößen des Erwerbstätigkeitsstatus und der AU-Zeiten sowie Rentenwunsch und die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeitsprognose erfasst. Die berufsbezogene Therapiemotivation wurde mit dem mehrdimensionalen Fragebogen

zur berufsbezogenen Therapiemotivation [FBTM; Zwerenz et al., 2005] erfasst. Als wichtigstes berufsbezogenes Selbsteinschätzungsverfahren wurde das AVEM («Arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster»; Schaarschmidt und Fischer [1996]) eingesetzt. Das AVEM umfasst 66 Items in 11 Subskalen und erlaubt die Beurteilung verschiedener Aspekte der Arbeitsbewältigung, z.B. beruflicher Ehrgeiz, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, offensive Problembewältigung und Erfolgserleben im Beruf. Darüber hinaus kann für jeden Probanden mithilfe von Diskriminanzfunktionen die relative Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einem von vier Bewältigungstypen bestimmt werden. Aus vier clusteranalytisch gebildeten und vielfach validierten [Beutel et al., 2004; Schaarschmidt und Fischer, 2001] Bewältigungstypen lassen sich zwei Risikotypen bestimmen: Typ A (Überforderungstypus mit überhöhtem Engagement, geringer Distanzierungsfähigkeit sowie geringer innerer Ruhe) und Typ B (Burnoutstypus mit vermindertem Engagement, geringer Distanzierungsfähigkeit und überhöhter Resignationstendenz). Außerdem können zwei Gesundheitstypen unterschieden werden: Typ G (Gesundheitstypus mit hohem beruflichem Engagement, offensiver Problembewältigung und bestehender Distanzierungsfähigkeit) und Typ S (Schontypus mit geringem Engagement, geringer Bedeutsamkeit der Arbeit, erhaltener Lebensfreude und innerer Ruhe). Ergänzend wurde die Skala «Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung» [Schwarzer und Jerusalem, 1999] vorgelegt. Zur Erfassung positiven Erlebens und Verhaltens wurden die Skalen «Lebenszufriedenheit» aus den Indikatoren des Reha-Status [IRES; Gerdes und Jäckel, 1992] und «Euthymes Verhalten» [Lutz, 2001] eingesetzt. Als Selbsteinschätzungen beruflicher Belastung wurden die «Arbeitszufriedenheit» [ABB; Neuberger und Allerbeck, 1978], die Skala «Soziale Stressoren am Arbeitsplatz» [Frese und Zapf, 1987], die Skala «Berufliche Sorgen» aus den Indikatoren des Reha-Status [IRES; Gerdes und Jäckel, 1992] und die Skala «Erlebte Kontrolle im Beruf» [Bürger, 1997] erhoben. Zur Erfassung der selbsteingeschätzten beruflichen Leistungsfähigkeit wurde eine hierfür eigens konstruierte Skala eingesetzt: Die anhand von Fachliteratur und klinischer Erfahrung zusammengestellten Leistungsbeurteilungen wie z.B. «Durchsetzungsfähigkeit» und «Konzentrationsfähigkeit» wurden mittels sieben 5-stufiger Items erhoben, aus denen ein Gesamtwert mit guter Reliabilität (Cronbachs Alpha: 0,82) bestimmt werden kann. Die berufsbezogene Behandlungszufriedenheit wurde anhand von 9 Items mit 5-stufigen Zufriedenheitseinschätzungen erhoben, die sich inhaltlich an typischen berufsbezogenen Anliegen wie «Stress» oder «Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten» orientierten. Gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen erfolgten anhand der «Symptom-Checkliste» [SCL-90-R; Franke, 1995] und der Skalen der körperlichen und psychischen Gesundheit in ihrer Kurzform [SF-12; Bullinger und Kirchberger, 1998]. Zur Validität berufsbezogener Verfahren im klinischen Anwendungsfeld sei auf Kirchner [2000] verwiesen. Zur Bewertung der Gruppeninhalte durch

Tab. 1. Vergleich der Entwicklung der Erwerbstätigkeit

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	t ₁ , % (n)	t ₃ , % (n)	Δ _{t1-t3} , %	t ₁ , % (n)	t ₃ , % (n)	Δ _{t1-t3} , %
<i>Erwerbstätige, gesamt</i>	78,19 (104)	76,14 (83)	-2,05	69,04 (107)	60,37 (67)	-8,67
Vollzeit	67,67 (90)	60,55 (66)	-7,12	45,81 (71)	37,84 (42)	-7,97
Halbtags	9,77 (13)	11,92 (13)	+2,15	17,42 (27)	20,73 (23)	+3,31
Ausbildung	0,75 (1)	3,67 (4)	+2,92	5,81 (9)	1,8 (2)	-4,01
<i>Erwerbslose, gesamt</i>	21,8 (29)	23,85 (26)	+2,05	30,97 (48)	39,63 (44)	+8,67
Hausfrau /-mann	0 (0)	0 (0)	0	0 (0)	2,7 (3)	+2,7
Arbeitslos	21,8 (29)	22,02 (24)	+0,22	30,97 (48)	34,23 (38)	+3,26
Rente	0 (0)	1,83 (2)	+1,83	0 (0)	2,7 (3)	+2,7
Gesamt	100 (133)	100 (109)		100 (155)	100 (111)	

die Teilnehmer wurde nach der 4. und 8. Sitzung sowie bei der Katamnese ein selbstentwickelter Evaluationsfragebogen [EVF] eingesetzt. Anhand von 20 Items werden die Teilnehmer der SBA um ihre direkte Bewertung der Therapiegruppe gebeten (Beispielitem: «Durch meine Teilnahme an der Therapiegruppe «Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)» kann ich mir vorstellen, mit stressigen Situationen im Arbeitsalltag besser umgehen zu können.»; Einschätzungen von «stimmt gar nicht» (1) bis «stimmt völlig» (5)).

Statistische Auswertung

Nach Überprüfung von Gruppenunterschieden im Ausgangswert (t₁) (t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Chi²-Tests) wurden Gruppenunterschiede zwischen IG und KG mithilfe einfaktorierlicher Kovarianzanalysen mit Ausgangswert bei Aufnahme und relevanten Störvariablen als Kovariaten berechnet [z.B. Vickers und Altman, 2001]. Bei A-priori-Gruppenunterschieden wurde zum Erhalt von Stichprobengröße und statistischer Power die Methode einer kovarianzanalytischen Kontrolle einer nachträglichen Parallelisierung vorgezogen. Gruppenunterschiede nicht-metrischer Variablen wurden mit Chi²-Tests überprüft. Verlaufunterschiede wurden mithilfe von t-Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Bei der Testung mehrerer Variablen zu einem Hypothesenbereich wurde aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung und Interkorrelationen der abhängigen Variablen auf eine Bonferroni-Korrektur verzichtet, um eine konservative Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden [vgl. Bortz, 1999]. Bei 87,4% signifikanten Interkorrelationen der Variablen eines Hypothesenbereichs fielen diese mit durchschnittlich r = 0,35 hoch aus. Zur Beurteilung der Höhe der Behandlungseffekte wurden Effektstärkemaße d nach Cohen bestimmt. Werte um d = 0,20 werden als schwache Effekte, um d = 0,50 als mittlere Effekte und ab d = 0,80 als starke Effekte beurteilt [Cohen, 1988]. Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows in der Version 11.5.

Stichprobenbeschreibung

Mit 133 Teilnehmern in der SBA-Gruppe (IG) und 156 Teilnehmern in der Problemlösegruppe (KG) wurden die nach Poweranalysen angestrebten Fallzahlen von >120 pro Gruppe erfüllt. Mit 78,9% war die Rücklaufquote 3 Monate nach Entlassung befriedigend. Bei Aufnahme bestanden keine Gruppenunterschiede in Behandlungsdauer (M = 56,4 Tage), AU-Zeiten (M = 16,9 Wochen in 12 Monaten) und beruflichem Status (17,7% Arbeiter, 62,1% Angestellte, 8,2% Beamte, 3,9% Selbständige und 8,1% in Ausbildung/andere). Ebenso bestanden keine Ausgangsunterschiede in den Hauptdiagnosen, die durch regelmäßig in ICD-10-Diagnostik geschulte Bezugstherapeuten gestellt wurden: Mit 32,6% waren Depressionen am häufigsten, gefolgt von Angststörungen (16,1%), Essstörungen (15,1%) und somatoformen Störungen (10,9%). Ein erhöhter Frauenan-

teil in der KG (69,2%) gegenüber der IG (57,9%) und ein erhöhter Anteil Vollzeitbeschäftigter in der IG (67,7%; KG: 45,8%) wurden bei anschließenden Gruppenvergleichen kovarianzanalytisch kontrolliert. Weiterhin ergaben sich trotz des kontrollierten Zeitstichprobendesigns Gruppenunterschiede bei der berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). Aufgrund einer bedeutsam erhöhten «Veränderungsabsicht» (Subskala 1: t = 6,786, df = 249,83, p = 0,000***, d = 0,82) und eines höheren «berufsbezogenen Gesamtmotivationscores» (t = 4,145, df = 256,38, p = 0,000***, d = 0,50) bei Teilnehmern der IG soll auch der FBTM-Gesamtscore bei Gruppenvergleichen kovarianzanalytisch kontrolliert werden.

Ergebnisse

Indikatoren der Erwerbstätigkeit

Tabelle 1 verdeutlicht die Entwicklung der Erwerbstätigkeit von der Aufnahme (t₁) bis 3 Monate nach Entlassung (t₃) für die beiden Untersuchungsgruppen. Wider Erwarten wird in keiner der beiden Untersuchungsgruppen eine Zunahme der Erwerbstätigkeit, also keine insgesamt verbesserte berufliche Wiedereingliederung, erreicht. Bei Aufnahme unterscheidet sich der Anteil der Erwerbstätigen in IG und KG nicht signifikant (Chi² = 3,07; p = 0,08 n.s.). Drei Monate nach Entlassung hingegen ist, bedingt durch eine stärkere Abnahme der Erwerbstätigkeit in der KG, ein signifikanter Gruppenunterschied festzustellen (Chi² = 6,32; p = 0,012*). Insgesamt fällt somit die Entwicklung der Erwerbstätigkeit (return to work) in der IG günstiger aus als in der KG. Für AU-Zeiten innerhalb der 3 Monate nach Entlassung ist kein bedeutsamer Gruppenunterschied festzustellen (IG: M = 3,33 Wochen; KG: M = 3,69 Wochen).

Patienten der IG schätzten ihre berufliche Perspektive günstiger ein als Patienten der KG: Nachdem die beiden Untersuchungsgruppen bei Aufnahme zu vergleichbaren Anteilen Rentenpläne äußern («Planen Sie einen Rentenanspruch zu stellen?»: IG: 8,7%; KG: 7,9%), ist in der IG 3 Monate nach Entlassung eine Abnahme der Rentenabsicht zu beobachten (-3,8%), bei einer Zunahme der Rentenpläne in der KG (+11,7%) (Chi² = 4,50; p = 0,034*). Desgleichen lag die Inanspruchnahme beruflicher Reha-Maßnahmen (überwiegend

Tab. 2. Vergleich der Entwicklung berufsbezogener Belastungseinschätzungen

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p _{t1-t3} (d)	p _{IG-KG} (d)
	M _{t1} (SD)	M _{t3} (SD)	M _{t1} (SD)	M _{t3} (SD)		
Berufliche Sorgen ¹	2,27 (0,73)	2,08 (0,72)	2,22 (0,61)	2,16 (0,67)	0,017* (-0,18)	0,138 (-0,11)
Soziale Stressoren am Arbeitsplatz ²	3,03 (0,89)	2,68 (0,77)	2,52 (0,87)	2,45 (0,84)	0,006** (-0,24)	0,956 (0,29)
Arbeitszufriedenheit ³	3,67 (0,98)	4,07 (1,08)	4,17 (0,99)	4,28 (1,03)	0,002** (0,22)	0,272 (-0,19)
Erlebte Kontrolle im Beruf ²	2,50 (0,61)	2,82 (0,67)	2,70 (0,72)	2,75 (0,61)	0,000*** (0,32)	0,047* (0,10)

¹Selbsteinschätzungen von (1) «nie» bis (4) «immer».

²Selbsteinschätzungen von (1) «überhaupt nicht» bis (5) «sehr».

³Selbsteinschätzungen von (1) «sehr unzufrieden» bis (7) «sehr zufrieden».

p_{t1-t3}: Ergebnisse von t-Tests für abhängige Stichproben auf Verlaufsunterschiede zwischen t₁ und t₃; p_{IG-KG}: Ergebnisse von Kovarianzanalysen auf t₃-Gruppenunterschiede zwischen erwerbstätigen Patienten der IG (n = 78) und KG (n = 61);

d: Effektstärken nach Cohen.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Tab. 3. Vergleich der Entwicklung der AVEM-Bewältigungstypen

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	IG _{t1} , % (n)	IG _{t3} , % (n)	Δ _{t1-t3} , %	KG _{t1} , % (n)	KG _{t3} , % (n)	Δ _{t1-t3} , %
<i>Gesundheitstypen gesamt</i>	2,4 (3)	19,8 (18)	+17,4	6,4 (8)	12,8 (12)	+6,4
Gesundheitstypus G	0,0 (0)	2,2 (2)	+2,2	2,4 (3)	3,2 (3)	+0,8
Schontypus S	2,4 (3)	17,6 (16)	+15,2	4,0 (5)	9,6 (9)	+5,6
<i>Risikotypen gesamt</i>	97,6 (121)	80,2 (73)	-17,4	93,6 (117)	87,2 (82)	-6,4
Überforderungstypus A	20,2 (25)	16,5 (15)	-3,7	31,2 (39)	9,6 (9)	-21,6
Burnouttypus B	77,4 (96)	63,7 (58)	-13,7	62,4 (78)	77,7 (73)	+15,3

Prozentuale Anteile der AVEM-Bewältigungstypen nach tendenzieller Typenzuordnung.

die stufenweise Wiedereingliederung) bei Teilnehmern der SBA (26,1%) bedeutsam höher als bei Teilnehmern der KG (12,3%) (Chi² = 6,97; p = 0,008*).

Selbsteinschätzungen der beruflichen Belastung

In die Auswertungen der Arbeitsbelastung gehen nur Patienten ein, von denen aufgrund einer bestehenden Erwerbstätigkeit zu beiden Befragungszeitpunkten sinnvolle Selbsteinschätzungen vorliegen (IG: n = 78, KG: n = 61). Zwischen Aufnahme (t₁) und 3-Monats-Nachbefragung (t₃) nehmen wie erwartet in beiden Gruppen die Selbsteinschätzungen negativer Arbeitserlebensaspekte (berufliche Sorgen und soziale Stressoren am Arbeitsplatz) signifikant ab. Für positive Arbeitserlebensaspekte (erlebte Kontrolle am Arbeitsplatz und Arbeitszufriedenheit) ist erwartungsgemäß eine signifikante Zunahme festzustellen (Tab. 2). Bezüglich beruflicher Sorgen, sozialer Stressoren und Arbeitszufriedenheit ist 3 Monate nach Entlassung kein bedeutsamer Unterschied zwischen IG und KG festzustellen. Hingegen erweist sich die SBA als überlegen in der Förderung des Kontrollerlebens am Arbeitsplatz.

Selbsteinschätzungen der Arbeitsbewältigung

Zur Erfassung von Aspekten der Arbeitsbewältigung wurde das AVEM eingesetzt. In allen Subskalen sind in t-Tests für

die Gesamtstichprobe signifikante Veränderungen in erwarteter Richtung festzustellen (d = |0,13|*** bis d = |0,64|***). Die stärksten Veränderungen zwischen t₁ und t₃ sind in einer Abnahme des Perfektionsstrebens (t = 7,642, df = 214, p = 0,000***, d = -0,45) sowie einer Abnahme der Verausgabungsbereitschaft (t = 7,784, df = 213, p = 0,000***, d = -0,50) sowie einer Zunahme der Distanzierungsfähigkeit (t = 9,173, df = 212, p = 0,000***, d = 0,64) zu beobachten. Während kovarianzanalytische Gruppenvergleiche der Subskalenwerte von IG und KG keine Behandlungseffekte der SBA zeigen, finden sich Gruppenunterschiede bei der Entwicklung der Bewältigungstypen (Tab. 3). Erwartungsgemäß ist in der IG eine stärkere Abnahme des Burnouttypus (B) bei einer stärkeren Zunahme des Schontypus (S) zu beobachten. Insbesondere bezüglich Typ B fällt der Gruppenunterschied deutlich aus. Eine stärkere Abnahme des Überforderungstypus A in der KG widerspricht den Erwartungen. Für den bei Aufnahme unterrepräsentierten Gesundheitstypus (G) kann durch keine der beiden Behandlungsbedingungen eine substanzielle Zunahme erreicht werden. Insgesamt nehmen die beiden Gesundheitstypen (G und S) in der IG stärker zu als in der KG. Aufgrund von Zelhäufigkeiten <5 ist jedoch keine inferenzstatistische Prüfung durch Chi²-Test möglich.

Das Bewältigungserleben und -verhalten (Selbstwirksamkeit, euthymes Verhalten etc.) nimmt in allen erfassten Aspekten

Tab. 4. Vergleich der Bewertung berufsbezogener Behandlungsmaßnahmen 3 Monate nach Entlassung

	M _{IG} (SD)	M _{KG} (SD)	p	d
Beruflicher Stress	3,44 (0,92)	2,72 (1,28)	0,000**	0,65
Berufliche (Neu-)Orientierung	2,94 (1,24)	2,58 (1,21)	0,146	0,29
Bewerbungen	2,38 (1,22)	1,68 (0,99)	0,000**	0,63
Konflikte mit Kollegen	3,28 (0,93)	2,53 (1,26)	0,000**	0,68
Konflikte mit Vorgesetzten	3,07 (1,07)	2,55 (1,24)	0,017*	0,45
Pausengestaltung	3,38 (0,97)	2,81 (1,35)	0,001*	0,49
Zeitdruck / Arbeitsorganisation	3,18 (1,08)	2,64 (1,34)	0,008*	0,45
Arbeitsmotivation	3,17 (1,10)	2,46 (1,20)	0,001*	0,62
Gesamtbewertung berufl. Inhalte	3,61 (1,01)	2,83 (1,29)	0,000**	0,68

Selbsteinschätzungen («Inwieweit war Ihnen die Therapie bzgl. folgender beruflicher Inhalte hilfreich ...») von «überhaupt nicht» (1) bis «sehr» (5).

p-Werte: Ergebnisse univariater Kovarianzanalysen auf Gruppenunterschiede zu t₃.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

d: Effektstärken nach Cohen.

zwischen t₁ und t₃ signifikant zu. Hingegen beschränken sich Gruppenunterschiede zwischen SBA-Teilnehmern und KG-Teilnehmern auf die Subskala Lebenszufriedenheit (IRES): 3 Monate nach Entlassung ist die Lebenszufriedenheit in der IG bedeutsam höher (F(1,203) = 4,272; p = 0,040*, d = 0,31).

Psychosomatische Beschwerden

In der SCL-90-R sind über die 3 Monate nach Entlassung hinweg für alle Patienten (Gesamtstichprobe) stabile mittlere Behandlungseffekte festzustellen (d = -0,33*** bis -0,53*** in SCL-90-R Subskalen). Im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt werden bei 3-Monats-Nachbefragungen bei allen untersuchten Patienten in allen erfragten SCL-90-R Subskalen (z.B. Somatisierung, Depressivität und phobische Angst) hochsignifikant geringere Symptombelastungen berichtet, daher eine signifikante Symptomreduktion im Globalen Beschwerdeindex (t = -16,560, df = 204, p = 0,000***, d = -0,39).

Erwartungsgemäß sind bei identischer symptomatischer Standardtherapie 3 Monate nach Entlassung keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen IG und KG festzustellen. Desgleichen finden sich im SF-12 hochsignifikante Verlaufseffekte zwischen t₁ und t₃, ohne bedeutsame Gruppenunterschiede zwischen IG und KG 3 Monate nach Entlassung (t₃). 3 Monate nach Entlassung ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede der Inanspruchnahme ambulanten ärztlicher Versorgung, ambulanten Psychotherapie oder weiterer stationärer Aufenthalte. Allerdings findet sich ein höherer Anteil an Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe bei Patienten der SBA-Gruppe (13,5%, KG: 4,5%, Chi² = 5,592, p = 0,020*).

Zufriedenheit mit berufsbezogenen Behandlungsinhalten

Bei der 3-Monats-Nachbefragung (t₃) wurde erhoben, wie hilfreich die stationäre Therapie bezüglich beruflicher Inhalte erlebt wurde. Wie Tabelle 4 zeigt, war die Behandlungszufriedenheit bezüglich fast aller erfragten beruflichen Inhalte bei

den Teilnehmern der IG bedeutsam höher als bei jenen der KG, mit Effektstärken mittlerer Höhe. Lediglich das Thema der beruflichen Neuorientierung ließ sich – den Erfahrungen der Anleiter der Therapiegruppe entsprechend – nicht bedeutsam zufriedener stellender beeinflussen. Erwartungsgemäß beschränkte sich dieser Gruppenunterschied auf berufsbezogene Inhalte. Bezüglich privater und gesundheitsbezogener Behandlungsinhalte fanden sich nach Teilnahme an derselben Standardtherapie zum 3-Monats-Katamnesezeitpunkt keine substanziellen Gruppenunterschiede.

Die direkte Patientenbewertung (EVF) der SBA-Gruppeninhalte bei den 3-Monats-Nachbefragungen ergab, dass insbesondere psychoedukative Therapieelemente, die Einsicht in Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit vermitteln (M_{IG} = 3,70) sowie als praktische Anregungen für den Arbeitsalltag von Nutzen sein können, (M_{IG} = 3,44) positiv bewertet wurden. Auch Anregungen zum Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten (M_{IG} = 3,28) sowie die Möglichkeit, sich mit ebenso Betroffenen auszutauschen (M_{IG} = 3,26), erreichten die Zustimmung der Patienten.

Diskussion

Die Ergebnisse mehrerer Variablenbereiche weisen auf eine bedeutsame Verbesserung stationärer psychosomatischer Standardtherapie durch Einbezug einer berufsbezogenen Therapiegruppe hin:

Verbesserung der Wiederherstellung bzw. des Erhalts der Erwerbstätigkeit (Frage 1): 3 Monate nach Entlassung ist für Patienten der IG eine bedeutsam günstigere Entwicklung der Erwerbstätigkeit festzustellen. Dabei ist für alle Befragten im Untersuchungszeitraum eine Abnahme der Erwerbstätigkeitsquote zu beobachten. Dies weist auf die Dringlichkeit der Weiterentwicklung berufsbezogener Behandlungsmaßnahmen

hin. Durch den Einbezug der SBA kann die Quote des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben zumindest reduziert und eine Verdrängung beruflich hoch belasteter psychosomatischer Patienten aus dem Erwerbsleben zumindest gemildert werden, auch wenn dies langfristig nicht befriedigt. Von hohem sozialpolitischem Interesse ist die deutliche Überlegenheit der berufsbezogenen Intervention in Bezug auf die Reduktion von Rentenabsichten, die nach Standardtherapie sogar zunahmen.

Verbesserung der Bewältigung alltäglicher Arbeitsbelastungen (Frage 2): Ergebnisse berufsbezogener Selbsteinschätzungsverfahren, insbesondere des AVEM, sprechen für die spezifische Wirksamkeit der SBA auf die Bewältigung beruflicher Problemlagen. Entgegen der Erwartungen kann weder in AVEM-Subskalen noch in beruflichen Belastungseinschätzungen wie z.B. einer angestrebten Reduktion sozialer Stressoren am Arbeitsplatz, eine Überlegenheit der SBA-Intervention gefunden werden. Dies entspricht angloamerikanischen Erfahrungen fehlenden Transfers bei Ansätzen der Reduktion von beruflichem Stress [Murphy und Sauter, 2003]. Bei AVEM-Profilauswertungen hingegen zeigt sich eine Überlegenheit der SBA-Intervention: Im Gegensatz zur KG kann in der IG eine Reduktion des Burnouttypus erreicht werden. Eine stärkere Reduktion des Risikotypus «Typ A» in der KG ist unter anderem auf allgemeine Therapieeffekte und auf einen in der KG erhöhten Anteil dieses Bewältigungstyps bei Aufnahme zurückzuführen. Zur Prüfung der statistischen Signifikanz dieses Befundes ist eine Replikation an einer größeren Stichprobe notwendig. Weiterhin wird bei Patienten der IG eine überlegene Zunahme des beruflichen Kontrollerlebens erreicht, das sich als wesentlich für die psychosomatische Gesundheit erwiesen hat. Desgleichen findet sich infolge der stationären Therapie bei allen befragten Patienten eine Zunahme von Bewältigungseinschätzungen wie z.B. der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, deren Bedeutung für die berufliche Wiedereingliederung bekannt ist [Wanberg et al., 1996]. Allerdings ist auch für diese Variable bis auf eine bei Interventionspatienten erhöhte allgemeine Lebenszufriedenheit (IRES) 3 Monate bei Entlassung keine spezifische Überlegenheit der SBA-Intervention festzustellen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse psychodiagnostischer Selbsteinschätzungsverfahren ist zunächst zu berücksichtigen, dass auch die Standardtherapie (KG) eine statistisch und klinisch bedeutsame Verbesserung berufsbezogener Selbsteinschätzungen bewirkt. Dies entspricht Befunden von Zielke [1995b], der eine Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie auf arbeitsbezogene Outcome-Variablen zeigt. Eine effektive, qualitativ hochwertige Standardtherapie schränkt die Nachweisbarkeit weiterer substantieller Verbesserungen durch Einbezug einer berufsbezogenen Intervention ein. Dabei ist der Befragungszeitraum von 3 Monaten nach Entlassung vergleichsweise kurz für einen Transfer stationärer Behandlungseffekte. Zur Beurteilung längerfristiger Effekte der SBA ste-

hen die Ergebnisse von Nachbefragungen 12 Monate nach Entlassung aus.

Verbesserung der berufsbezogenen Behandlungszufriedenheit (Frage 3): Angaben der Behandlungszufriedenheit weisen eindeutig in Richtung einer Überlegenheit der berufsbezogenen Intervention. Die Ergebnisse entsprechen früheren Untersuchungen, die auf einen spezifischen Beitrag berufsbezogener Interventionen hinweisen [Lange et al., 2004]. Eine Verbesserung der Behandlungszufriedenheit erweist sich als spezifisch für berufsbezogene Inhalte.

Bewertung der eingesetzten berufsbezogenen Messverfahren

Bei der Mehrzahl berufsbezogener Selbsteinschätzungsskalen ist die Skalengültigkeit im klinischen Setting zumindest ungeklärt. Eine Ausnahme bilden Validitätshinweise zum AVEM an einer klinischen Stichprobe [Beutel et al., 2004]. Kontrollierte Evaluationen zu berufsbezogenen Fragestellungen im klinischen Anwendungsbereich sind ausgesprochen selten, ebenso wie die berufliche Perspektive in klinischen Studien nur selten berücksichtigt wird [z.B. Kaluza et al., 2002]. Entsprechend ist wenig über die Anwendbarkeit berufsbezogener Messverfahren bekannt. In der vorliegenden Arbeit kam ein Teil der berufsbezogenen Messverfahren erstmals im klinischen Setting zur Anwendung. Nachweisbare Verlaufseffekte weisen auf eine entsprechende Validität der Verfahren hin, die weiter geklärt werden sollte. Für Anregungen zur Weiterentwicklung berufsbezogener Coping-Messinstrumente siehe Ptacek und Pierce [2003].

Bewertung von Inhalten und Praktikabilität der SBA

Die referierten Ergebnisse sowie die hohe Akzeptanz des Therapieangebots seitens der Teilnehmer und der Therapeuten unterstreichen die hohe Relevanz spezifischer berufsbezogener Behandlungsangebote für beruflich belastete psychosomatische Patienten. Aufbau und Ausarbeitung der Gruppe haben sich bei der Durchführung für Therapeuten wie auch Patienten gut bewährt. Insbesondere die Mischung aus psychoedukativen Elementen und Übungen bei überschaubarer Gruppengröße und die Kombination aus interaktionellen und stressbezogenen Materialien und Übungen mit Arbeitsbezug entsprachen den Erwartungen der Patienten. Trotz anfänglicher Zweifel («Mit meinen beruflichen Problemen beschäftige ich mich, wenn es mir wieder besser geht ...», vgl. Czikkely und Limbacher [1998]) erwies sich eine berufsbezogene Therapiegruppe als sehr gut praktikabel und als gute Ergänzung zu den symptomatischen Behandlungszielen. Die umfangreichen Konsequenzen, die eine psychische Erkrankung für die berufliche Situation der Betroffenen haben können, legen nahe, Aspekten der Erwerbssituation in der Erforschung wie auch der Behandlung psychischer Störungsbilder einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen.

Literatur

- Bamberg E, Ducki A, Metz A-M: Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung: Arbeits- und Organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen, Hogrefe, 1998.
- Beck J: Praxis der kognitiven Therapie. Weinheim, Beltz PVU, 1999.
- Bernardy K, Sandweg R: Frühberentung: Bedingung und Folgen – Eine retrospektive Untersuchung zur Prognostik der Frührente und dem Krankheitsverlauf nach vorzeitiger Berentung. *Nervenarzt* 2003;74:406–412.
- Beutel ME, Kayser E, Vorndran A, Schlüter K, Bleichner F: Berufliche Integration psychosomatisch Kranker – Ergebnisse einer Verlaufsstudie mit Teilnehmern der beruflichen Belastungsrehabilitation. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 1998;42:22–27.
- Beutel ME, Zwerenz R, Kayser E, Schattenburg L, Knickenberg RJ: Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? *Z Klin Psych Psychoth* 2004;33:110–119.
- Beutel ME, Gerhard C, Kayser E, Gustson D, Weiss B, Bleichner F: Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. *Gruppenpsychother Gr* 2002;38:313–334.
- Bortz J: Statistik für Sozialwissenschaftler, ed 5. Berlin, Springer, 1999.
- Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36): Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen, Hogrefe, 1998.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Berlin, BfA, 2000.
- Bürger W: Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation: Eine Längsschnittuntersuchung. Göttingen, Huber, 1997.
- Bürger W: Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. *Z Gesundheitspsychol* 1998;6(3):137–150.
- Bürger W: Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 1999;31:9–21.
- Bürger W, Koch U: Arbeitsbelastungen und ihre Bedeutung für Patienten zu Beginn von stationärer psychosomatischer Fachbehandlung. *Z Med Psychol* 1995;2:66–78.
- Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, Academic Press, 1988.
- Czikkely M: Soziotherapie in der stationären Rehabilitation; in Zielke M, Sturm J (Hrsg): *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim, PVU, 1994, pp 451–460.
- Czikkely M, Limbacher K: «Meine beruflichen Schwierigkeiten bewältige ich, wenn es mir wieder besser geht ...». Berufsbezogene Behandlungsansätze während eines stationären Heilverfahrens. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 1998;11: 4–10.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kap. V: Klinisch-diagnostische Leitlinien*, ed 2. Bern, Huber, 1993.
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR: Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971;78:107–126.
- Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version, Manual. Göttingen, Beltz Test, 1995.
- Frese M, Zapf D: Eine Skala zur Erfassung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz. *Z Arbeitswiss* 1987;41: 134–141.
- Gerdes N, Jäckel WH: Indikatoren des Reha-Status (IRES) – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Rehabilitation* 1992;31:73–79.
- Greif S, Bamberg E, Semmer N: Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen, Hogrefe, 1991.
- Hammer M, Plößl I: Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit (ZERA) – Ein Schulungsprogramm für die medizinisch-berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen. *Rehabilitation* 2001;40:28–35.
- Hillert A, Cuntz U, Heldwein C, Froben B, Fichter M: Die berufliche Belastungsrehabilitation im Rahmen klinisch-stationärer Verhaltenstherapie: Praktische Durchführung, soziodemographische und psychologische Charakteristika der Patienten als Verlaufsprädiktoren. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 1998;42:28–34.
- Hillert A, Staedtke D, Cuntz U: Berufliche Belastungsrehabilitation als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 2002;58:94–100.
- Kaluza G: Gelassen und sicher im Streß: Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung. Berlin, Springer, 1996.
- Kaluza G: Effekte eines kognitiv-behavioralen Stressbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden: Eine randomisierte, prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention. *Z Klin Psychol* 1998;27:234–243.
- Kaluza G: Programme zur Gesundheitsförderung: Sind die Effekte eines primär-präventiven Streßbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. *Z Gesundheitspsychol* 1999;7:88–95.
- Kaluza G: Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin, Springer, 2004.
- Kaluza G, Hanke C, Keller S, Basler H-D: Salutogene Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen: Moderieren soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit und sportliche Aktivität den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Rückenschmerzaktivität? *Z Kl Psychol Psychoth* 2002;31:159–168.
- Kirchner F: Arbeitsplatzbezogene Messverfahren in der Psychosomatik: Das Problem der Repräsentativität. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 2000;50:4–12.
- Kretschmann R: Stressmanagement für Lehrerinnen und Lehrer: Ein Trainingsbuch mit Kopiervorlagen. Weinheim, Beltz, 2000.
- Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B, Smit M: 'Interapy' Burn-out: Prävention und Behandlung von Burnout über das Internet. *Verhaltenstherapie* 2004;14: 190–199.
- Leidig S: Arbeitsbedingungen und psychische Störungen. Lengerich, Pabst Science, 2003.
- Leymann H: Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Hamburg, Rowohlt, 1993.
- Lutz R: Euthyme Therapie; in Margraf J (Hrsg): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, ed 2. Berlin, Springer, 2000, vol 1, pp 447–463.
- Lutz R: Das Marburger Untersuchungs-Inventarium. Philipps-Universität Marburg, FB Psychologie, unveröffentlicht, 2001.
- Meichenbaum D: *Stress Inoculation Training*. New York, Pergamon, 1985.
- Murphy LR, Sauter SL: The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Aust Psychol* 2003;38:151–157.
- Neuberger O, Allerbeck M: *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)*. Stuttgart, Huber, 1978.
- Pfingsten U, Hinsch R: *Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK)*. Grundlagen, Durchführung, Materialien, ed 2. Weinheim, PVU, 1991.
- Plassmann R, Färber K: *Rentenentwicklungen bei psychosomatisch Kranken*. *Rehabilitation* 1995;34:23–27.
- Ptacek JT, Pierce GR: Issues in the study of stress and coping in rehabilitation settings. *Rehabil Psychol* 2003; 48:113–124.
- Schaarschmidt U, Fischer AW: *AVEM Arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster – Manual*. Frankfurt, Swets Test Services, 1996.
- Schaarschmidt U, Fischer AW: *Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2001.
- Schattenburg L, Knickenberg RJ, Zwerenz R, Beutel ME: Effekte tiefenpsychologisch fundierter Fokalthherapie bei beruflich stark belasteten Patienten im stationären Setting. *Psychother Psych Med* 2003;53: 134.
- Schmitz E: Burnout: Befunde, Konzepte und Grenzen eines populären Konzepts; in Hillert A, Schmitz E (Hrsg): *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern*. Stuttgart, Schattauer, 2004, pp 51–68.
- Schreyögg A: *Konfliktcoaching: Anleitung für den Coach*. Frankfurt, Campus, 2002.
- Schwarzer R, Jerusalem M: Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit. Rev 1999, www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit.
- Schwickerath J: Mobbing am Arbeitsplatz: Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut* 2001;46:199–213.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt/M., VDR, 2004, vol 149.
- Vickers AJ, Altman DG: Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *BMJ* 2001;323:1123–1124.
- Wagner-Link A: Verhaltenstraining zur Streßbewältigung: Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. München, Pfeiffer, 1995.
- Wanberg CR, Watt JD, Rumsey DJ: Individuals without jobs: An empirical study of job-seeking behavior and reemployment. *J Appl Psychol* 1996;81:76–87.
- Zielke M: Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 1995a;32:271–281.
- Zielke M: Veränderungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Verhaltenstherapie. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 1995b;30:104–130.
- Zielke M: Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 2000;50:13–27.
- Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L, Beutel ME: Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation* 2005;44:14–23.