Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Konzeption und Evaluation der gruppentherapeutischen Intervention zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen „Gesund bleiben im Beruf“

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie

vorgelegt von:

Linus Wittmann

aus Henstedt-Ulzburg

2018

Vorgelegt von: Linus Wittmann

Matrikelnummer: 548134

Erste Gutachterin: Prof. Dr. Petra Hampel

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Gunter Groen

Datum der Abgabe: 01.03.2018

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung, wie z. B. Patient/-innen oder Therapeuten/-innen verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 1

Zusammenfassung 2

Abstract 5

1 Problemstellung und Überblick 7

2 Theoretischer Teil 9
2.1 Arbeit und psychische Störungen 9
2.1.1 Arbeit und Gesundheit damals - die Marienthal-Studie 9
2.1.2 Entwicklung von Arbeit und Arbeitsbedingungen 10
2.1.3 Arbeitsunfähigkeit 11
2.1.4 Haus der Arbeitsfähigkeit 13
2.1.5 Arbeitsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit 15
2.1.6 Psychische Belastungsrisiken durch Arbeit 16
2.1.7 Psychische Störungen 19
2.1.8 Epidemiologie psychischer Störungen und Arbeitsunfähigkeit 21
2.1.9 Sozialwirtschaftliche Folgen von Arbeitsunfähigkeit 25
2.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapierationale 29
2.3 Gruppentherapie 33
2.3.1 Gruppentherapie und Wirksamkeit 33
2.3.2 Gruppentherapeutische Wirkfaktoren 35
2.3.3 Strukturelle Gründe für ein gruppentherapeutisches Angebot 37
2.4 Ziele der Studie 38
2.5 Studienplanung 41
2.5.1 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung 42
2.5.2 Die Kombination aus summativer und formativer Evaluation 45
2.6 Interventionen mit Schwerpunkt Arbeitsfähigkeit 46
2.6.1 Deutschsprachige Interventionen mit Schwerpunkt Arbeitsfähigkeit 48
2.7 Anforderungen an die Intervention 50
2.8 Das Manual *Gesund bleiben im Beruf* 56

3 Fragestellung und Hypothesen 63

4 Methode 66
4.1 Begründung des Mixed Methods Ansatz 66
4.2 Studiendesign und Durchführung 67
4.3 Stichprobenauswahl 70
4.4 Quantitative Datenerhebung 71
4.4.1 Hamburger Module 71
4.4.2 Symptomcheckliste-90-Standard 72
4.4.3 Work Ability Index 73
4.4.4 Falkenried Fragebogen zum Berufsleben 73
4.5 Qualitative Datenerhebung 75
4.6 Datenanalyse 78

4.7 Modulevaluation durch Patienten ... 79
4.8 Therapeutenevaluation und Behandlungsintegrität ... 79
4.9 Statistische Analyse ... 80
4.9.1 Reliable Change Index ... 81

5 Ergebnisse ... 83
5.1 Stichprobenbeschreibung ... 83
5.1.1 Psychopathologie ... 83
5.1.2 AU-Zeiten ... 86
5.1.3 AU-bezogene Variablen ... 87
5.2 Quantitative Ergebnisse ... 90
5.2.1 AU-bezogene Variablen ... 90
5.2.2 Psychopathologie ... 95
5.2.3 Psychosoziale Gesundheit ... 103
5.3 Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (post-hoc) ... 105
5.4 Differentielle Wirksamkeit ... 108
5.5 Qualitative Ergebnisse ... 109
5.5.1 Therapeutische und inhaltliche Wirkfaktoren ... 109
5.5.2 Zufriedenheit mit der Gruppentherapie ... 117
5.5.3 Gruppenzusammensetzung ... 118
5.5.4 Subjektive Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ... 119
5.5.5 Subjektive Verbesserung der psychischen Beschwerden ... 121
5.5.6 Veränderungswünsche der Patienten ... 122
5.5.7 Berufliche Perspektiven und Arbeitsmotivation ... 122
5.6 Modulevaluation durch Patienten ... 124
5.7 Therapeutenevaluation und Behandlungsintegrität ... 126

6 Diskussion ... 128
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 128
6.1.1 Überprüfung der Kriterien guter Praxis ... 140
6.2 Limitationen ... 142
6.3 Implikationen ... 146
6.3.1 Implikationen für die Praxis ... 146
6.3.2 Implikationen für die Forschung ... 151
6.4 Zusammenfassung ... 154

7 Literaturverzeichnis ... 156

Anhang ... 183

Anhang A Tabellen- und Abbildungsverzeichnis ... 183

Anhang B Beispielarbeitsblatt ... 188

Anhang C Modulevaluation für Patienten ... 190

Anhang D Modulevaluation für Therapeuten ... 191

Anhang E Fragen für das strukturierte Interview ... 193

Anhang F Patientenfragebogen ... 194

Anhang G Ethikvotum ... 213

Anhang H Patienteninformation 215
Anhang I Einwilligungserklärung 218
8 Eidesstaatliche Versicherung 221
9 Danksagung 222

Abkürzungsverzeichnis

AAM	**Allgemeine Arbeitsmotivation**
AB	**Arbeitsblatt**
ACT	**Akzeptanz- und Commitmenttherapie**
AU	**Arbeitsunfähigkeit**
BAuA	**Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**
BIBB	**Bundesinstituts für Berufsbildung**
BKK	**Betriebskrankenkasse**
BU	**Berufsunfähigkeit**
EMM	***Estimated Marginal Means***
FEMM	***Fixed Effects* Modelle mit Messwiederholung**
FFB	**Falkenried Fragebogen zum Berufsleben**
GLM	**Gemischtes lineares Modell**
Health-49	**Hamburger Module**
IAB	**Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung**
LQ	**Lebensqualität**
MANOVA	**Multivariate Varianzanalyse**
MVZ	**Medizinisches Versorgungszentrum**
RCI	***Reliable Change Index***
SCL-90-S	**Symptom Checkliste - 90 - Standardisiert**
SBA	**Stressbewältigung am Arbeitsplatz**
UKE	**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**
WAI	***Work Ability Index***
WHO	**Weltgesundheitsorganisation**

Zusammenfassung

Hintergrund: Depressive Störungen und Angststörungen sind nicht nur mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, sondern in vielen Fällen auch mit Arbeitsunfähigkeit (AU) assoziiert. In der psychotherapeutischen Forschung und Versorgung psychisch belasteter Menschen wurde die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bislang nur unzureichend berücksichtigt. Einige Studien weisen auf die Wirksamkeit arbeitsbezogener kognitiv-behavioraler Interventionen hin. Dennoch mangelt es an deutschsprachigen Interventionen, die die Arbeitsfähigkeit sowie die psychischen und psychosozialen Belastungen verringern sollen. Ziel der vorliegenden Studie war es, eine 10-wöchige gruppentherapeutische Intervention zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit („Gesund bleiben im Beruf“) zu konzeptualisieren und diese in einer Pilotstudie in einem ambulanten Behandlungssetting zu evaluieren. Es sollen (1) die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention evaluiert sowie (2) erste Wirksamkeitshinweise dargestellt werden. Zudem sollen explorativ Wirkmechanismen der Intervention identifiziert werden.

Methoden: Es wurden die Daten von N = 17 Patienten (11 weiblich) mit depressiven Störungen in zwei ambulanten Therapieeinrichtungen erhoben. Die Patienten waren M = 42 Jahre (SD = 10.50) alt. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten (*Mixed Methods*) verwendet, um die subjektive Zufriedenheit mit der Intervention sowie die Wirksamkeit der Intervention zu erfassen. Dafür wurden unter anderem die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index; Hasselhorn & Freude, 2007), die Arbeitsmotivation (Falkenriedfragebogen zum Berufsleben; Kisionkova, 2016), die generelle Symptombelastung und Depressivität (Symptom-Checkliste-90 Standard; Franke, 2013) sowie psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Aktivität und Partizipation (Hamburger Module-49; Rabung, Harfst, Koch, Wittchen & Schulz, 2007) zu drei Messzeitpunkten erfasst. Die drei Messzeitpunkte lagen unmittelbar vor der Intervention (T0), unmittelbar danach (T1) sowie 3 Monate nach Beendigung der Intervention (T2). Zusätzlich wurden nach Beendigung der Intervention semi-strukturierte Interviews geführt, um die Wirkfaktoren der Intervention sowie die subjektive Zufriedenheit der Patienten zu bestimmen. Modulevaluationen für Patienten und Therapeuten wurden zusätzlich verwendet, um die Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten und Therapeuten abzubilden. Für die quantitativen Daten erfolgte die Auswertung über *Fixed Effects* Modelle mit

Messwiederholung und Multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung. Für die qualitativen Daten erfolgte die Auswertung durch Strukturierung und Zusammenfassung nach Mayring (2015).

Ergebnisse: Die subjektive Arbeitsfähigkeit verbesserte sich tendenziell mittelfristig bis zu 3-Monatskatamnese. Wenn für die generelle Symptombelastung als Kovariate kontrolliert wurde, verbesserte sich die subjektive Arbeitsfähigkeit mittelfristig signifikant im Vergleich zu Therapiebeginn. Ferner wiesen Patienten unmittelbar nach und 3 Monate nach der Intervention eine geringere Symptombelastung insgesamt und geringere Depressivität auf. Darüber hinaus verringerte sich die Unsicherheit in Sozialkontakten kurz- und mittelfristig. Die Aktivität und Partizipation erhöhte sich kurz- und mittelfristig. Demgegenüber verschlechterte sich das psychische Wohlbefinden zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Die subjektive Zufriedenheit der Patienten und Therapeuten mit der Gruppentherapie war hoch. Es konnten zudem therapeutische und inhaltliche Wirkfaktoren der Intervention bestimmt werden. So wirkte das Therapiekonzept durch die therapeutischen Wirkfaktoren: Universalität des Leidens, Gruppenkohäsion und Einsicht. Insbesondere die drei letzten Module (Rückfallprävention, Umgang mit Mobbing und berufliche Zielklärung) wurden von den Patienten als wichtige inhaltliche Wirkfaktoren erlebt. Die Akzeptanz gegenüber der Therapie war hoch auf Seiten der Patienten. Alle Patienten würden die Gruppe weiterempfehlen. Auch die Akzeptanz gegenüber der Intervention auf Seiten der Therapeuten war hoch.

Diskussion: Die (1) Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Intervention ist sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten hoch. Die Intervention zeigt (2) erste Wirksamkeitshinweise. So verbesserte sich die subjektive Arbeitsfähigkeit, die generelle Symptomschwere sowie die depressive Symptomatik im Verlauf der Intervention. Zudem konnte eine Verbesserung in der Unsicherheit in Sozialkontakten sowie der Aktivität und Partizipation der Patienten festgestellt werden. Bis auf die subjektive Arbeitsfähigkeit zeigten sich diese Effekte in den abhängigen Variablen sowohl kurz- als auch mittelfristig. Lediglich für die subjektive Arbeitsfähigkeit wurde die Verbesserung mittelfristig festgestellt. Das psychische Wohlbefinden verringerte sich kurz- und mittelfristig, was möglicherweise durch Sensibilisierungsprozesse und eine verbesserte Introspektionsfähigkeit der Patienten erklärt werden kann. Die Analysen zur differenziellen Wirksamkeit deuten darauf hin, dass Patienten mit prognostisch kurzer AU-Dauer (≤ 6

Monate), hohem psychischen Wohlbefinden, geringen interaktionellen Schwierigkeiten sowie hoher allgemeiner Arbeitsmotivation von der Intervention klinisch signifikant profitieren. Eine zentrale Limitation der vorliegenden Arbeit sind eine fehlende Kontrollgruppe und eine fehlende Randomisierung im Studiendesign. Daher sollten die hier berichteten vorläufigen Ergebnisse in einer randomisierten-kontrollierten Studie repliziert werden, um valide Aussagen zur Wirksamkeit der Intervention machen zu können. Als klinische Implikationen ergeben sich verschiedene mögliche Anwendungsbereiche für die Intervention: Im klinischen Anwendungsbereich ist die Bereitstellung des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“ vor allem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung indiziert. Auch im Rahmen der (teil-)stationären Psychotherapie wäre der Einsatz des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“ indiziert. Im Bereich der Rehabilitation wäre der Einsatz des Manuals als Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung, für Träger der beruflichen Rehabilitation sowie in der (teil-) stationären medizinischen Rehabilitation nützlich. Darüber hinaus ergeben sich auch im betrieblichen Kontext Anwendungsmöglichkeiten für die Intervention im Sinne einer Präventionsleistung für Arbeitnehmer mit gefährdeter Arbeitsfähigkeit. Mit dem neuen arbeitsbezogenen kognitiv-behavioralen Gruppentherapieprogramm „Gesund bleiben im Beruf“ liegt nun ein deutschsprachiger Ansatz vor, der den Interventionsbedarf aufgrund der hohen Prävalenzen psychischer Störungen, die mit arbeitsbezogenen Stressoren im Zusammenhang stehen, deckt. Dies kann dazu beitragen, die defizitäre Versorgung dieser Risikogruppe zukünftig zu verbessern.

Abstract

Introduction: Depression and anxiety disorders cause severe health related problems and often lead to the inability to work. Despite these consequences psychotherapeutic research has neglected the topic of inability to work in the development of group therapy interventions. Recent research indicates the effectiveness of work-related cognitive-behavior therapy. However, there is a lack of those interventions in German language group therapy interventions. The aim of the present study was to develop and evaluate a 10-week group therapy program ("Gesund bleiben im Beruf") which aims to recover of patients' ability to work, psychopathology, and psychosocial health. Additionally, the acceptability of the intervention is assessed. Qualitative explorative analysis should reveal how the intervention effects patient outcomes.

Methods: $N = 17$ patients (11 female) with affective or anxiety disorders participated in the group therapy at two study sites. Mean age was $M = 42$ ($SD = 10.50$). A mixed methods approach was used to evaluate different outcome measures and the acceptability of the intervention. Patients were surveyed before the intervention (T0), right after the intervention (T1) and 3 months after the intervention (T2) for inability to work (Work Ability Index; Hasselhorn & Freude, 2007), work motivation (Falkenriedfragebogen zum Berufsleben; Kisionkova, 2016), general symptom severity, depressive and anxiety symptoms (Symptom-Checkliste-90 Standard; Franke, 2013) and psychological well-being as well as activity and participation (Hamburger Module-49; Rabung, Harfst, Koch, Wittchen & Schulz, 2007). Semi- structured interviews were also conducted to reveal insight into the factors effecting the intervention and the subjective acceptance of the intervention. Additionally, patients and therapists evaluated each single module of the therapy program. Quantitative Data was examined by fixed effects models with repeated measures and multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated measures. Qualitative data was examined by structuring and summary (Mayring, 2015).

Results: Fixed-effects models with repeated measures and MANOVAs with repeated measures revealed tendential improvements in the global symptom severity and significant improvements in depression, social anxiety and activation and participation from T0 and T1. Psychological well-being decreased from T0 to T1. The acceptance towards the intervention was high for patients and therapists. Therapists rated the intervention as feasible. The analysis of the semi-structured interviews revealed important therapeutic factors such as

universality, insight and group cohesion. Additionally, substantial factors were the important topics relapse prevention, job-perspectives and bullying.

Discussion: The intervention seems to be effective and highly accepted. The results suggest that ability to work, global symptom severity, depression, social anxiety and activation and participation were increased by the intervention. This effect appeared direct after the intervention and three months later. Psychological well-being decreased from T0 to T1 which can be discussed as a consequence of improved introspection. Analysis for differential implications showed that the intervention was clinically significant for patients with prognostically shorter duration of absence of work (≥ 6 months), higher psychological well-being, less interactional difficulties, and higher motivation for work. There are several implications for the intervention "*Gesund bleiben im Beruf*": In a clinical context, the intervention could be implemented in an outpatient setting as well as in an inpatient setting. The intervention could also be offered by social insurances. In rehabilitation the intervention could be implemented in medical and vocal rehabilitation. An additional application is the field of health promotion in companies for employees with high risk for an inability to work. A limiting aspect of the presented study is the one group study design without a control group and without randomization. Future research should replicate the presented findings in a randomized-controlled study design.

1 Problemstellung und Überblick

Ein wichtiger Bestandteil in der Therapie psychisch kranker Menschen ist der Aspekt der Arbeit. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) lauten, Menschen mit schweren psychischen Störungen "rasch" bei dem Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt zu unterstützen (Falkai, 2013, S.17). Darunter wird aber nicht verstanden, Menschen möglichst schnell in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Vielmehr sollen Menschen im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten dabei unterstützt werden, auf dem Kontinuum zwischen keiner Arbeit, über Beschäftigungstherapie bis hin zur Erwerbsarbeit einen Platz zu finden. Vielfach konnte gezeigt werden, dass depressive Störungen und Angststörungen mit einem erhöhten Risiko für Arbeitsunfähigkeit assoziiert sind (Linden & Weidner, 2005; Rau & Henkel, 2013; Unger, 2007). Neuere kognitiv-behaviorale Interventionen mit Bezug zum Thema Arbeit konnten zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bei dieser Patientengruppe beitragen (Joyce et al., 2016; Muschalla, 2017; Nieuwenhuijsen et al., 2014; Salomonsson et al., 2017). Dennoch wurden innerhalb dieser Interventionen einige Themenfelder und neuere verhaltenstherapeutische Therapieansätze bislang nicht berücksichtigt. Zudem existiert aktuell nur ein deutschsprachiges Manual für das stationäre Behandlungssetting (Hillert, Koch & Hedlund, 2012). Dagegen liegt für das ambulante Behandlungssetting bislang noch kein evidenzbasiertes Therapiemanual mit spezifischem Bezug zum Thema Arbeit vor, obwohl fast 96% aller psychisch Erkrankten eine ambulante Behandlung und weniger als 5% eine stationäre Behandlung erhalten (Gaebel, Kowitz, Fritze & Zielasek, 2013). Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein Gruppentherapiemanual („Gesund bleiben im Beruf") für Patienten mit Depressionen und Angststörungen zu entwickeln und im Rahmen eines formativen als auch summativen Evaluationsprozesses erste Hinweise auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirkung bereit zu stellen. Das **Kapitel 2** geht auf den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit und die Entwicklung von Arbeitsbedingungen im letzten Jahrhundert ein. Anschließend wird Arbeitsunfähigkeit näher beschrieben und der Zusammenhang zu psychosozialen Gesundheitsaspekten, beruflichen Belastungsrisiken und psychischen Störungen aufgezeigt. Zudem werden die epidemiologischen Charakteristika von psychischen Störungen und von Arbeitsunfähigkeit aufgezeigt. Im Weiteren wird auf die Wirkungsweise und Effektivität von Gruppentherapie näher eingegangen. Anschließend

werden die Ziele der vorliegenden Arbeit und die Studienplanung methodisch näher dargestellt. Im Weiteren wird eine Übersicht zu arbeitsbezogenen Interventionen gegeben. Davon ausgehend werden Anforderungen an das neue Therapiemanual abgeleitet und das Manual „Gesund bleiben im Beruf“ näher vorgestellt. Im **Kapitel 3** werden die Fragestellung und die Hypothesen der Studie dargestellt. Das **Kapitel 4** umfasst die Beschreibung der verwendeten Methoden. Anschließend werden im **Kapitel 5** die Ergebnisse der Arbeit vorgestellt und im **Kapitel 6** unter Berücksichtigung der Limitationen diskutiert und zusammengefasst.

2 Theoretischer Teil

2.1 Arbeit und psychische Störungen

In diesem Kapitel wird zunächst ausgehend von der Marienthal-Studie (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975) der Zusammenhang von Arbeit und psychischer Belastung beschrieben. Anschließend wird ein Überblick über die Entwicklung von Arbeit und Arbeitsbedingungen im vergangenen Jahrhundert gegeben. Davon ausgehend werden aktuelle Konzepte des Konstruktes Arbeitsfähigkeit dargestellt. Anschließend wird der Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit, psychosozialen Faktoren sowie psychischen Erkrankungen beschrieben

2.1.1 Arbeit und Gesundheit damals - die Marienthal-Studie

Dass Arbeit und Gesundheit im engen Zusammenhang miteinander stehen, konnte schon in den frühen 1930er Jahren gezeigt werden (Jahoda et al, 1975): Eine Gruppe von Arbeitsmedizinern um Marie Jahoda untersuchte 1933 eine Siedlung mit 367 arbeitslosen Fabrikarbeitern in Marienthal, einem Vorort von Wien. Die großangelegte Studie sollte die subjektive Wirkung von Arbeitslosigkeit untersuchen. Die Autoren konnten damals zeigen, dass es vier verschiedene Kategorien von Arbeitslosen gab: Die *Ungebrochenen*, die weiterhin zukunftsorientiert nach Arbeit suchten; die *Resignierten*, die sich ohne Zukunftsorientierung mit der Arbeitslosigkeit arrangiert hatten; die *Verzweifelten*, die durch Depression und Hoffnungslosigkeit auffielen sowie die *Apathischen*, die weitestgehend inaktiv blieben. Die Studienleiter schlossen daraus, dass Arbeitslosigkeit zu Resignation und Apathie führt. Aus der Marienthal-Studie resultierte die Theorie der latenten Deprivation. Hiernach kann der Einfluss von Arbeit auf die Gesundheit durch manifeste und latente Variablen erklärt werden. Die manifeste Variable meint hierbei den Gelderwerb und die Sicherung des Lebensunterhaltes. Die latenten Variablen sind Zeitstruktur, Sozialkontakte, Teilhabe an gemeinsamen Zielen, Identität und eine regelmäßige Tätigkeit (Jahoda, 1983). Dies deckt sich mit aktuelleren Studien, die zeigen, dass Arbeit vielfältige positive Auswirkungen auf die Psyche haben kann, im Sinne von Strukturgebung, Identifikation, Erleben von Effizienz, Anerkennung durch andere, Selbstwerterhöhung, sowie

Wertschätzung und sozialer Kontakt zu anderen (Lee, Joo & Choi, 2013; Riedel-Heller, Luppa, Seidler, Becker & Stengler, 2013).

Fast 90 Jahre nach der Untersuchung an den Arbeitslosen von Marienthal hat sich die wirtschaftliche Situation in Deutschland im Vergleich zur Weltwirtschaftskrise der 1920er und 1930er Jahre deutlich verbessert. Auch bestimmte Arbeitsbelastungen, wie schwere körperliche Arbeit oder Arbeit mit Gefahrenstoffen, sind weniger stark vorherschend als vor 90 Jahren. Im folgenden werden zunächst die Entwicklung von Arbeit und Arbeitsbedingungen in den vergangen Jahrzehnten beschrieben.

2.1.2 Entwicklung von Arbeit und Arbeitsbedingungen

Im Jahr 1931 wurden Belastungen durch hohe Wochenarbeitszeiten durch die Einführung des Achtstundenarbeitstages und freien Samstagen reduziert (Schneider, 1984). Auch von Seiten des Gesetzgebers gibt es seit 1996 mit dem Arbeitsschutzgesetz eine gesetzliche Grundlage zur Wahrung des Gesundheitsschutzes von Beschäftigten bei der Arbeit. Seit der Jahrtausendwende nimmt die Dauer und Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen dennoch dauerhaft zu und stellt Arbeiternehmer, Arbeitgeber und das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die Gründe hierfür sind vielseitig: Folgen der Industrialisierung und des globalen Kapitalismus sind Konkurrenzdruck, Verlust von Solidarität und Arbeitsplatzunsicherheit (Köhler, Steier-Mecklenburg, Adam, Bullack & Dalhoff, 2008). Zudem werden von Arbeitnehmern hohe Flexibilität, ständige Erreichbarkeit, wechselnde und/oder überlange Arbeitszeit verlangt. Auch Arbeitsverdichtung, also höhere Arbeitsintensität (bspw. Termin- und Leistungsdruck) bei weniger Personal, können zu Überlastung, Zeitdruck und folglich zu Stresserleben führen. Darüber hinaus können Arbeitsplatzunsicherheiten (bspw. befristete Arbeitsverträge) und die gleichzeitig hohen Anforderungen an Flexibilität zu einem erheblichen Unsicherheitserleben führen, da dies kaum Möglichkeiten für eine langfristige Lebensplanung bietet und die Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit (*Work-Life-Balance*) gefährdet. Auch das Eingehen und Aufrechterhalten stabiler sozialer Beziehungen ist durch die hohen Anforderungen an Flexibilität und Mobilität gefährdet (Lenhardt, Ertel & Morschhäuser, 2010).

Aufgrund der zunehmenden geistigen Arbeit, steigen auch die Anforderungen an Qualifikationen und ständiger Weiterbildung durch sich forlaufend schneller entwickelnde Technologien. Der Wandel der Arbeitswelt von einer Industriegesellschaft zu einer Dienstleistungsgesellschaft (Tertiarisierung) kann zu Überforderungserleben führen (Lenhardt, Ertel & Morschhäuser, 2010; Weber, Hörmann & Köllner, 2006). Zudem ist zu beobachten, dass die Wochenarbeitszeiten seit einigen Jahren wieder länger werden (Lehndorff, Jansen & Kümmerling, 2009).

Daten aus Erwerbstätigenbefragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) bzw. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zur Entwicklung von Arbeitsintensität zeigen, dass auch die Arbeitsintensität kontinuierlich zunimmt. Während im Jahr 1985 44% der Arbeitnehmer angaben, unter hohem Termin- und Leistungsdruck zu stehen, waren es im Jahr 1998/1999 bereits 50% und im Jahr 2005/2006 53,5% (Lenhardt, Ertel & Morschhäuser, 2010). Auch die vielseits postulierte zunehmend komplexere Arbeitswelt lässt sich empirisch abbilden. Während im Jahr 1999 59% der Arbeitnehmer angaben, eine komplexe Tätigkeit auszuüben, waren es 10 Jahre später bereits 72%. Auch das gleichzeitige Ausüben verschiedener Aufgaben hat zugenommen (1998/1999: 42,4 %; 2005/2006: 58,6%; Lenhardt, Ertel & Morschhäuser, 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, komplexere Aufgaben und Arbeitsplatzunsicherheit zugenommen haben und zu vorwiegend psychischem Stresserleben führen können. Im nächsten Kapitel wird das Konstrukt der Arbeitsfähigeit mäher dargetsellt.

2.1.3 Arbeitsunfähigkeit

Langanhaltender Stress erhöht das Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen (vgl. Rensing, Koch, Rippe & Rippe, 2013). Die Folge körperlicher oder psychischer Erkrankungen kann Arbeitsunfähigkeit sein (Badura, Schröder, Klose & Macco, 2010; Linden & Weidner, 2005; Savikko, Alexanderson & Hensing, 2001). Nach dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2011) liegt Arbeitsunfähigkeit (AU) dann vor, „wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der AU ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der

Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann [oder] wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine AU bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die AU unmittelbar hervorrufen“ (S.9). Bei der Beurteilung von Arbeitsfähigkeit geht es demnach nicht nur um die Erfassung der Schwere einer bestimmten Symptomatik, sondern auch um die Erfassung von Fähigkeits- und Partizpationsstörungen. Es gilt also neben der Schwere der Symptomatik mit zu beurteilen, welche individuellen Einschränkungen eine Person an seinem Arbeitsplatz durch seine Symptome erlebt (Linden & Weidner, 2005).

AU muss vom Begriff der Berufsunfähigkeit (BU) abgegrenzt werden: Während AU bedeutet, dass eine Person vorübergehend arbeitsunfähig ist, meint BU, dass eine Person „seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.“ (§172(2) Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). BU geht demnach nicht von einer vorübergehenden Gesundheitsschädigung aus, sondern davon, dass eine andauernde Beeinträchtigung der Berufsausübung besteht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert für die Erfassung von AU in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) die Aspekte Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen, Störung der Aktivitäten, Beeinträchtigung der Teilhabe (Partizipation) und der Umgebungsfaktoren, um das Ausmaß von Gesundheitsschädigung, Behinderung und soziale Beeinträchtigung zu beurteilen (Abbildung 1). Nach dem ICF kann unterschieden werden, ob eine Körperfunktion geschädigt ist (bspw. depressive Störung) und/oder ob eine Körperstruktur geschädigt ist (bspw. Amputation eines Beines). Zudem kann beurteilt werden, ob sich dadurch Beeinträchtigungen in der Aktivität ergeben (bspw. keinen eigenen Haushalt führen können; auf einen Rollstuhl angewiesen sein). Weiter kann beurteilt werden, ob sich dadurch Beeinträchtigungen in der gesellschaftlichen Teilhabe ergeben (bspw. Ausschluss von Berufsfähigkeit bestimmter sozialer Gruppen).

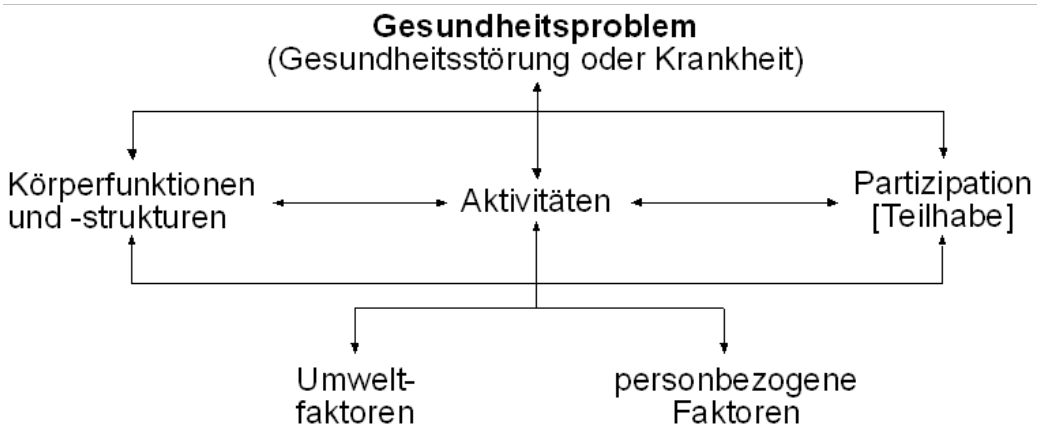


Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information ([DIMDI], 2005, S.23).

Dieses bio-psycho-soziale Modell wurde für die Nutzung im Gesundheitswesen entwickelt und findet insbesondere Anwendung in der Rehabilitationsforschung (Ewert, Cieza & Stucki, 2002; Oster, von Wietersheim, Müller & Braunger, 2017; Petermann, Hampel & Bengel, 2017). Obwohl im ICF die spezifischen Aspekte der Arbeit (Umweltfaktoren) und der persönlichen Kompetenzen (personenbezogenen Faktoren) mitberücksichtigt werden, stellt das Modell des Hauses der Arbeitsfähigkeit eine wichtige Ergänzung für das Verständnis von Arbeitsfähigkeit dar (Tempel & Ilmarinen, 2013).

2.1.4 Haus der Arbeitsfähigkeit

Ein theoretisches Modell zur Beschreibung relevanter Aspekte von Arbeitsfähigkeit ist das *Haus der Arbeitsfähigkeit.* Es wurde durch das Finnish Institut of Occupational Health (FIOH) und einem deutschen Betriebsarzt entwickelt und dient als wissenschaftliches und praktisches Konzept zur mehrdimensionalen Beschreibung von Arbeitsfähigkeit aus einem arbeits- und organisationspsychologischen Blickwinkel (Tempel & Ilmarinen, 2013). Dieses Modell unterscheidet die Bereiche Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit (Abbildung 2). Das Dach der Arbeitsfähigkeit wird nach diesem Modell von vier darunterliegenden Stockwerken getragen. Das Fundament wird durch den Bereich körperliche und psychische

Gesundheit symbolisiert. Körperliche und psychische Gesundheit wird hierbei als Grundvoraussetzung für Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben verstanden. Das impliziert aber wiederum, dass durch die Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit auch die Arbeitsfähigkeit gefördert werden kann (Deller, Kern, Hausmann & Diederichs, 2008). Das zweite Stockwerk berücksichtigt den Bereich Kompetenz. Dies umfasst alle Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Qualifikationen eines Menschen, die ihn dazu befähigen, sich an die ständig wechselnden Veränderungen in der Arbeitswelt anzupassen. Im dritten Stockwerk befinden sich die Werte und Einstellungen einer Person, womit auch Einstellungen und motivationale Aspekte zusammengefasst werden. Das vierte und letzte Stockwerk ist die Arbeit als solches mit allen Charakteristika der Arbeitsumgebung (bspw. Lärm), Arbeitsanforderungen (bspw. körperliche Anstrengung), Arbeitsorganisation (bspw. viel Verantwortung) sowie der Führung (bspw. Führungsqualitäten der Vorgesetzten) und des sozialen Arbeitsumfelds (bspw. hohe kollegiale Unterstützung).

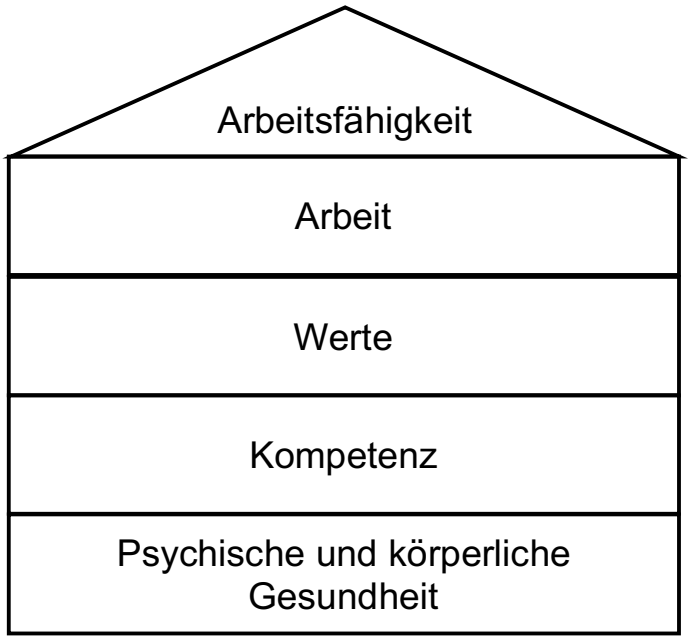


Abbildung 2: Haus der Arbeitsfähigkeit (modifiziert nach Tempel & Ilmarinen, 2013).

Kompetenzen und Fähigkeiten sind zentrale Determinanten von Arbeitsmotivation. Arbeitsmotivation ist positiv mit hoher Arbeitszufriedenheit assoziiert und sollte im Rahmen

von therapeutischen Interventionen gefördert werden (Kessemeier et al., 2017). Beispielsweise sind die Werte Kollegialität und Umwelt mit hoher Arbeitszufriedenheit assoziiert (Spieß, 2000). Für die vorliegende Arbeit ist dieses Modell bedeutsam, da Kompetenzen und Werte wichtige therapeutische Ansatzpunkte sein können, um Arbeitsmotivation zu fördern. Im folgenden Abschnitt wird näher auf den Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit und psychosozialen Gesundheitsaspekten eingegangen.

2.1.5 Arbeitsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit

Im Zuge der weitestgehenden Akzeptanz bio-psycho-sozialer Krankheitsmodelle ist die Erfassung psychosozialer Gesundheitsaspekte in der Therapieforschung zunehmend wichtiger geworden. Psychosoziale Gesundheit umfasst neben psychischen und somatischen Beschwerden noch weitere Komponenten wie psychisches Wohlbefinden, soziale Unterstützung, Aktivität und Partizipation, Selbstwirksamkeit, interaktionelle Schwierigkeiten und Lebensqualität (Rabung, Harfst, Koch, Wittchen & Schulz, 2007; Rabung et al., 2009). Selbstwirksamkeit wird definiert als das Ausmaß an Überzeugung in die eigenen Fähigkeiten zur Lösung von Problemen (Bandura, 1977). Selbstwirksamkeit spielt vermutlich auch eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Krankheiten, da gezeigt werden konnte, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit höherer Arbeitsfähigkeit assoziiert ist (Ruholl & Schneider, 2007).

Vor allem die Frage nach der Lebensqualität dient häufig als Maß für die Beeinträchtigung durch eine Erkrankung. Lebensqualität kann verstanden werden „(...) als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit“ (Bullinger, 2000, S.190).

Lebensqualität gilt mittlerweile als primäres *Outcome* in zahlreichen klinischen Studien und wird auch bei der Bewertung von Nutzen und gesundheitsökonomischen Evaluationen in Studien zu Arzneimittelzulassungen anerkannt. Im Sozialgesetzbuch V §35 heißt es dazu, dass beim Patienten-Nutzen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität berücksichtigt werden sollen. Lebensqualität kann daher als ein zentraler Endpunkt in der Versorgungsforschung angesehen werden (Koller et al., 2009). Ein bedeutsamer Aspekt von Lebensqualität ist das

subjektive psychische Wohlbefinden (Bullinger, 2000; Jeske, Bullinger, Plaß, Petermann, & Wiegand-Grefe, 2009).

In der Literatur zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit (Biallas, Froböse, Zöller & Wilke, 2015; Wallenius et al., 2009). Eine repräsentative Studie an 51.000 körperlich erkrankten Patienten in der primärärztlichen Versorgung konnte zeigen, dass Depressivität mit zunehmender Arbeitsunfähigkeit und sinkender Lebensqualität assoziiert ist (Pieper, Schulz, Klotsche, Eichler & Wittchen, 2008). Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit (bspw. psychische Erkrankung) kann demnach auch häufig die Lebensqualität einschränken. Neben den Einschränkungen durch eine psychische Erkrankung selbst können zusätzlich auch die eingangs beschriebenen positiven Aspekte von Arbeit, wie Identifikation, Anerkennung durch andere sowie Wertschätzung und sozialer Kontakt zu anderen verloren gehen (Riedel-Heller et al., 2013).

Dass Arbeit einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, konnte in Studien belegt werden. Beispielsweise verglichen Mueser und Kollegen (1997) Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mit und ohne Erwerbsarbeit. Die Autoren konnten zeigen, dass Patienten mit Erwerbsarbeit ein höheres Selbstwertgefühl, weniger Krankheitssymptome und eine höhere Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation aufweisen. Eklund, Hansson und Ahlqvist (2004) konnten in einer randomisierten Studie zeigen, dass Erwerbstätige, im Vergleich zu Erwerbslosen, zufriedener mit ihrem Alltag sind und ein höheres Funktionsniveau aufweisen. Dennoch kann Arbeit auch die psychische Gesundheit gefährden. Im folgenden Abschnitt werden psychische Belastungsrisiken durch Arbeit näher dargestellt.

2.1.6 Psychische Belastungsrisiken durch Arbeit

Arbeit kann gesundheitsschädlich sein und darüber zu AU führen. Insbesondere ist dies der Fall, wenn die Häufigkeit, Intensität oder Dauer von Belastungen eine Person über- oder unterfordern (Krause, 2008). Als Belastungen können bspw. chemische Gefahrenstoffe, fehlende Materialien, fehlende Pausen, einseitige Körperhaltung, Lärm, stereotype Aufgaben, Zeitdruck sowie soziale Konflikte und Mobbing gehören (Krause, 2008). Für den Zusammenhang von Arbeit und psychischem Befinden bieten zahlreiche theoretische Modelle Erklärungsversuche. Das Job-Demand/Job-Control-Modell erklärt die Entstehung

von Stress durch das Zusammenkommen von hohen Arbeitsanforderungen und gleichzeitig geringem Handlungsspielraum (Theorell & Karasek, 1996). Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise erklärt die Entstehung von Stress durch ein Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung (Siegrist, 1996). Ein weiteres geeignetes Modell zur Erklärung, wie psychische Fehlbeanspruchung zustande kommt, ist das Risikomodell (Oppolzer, 2010). Nach diesem Modell nimmt übergeordnet die Wirtschaft, Gesellschaft und Politik, bspw. durch die Dominanz internationaler Kapitalmärke, Einfluss auf Arbeitnehmer. Dies führt wiederum zum Einfluss der Unternehmen und Betriebe, die über kurzfristigste Gewinnmaximierung und zum Teil prekäre Beschäftigungsverhältnisse (bspw. befristete Arbeitsverträge) Einfluss auf die Arbeitsbedingungen nehmen (bspw. Länge der Arbeitszeit, hohe Arbeitsintensität). Für Arbeitnehmer kann dies wiederum psychische Reaktionen in Form von Fehlbeanspruchung, Stress und Ermüdung zur Konsequenz haben. Folglich kommt es auch zu physiologischen Reaktionen wie bspw. Muskelverspannung, Hormonausschüttung und erhöhtem Blutdruck (Oppolzer, 2010).

Im Folgenden soll näher auf den empirischen Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischer Reaktion eingegangen werden. Rau und Henkel (2013) fanden in einer Übersichtsarbeit zu Arbeitsbelastungen, dass hohe Arbeitsintensität, geringer wahrgenommener Handlungsspielraum, geringe berufliche Anerkennung, mangelnde soziale Unterstützung und wahrgenommener Rollenstress Risikofaktoren für psychische Störungen darstellen. In einem aktuelleren systematischen Review zu Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen fanden Rau und Buyken (2015), dass ebenfalls hohe Arbeitsintensität, geringer Handlungsspielraum, Überstunden, lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, geringe soziale Unterstützung, Rollenstress, Mobbing und Arbeitsplatzunsicherheit potenziell gesundheitsgefährdend sind. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Autoren, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen den von Rau und Buyken (2015) gefundenen Faktoren und psychischer Belastung zeigen konnten (Aronsson et al., 2017; Niedhammer, Lesuffleur, Coutrot & Chastang, 2016; Theorell et al., 2015). Insbesondere zu Schichtarbeit bzw. wechselnde Arbeitszeiten ist bekannt, dass diese gesundheitlichen Auswirkungen wie gastrointestinale Erkrankungen, Schlafstörungen, reduzierte soziale Teilhabe und eine beeinträchtigte *Work-Life-Balance* haben können (Badura, Schröder, Klose & Macco, 2010b; Cajochen, 2005; Hajak & Zulley, 2008; Knauth, 2002; Wirtz, Nachreiner & Rolfes, 2011). In Tabelle 1 sind die eingangs berichteten arbeitsbezogenen Ressourcen den arbeitsbezogenen Belastungsrisiken gegenübergestellt.

Eine häufige Konsequenz aller Arbeitsbelastungen sind Stresszustände, eine anhaltende, unangenehme, angstbetonte und erregte Anspannung, welche langanhaltend bzw. wiederkehrend zu psychischen und körperlichen Erkrankungen führen können (Badura et al., 2010).

Tabelle 1: *Gegenüberstellung arbeitsbezogener Ressourcen und arbeitsbezogener Belastungsrisiken.*

Arbeitsbezogene Ressourcen	**Arbeitsbezogene Belastungsrisiken**
• Sicherung des Lebensunterhaltes	• Hohe Arbeitsintensität
• Zeitstruktur	• Geringer wahrgenommener Handlungsspielraum
• Soziale Kontakte	• geringe berufliche Anerkennung
• Identifikation	• mangelnde soziale Unterstützung
• Teilhabe an gemeinsamen Zielen	• wahrgenommener Rollenstress
• Regelmäßige Tätigkeit	• Überstunden
• Erleben von Effizienz	• Lange Arbeitszeiten
• Anerkennung durch andere	• Schichtarbeit
• Selbstwerterhöhung	• Geringe soziale Unterstützung
• Wertschätzung	• Mobbing
	• Arbeitsplatzunsicherheit

Allein das Vorherrschen von Belastungen führt aber noch nicht direkt zu gesundheitsschädlichen Auswirkungen. Das Ausmaß der Belastung ist von moderierenden Faktoren abhängig, wie bspw. Handlungs- und Entscheidungsspielräume, soziale Unterstützung, Kontrollierbarkeit und Partizipation. Aus dieser Überlegung ergibt sich auch das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell, 1990). Arbeit ist demnach besonders dann gesundheitsgefährdend, wenn sich der Arbeitsplatz durch ein hohes Maß an quantitativer Arbeit mit wenig Entscheidungsspielräumen auszeichnet. Auch die Art des Berufs, das Alter und das Geschlecht scheinen einen Einfluss auf den Gesundheitszustand

zu haben. Überdurchschnittlich viele AU-Tage finden sich in den Branchen Abfallbeseitigung und Recycling, Landverkehr, Postdienste und öffentliche Verwaltung. Die Häufigkeit psychisch bedingter AU-Tage nimmt über das Alter hinweg kontinuierlich zu. Die meisten AU-Tage aufgrund psychischer Störungen finden sich in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen. Frauen sind insgesamt häufiger von psychisch bedingten AU-Tagen betroffen (Bundesverband BKK, 2011).

Darüber hinaus können aber auch körperliche und psychische Erkrankungen das Ausmaß einer empfundenen Belastung mitbestimmen. So können etwa Konzentrations- und Denkstörungen im Rahmen einer depressiven Episode dazu beitragen, dass eine Person in der Ausübung ihrer Tätigkeit beeinträchtigt ist oder Arbeitsanforderungen (bspw. Kundengespräche) als belastender wahrnimmt.

Zusammengefasst können Arbeitsbelastungen zu Fehlbeanspruchungen und langanhaltenden Stresserleben führen, was zur Genese psychischer Störungen beitragen kann. In nächsten Abschnitt werden die Definition und Prävalenz psychischer Störungen näher beschrieben.

2.1.7 Psychische Störungen

In der Psychologie besteht kein einheitlicher Störungsbegriff. Der Unterschied zwischen psychisch gesund und psychisch gestört, psychisch krank oder pathologisch kann jedoch durch vier Normbegriffe vorgenommen werden. Nach der (1) idealen Norm ist derjenige psychisch gesund, der keine Beschwerden hat. Nach der (2) sozialen Norm ist derjenige psychisch gesund, der sich an gesellschaftliche Normen hält. Nach der (3) statistischen Norm ist derjenige gesund, der sich mit der Mehrheit der Menschen gleicht. Nach der (4) funktionellen Norm ist derjenige gesund, der seine Aufgaben erfüllen (bspw. arbeiten) und sein Leben befriedigend gestalten kann (Döpfner, 2013). Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird (psychische) Gesundheit wie folgt definiert: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der

Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1948

Der Verlauf einer psychischen Störung ist häufig episodisch. Viele Patienten remittieren im Verlauf, was auch als Hinweis auf die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen interpretiert werden kann (Jacobi et al., 2004). Zudem zeigen Studien, dass eine psychische Störung in der Regel nicht alleine besteht, sondern häufiger komorbid auftritt (Kessler et al., 2005).

Kessler et al. (2005) untersuchten eine repräsentative Stichprobe von über 9000 Personen in den USA und ermittelten für psychische Störungen ein Lebenszeitrisiko von 55% für 30- bis 44-jährige und von 46,4% gemittelt über alle Altersbereiche. Die 12-Monatsprävalenz für psychische Störungen liegt in Deutschland bei 27,7% (Jacobi et al., 2014). Frauen weisen im Vergleich zu Männern häufiger psychische Erkrankungen auf (Jacobi et al., 2014). Auch hinsichtlich der Altersstruktur gibt es Unterschiede in der Prävalenz psychischer Störungen: Während die 12-Monatsprävalenz bei den 18- bis 34-jährigen 36,7% beträgt, liegt sie bei den 35- bis 49-jährigen bei 28,5%. Bei den 50- bis 64-jährigen liegt die 12-Monatsprävalenz bei 27,1% und bei den 64- bis 79-jährigen bei 20,3% (Jacobi et al., 2014). Jüngere Menschen sind demnach häufiger von psychischen Störungen betroffen. Gleichzeitig stellen die 20- bis 63-jährigen auch den Großteil der erwerbstätigen Bevölkerung dar (Mai & Schwahn, 2017).

Es wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert, ob die Prävalenzen und Inzidenzen psychischer Störungen in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen haben, da einige Studien und insbesondere Krankenkassenreporte auf eine Zunahme psychischer Störungen hindeuteten (Spießl & Jacobi, 2008). Auch das Ärzteblatt titelte 2006 „Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts?“ (Weber et al., 2006). Die Ergebnisse der seit 2004 regelmäßig durchgeführten Gesundheitssurveys der Krankenkassen werden ebenfalls als Indiz für eine Zunahme der Prävalenzen und Inzidenzen psychischer Störungen gewertet. Diese Untersuchungen führen insbesondere die Zunahme psychisch bedingter AU-Tage als Hinweise dafür auf, dass psychische Störungen in ihrer Häufigkeit zunehmen. Die Daten DAK-Versicherter zeigen von 1996 bis 2004 eine Zunahme von 69% psychisch bedingter AU-Tage. Die Daten AOK-Versicherter zeigen eine Zunahme von 45% der psychisch bedingten AU-Tage von 1998 bis 2004. Auch die Daten Versicherter der Techniker Krankenkasse zeigen eine Zunahme von 20% der psychisch bedingten AU-Tage von 2000 bis 2004 (Badura, Schröder, Klose & Macco, 2010b; Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006).

Es werden aber auch andere Erklärungsversuche für die hohen Prävalenzen psychischer Störungen angeführt. So verweist Jacobi (2009) auf die verbesserte Diagnostik psychischer Störungen durch die zunehmende Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen auf Seiten Betroffener und Behandler (insbesondere Hausärzte). Auch die Änderung von Rahmenbedingungen wird als wichtiger Faktor erwogen, denn durch das seit 1998 bestehende Psychotherapeutengesetz haben Patienten direkten Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung, was möglicherweise zu einer Reduktion von Behandlungshürden beitrug. Es ist daher wahrscheinlich, dass nicht die tatsächlichen Prävalenzraten psychischer Störungen gestiegen sind, sondern viel mehr der Behandlungsbedarf gestiegen ist.

Zusammenfassend erkrankt mindestens jeder Dritte einmal im Leben an einer psychischen Störung. Depressionen und Angsterkrankungen haben die höchste Prävalenz. Dennoch ist unklar, wie sich die hohen Prävalenzen psychischer Störungen auf die AU-Tage auswirken. Im folgenden Abschnitt wird näher auf die Häufigkeiten von psychisch bedingten AU-Tage eingegangen.

2.1.8 Epidemiologie psychischer Störungen und Arbeitsunfähigkeit

Die Folge einer psychischen Störung ist häufig auch AU. Inzwischen werden in Deutschland ein Großteil von Krankschreibungen, aber auch Frühberentungen durch psychische Erkrankungen bedingt. Fast 45% aller DAK-versicherten Erwerbstätigen war im Jahr 2016 mindestens einmal AU (DAK Gesundheitsreport, 2017). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist die häufigste Ursache für AU (Bundesverband BKK, 2011; DAK Gesundheitsreport, 2016). Psychische Erkrankungen sind unter allen Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für AU (DAK Gesundheitsreport, 2017). Sie führen etwa doppelt so häufig zu AU wie somatische Ursachen (Linden & Weidner, 2005). Die durchschnittliche psychisch bedingten AU-Tage lagen im Jahr 2013 bei 34,5 Tagen. Damit sind psychisch bedingte AU-Tage etwa eineinhalbmal länger als bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fast zweimal länger als bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und fünfmal länger als bei Atemwegserkrankungen (BPtK, 2015).

Die Entwicklung der letzten Jahre und Jahrzehnte haben gezeigt, dass sich die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen innerhalb der letzten 30 Jahre mehr als verdreifacht haben.

Im Vergleich wurden 1978 57 AU-Tage pro 100 Versicherter aufgrund psychischer Störungen erfasst. 2010 waren es 196 AU-Tage pro 100 Versicherter (Bundesverband BKK, 2011). Innerhalb der letzten 20 Jahre hat die Häufigkeit der AU aufgrund psychischer Erkrankungen um 130% zugenommen (Schröder & Müller, 2014). Die Daten des DAK Gesundheitsreports 2017 zeigen ebenfalls eine stetige Zunahme der psychisch bedingten AU-Tage und AU-Krankheitsfälle über die letzten 20 Jahre (DAK Gesundheitsreport, 2017). In Abbildung 3 ist zu erkennen, dass es 2016 erstmalig zu einer leichten Abnahme der AU-Krankheitsfälle von 6,9 AU-Krankheitsfälle auf 6,5 AU-Krankheitsfälle je 100 Versicherte kam. Die Anzahl der AU-Tage stieg bis 2016 kontinuierlich auf 246,2 AU-Tage je 100 Versicherte.

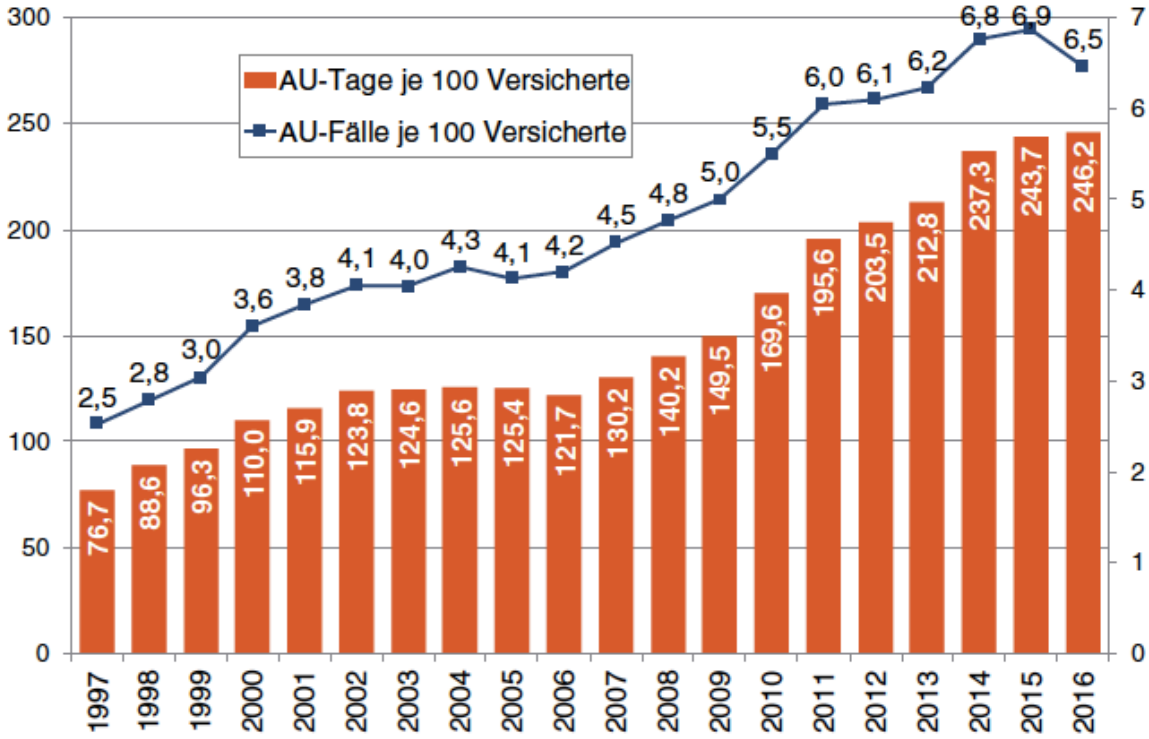


Abbildung 3: Psychisch bedingte AU-Tage und AU-Fälle der letzten 20 Jahre aller DAK-Versicherten. Die linke Skala zeigt die jährlichen AU-Tage pro 100 Versicherte. Die rechte Skala zeigt die jährlichen AU-Fälle pro 100 Versicherte (entnommen aus DAK Gesundheitsreport, 2017, S.21).

Im Vergleich zu Männern sind Frauen häufiger arbeitsunfähig. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Dauer von AU-Tagen: Während bei den 20- bis 24-jährigen die

durchschnittliche Dauer der AU bei 7,2 Tagen liegt, liegt sie bei den über 60-jährigen bei 22,2 Tagen. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt nicht wesentlich zu über den Altersverlauf (DAK Gesundheitsreport, 2017). Die Branchen Verkehr, Lagerei und Kurierdienst weisen den höchsten AU-Anteil (4,6%) auf, gefolgt vom Gesundheitswesen (4,5%) und öffentliche Verwaltung (4,1%; DAK Gesundheitsreport, 2017).

Eine Untersuchung an 1407 Frauen fand heraus, dass psychisch erkrankte Frauen vierfach häufiger und fast fünffach länger arbeitsunfähig waren als psychisch gesunde Frauen (Savikko, Alexanderson & Hensing, 2001). Dies ist vor dem Hintergrund gravierend, dass AU wiederum das Risiko für Langzeitarbeitslosigkeit um bis zu 40% erhöhen kann (Rudolph, 1998). Arbeitslosigkeit wiederum kann sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (Hollederer, 2008). Beispielsweise zeigen Daten der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahre 2004, dass verglichen zu 13,7% der Berufstätigen 28% der Arbeitslosen arbeitsunfähig waren (Weber et al., 2006). Müller und Worm (1987) fanden in einer Studie an einer repräsentativen Stichprobe, dass psychisch kranke Patienten stärker von Arbeitslosigkeit bedroht sind als psychisch gesunde Menschen. Arbeitslosigkeit wiederum kann zu Resignation, Rückzug, einem vermindertem Selbstwertgefühl, vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Familien- und Partnerschaftskonflikten, sozialer Isolation, Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Suchtmittelkonsum und suizidalen Handlungen führen (Weber, Hörmann & Heipertz, 2007). Das Vorliegen einer psychischen Störung kann somit zu einem Teufelskreis aus AU und Arbeitsplatzverlust führen, was wiederum das Risiko für soziale und psychische Beeinträchtigungen erhöht (Abbildung 4).

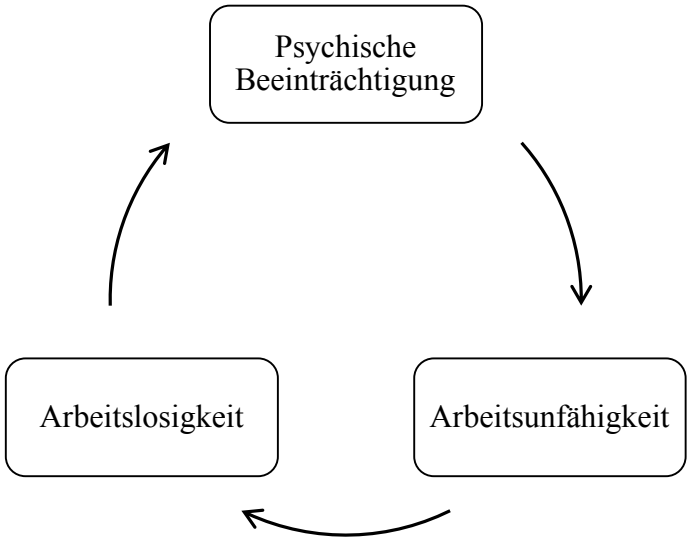


Abbildung 4: Teufelskreis aus psychischer Beeinträchtigung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit.

Am häufigsten besteht AU aufgrund von affektiven Störungen und Angststörungen. So fanden Weber, Hörmann und Köllner (2006), dass bei Versichterten der Techniker Krankenkasse insgesamt 82% aller psychisch bedingten AU-Tage durch affektive Störungen (41%) und Angststörungen (41%) verursacht werden. Depressive Störungen und Angsterkrankungen scheinen insgesamt mit einer erhöhten AU-Rate assoziiert zu sein (Catalina Romero et al , 2011; Knudsen et al , 2010; Riihimäki, Vuorilehto & Isometsä, 2015). Heyde und Macco (2010) konnten anhand der Auswertung von 9,7 Millionen Versicherten der AOK zeigen, dass insbesondere Frauen und Arbeitnehmer im Dienstleistungssektor überdurchschnittlich häufig an Depressionen und Angststörungen erkranken und damit potenziell auch ein erhöhtes Risiko für AU haben. Im BKK Gesundheitsreport 2011 waren depressive Episoden die zweithäufigste Ursache für AU-Tage bei Frauen und die dritthäufigste bei Männern insgesamt. Durchschnittlich waren Versicherte aufgrund einer depressiven Episode 53 Tage arbeitsunfähig. Die meisten AU-Tage wurden durch Rückenschmerzen verursacht. Angst-, Belastungs,- und somatoforme Störungen waren unter den psychischen Störungen die zweithäufigste Ursache für AU-Tage (Bundesverband BKK, 2011).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass psychische Störungen die zweithäufigste Ursache für AU sind und zu verhältnismäßig langen AU-Zeiten führen. Depression und Angststörungen sind unter allen psychischen Störungen die häufigste Ursache für AU. AU

kann zusätzlich in einem Teufelskreis aus gesundheitlichen Problemen und Arbeitslosigkeit münden. Im Weiteren soll neben den psychischen Belastungen auf die sozialwirtschaftlichen Folgen psychisch bedingter AU-Tage eingegangen werden.

2.1.9 Sozialwirtschaftliche Folgen von Arbeitsunfähigkeit

Neben den persönlichen Belastungen aufgrund psychischer Erkrankung hat die hohe Prävalenz psychischer Störungen auch unmittelbare und erhebliche volkswirtschaftliche Folgen. So betrug 2013 die durchschnittliche AU pro Arbeitnehmer 15 Tage. In der Gesamtbevölkerung waren es im selben Jahr 567,7 Millionen AU-Tage. Mit 79 Millionen AU-Tagen waren emotionale und Verhaltensstörungen die zweithäufigste Ursache für Fehltage, was Produktionsausfallkosten von 8,2 Milliarden Euro und einen Ausfall an Bruttowertschöpfung von 14,3 Milliarden Euro entspricht (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2013). Depressionen waren 2009 mit 210 Tausend verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren der größte Verursacher indirekter Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt, 2010). Somit verursachen psychische Störungen insgesamt volkswirtschaftliche Folgen von 22,5 Milliarden Euro jährlich. Zusätzlich zu diesen indirekten Kosten durch Produktionsausfälle entstehen direkte Kosten: 2009 waren psychische Störungen mit 26,7 Milliarden Euro der drittgrößte Kostenverursacher im Gesundheitssystem und verursachten damit 11,3% der gesamten Kosten im Gesundheitswesen. Psychische Störungen machten im selben Jahr 16,1% der 4 Millionen verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre aus (Badura, Schröder, Klose & Macco, 2010). Da psychisch bedingte AU-Zeiten durchschnittlich länger als bei vielen anderen (somatischen) Erkrankungen persistieren, führen psychische Erkrankungen überdurchschnittlich häufiger zu der Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkassen.
Je nach Anzahl an Komorbiditäten suchen jedoch nur zwischen 32% und 74% der Menschen mit einer psychischen Erkrankung Hilfe im Gesundheitssystem, was vermutlich sogar zu einer Unterschätzung der realen AU-Tage aufgrund psychischer Störungen führt (Jacobi et al., 2014).
Psychisch bedingte AU-Tage, insbesondere depressive Störungen, tragen zu erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten bei und stellen somit auch eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Bislang ist der Zusammenhang zwischen den beiden häufigsten psychischen Störungen und Arbeitsunfähigkeit unklar. Im Folgenden soll daher spezifischer

auf depressive Störungen und Angststörungen sowie deren Zusammenhang zu AU eingegangen werden.

2.1.9.1 Depressive Störungsbilder und AU

Eine Depression gehört zu den affektiven Störungen und zeichnet sich durch affektive Symptome (bspw. depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, verringertes Selbstwertgefühl), kognitive Symptome (bspw. Grübeln, negatives Denken) sowie körperliche Symptome (bspw. Schlafstörungen, Störung der zirkadianen Rhythmik, Störung der Konzentration und Mnestik) und verhaltensbezogene Symptome (bspw. sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit) aus (Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2015).
Mit einer Lebenszeitprävalenz von 20% bis 25% sind affektive Störung die häufigsten psychischen Störungen. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (Kandale & Rugenstein, 2014). Die 12-Monatsprävalenz depressiver Störungen (Depression, Dysthymia) liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 15,7%. Jährlich sind dies 10,1 Millionen betroffene Menschen in Deutschland (Jacobi et al., 2014). Nach Einschätzung der WHO zählt die Depression weltweit zu den schwerwiegendsten Erkrankungen (World Health Organization, 2008). 15% der Betroffenen begehen einen Suizidversuch. Zwischen 3% und 4% der Betroffenen versterben durch Suizid (Kandale & Rugenstein, 2014; Wolfersdorf, 2008).
Affektive Störungen sind im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen häufig mit Arbeitsunfähigkeit assoziiert. Affektive Störungen waren im Jahr 2004 für 41% der psychisch bedingten AU-Tage verantwortlich (Weber, Hörmann & Köllner, 2006). Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass die Prävalenz affektiver Störungen insgesamt hoch ist. Einige Arbeiten zeigen, dass nicht der subjektive erlebte Handlungsspielraum (*job-control*), sondern die Arbeitsintensität (*job-demand*) mit dem Auftreten depressiver Erkrankungen assoziiert ist (Rau, Hoffmann, Morling & Rösler, 2007; Rau, Morling & Rösler, 2010).
Rau und Henkel (2013) konnten jedoch zeigen, dass auch ein geringer subjektiv erlebter Handlungsspielraum das Risiko für eine depressive Störungen erhöhen kann. Dies ist in Hinblick auf die Konzeption der Intervention bedeutsam, denn der wahrgenommenen Handlungsspielraum wird beeinflusst durch Denk- und Wahrnehmungsprozesse. Diese

Denk- und Wahrnehmungsprozesse lassen sich durch therapeutische Interventionen modifizieren.

Rau und Henkel (2013) konnten in ihrer Übersichtsarbeit zeigen, dass verschiedene Belastungsfaktoren wie (1) objektiv und subjektiv als hoch gewertete Arbeitsintensität, (2) geringerer wahrgenommener Handlungsspielraum, (3) gering erlebte berufliche Anerkennung bei gleichzeitig hohen Anforderungen, (4) mangelnde erlebte soziale Unterstützung und (5) wahrgenommener Rollenstress das Risiko für depressive Störungen und damit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit erhöhen können. Auch Stansfeld, Fuhrer, Shipley und Marmot (1999) zeigten, dass fehlende soziale Unterstützung das Risiko für eine psychische Erkrankung erhöhen kann. Zudem kann Arbeitsplatzunsicherheit zu Angst und Anspannung führen und damit die Vulnerabilität für eine depressive Störung oder Angststörung erhöhen (Rau & Henkel, 2013). Depressivität wiederum führt zu einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit bei der Arbeit (Adler et al., 2006)

Ein weiterer Erklärungsversuch für den Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und AU bietet das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996; Siegrist et al., 2004). Hierbei wird eine Gratifikationskrise als zentrale Ursache für Stresserleben angesehen. Durch ein Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung und nicht vorhandener Belohnung (dies meint auch soziale Anerkennung) resultiert Stresserleben, welches über längere Zeit eine depressive Störung mitbedingen kann (Unger, 2007). Tatsächlich wird mangelnde soziale Unterstützung von Arbeitnehmern häufig als belastend erlebt (Tennant, 2001).

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich hieraus wichtige Implikationen für die Konzeption der Intervention. Eine berufsbezogene Intervention für depressive Patienten sollte demnach auf die subjektive Bewertung der Arbeitsintensität und der eigenen Handlungsspielräume abzielen, soziale Kompetenz fördern und Strategien zum Umgang mit Arbeitsplatzunsicherheit vermitteln.

Im Folgenden sollen als zweite relevante Störungsgruppe in dieser Arbeit die Angststörungen sowie ihr Zusammenhang zur AU dargestellt werden.

2.1.9.2 Angststörungen und AU

Das gemeinsame Merkmal aller Angststörungen ist eine im Vordergrund stehende Angst. Was diese Angst auslöst, kann sich je nach Störungsbild unterscheiden (bspw. soziale Situationen, öffentliche Plätze, Höhe, Spritzen). Durch die Ängste entstehen neben hohem Leidensdruck häufig Verhaltensweisen, die zur Vermeidung der Angst dienen und dadurch zu gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag führen können (Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2015).

Neben affektiven Störungen sind Angststörungen eine der häufigsten Störungsgruppen. Die 12-Monatsprävalenz von Angststörungen liegt in Deutschland bei 9,8 Millionen Betroffenen (15,3%). Frauen sind in der Regel häufiger betroffen als Männer. Unter den Angststörungen werden die Panikstörung (12-Monatsprävalenz = 2 %), Agoraphobie (12-Monatsprävalenz = 4 %), soziale Phobie (12-Monatsprävalenz = 2,7 %), generalisierte Angststörung (12-Monatsprävalenz = 2,2 %) und spezifische Phobien (12-Monatsprävalenz = 10,3 %) zusammengefasst (Jacobi et al., 2014).

Auch Angsterkrankungen sind im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen mit einer erhöhten Häufigkeit und Dauer von AU-Tagen assoziiert. Angststörungen waren im Jahr 2004 für 41% der psychisch bedingten AU-Tage verantwortlich (Weber, Hörmann & Köllner, 2006). Wie im Abschnitt 2.1.9.1 (Depressive Störungsbilder) erläutert, ergeben sich auch für Angststörungen die von Rau und Henkel (2013) beschriebenen Arbeitsbelastungen als Risikofaktoren. Arbeitsbezogene Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen sind demnach (1) objektiv und subjektiv als hoch gewertete Arbeitsintensität, (2) geringer wahrgenommener Handlungsspielraum, (3) gering erlebte berufliche Anerkennung bei gleichzeitig hohen Anforderungen, (4) mangelnde erlebte soziale Unterstützung und (5) wahrgenommener Rollenstress. Auch für Patienten mit Angststörungen sollte eine berufsbezogene Intervention auf die subjektive Bewertung der Arbeitsintensität und der eigenen Handlungsspielräume abzielen, soziale Kompetenz fördern und Strategien zum Umgang mit Arbeitsplatzunsicherheit vermitteln.

Zusammenfassend können bestimmte Arbeitsbedingungen (bspw. hohe Arbeitsintensität) zu Stresserleben führen und zur Entwicklung depressiver Störungen oder Angststörungen beitragen. Warum arbeitsbezogene Belastungen häufiger zu depressiven Störungen und Angststörungen führen, ist nicht abschließend geklärt.

Im nächsten Abschnitt soll näher auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapierationale zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Stresserleben eingegangen sowie deren Wirkweise dargestellt werden.

2.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapierationale

Die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie wird durch verschiedene theoretische Ansätze begründet. Seit langem ist bekannt, dass kognitive Prozesse in Form von Gedanken, Bewertungen oder Glaubensätzen einen Einfluss auf das Erleben von Menschen haben. Dysfunktionale Kognitionen zu identifizieren und zu modifizieren ist ein zentraler Bestandteil in der Therapie von Patienten mit depressiven Störungen (Beck et al., 2010). Auch in der Stressforschung kommt subjektiven Bewertungen eine bedeutende Rolle zu, da diese das Stresserleben von Menschen sowohl verstärken als auch abschwächen können. Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) postuliert, dass Stresserleben dann zustande kommt, wenn eine Situation (1) als potenziell gefährlich (primäre Bewertung) und (2) die eigenen Ressourcen als unzureichend für die Bewältigung der Situation eingeschätzt werden (sekundäre Bewertung). In Abbildung 5 ist beispielhaft dargestellt, wie Bewertungen am Arbeitsplatz zu Stress führen können.

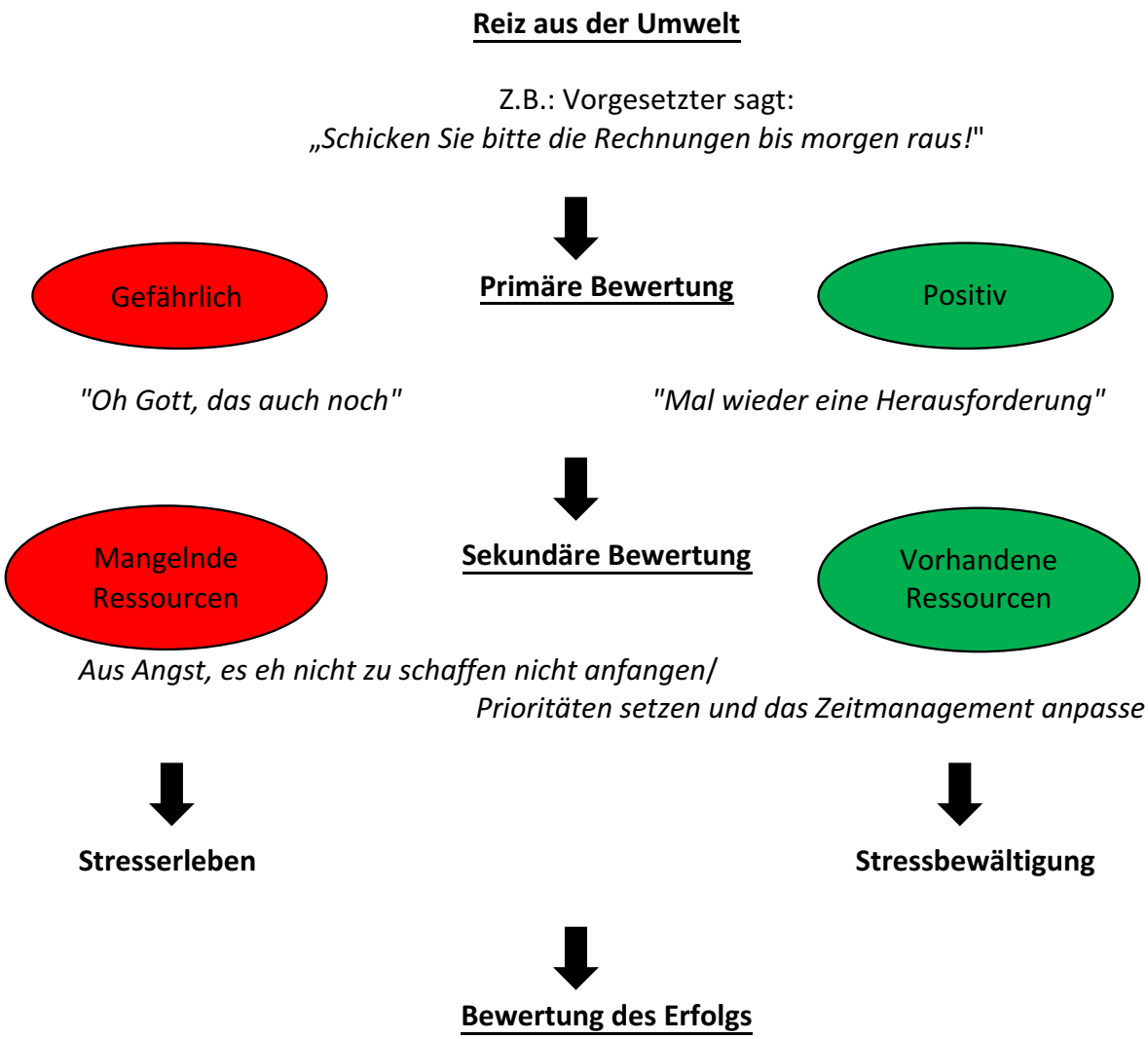


Abbildung 5: Primäre und sekundäre Bewertungen im Arbeitskontext in Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984).

Aus diesem Beispiel wird deutlich, dass Stress nicht primär durch die situativen Anforderungen zustande kommt, sondern durch die individuelle Bewertung der Situation. Kaluza (2005) unterscheidet drei Hauptwege des individuellen Stressmanagements. Dies sind das (1) instrumentelle, (2) kognitive und (3) palliativ-regenerative Stressmanagement. Das instrumentelle Stressmanagement setzt direkt an den Stressoren an, in dem bspw. Arbeitsprozesse oder -plätze verändert und angepasst werden. Hierfür werden sozial-

kommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementstrategien von Kaluza (2005) als wichtig erachtet. Das kognitive Stressmanagement beruht auf dem zuvor beschriebenen transaktionalen Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984) und zielt auf die Änderungen individueller Bewertungen und Einstellungen ab. Das palliativ-regenerative Stressmanagement zielt auf die Regulierung der psychischen und physiologischen Stressreaktion ab (bspw. Entspannungsverfahren).

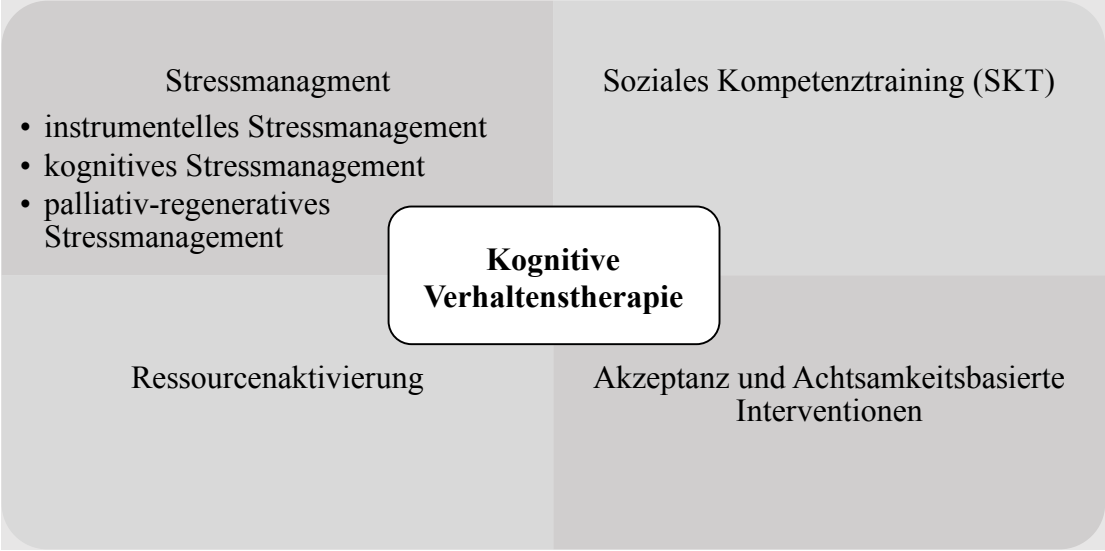


Abbildung 6: Übersicht über zentrale Therapierationale der kognitiven Verhaltenstherapie.

Ein weiterer therapeutischer Ansatz ist das soziale Kompetenztraining (SKT). Das SKT zielt darauf ab, Patienten im Erwerb sozial-kommunikativer Kompetenzen zu unterstützen. Das Therapierational für diesen Ansatz ergibt sich aus dem Verstärkerverlustmodell nach Lewinsohn (1974), wonach der Verlust von (sozialen) Verstärkern (bspw. soziale Beziehungen) zu Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Störungen beiträgt. Der Verstärkerverlust ergibt sich hiernach durch das soziale Rückzugsverhalten sowie den Antriebs- und Interessenverlust. Beim SKT kommen verhaltenstherapeutische Methoden wie Modelllernen, Verstärkung, Diskriminationstraining und Verhaltensübungen zum Tragen (Ullrich & de Muynck, 2008). Das SKT-Training hat sich als wirksamer Bestandteil in der Therapie von Patienten mit depressiven Störungen erwiesen (Barth et al., 2013).

Die Reaktivierung und Stärkung von Ressourcen (Ressourcenaktivierung) ist ein weiteres kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapierational. Menschen können ihre Ressourcen erst nutzen, wenn diese wieder wahrnehmbar und erlebbar werden (Willutzki & Teismann, 2013). Ressourcenaktivierung ist ein bedeutsames Wirkprinzip der kognitiven Verhaltenstherapie (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). In der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen haben sich ressourcenorientierte Ansätze als wirksam erwiesen (Teismann, Dymel, Schulte & Willutzki, 2011; Willutzki, Haas & Neumann, 2004).

Mit der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie wurden zunehmend auch achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Methoden (Akzeptanz- und Commitmenttherapie; ACT) in die Verhaltenstherapie integriert. Diese Ansätze zielen nicht auf die Änderung bestimmter Kognitionen ab, sondern auf die Achtsamkeit gegenüber inneren und äußeren Prozessen sowie deren Akzeptanz ab. Achtsamkeit entstammt der buddhistischen Meditation und soll ermöglichen, innere und äußere Prozesse im (1) Hier und Jetzt, (2) absichtsvoll und (3) nicht wertend wahrzunehmen. Akzeptanz wiederum meint die Bereitschaft, Ereignisse so, wie sie sind, anzunehmen. Damit sind sowohl angenehme als auch unangenehme Erfahrungen gemeint (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003). Miller, Fletcher und Kabat-Zinn (1995) konnten beispielsweise zeigen, dass die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapie das Angsterleben von Patienten mit Angststörungen langfristig reduzieren kann. In der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen sind ACT-basierte Methoden in ihrer Wirksamkeit mit kognitiven verhaltenstherapeutischen Verfahren vergleichbar (Twohig & Levin, 2017). Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie weist darauf hin, dass eine ACT-basierte Intervention bei arbeitsunfähigen und Patienten mit psychischen Störungen deutlich positive Effekte auf Depressivität, Ängstlichkeit und Stresserleben hat (Finnes, Ghaderi, Dahl, Nager & Enebrink, 2017)

Im nächsten Abschnitt soll näher auf Interventionen für verschiedene Problembereiche und deren Wirkweise eingegangen werden. Anschließend werden Interventionen für den Problembereich AU dargestellt.

2.3 Gruppentherapie

In diesem Kapitel wird zunächst der Forschungsstand zu gruppentherapeutischen Wirkfaktoren näher dargestellt und eine Übersicht zu verschiedenen gruppentherapeutischen Interventionen gegeben.

2.3.1 Gruppentherapie und Wirksamkeit

Die Behandlung psychischer Störungen erfolgt in der Regel durch psychotherapeutische und/oder medikamentöse Therapieansätze. Da die vorliegende Arbeit die Konzeption einer verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie zum Gegenstand hat, soll im Folgenden ein Überblick über verschiedene gruppentherapeutische Angebote und Wirkfaktoren gegeben werden. Medikamentöse Therapieansätze werden hierbei nicht berücksichtigt. Im Bereich der psychotherapeutischen Ansätze wird zwischen kognitiver Verhaltenstherapie und psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren unterschieden, wobei in der vorliegenden Arbeit auf kognitive Verhaltenstherapie abgezielt wird.

Gruppentherapie kann definiert werden als „(...) die Behandlung einer emotionalen oder psychischen Störung oder eines Anpassungsproblems mit Hilfe des Mediums Gruppe. Dabei wird darauf fokussiert, auf einer interpersonellen (sozialen), einer intrapsychischen oder Verhaltensebene Veränderungen bei den teilnehmenden Klienten oder Gruppenmitgliedern zu induzieren“ (Strauß & Mattke, 2012, S. 10).

Die Wirksamkeit gruppentherapeutischer Angebote in Bezug auf psychische Störungen konnte bereits mehrfach in Meta-Analysen gezeigt werden (Feng et al., 2012; Polnay et al., 2014). Tabelle 2 gibt einen Überblick über verschiedene evaluierte gruppentherapeutische Angebote. Vor allem standen gruppentherapeutische Interventionen für depressive Störungen bisher im Fokus der Forschung.

Tabelle 2: *Gruppentherapeutische Angebote und Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Störungsgruppen und Problembereiche.*

Abhängigkeitserkrankungen	Camarelles et al., 2002 Greenfield et al., 2014 Weiss et al., 2007
Angststörungen	McEvoy et al., 2017 Sharma, Mehta & Sagar, 2017 Wolgensinger, 2015
Angst vor rezidivierenden Krebserkrankungen	Rudolph, Wunsch, Herschbach & Dinkel, 2017
Komplizierte Trauer	Kealy et al., 2017 Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011
Bipolare Störungen	Costa et al., 2011
Bulimia Nervosa	Polnay et al., 2014
Depression	Aghaei, Samkhaniyan, Mahdavi, Faraji & Roshandel, 2015 Chiang et al., 2015 Feng et al., 2012 Mohr et al., 2009 Sadeghi et al., 2016 Sharif et al., 2014 Thimm & Antonsen, 2014
high-functioning Autismus	Storch, 2017
Hypochondrie	Weck et al., 2015
Parkinson	Hadinia et al., 2016
Posttraumatische Belastungsstörung	Levi et al., 2017
Schmerzstörungen	Antunez Sanchez et al., 2017
Schizophrenie	Andres, Pfammatter, Garst, Teschner & Brenner, 2000 Haller et al., 2009
Somatisierungsstörung	Kashner, Rost, Cohen, Anderson & Smith, 1995
Spielsucht	Jimenez-Murcia et al., 2015
Stressbewältigung	Hampel, Kümmel & Meier, 2009; Kaluza, 2005; Kaluza, 1999; Meichenbaum, 2012

Darüber hinaus sind gruppentherapeutische Verfahren auch altersübergreifend einsetzbar, sowohl bei Kindern (Stachow, Schultz, Kurzinsky, Petermann & Hampel, 2001a), Adoleszenten (Arias-Pujol & Anguera, 2017; Groen, Pössel, Al-Wiswasi & Petermann, 2003;) als auch bei Menschen im höheren Alter (Petrak, Hautzinger, Müller & Herpertz, 2016).

2.3.2 Gruppentherapeutische Wirkfaktoren

Die ersten gruppentherapeutischen Angebote sind auf J. Pratt zurückzuführen, der 1905 Tuberkulosepatienten in Gruppen über ihre Behandlungspläne aufklären ließ, um Zeit zu sparen. Schon damals beschrieb J. Pratt erfolgsversprechende Faktoren für Gruppentherapie, wie beispielsweise Vertrauen, Hoffnung und Identifikation mit der Gruppe (Strauß & Mattke, 2012).
Mit dem Begriff *gruppentherapeutischer Wirkfaktor* wird ein Prozess innerhalb einer Gruppentherapie beschrieben, der zur Verbesserung des Zustandes eines Patienten beiträgt. Dieser Prozess ist eine Funktion der Handlungen des Therapeuten, der Gruppenmitglieder und des Patienten selbst (Bloch, Crouch & Reibstein, 1981).

Tabelle 3: *Wirkfaktoren in Gruppentherapien nach Yalom (1974)*

1. Einflößen von Hoffnung
2. Universalität des Leidens
3. Mitteilung von Information
4. Altruismus
5. Die korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
6. Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs
7. Imitationsverhalten
8. Interpersonelles Lernen
9. Gruppenkohäsion
10. Katharsis
11. Existentielle Faktoren

Die elf Wirkfaktoren (Tabelle 3) von Gruppentherapien nach Yalom (1974) bilden nach wie vor eine wichtige theoretische Grundlage in der (Gruppen-) Therapieforschung.

Insbesondere interpersonelles Lernen (von anderen erfahren, wie sie mit Problemen umgangen sind), Orientierungshilfen (Informationen und Hinweise erhalten), Universalität des Leidens (erkennen, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben), Altruismus (erkennen, anderen helfen zu können), Katharsis (Ausleben emotionaler Konflikte) und Gruppenkohäsion (Qualität der Bezogenheit zur Gruppe) scheinen besonders wirkungsvoll in Gruppentherapien zu sein (Behenck, Gomes & Heldt, 2016; Behenck, Wesner, Finkler & Heldt, 2017; Choi & Park, 2006). Eine differentielle Auswertung der 11 Wirkfaktoren nach Yalom zeigt, dass Gruppenkohäsion und Katharsis die relevantesten Wirkfaktoren zu sein scheinen (Tschuschke, 2010). Hautzinger (2011) nennt ergänzend zu den Wirkfaktoren nach Yalom die Wirkfaktoren gemeinsame Arbeitshaltung, Feedback geben und empfangen sowie die Möglichkeit für Rollenspiele. Darüber hinaus scheint auch Optimismus in Bezug auf die Gruppentherapie ein wichtiger Faktor zu sein, da sich optimistischere Patienten wahrscheinlich schneller öffnen können, mehr Feedback erhalten und entsprechend mehr Lernerfahrung machen (Kersting et al., 2002).

Auch bei MacKenzie (1997) finden sich fast alle der von Yalom genannten therapeutischen Faktoren in Gruppen wieder. Ergänzend zu den Wirkfaktoren nach Yalom benennt MacKenzie Einsicht (Einsicht in eigene Verhaltensmuster), Selbstoffenbarung (sich anderen gegenüber öffnen) und Akzeptanz als zusätzliche Wirkfaktoren und lässt den Wirkfaktor der korrigierenden Rekapitulation der primären Familiengruppe dafür außer Acht. Nach MacKenzie (1997) lassen sich die wichtigsten therapeutischen Faktoren vier Gruppen zuordnen (Tabelle 4). Unabhängig von der theoretischen Orientierung des Gruppenleiters wird für alle Wirkfaktoren eine reziproke Beziehung zwischen Gruppenkohäsion und den therapeutischen Faktoren postuliert. Demnach verstärkt Gruppenkohäsion die Wirkung der therapeutischen Faktoren, wobei dies wiederum die Gruppenkohäsion verstärkt.

Im Rahmen von gruppentherapeutischen Settings können sich Wirkfaktoren entfalten, die im Einzeltherapiesetting nicht existieren. Dies sind nach MacKenzie (1997) insbesondere Wirkfaktoren wie Akzeptanz, Universalität des Leidens, Altruismus, Modellernen, Beobachtungslernen und interpersonelles lernen. Grundsätzlich wirken alle Faktoren aber in Abhängigkeit vom Behandlungssetting, dem zeitlichen Verlauf der Behandlung und von der Patientengruppe (Kersting et al., 2002).

Tabelle 4: *Gruppentherapeutische Wirkfaktoren in Anlehnung an MacKenzie (1997).*

1. Supportive Faktoren	**2. Lernfaktoren**
• Universalität	• Modellernen
• Akzeptanz	• Beobachtungslernen
• Altruismus	• Leitung
• Hoffnung	• Edukation
3. Selbstoffenbarung	**4. Psychologische Faktoren**
• Selbstoffenbarung	• Interpersonelles Lernen
• Katharsis	• Einsicht

Zusammengefasst profitieren Gruppentherapie im besonderen Maße von den Wirkfaktoren interpersonelles Lernen, Orientierungshilfen, Universalität des Leidens, Altruismus, und Katharsis. Gruppenkohäsion nimmt eine zentrale Rolle ein.

2.3.3 Strukturelle Gründe für ein gruppentherapeutisches Angebot

Trotz der vielfachen Wirkungsnachweise ist das Angebot gruppentherapeutischer Interventionen im ambulanten Behandlungssetting gering. Nur 7,7% aller niedergelassenen Psychotherapeuten boten im Jahr 2010 Gruppentherapie an (Walendzik et al., 2011).
Vielfach wurde dargestellt, dass trotz eines „...ausgebauten, differenzierten und qualitativ hochwertigen Systems zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ (GKV Spitzenverband, 2014) die ambulante psychotherapeutische Versorgung unzureichend ist (Albani, Blaser, Rusch, & Brähler, 2013; Berger, 2016; Bühring, 2011; Sollmann, 2007).
Wittchen und Jacobi (2001) sprechen sogar von einer zum Teil gravierenden Unterversorgung in Teilen Deutschlands, insbesondere in den Gebieten ohne nahe Universitätskliniken oder psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die bestehenden ambulanten psychotherapeutischen Ressourcen so zu nutzen, dass möglichst viele Patienten eine psychotherapeutische Behandlung erhalten können. Dazu gehört, ambulante gruppentherapeutische Angebote zu stärken. Dies wurde

bspw. auch durch die Novellierung der im April 2017 in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie versucht, in dem die Beantragung von Gruppentherapie erleichtert und finanzielle Anreize für die Durchführung von Gruppentherapie gesetzt wurden.
Den erheblichen Folgen der hohen AU-Rate stehen bislang aber kaum und nur unzureichend evaluierte spezifische psychotherapeutische Interventionen gegenüber. Lediglich für den stationären Bereich existiert ein deutschsprachiges evaluiertes Gruppentherapiemanual (Hillert et al , 2012). Grund dafür ist, dass Interventionen für psychisch erkrankte Menschen mit spezifischem Bezug auf die AU bislang in Forschung und Praxis nicht hinreichend berücksichtigt worden sind, obwohl 95,7% aller psychisch Erkrankten ambulant behandelt werden (Gaebel, Kowitz, Fritze & Zielasek, 2013; Kraus, Letzel & Nowak, 2010).
Im folgenden Abschnitt sollen die Studienziele und der Studienplan näher beschrieben werden.

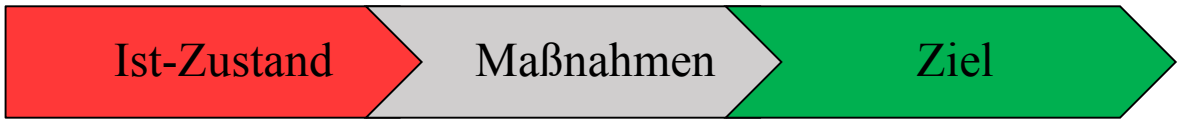
2.4 Ziele der Studie

Ausgehend von dem oben beschriebenen theoretischen Hintergrund ergibt sich der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit. Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere affektive Störungen und Angststörungen, sind einem erhöhten Risiko für AU ausgesetzt. Das Risiko, durch Arbeit psychisch zu erkranken, erhöht sich unter anderem durch hohe Arbeitsintensität, geringen (subjektiven) Handlungsspielraum, Überstunden, lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, gering erlebte Anerkennung, geringe soziale Unterstützung, Rollenstress, Mobbing und Arbeitsplatzunsicherheit. Bislang gibt es kein evidenzbasiertes Therapiekonzept, das dieses Thema für ambulante Behandlungssettings adressiert.

Um der großen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Herausforderung aufgrund der stark steigenden Zahl psychisch bedingter Fehltage und Erwerbsunfähigkeit zu begegnen, soll ein spezielles Gruppenangebot für die gezielte Beratung und Therapie entwickelt und evaluiert werden. Da der Großteil der psychisch erkrankten Patienten ambulant versorgt wird, sollte eine ambulante Gruppenintervention entwickelt und implementiert werden, die zum Ziel hat, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu fördern. Ziel der geplanten Untersuchung ist es deshalb:

1. Einen Überblick über therapeutische Interventionen mit Bezug auf das Thema Arbeitsfähigkeit zu geben und anhand dessen geeignete und evidenzbasierte Therapieinhalte für das Therapiemanual zu bestimmen.
2. Eine gruppentherapeutische Intervention für das ambulante Behandlungssetting mit spezifischem Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu entwickeln.
3. Ein geeignetes Studiendesign für den formativen Evaluationsprozess zu bestimmen.
4. Die Akzeptanz, Durchführbarkeit und erste Wirksamkeitshinweise dieser Intervention in einer Pilotstudie zu evaluieren.
5. Das Therapiemanual zu optimieren und für weitere wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Implikationen bereitzustellen.

Abbildung 7 zeigt sowohl die bis hierher beschriebenen arbeitsbezogenen Problembereiche (Ist-Zustand), die zu implementierenden Maßnahmen sowie die damit zu erreichenden Ziele auf individueller Patientenebene.



Arbeitsbelastungen	Arbeitsbezogene Psychotherapie	Bewältigungsstrategien
Hohe Arbeitsintensität Subjektiv geringer Handlungsspielraum	Palliativ-regeneratives Stressmanagement Instrumentelles Stressmanagement Kognitives Stressmanagement	Stressbewältigungsstrategien Selbstfürsorgestrategien
Mangelnde soziale Unterstützung Geringe berufliche Anerkennung Rollenstress Mobbing	Soziales Kompetenztraining Strategien zur Prävention und Bewältigung von Mobbing	Strategien für sozialkompetentes Verhalten Selbstsicherheit
Überstunden Lange Arbeitszeiten	Palliative-regeneratives Stressmanagement Instrumentelles Stressmanagement Kognitives Stressmanagement ACT	Stressbewältigungsstrategien Selbstfürsorgestrategien
Arbeitsplatzunsicherheit	ACT Ressourcenaktivierung	Selbstsicherheit Selbstwirksamkeit Wissen um eigene Ressourcen

Abbildung 7: Ziele der arbeitsbezogenen Intervention „Gesund bleiben im Beruf“.

2.5 Studienplanung

Übergeordnet orientiert sich die Studienplanung am *Public-Health-Action-Cycle* (PHAC, Kolip, 2006). Zunächst soll nach diesem Ansatz eine sorgfältige Problembeschreibung erfolgen und entsprechend Zielgruppen beschrieben und Anhaltspunkte für Interventionen bestimmt werden. Dieser Schritt wird in der vorliegenden Arbeit durch den theoretischen Hintergrund abgedeckt. Anschließend werden Maßnahmen auf der Basis der vorhandenen Evidenz oder bei fehlender Evidenz aufgrund von theoretischen Vorüberlegungen entwickelt (Strategieentwicklung). Der Schritt der Strategieentwicklung erfolgt im Abschnitt 2.7. Dann soll die Umsetzung der Maßnahmen unter Berücksichtigung von Struktur- (bspw. Qualifikation von Therapeuten) und Prozessqualität (bspw. Diagnostik) erfolgen. In der vorliegenden Arbeit wird die Prozessqualität im Sinne der formativen Evaluation berücksichtigt. Auf die Kombination summativer und formativer Evaluation wird im Abschnitt 2.5.2 näher eingegangen. Letztendlich erfolgt die Bewertung und Evaluation in Form von Effizienz- und Effektivitätsbewertungen (summative Evaluation). Dem soll hier im Ergebnis- und Diskussionsteil entsprochen werden. Abbildung 8 zeigt das Studiendesign der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an den PHAC.

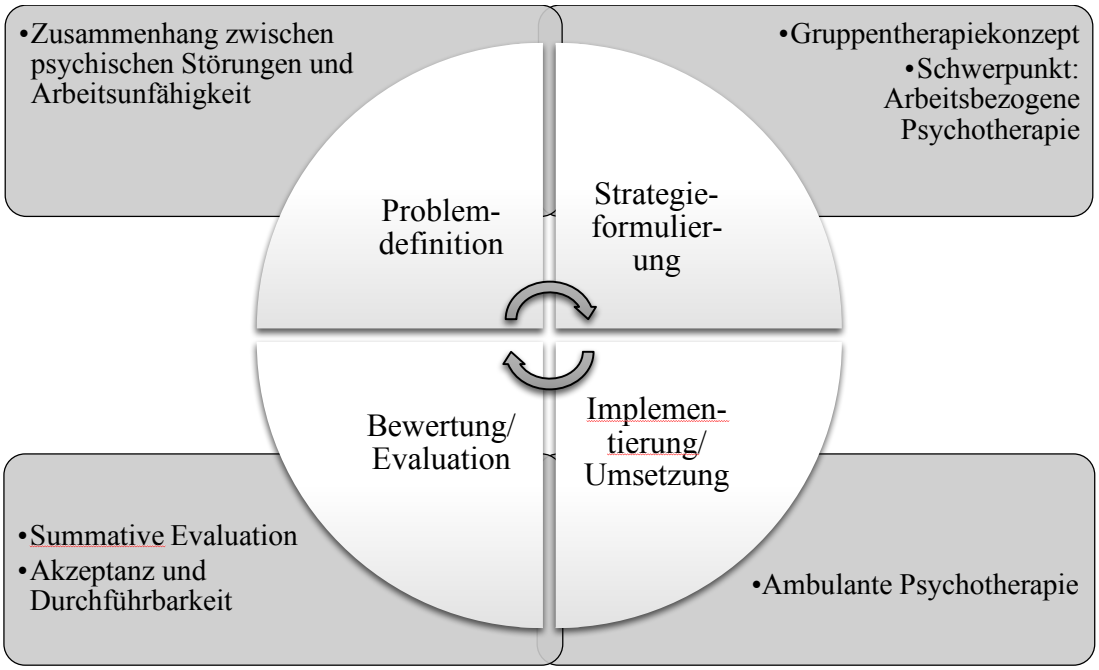


Abbildung 8: Studienplanung in Anlehnung an den Public-Health-Action-Cycle (PHAC, Kolip, 2006).

2.5.1 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung

Die Entwicklung von neuen Therapieangeboten sollte durch eine angemessene wissenschaftliche Herangehensweise erfolgen. Das erweiterte 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung nach Krampen, Schui und Wiesenhütter (2008) ist dafür gut geeignet. Es ist angelehnt an die vier typischen Prüfphasen pharmakologischer Studien: (1) Erkundungsphase, (2) Randomisierte Studien, (3) Testphase und (4) Praxiskontrolle. Für die medizinisch-pharmakologische Forschung wird dieses Modell durch die WHO im Rahmen der guten klinischen Praxis (*Good Clinical Practice*) empfohlen (World Health Organization, 1995). Das erweiterte 4-Phasenprüfmodell wurde um die Phase (0) Entwicklungsphase und Phase (5) Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung ergänzt und für die psychologische Interventionsforschung erweitert (Tabelle 5).

In Bezug auf die vorliegende Arbeit bietet das Modell Herangehensweisen für die Konzeption und Evaluation der gruppentherapeutischen Intervention. Die Konzeption der Intervention ist demnach der Entwicklungsphase (Phase 0) zuzuordnen, in der die Entwicklung der Invention im Vordergrund steht. Für die Entwicklung können sowohl neue Kombinationen bekannter Interventionen als auch neue Interventionsmethoden entwickelt werden. Die Entwicklung kann auf Grundlage von theoretischen Überlegungen, Fallberichten oder Plausbilitätserwägungen vorgenommen werden. Die vorläufige Evaluation der Intervention ist der Erkundungsphase (Phase 1) zuzuordnen. In dieser Phase kann eine erste Pilotierung an geringen Fallzahlen durch verschiedene Studiendesigns (bspw. Feldexperiment, systematische Einzelfallstudien, Eingruppen-Design) vorgenommen werden.

Zusammenfassend ist vorliegende Arbeit der Phase 0 und der Phase 1 des erweiterten 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung zuzuordnen.

Tabelle 5: *Das erweiterte 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung vereinfacht dargestellt nach Krampen, Schui und Wiesenhütter (2008).*

Phase	**Bezeichnung**	**Inhalte**
Phase 0	Entwicklungsphase	- Kreations-/Erfindungsphase - Kasuistik, illustrative Fallbeschreibung, qualitative Studie - Entwicklung neuer Interventionsmethoden oder neuartige Kombination bekannter Interventionsmethoden - Theoretische Überlegungen
Phase 1	Erkundungsphase	- Screening-Phase; Pilot-Phase - Feldstudie und Feldexperiment - Quasi-experimentelle Studiendesigns - Systematischer Einsatz und empirische Prüfung von (neuen oder kombinierten) Interventionsmethoden ohne Randomisierung, global formulierte Hypothesen
Phase 2	Randomisierte Studien	- Experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung von Patienten zu minimal zwei Gruppen (Behandlungsgruppe versus unbehandelte Kontrollgruppe, Warteliste-Kontrollgruppe, Placebo-Gruppe, Vergleichsgruppe mit Standardbehandlung oder Vergleichsgruppe mit Alternativbehandlung) - Prospektiv kontrollierte Studie
Phase 3	Testphase 3A: Multi-Center-Studien 3B: Metaanalysen	- Multi-Center-Studie - Metaanalyse

Phase 4	Praxiskontrolle	- Versorgungsforschung; Praxistest unter Routinebedingungen - vor- und quasi-experimentelle Studie (Feldstudie und -experiment) unter Routinebedingungen der Anwendungspraxis - Prüfung der Bewährung (klinische Brauchbarkeit und/oder Wirtschaftlichkeit) einer Interventionsmethode unter alltäglichen Anwendungs- und Praxisbedingungen
Phase 5	Präventionsentwicklung Rehabilitationsentwicklung Persönlichkeitsentwicklung	- Studien zu primär-präventiven klinisch-psychologischen Interventionen zur Reduktion von Inzidenz und Prävalenz von Störungen mit Krankheitswert - Studien zu tertiär-präventiven (rehabilitativen) klinisch-psychologischen Interventionen zur Reduktion von Rezidiven und zur Verbesserung der Bewältigung von Residuen bei Patienten - Studien zu klinisch-psychologischen Interventionen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, zum Aufbau von Resilienzfaktoren

Aufgrund des Erkundungscharakters in Phase 1 kann hier auch die Frage nach der Akzeptanz einer Intervention verortet werden, auch wenn dies nicht explizit in dem Modell vorgesehen ist. Akzeptanz wird als wichtiger Aspekt der Implementationsforschung angesehen (Proctor et al., 2011; Proctor et al., 2009). In der Literatur wird der Begriff der Akzeptanz häufig uneinheitlich benutzt. Hier wird Akzeptanz nach Petermann (2014) verstanden. Akzeptanz meint demnach die Bewertung der an einer Implementation Beteiligten (bspw. Patienten, Therapeuten), in welchem Ausmaß eine Intervention zufriedenstellend ist. Für die Erfassung der Akzeptanz empfiehlt Petermann (2014) Umfragen, qualitative oder semi-strukturierte Interviews und administrative Daten.

2.5.2 Die Kombination aus summativer und formativer Evaluation

Die Evaluation von Interventionen verfolgt nach Bortz und Döring (2006) fünf Funktionen. Erstens soll Evaluationsforschung wissenschaftliche Erkenntnisse über die Eigenschaften und Wirkungen von Interventionen sammeln (Erkenntnisfunktion). Zweitens soll Evaluation Stärken und Schwächen einer Intervention aufzeigen, um darüber Stärken auszubauen und Schwächen zu verringern (Optimierungsfunktion). Drittens dient Evaluation der Überprüfung, wie effektiv und effizient eine Intervention umgesetzt wurde und ob Nebenwirkungen auftreten (Kontrollfunktion). Viertens soll Evaluation zu der Entscheidung beitragen, ob eine Intervention weiter gefördert wird (Entscheidungsfunktion). Letztendlich soll Evaluation auch eine Intervention nach außen legitimieren und beispielsweise die Investition von Geldern rechtfertigen.

Bei Evaluationsprozessen lassen sich summative und formative Bewertungen unterscheiden. Als summative Evaluation wird die abschließende Hypothesenprüfung nach der Durchführung einer bestimmten Maßnahme bezeichnet. Die formative Evaluation hingegen umfasst einen begleitenden Prozess mit mehreren Erhebungszeitpunkten, der auch Modifikationen und Verbesserungen einer laufenden Intervention erlaubt. Auch hinsichtlich der Evaluationsmethoden gibt es Unterschiede zwischen den beiden Evaluationsformen. Häufig werden quantitative Methoden für summative Evaluationen herangezogen. Für formative Evaluationsprozesse hingegen eignen sich qualitative Datenerhebungsmethoden. Bei den qualitativen Datenerhebungsmethoden lassen sich qualitative Befragung, qualitative Beobachtung (bspw. aggressives Verhalten) und nonreaktive Verfahren (bspw. Statistiken, Archive) differenzieren. Qualitative Datenerhebungen zeichnen sich durch ihre empirische, systematische und flexible Vorgehensweise aus, welche innere Prozesse (Bedeutungen) rekonstruieren soll. Ein Beispiel für qualitative Datenerhebung ist die eingangs erwähnte Marienthal-Studie, bei der das subjektive Erleben von Arbeitslosigkeit unter anderem durch freie Beobachtung (Bewegung im öffentlichen Raum) und standardisierte Beobachtungen (Zeitverwendungsbögen) erfasst wurde (Bortz & Döring, 2006; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010).

Die vorliegende Arbeit kann sowohl der summativen als auch der formativen Evaluation zugeordnet werden. Es wird zum einen das Ziel verfolgt, im Sinne einer summativen Evaluation eine Aussage zur kurz- und mittelfristigen Wirksamkeit einer neuen Intervention machen zu können. Dafür sollen sowohl psychometrische Fragebögen (summativ-

quantitativ) als auch semi-strukturierte Interviews (summativ-qualitativ) verwendet werden. Zum anderen sollen im Sinne einer formativen Evaluation die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention begleitend mittels Fragebögen erhoben werden (formativ-quantitativ). Die Erhebungsmethoden werden detailliert im Methodenteil (S. 66) dargestellt.

2.6 Interventionen mit Schwerpunkt Arbeitsfähigkeit

Im folgenden Abschnitt soll zunächst dargestellt werden, welche psychotherapeutischen Interventionen für arbeitsunfähige Patienten bereits existieren. Dabei liegt der Schwerpunkt auf kognitiv-behavioralen Interventionen. Gängige medizinische und berufliche Rehabilitationsangebote wie Berufsförderwerke, Berufsbildungswerke, Integrationsfachdienste, berufliche Trainingszentren oder *Supported Employment* werden hierbei nicht berücksichtigt, da diese eher soziotherapeutisch geprägt sind (Hammel, Kilian & Schäfer, 2013).

Es wurde über die Datenbank *Pubmed* zunächst eine Literaturrecherche mit den Suchbegriffen *unemployability, incapacitation for work OR incapacity for work OR inability to work OR sick leave AND intervention OR therapy OR group therapy OR group intervention* vorgenommen. Von den 42 gefundenen Studien wurde keine Studie deutschsprachig publiziert. Im weiteren Vorgehen fanden sich schließlich auch deutschsprachige Arbeiten.

Zunächst sollen im Folgenden die Ergebnisse einzelner Studien zu arbeitsbezogenen Interventionen im Einzelsetting dargestellt werden: In einer aktuellen randomisierten-kontrollierten Studie untersuchten Dalgaard und Kollegen (2017), ob eine arbeitsbezogene kognitive Verhaltenstherapie bestehend aus sechs Sitzungen einen Einfluss auf das Stresserleben und die mentale Gesundheit psychisch erkrankter Patienten hat. Der Schwerpunkt der Intervention lag auf dem Umgang mit Stress. Die Autoren konnten zeigen, dass sich das Stresserleben und die psychische Gesundheit 10 Monate nach Therapieende verbesserte. Jedoch fanden sie keine Unterschiede zwischen der Interventionsbedingung und der Kontrollgruppe.

Salomonsson und Kollegen (2017) untersuchten in einer randomisierten-kontrollierten Studie, ob kognitive Verhaltenstherapie oder eine Intervention nur bezogen auf die

Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit oder die Kombination aus beiden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Alle drei Interventionen hatten einen positiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Jahr nach Therapieende. Dennoch war keine der drei Interventionen den anderen überlegen.

Eine weitere Studie konnte jedoch zeigen, dass eine 12 Sitzung andauernde Kombination aus arbeitsbezogener kognitiver Verhaltenstherapie (Schwerpunkt Stressmangement) gegenüber einer reinen kognitiven Verhaltenstherapie in Bezug auf die AU überlegen war (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld & Houtman, 2006). Ein umfassendes Cochrane Review kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Kombination aus arbeitsbezogenen und therapeutischen Interventionen rein therapeutischen Interventionen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit überlegen ist (Nieuwenhuijsen et al., 2014). Arbeitsbezogene Interventionen wurden hierbei definiert als Interventionen, die darauf abzielen, die Arbeitsbedingungen zu modifizieren oder die Patienten bei dem Umgang mit ihrer depressiven Symptomatik in Bezug auf die Arbeitsumgebung zu unterstützen (Bewältigungsstrategien).

International existieren auch einige gruppentherapeutische Interventionen, die auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit abzielen. In einer französischsprachigen Studie wurde untersucht, ob Patienten mit schweren psychischen Störungen, die an einem Programm zur unterstützen Beschäftigung (supported employment) teilnahmen, von einer arbeitsbezogenen KVT-Gruppentherapie profitieren (Lecomte, Corbiere & Lysaker, 2014). Die Therapieinhalte waren Stressmanagement, Identifikation und Modifizierung dysfunktionaler Gedanken, Problemlösetraining, Selbstwertarbeit, Umgang mit Kritik, Rechte durchsetzen lernen, Bewältigungsstrategien im Umgang mit Symptome finden, Arbeitsbedingungen verhandeln und Stigmatiserung überwinden. Die Daten von 24 Patienten zeigten, dass die Intervention von den Patienten akzeptiert wurde. Nach 12 Monaten waren Patienten in der Interventionsgruppe im Vergleich zu Patienten der Kontrollgruppe (die nur an der unterstützen Beschäftigung teilnahmen) mehr Stunden in der Woche und andauernder arbeitsfähig. Zudem sind gruppentherapeutische Angebote mit dem Schwerpunkt auf kognitiver Verhaltenstherapie reinen Problemlösegruppen gegenüber in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit überlegen (Jansson, Gunnarsson, Björklund, Brudin & Perseius, 2015). Joyce und Kollegen (2016) konnten in einem systematischen Review zu arbeitsbezogenen Interventionen für Patienten mit psychischen Störungen darstellen, dass kognitive Verhaltenstherapie einen positiven Effekt auf Stresserleben und Arbeitsfähigkeit

hat. Für reine Stressbewältigungstrainings wurde in dem Review keine Evidenz in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gefunden. Interventionen, die lediglich auf eine Erhöhung der Arbeitsmotivation abzielen, reichen ebenfalls nicht aus, um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern, sollten aber als ein Bestandteil in therapeutische Interventionen integriert werden (Drews, Nielsen, Rasmussen, Hjort, & Bonde, 2007; Kessemeier et al., 2017). Das IBBIS Programm (Integrated Mental Health Care and Vocational Rehabilitation to Individuals on Sick Leave Due to Anxiety and Depression; Poulsen, Hoff, Fisker, Hjorthøj & Eplov, 2017) umfasst unter anderem eine ausführliche Erfassung der Arbeitsfähigkeit, ein Rückfallprophylaxe-Programm, Unterstützung bei der Arbeitssuche und die Integration medizinischer und berufsbezogener Aspekte für Patienten mit depressiven Störungen und Angsterkrankungen. Die Ergebnisse stehen noch aus, die Autoren erhoffen sich aber neue Erkenntnisse, um Rehabilitationsprozesse zu verbessern (Poulsen, Hoff, Fisker, Hjorthøj & Eplov, 2017).

2.6.1 Deutschsprachige Interventionen mit Schwerpunkt Arbeitsfähigkeit

Im Zuge einer weiterführenden Literaturrecherche auf *pubmed*, *googlescholar* und *psyndex* wurden auch deutschsprachige Arbeiten gefunden. Es existieren bislang jedoch nur wenige deutschsprachige Therapiemanuale, die auf das Thema Arbeitsfähigkeit abzielen. Muschalla (2017) entwickelte ein gruppenbasiertes Therapiemanual für Patienten mit arbeitsbezogenen Ängsten. Arbeitsbezogene Ängste (bspw. Angst vor Gesprächen mit Arbeitskollegen) unterscheiden sich von nicht-arbeitsbezogenen Angststörungen (Muschalla & Linden, 2009). Die Inhalte der Intervention basieren auf kognitiven und verhaltenstherapeutischen Rationalen, wie Problemlösetraining und Stressmanagement, Situationsanalysen und Rollenspiele. Das Manual umfasst sechs Sitzungen und wurde im Rehabilitationsbereich in einer randomisierten-kontrollierten Studie evaluiert (Muschalla, 2017). Patienten in der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zu der Kontrollgruppe verbesserte arbeitsbezogene Copingstrategien.

Bislang existiert in Deutschland nach Kenntnis des Autors ein Gruppentherapiemanual für die stationäre Rehabilitation psychisch kranker Menschen, welches Arbeitsfähigkeit als zentrales Thema in der stationären Rehabilitation adressiert

Das Manual Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA; Hillert et al., 2012) besteht aus acht Sitzungen und vier übergeordneten Modulen:

- Die erste Sitzung (Einleitung) hat zum Ziel, dass sich die Patienten mit ihren beruflichen Problemen kennenlernen und wichtige Funktionen von Arbeit benennen können.
- Die zweite Sitzung (Arbeit und Gesundheit) hat zum Ziel, dass Patienten die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeit erhöhen. Zudem lernen Patienten den Zusammenhang zwischen ihren Gedanken, Erlebnisweisen, Handlungen und Problemen am Arbeitsplatz kennen.
- Die dritte Sitzung (Soziale Kompetenz am Arbeitsplatz) hat zum Ziel, dass Patienten im Rollenspiel Unterschiede zwischen verschiedenen Verhaltensweisen (sicher versus unsicher versus aggressiv) erfahren und selbstsichere Verhaltensweisen im Rollenspiel einüben.
- In der vierten Sitzung (Soziale Konflikte am Arbeitsplatz) lernen die Patienten ihr Konfliktverhalten am Arbeitsplatz zu reflektieren und davon ausgehend konstruktive Alternativen zu erarbeiten. Die Patienten sollen hier verschiedene Lösungsmöglichkeiten für soziale Konflikte kennenlernen.
- In der fünften Sitzung (Grundlage der Stressbewältigung) werden Patienten über das Phänomen Stress und die Grundlagen der Stressbewältigung informiert. Anhand einer individuellen Stressanalyse werden die Teilnehmenden für Auslöser von Stress sowie für eigene Warnsignale sensibilisiert. Zudem werden Stressbewältigungsstrategien entwickelt.
- In der sechsten Sitzung (Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien) werden kurz- und langfristige Stressbewältigungsstrategien entwickelt sowie stressverstärkende Kognitionen und Ansprüche identifiziert und die eigenen Pausen- und Genussgestaltung reflektiert.
- In der siebten Sitzung (individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung) werden in Hinblick auf den beruflichen Wiedereinstieg berufliche Stärken identifiziert und Perspektiven erarbeitet.

- Die achte Sitzung (Abschlusssitzung) dient als Bewerbungstraining für erwerbslose Patienten oder als Vertiefung für andere Themen.

Das SBA wurde bislang in zwei Studien empirisch untersucht. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die in identischer Intensität eine standardisierte Rehabilitationsbehandlung erhielt, zeigten Patienten in der SBA-Gruppe drei Monate nach ihrer Entlassung eine höhere berufsbezogene Behandlungszufriedenheit, weniger Erwerbstätigkeitsverluste sowie weniger Rentenbegehren (Koch, Hedlund, Rosenthal & Hillert, 2006). Nach 12 Monaten zeigten sich ein günstigerer beruflicher Wiedereingliederungsprozess und eine höhere berufsbezogene Behandlungszufriedenheit auf Seiten der Patienten (Koch, Geissner & Hillert, 2007).

2.7 Anforderungen an die Intervention

Obwohl in den zuvor beschriebenen Manualen wichtige Interventionen integriert wurden, sind andere vielversprechende Interventionen bislang unberücksichtigt geblieben. Auch wenn vielfach gezeigt werden konnte, dass Mobbing ein Risikofaktor für psychische Belastung darstellt, wurden Interventionen zum Umgang oder zur Prävention von Mobbing in den bisherigen Interventionen nicht berücksichtigt (Aronsson et al., 2017; Niedhammer, Lesuffleur, Coutrot & Chastang, 2016; Theorell et al., 2015).
Die oben genannten Interventionen haben den Aspekt der psychoedukative Informationen über verschiedene Reha-Maßnahmen bislang ebenfalls nicht berücksichtigt, obwohl dies im Sinne der Erweiterung des persönlichen Handlungsspielraumes (Selbstmanagements) zur persönlichen Zielklärung hilfreich sein könnte (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2012).
Des Weiteren können auch Akzeptanz- und Commitment-Strategien zu Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit beitragen (Finnes, Ghaderi, Dahl, Nager & Enebrink, 2017). Trotzdem wurden auch solche Interventionen bislang nicht in deutschsprachige Interventionen integriert. Bisherige Interventionen haben auch den Aspekt der Rückfallprävention nicht berücksichtigt. Da depressive Störungen häufig rezidivierend verlaufen, kann sich dadurch auch wiederkehrend das Risiko für AU erhöhen (Lindenmeyer, 2000; Meichenbaum, 2012). Dennoch wurden Intervention zur Rückfallprävention bislang ebenfalls außer Acht gelassen.

In der vorliegenden Arbeit soll im Sinne der Phase 0 des 4-Phasenprüfmodells der Psychotherapieforschung (Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008) durch die Kombination bekannter Interventionsmethoden und Neugestaltung von Interventionsmethoden ein neues Therapiemanual konzipiert werden. Ausgehend von dem bis hier beschriebenen Kenntnisstand zur arbeitsbezogenen Interventionen sollen Interventionen integriert werden die (1) die Gruppenkohäsion fördern, (2) die Arbeitsmotivation fördern, (3) die berufliche Psychoedukation fördern, (4) Stressbewältigungsstrategien vermitteln, (4) soziale Kompetenz vermittelt, (5) Strategien zur Prävention und Umgang mit Mobbing vermittelt, (7) ACT-Strategien vermittelt und (8) Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe vermitteln.

Die Konzeption des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“ wurde in Anlehnung einer bereits für den stationären Kontext konzipierten gruppentherapeutischen Intervention entwickelt und um weitere relevante Bausteine ergänzt. Als Orientierung diente das evidenzbasierte achtwöchige Programm SBA (Hillert et al., 2012).

In Anlehnung an das SBA wurden die Themen der Module Einführung, Arbeitsmotivation, Stressbewältigung, soziale Kompetenz/Konflikte und berufliche Perspektiven als Grundlage genommen, da sich das SBA bereits als wirksam erwiesen hat (Koch et al., 2006, 2007). Die geplante Intervention soll im Gegensatz zum SBA jedoch nicht aus acht, sondern aus zehn doppelstündigen Sitzungen (Dauer = zehn Wochen) bestehen. Dies hat den Grund, dass vier weitere Module ergänzt werden sollen, die sich vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen und praktischen Fundierung als wichtig erwiesen haben: Dies sind die (1) AU-bezogene Psychoedukation, (2) ACT, (3) Mobbing und (4) Rückfallprävention. In

Tabelle *6* sind die einzelnen Module des SBA den Modulen des neu entwickelten Manuals gegenübergestellt.

Zudem ist es indiziert, ein Gruppentherapiemanual anstelle eines Manuals für das Einzelsetting bereitzustellen, da in Gruppentherapien therapeutische Wirkfaktoren (bspw.: Universalität des Leidens, Altruismus, Modellernen, Beobachtungslernen, interpersonelles Lernen) zum Tragen kommen können, die im Einzelsetting nicht existent sind (MacKenzie, 1997). Dadurch, dass sich im Juni 2017 auch die finanziellen Anreize für die Durchführung ambulanter Psychotherapie um durchschnittlich 20% erhöht haben, ist auch mit einer stärkeren Nachfrage evidenzbasierter Gruppentherapiemanuale auf Seiten der niedergelassenen Psychotherapeuten zu rechnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017).

Tabelle 6: *Gegenüberstellung der Inhalte des Manuals Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA) und der Inhalte des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“.*

Stressbewältigung am Arbeitsplatz		**Gesund bleiben im Beruf**	
Modul (Sitzungen)	**Inhalt**	**Modul (Sitzungen)**	**Inhalt**
1. Berufliches Wohlbefinden/ Motivation (2 Sitzungen)	Förderung der berufsbezogenen Therapiemotivation, Psychoedukation, 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	1. Arbeitsanamnese (1 Sitzung)	Gruppenregeln, Vorstellung der Patienten und ihrer individuellen beruflichen Anamnese und Problematik, Vorstellung der einzelnen Module
		2. Funktion von Arbeit und Motivation (1 Sitzung)	Identifikation der Problembereiche am Arbeitsplatz, Förderung der Arbeitsmotivation, Austausch und Reflektion über die Bedeutung und Funktion von Arbeit und beruflicher Identität, Kontrastieren der Vor- und Nachteile von Arbeit, Aufzeigen des Zusammenhangs von Arbeitsfähigkeit und psychischer Gesundheit
2. Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten (2 Sitzungen)	Sensibilisierung für die Bedeutung des Sozialverhaltens in der Arbeitswelt, Vermittlung und Einübung sozialkompetenten Verhaltens, Erweiterung	3. Berufliche Psychoedukation und Stressbewältigung I (1 Sitzung)	Vermittlung von praktischen Informationen rund um das Thema Arbeitsunfähigkeit und Möglichkeiten medizinischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, frühzeitige Berentung sowie

	des sozialen Verhaltensrepertoires am Arbeitsplatz, Analyse individueller beruflicher Konfliktlagen und Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Überprüfung sozialer Erwartungshaltungen an Kollegen und Vorgesetze		Umschulungen, Einführung in das Thema Stress, Psychoedukation zur Stressreaktion und Einführung in die progressive Muskelrelaxation
		4. Stressbewältigung II (praktisches Stressmanagement) (1 Sitzung)	Vermittlung von Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Stress (Genussregeln, Ja-sage Fallen, Zeitmanagement)
3. Arbeits-bewältigung (2 Sitzungen)	Vermittlung von Grundlagen der Stressbewältigung, Vermittlung kurz- und langfristiger Stressbewältigungs-strategien, Einübung von Stressbewältigungs-strategien, Selbstinstruktion und Genusstraining, Überprüfung überhöhter Anspruchshaltungen an die eigene Leistungsfähigkeit, Erweiterung und Flexibilisierung des beruflichen Bewältigungsrepertoires	5. Stressbewältigung III (kognitives Stressmanagement) (1 Sitzung)	Vermittlung kognitiver Methoden zum Umgang mit Stress, Erläuterung der Rolle des Denkens in Bezug auf die Wahrnehmung von Stress (transaktionales Stressmodell nach Lazarus), Identifikation und Disputation dysfunktionaler Kognitionen, Erarbeitung von Situationsanalysen (ABC-Modellen) zur Analyse und Änderung stressinduzierender Kognition
		6. Soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzte (1 Sitzung)	Vermittlung von Wissen über verschiedene Interaktionsstile (sicherer, unsicherer, aggressiver Interaktionsstil), Darstellung der einzelnen Interaktionsstile in Rollenspielen, Einüben

			selbstsicherer Verhaltensweisen in Rollenspielen im beruflichen oder privaten Kontext
4. Berufliche (Neu-) Orientierung (2 Sitzungen)	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	7. Prävention und Umgang mit Mobbing (1 Sitzung)	Vermittlung von Informationen zur Entstehung und Prävention von Mobbing, Diskussion der Folgen von Mobbingerfahrung Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Mobbingerfahrung
		8. Akzeptanz- und Commitment-therapie am Arbeitsplatz (1 Sitzung)	Einführung in ACT und Übertragung dieser Strategien auf das Arbeitsleben, Einführung in das Thema Achtsamkeit als Grundlage von Selbstfürsorge, gemeinsame Achtsamkeitsübungen zur vertieften Einführung, Diskriminationstraining für (Arbeits-)Bedingungen die nicht veränderbar sind, Vermittlung von Akzeptanzstrategien
		9. Berufliche Stärken und Perspektiven (1 Sitzung)	Erarbeitung der beruflichen Stärken und Ressourcen über Ressourcenaktivierung, Klärung zukünftiger beruflicher Ziele und Erarbeitung eines beruflichen

			Fahrplans
		10. Rückfallprävention (1 Sitzung)	Sensibilisierung für Frühwarnzeichen beruflicher und psychischer Krisen, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für psychische und berufliche Krisen im Sinne eines individuellen Notfallplans, Verabschiedung

2.8 Das Manual *Gesund bleiben im Beruf*

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Module des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“ näher vorgestellt und ihre empirische Fundierung dargestellt. Eine Übersicht über die Module befindet sich im Anhang B.

Das **Modul (1)** ***Arbeitsanamnese*** umfasst die Begrüßung und Vorstellung der Patienten. Dieses Modul hat zum Ziel, die Arbeitsanamnese und arbeitsbezogene Probleme der Patienten zu erfassen, den Beziehungsaufbau unter den Patienten und zum Therapeuten zu fördern und ein vertrauensvolles Gruppenklima herzustellen. Zudem wird ein Überblick über die Therapieinhalte gegeben. In dieser Sitzung sollen Offenheit gegenüber der Gruppe sowie Verständnis füreinander zum Tragen kommen. Da Universalität des Leidens und Gruppenkohäsion wirkungsvolle Faktoren in Gruppentherapien darstellen, soll über das gegenseitige Kennenlernen ein Wir-Gefühl innerhalb der Patientengruppe gefördert werden, damit sich diese Wirkfaktoren entfalten können. Die erste Sitzung dient auch den Gruppentherapeuten, um alle Patienten mit ihren individuellen Arbeitsbelastungen kennen

zu lernen.

Das **Modul (2)** ***Funktion von Arbeit*** hat zum Ziel, die Problembereiche am Arbeitsplatz zu identifizieren und eine Reflextion über die Bedeutung und die Funktion von Arbeit anzuregen. Arbeit ist ein zentraler Aspekt der menschlichen Identität (Hoff, 1990; Walsh & Gordon, 2008). Hatterer (1966) nimmt an, dass Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer arbeitsbezogenen Identität zur Entwicklung von psychischer Störungen beitragen kann. Zudem soll dieses Modul zu Förderung der Arbeitsmotivation beitragen. Dieses Modul ist relevant, da Arbeitsmotivation einen relevanten Beitrag für den Rehabilitationserfolg darstellt und bei therapeutischen Angeboten stärker beachtet werden sollte (Kessemeier et al., 2017). Höhere Arbeitsmotivation ist zudem mit der höheren Arbeitszufriedenheit assoziiert und stellt daher ein vielversprechendes Ziel für therapeutische Interventionen dar (Li et al., 2014). Durch Diskrepanz erzeugende Methoden des *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 2013) wird darauf abgezielt, Veränderungsbereitschaft bei den Patienten herzustellen, um darüber die Motivation zur Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitsunfähigkeit zu fördern. Zudem werden hier auch identitäts- und sinnstiftende Aspekte von Arbeit verdeutlicht. Auch Baum und Neuberger (2014) empfehlen die Stärkung der Identität bei Menschen mit schweren psychischen Störungen, da die Identität auf Krankheitsaspekte begrenzt sein kann.

Das **Modul (3)** ***Berufliche Psychoedukation und Stressbewältigung*** umfasst die Vermittlung praktischer Informationen rund um das Thema Arbeitsunfähigkeit und Möglichkeiten medizinischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, frühzeitige Berentung oder Umschulungen. Das Modul soll Patienten in erster Linie über mögliche Maßnahmen informieren und zusätzlich das Thema Stressbewältigung einleiten, indem ein Entspannungsverfahren vermittelt wird. Der erste Themenschwerpunkt ergab sich aus der Überlegung, dass sozialrechtliches Wissen im ambulanten Setting im Vergleich zum stationären Setting in der Regel nicht durch einen Psychosozialen Dienst (Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) erfolgen kann. Deshalb erschien es zweckmäßig, dieses Thema in dem Manual früh aufzugreifen, damit Patienten über mögliche Schritte (bspw.: Einleitung einer Reha) im Sinne einer Psychoedukation frühzeitig informiert sind und entsprechend ihre Handlungsspielräume kennen lernen. Dies soll auch zur Steigerung der Selbstwirksamkeit dienen, da Menschen ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten realistisch

einschätzen können müssen, um diese selbstwirksam für sich zu nutzen (Bandura, 1977). Auch im Sinne des Selbstmanagementansatzes sollten Patienten ihren Handlungsspielraum kennen, bevor eine Zielklärung und -setzung erfolgen kann (Kanfer et al., 2012). Die Zielsetzung ist im Modul 9 vorgesehen.

Zudem wird das Thema Stressbewältigung mit dem Hinweis auf das Verfahren der progressiven Muskelrelaxation (PMR nach Jacobson, 2011) eingeleitet. PMR kann Stress und Ängste reduzieren und dient damit als wichtiger Bestandteil des palliativ-regenerativen Stressmanagements (Agee, Danoff-Burg & Grant, 2009; De Berry, 1981; Torabizadeh, Bostani & Yektatalab, 2016). Neben dem instrumentellen und kognitiven Stressmanagement ist das palliativ-regenerative Stressmanagement ein wichtiger Bestandteil der Stressbewältigung (Kaluza, 2005).

Das **Modul (4)** ***Stressbewältigung II (instrumentelles Stressmanagement)*** hat zum Ziel, praktische Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress (bspw. Genussregeln, Ja-sage Fallen, Zeitmanagement) zu vermitteln. Dieses Modul basiert auf der Förderung von Selbstmanagementstrategien und ist dem instrumentellen Stressmanagement nach Kaluza (2005) zuzuordnen. Seit längerer Zeit ist bekannt, dass langanhaltender Stress insbesondere zu kardiovaskulären Erkrankungen und depressiven Störungen führen kann (Dimsdale, 2008; Hammen, 2004). Stressbewältigungstrainings können jedoch einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben (Hampel & Petermann, 2017; Kaluza, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Zudem scheinen stressreduzierende Maßnahmen auch in der Arbeitswelt einen positiven mittelstarken Einfluss (d =.41) auf das psychische Wohlbefinden zu haben (Bamberg & Busch, 2006; Pieter & Wolf, 2014). Auch in anderen Interventionen, die auf die Förderung von Arbeitsfähigkeit abzielen, findet wird die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien fokussiert (Lecomte et al., 2014; Muschalla, 2017).

Das **Modul (5)** ***Stressbewältigung III (kognitives Stressmanagement)*** hat zum Ziel, kognitive Methoden zum Umgang dysfunktionalen stressinduzierenden Gedanken über das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) sowie die Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen zu vermitteln. Dieses Modul basiert auf der Kenntnis, dass Kognitionen in Form von Bewertungen einen erheblichen Einfluss auf die

Entstehung von Stresserleben haben. Auf Basis des transaktionalen Stressmodells wird in diesem Modul die Identifikation und Modifikation automatischer stressinduzierender Gedanken und Denkfehler (Hautzinger, 2010) mit Hilfe von ABC-Modellen vermittelt und eingeübt. Dadurch sollen die Patienten lernen ihre Bewertungen in Belastungssituationen kritisch zu reflektieren und anzupassen.

Das **Modul (6)** ***Soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten*** hat zum Ziel, Wissen über verschiedene Interaktionsstile (sicherer, unsicherer, aggressiver Interaktionsstil) zu vermitteln und selbstsichere Verhaltensweisen in Rollenspielen einzuüben. Dies erfolgt entweder für den Arbeitskontext oder den privaten Kontext. Hierbei kommen verhaltenstherapeutische Methoden wie Modelllernen, Verstärkung, Diskriminationstraining und Verhaltensübung zum Tragen (Ullrich & de Muynck, 2008). Höhere soziale Kompetenz ist mit niedrigeren depressiven Symptomen und einer höheren Lebensqualität assoziiert (Müller et al., 2015). Soziale Kompetenztrainings haben sich darüber hinaus als wirksam in Bezug auf die Reduzierung depressiver Symptome erwiesen (Bellack, Hersen & Himmelhoch, 1981; Thase, 2012). Daher ist Vermittlung und Einübung sozialer Kompetenzen ein wichtiger Bestandteil dieses Therapiemanuals.

In dem **Modul (7)** ***Prävention und Umgang mit Mobbing*** wird das Ziel verfolgt, die Entstehung und Prävention von Mobbing sowie Kompetenzen im Umgang mit Mobbing zu vermitteln. Es ist bekannt, dass Mobbingerfahrungen Depressionen und Angstsymptome verursachen können (Bowes, Joinson, Wolke & Lewis, 2015; Schwickerath, 2001). Zudem erleben relativ viele Menschen Mobbing. Je nach Studiendesign variieren die Prävalenzen zwischen 0,3 % und 33,5 % (Zapf, Einarsen, Hoel, & Vartia, 2003). Ein Grund für die große Varianz der Prävalenz ist vermutlich, dass Mobbing unterschiedlich definiert wird und sich mehr Menschen gemobbt fühlen, als dies per Definition (mind. 1/Woche über 6 Monate) der Fall ist (Köllner, Kochlik & Weber, 2008). Es werden Strategien zur Reduzierung von Risikofaktoren für Mobbing vermittelt (bspw. Konflikte ansprechen, Selbstvertrauen stärken; Schwickerath, 2009). Die Themen Prävention und Umgang mit Mobbingerfahrung wurde auch deshalb mit in das Manual aufgenommen, um Patienten die Diskriminierung zwischen Mobbing und anderen Verhaltensweisen (bspw. Beleidigungen) zu vermitteln und Mobbing als solches besser erkennen und benennen zu können. Darüber hinaus werden

Strategien erarbeitet, um auf Mobbing angemessen reagieren zu können (bspw. Distanz schaffen, juristische Beratung, Betriebsarzt; Schwickerath & Holz, 2012). Vor allem in Bezug auf das Arbeitsleben kommt dem Thema Umgang mit Mobbing eine zentrale Rolle zu, da Mobbing vorwiegend am Arbeitsplatz auftritt (Braungardt, Vogel, Schmiedeberg & Schneider, 2013; Schwickerath, 2001; Schwickerath & Holz, 2012).

Das **Modul (8)** ***Akzeptanz- und Commitmenttherapie am Arbeitsplatz*** bietet eine Einführung in ACT und hat zum Ziel, eine Übertragung dieser Strategien auf das Arbeitsleben vorzunehmen. Dieses Modul basiert auf Strategien der Akzeptanz- und Commitmenttherapie nach Hayes (2004). Es erschien indiziert, auch diese neueren verhaltenstherapeutischen Interventionen (dritte Welle der Verhaltenstherapie) zu integrieren, da jeder Arbeitsplatz Eigenschaften oder Umgebungsfaktoren aufweist, die von dem Arbeitnehmer nicht oder nur bedingt beeinflusst werden können (bspw. Ort der Arbeit, Schichtdienst, Kollegium oder Vorgesetzte). ACT ist besonders gut geeignet, um eine größere psychologische Flexibilität durch das Erlernen von Achtsamkeit und Akzeptanz zu erlangen und um auf werteorientiertes Handeln zu fokussieren (Hayes, 2004; Kuba & Weissflog, 2017). Patienten sollen über Akzeptanzstrategien erlernen, Dinge anzunehmen wie sie sind, um darüber emotionale Belastungen (bspw. Erleben von Ärger) zu reduzieren. Zudem gibt es eine umfassende Studienlage darüber, dass ACT bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen äquivalente Behandlungseffekte im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie aufweist (Twohig & Levin, 2017). Eine aktuelle randomisiert-kontrollierte Studie weist darauf hin, dass eine ACT-basierte Intervention bei arbeitsunfähigen und psychisch erkrankten Patienten starke positive Effekte auf Depressivität, Ängstlichkeit und Stresserleben hat (Finnes, Ghaderi, Dahl, Nager & Enebrink, 2017).

Im **Modul (9)** ***Berufliche Stärken und Perspektiven*** sollen die Patienten ihre beruflichen Stärken und Ressourcen erarbeiten, um darüber zu einer beruflichen Zielklärung zu gelangen (Kanfer et al., 2012). Dieses Modul basiert auf dem Wirkprinzip der Ressourcenaktivierung. Unter Ressourcenaktivierung wird verstanden, dass Menschen ihre Ressourcen erst für Veränderungsprozesse nutzen können, wenn diese wahrnehmbar und erlebbar werden (Willutzki & Teismann, 2013). Über verschiedene Übungen sollen in diesem Modul

vorhandene Ressourcen bei den Patienten aktiviert werden. Die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und ressourcenorientierten Interventionen hat sich zudem als effektives Behandlungsrational für die Therapie von Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen erwiesen (Teismann, Dymel, Schulte & Willutzki, 2011; Willutzki, Haas & Neumann, 2004). Ressourcenaktivierung wird darüber hinaus als bedeutsames Wirkprinzip der Psychotherapie verstanden und ist damit eine wichtige verhaltenstherapeutische Technik (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Das **Modul (10)** ***Rückfallprävention*** umfasst am Ende die Themen Früherkennung und Bewältigung von psychischen und beruflichen Krisen und endet mit einer Abschlussrunde. Insbesondere depressive Erkrankungen verlaufen häufig episodisch. Daher ist bei der Behandlung depressiver Störungen das Thema der Rückfallprävention von hoher Relevanz (Lindenmeyer, 2000). Rückfallprävention soll das Bewusstsein für die Anfälligkeit von Änderungen fördern sowie Kognitionen und Verhaltensweisen fördern, die der Bewältigung von Hindernissen dienen. Zudem kann auch das Risiko für eine erneute AU nicht ausgeschlossen werden. Demnach ist es notwendig, Patienten auch hier für Frühwarnzeichen (bspw. Erschöpfung) zu sensibilisieren und Bewältigungsmöglichkeiten (bspw. regelmäßige Entspannung) zu verdeutlichen.

Entsprechend der Themen stehen zu jedem Modul mehrere Arbeitsblätter (AB) zur Verfügung, die individuell genutzt werden können. Wenige Arbeitsblätter (AB 3.2; AB 3.3; AB 4.2; AB 4.3; AB 8.1; AB 8.2) wurden in Anlehnung an verschiedene Manuale des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Falkenried entworfen (z.B. Progressive Muskelentspannung, Informationen zu Achtsamkeit). Das Einverständnis für die Nutzung dieser angepassten Arbeitsblätter liegt dem Autor vor. Ein Arbeitsblatt wurde in einer modifizierten Form aus dem Manual SBA genutzt (AB 1.2). Der Großteil der Arbeitsblätter wurde vom Autor selbst entworfen. Im Anhang C befindet sich ein beispielhaftes AB zum Thema ACT am Arbeitsplatz. Das gesamte Manual sowie die selbst entworfenen Arbeitsblätter werden an anderer Stelle veröffentlicht. Die Gruppentherapie ist aufgrund der aufeinander aufbauenden Struktur für geschlossene Gruppen mit bis zu 8 Patienten geeignet. Diese Kennzahl wurde gewählt, da die stärkste Beziehung ($r = .35$) zwischen Kohäsion und

Ergebnis der Gruppe bei Gruppengrößen zwischen 5 – 9 Mitgliedern zu finden ist (Strauß & Mattke, 2012).

Das direkte Ziel des Manuals ist die Konfrontation mit dem Thema der eigenen AU und darüber die Stärkung der Arbeitsmotivation sowie die Vermittlung und Einübung von Kernkompetenzen zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Indirekt soll das Manual auch zur Verbesserung der psychischen Belastung (bspw. durch Interventionen zum Umgang mit Stress) und zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit (bspw. durch soziale Kompetenzen) beitragen.

Die Inhalte orientieren sich an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardinterventionen sowie Interventionen der Dritten Welle (bspw.: Achtsamkeit; Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). Um eine hohe Standardisierung zu gewährleisten, wurde das Manual so konzipiert, dass für jedes Modul Inhalte und Arbeitsblätter vorgegeben werden. Zudem wird für die jeweiligen Module eine zeitliche Orientierung für die Besprechung der einzelnen Inhalte, Hausaufgabenbesprechungen sowie Übungen gegeben. Hausaufgaben wurden für wichtig erachtet, da diese einen integralen Bestandteil von kognitiver Verhaltenstherapie ausmachen und den Therapieerfolg begünstigen (Fehm & Fehm-Wolfsdorf, 2001; Helbig & Fehm, 2005). Die Gruppe soll durch Diplom-Psychologen, Psychologen M.Sc. oder Ärzte mit verhaltenstherapeutischer Zusatzqualifikation oder in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung geleitet werden, um ein hohes Maß an verhaltenstherapeutischer Qualifikation der Therapeuten zu gewährleisten (Behandlungsintegrität). Das Manual wurde durch zwei psychologische Psychotherapeuten (Prof. Dr. Gunter Groen, Autor der vorliegenden Arbeit) und durch die wissenschaftliche Leitung des Falkenried MVZ auf Inhalt und Durchführbarkeit geprüft.

3 Fragestellung und Hypothesen

Um das erste Ziel der Studie zu erreichen, wurde zunächst ein Manual für die Intervention konzipiert, welches im vorherigen Abschnitt näher beschrieben wurde. Für die Überprüfung der Akzeptanz und Durchführbarkeit sowie eine erste Wirksamkeitsüberprüfung in Rahmen dieser Pilotstudie ergeben sich folgende Fragestellung und Hypothesen.

Hauptfragestellung 1

Die Intervention wurde auf Grundlage theoretisch hergeleiteter und wissenschaftlich fundierter Ansätze entwickelt. Erstens soll überprüft werden, ob sich die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändern.

Hypothese 1

Patienten zeigen direkt nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate später eine verbesserte subjektive Arbeitsfähigkeit und höhere Arbeitsmotivation als im Vergleich zu Beginn der Gruppentherapie.

Hauptfragestellung 2

Psychische Beschwerden und Arbeitsfähigkeit beeinflussen sich reziprok. Daher soll zweitens überprüft werden, ob sich die psychischen Beschwerden der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändern.

Hypothese 2

Patienten zeigen direkt nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate später weniger psychische Beschwerden (generelle Symptombelastung, Depressivität, Ängstlichkeit) als im Vergleich zu Beginn der Gruppentherapie.

Hauptfragestellung 3

Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Arbeitsfähigkeit, psychischen Beschwerden und psychosozialer Gesundheit soll drittens überprüft werden, ob sich die psychosoziale Gesundheit der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändert.

Hypothese 3

Patienten zeigen direkt nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate später höhere psychosoziale Gesundheit als im Vergleich zu Beginn der Gruppentherapie.

Nebenfragestellung 1

Darüber hinaus soll die Arbeit explorativ untersuchen, durch welche inhaltlichen und/oder therapeutischen Faktoren die Gruppentherapie wirkt.

Nebenfragestellung 2

Um die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Gruppentherapie auf Seiten der Patienten zu überprüfen, sollen die subjektiven Bewertungen der einzelnen Module durch die Patienten ausgewertet werden. Darüber hinaus soll die Zufriedenheit und Akzeptanz der Gruppentherapie über ein semi-strukturiertes Interview erfasst werden.

Nebenfragestellung 3

Um die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Gruppentherapie auf Seiten der Psychotherapeuten zu überprüfen, sollen folgende Aspekte näher untersucht werden: (1) Behandlungsintegrität, (2) Zeitmanagement für Themen, (3) Zeitmanagement für Diskussionen, (4) Verständlichkeit des Themas, (5) Verständlichkeit der Arbeitsblätter, (6) Verständlichkeit der Übungen.

Zusatzfragestellung 1

In der Therapieforschung stellt sich häufig die Frage nach der differentiellen Indikation. Auch in der vorliegenden Arbeit soll explorativ untersucht werden, ob sich

Patientensubgruppen identifizieren lassen, die von der Teilnahme an der Gruppe eher profitieren. Dazu sollen die Charakteristika der Patienten, die von der Teilnahme an der Gruppe profitieren, mit den Patienten verglichen werden, die von der Teilnahme an der Gruppe nicht profitieren. Als Indikator dafür wie gering oder stark ein Patient von der Intervention profitiert soll die Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit dienen

4 Methode

Zunächst soll im folgen Abschnitt das Forschungsparadigma der vorliegenden Arbeit näher dargestellt werden. Anschließend werden das Studiendesign und die Studiendurchführung beschrieben.

4.1 Begründung des Mixed Methods Ansatz

Für die Datenerhebung wurde sich für ein Vorgehen nach den sogenannten Mixed Methods entschieden, was sowohl die Erhebung quantitativer als auch qualitativer Methoden miteinander kombiniert (Teedlie & Tashakkori, 2009). Multimethodale Studiendesigns haben den Vorteil, dass sie durch das komplementäre Vorgehen methodisch besser abgesichert sind. Zudem erlaubt die Kombination beider Methoden sowohl ein hypothesentestendes als auch ein hypothesengenerierendes Vorgehen. Durch qualitative Forschungsmethoden lassen sich zudem die individuellen Erlebenswelten von Patienten ausführlicher darstellen, da es bei qualitativen Methoden zu weniger Informationsverlust als bei quantitativen Methoden kommt. Nach Johnson, Onwuegbuzie und Turner (2007) existieren drei führende Forschungsparadigmen: Rein qualitative Forschung, quantitative Forschung und Mixed Methods. Die Autoren argumentieren, dass Mixed Methods auf einem Kontinuum zwischen überwiegend qualitativer und überwiegend quantitativer Methoden eingeordnet werden können (Abbildung 9). Die vorliegende Arbeit kann auf diesem Kontinuum als quantitativ dominierender Mixed Methods-Ansatz eingeordnet werden, da quantitative Datenerhebungen dominieren aber qualitative Erhebungsmethoden miteinbezogen werden sollen.

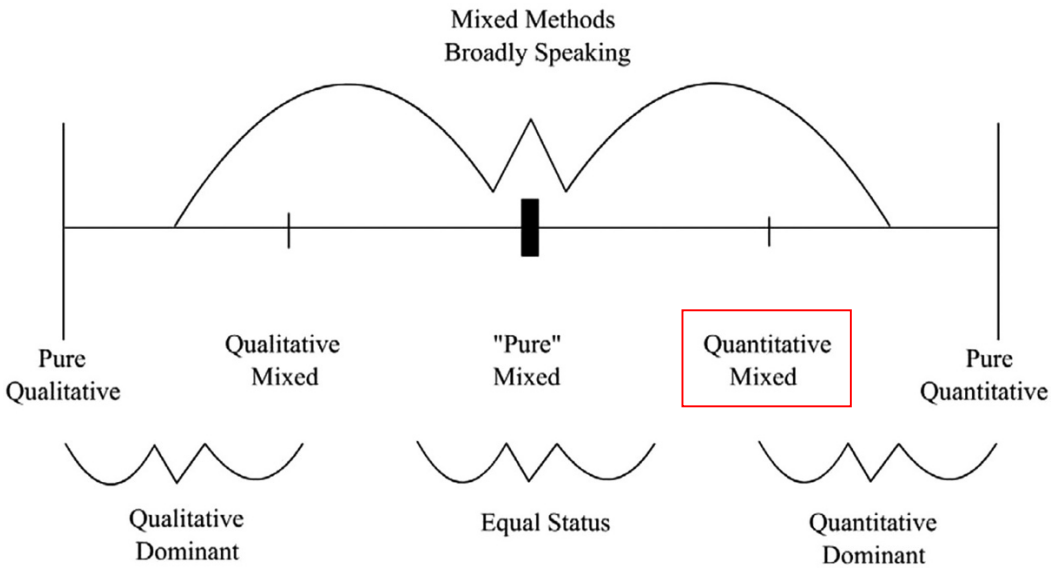


Abbildung 9: Grafik der drei grundsätzlichen Forschungsparadigmen sowie deren Subtypen (Johnson et al., 2007).

4.2 Studiendesign und Durchführung

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde, wie im erweiterten 4-Phasen Prüfmodell der Psychotherapieforschung empfohlen, nach der Entwicklungsphase eine Erkundungsphase mit einer ersten Feldstudie realisiert (Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008). Für diese erste Feldstudie wurde ein Längsschnittstudiendesign mit drei Messzeitpunkten gewählt, um mögliche kurz- und mittelfristigen Wirkungen der Gruppentherapie zu erfassen. Die Datenerhebung erfolgte an zwei Standorten, um genügend Studienteilnehmer rekrutieren zu können. Darüber hinaus sollte trotz der geplanten geringen Stichprobengröße eine möglichst hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse erreicht werden, indem verschiedene Patientenpopulationen in die Untersuchung einbezogen wurden. Dafür wurden Patienten im MVZ Falkenried und in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) rekrutiert. Das MVZ Falkenried ist ein großer Anbieter für ambulante Psychotherapie in Hamburg. Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE umfasst jeweils acht tagesklinische und stationäre Behandlungsangebote sowie neun verschiedene Spezialambulanzen. Im Falkenried MVZ wurden die Gruppentherapien jeweils durch eine approbierte psychologische

Psychotherapeutin und durch eine zusätzliche Praktikantin durchgeführt. Im UKE wurde die Gruppentherapie durch den Autor selbst mit Unterstützung einer Co-Therapeutin (Sozialpädagogin) durchgeführt. Eine hohe Behandlungsintegrität war dadurch gewährleistet.

Die Datenerhebung erfolgte am Standort UKE von Januar 2017 bis März 2017 und im Falkenried MVZ von Januar 2017 bis September 2017. Die Patienten wurden im UKE über Flyer und durch die Behandler über die Studie informiert. Im MVZ Falkenried wurden die Patienten durch die Behandler über die Studie informiert. Alle Patienten wurden vor Beginn der Gruppentherapie schriftlich und mündlich über den Inhalt und die Ziele der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und den geschützten Umgang mit den Daten informiert. Alle teilnehmenden Patienten unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Patienten erhielten für ihre Teilnahme an der Studie keine Aufwandsentschädigung. Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Competence Centers Gesundheit (CCG) der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) geprüft und mit einem positiven Votum versehen (siehe Anhang). Zudem erklärt der Autor die Einhaltung der ethischen Grundsätze für medizinische Forschung am Menschen im Rahmen der Deklaration von Helsinki.

Alle Patienten erhielten zu drei Messzeitpunkten ein Fragebogenpaket zum Zeitpunkt vor Beginn der Gruppentherapie (T0), zum Zeitpunkt am Ende der Gruppentherapie (T1) und zum Zeitpunkt 3 Monate nach Beendigung der Gruppentherapie (T2). Der Zeitpunkt T1 wurde gewählt, um kurzfristige Veränderungen zu messen, während der Zeitpunkt T2 gewählt wurde um mittelfristige Veränderungen zu messen. Zusätzlich wurde mit allen Patienten nach dem Ende der Gruppentherapie zum Zeitpunkt T1 ein etwa 20-minütiges semi-strukturiertes Interview geführt (Abbildung 10). Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten des MVZ Falkenried und in den Räumlichkeiten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE durchgeführt. Dafür wurden die Patienten einzeln eingeladen. Die Durchführung der Interviews dauerte zwischen 10 und 20 Minuten. Den Patienten wurde vor Beginn des Interviews für ihre Teilnahme gedankt und sie wurden darüber aufgeklärt, dass ihnen anhand eines Interviewleitfadens 13 Fragen gestellt werden würden. Den Patienten wurde zudem deutlich gemacht, dass es nicht um eine wissensbezogene Abfrage von Therapieinhalten ging, sondern nur ihre subjektive Meinung zu den Fragen wichtig war. Alle Patienten schienen die Fragen verstanden und offen

beantwortet zu haben.

Da für Untersuchungen in dieser Entwicklungsphase geringe Fallzahlen ausreichen, wurde die angestrebte Fallzahl auf n = 16 festgelegt (Krampen et al , 2008). In der vorliegenden Studie wurde nicht die statistische Repräsentativität als Merkmal quantitativer Untersuchungen, sondern eine möglichst hohe Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt, in dem die ausgewählte Stichprobe die inhaltlichen Aspekte facettenreich repräsentieren sollte. Darüber hinaus wurde durch eine Modulevaluation jede einzelne Gruppensitzung durch die Patienten und durch den Therapeuten bewertet.

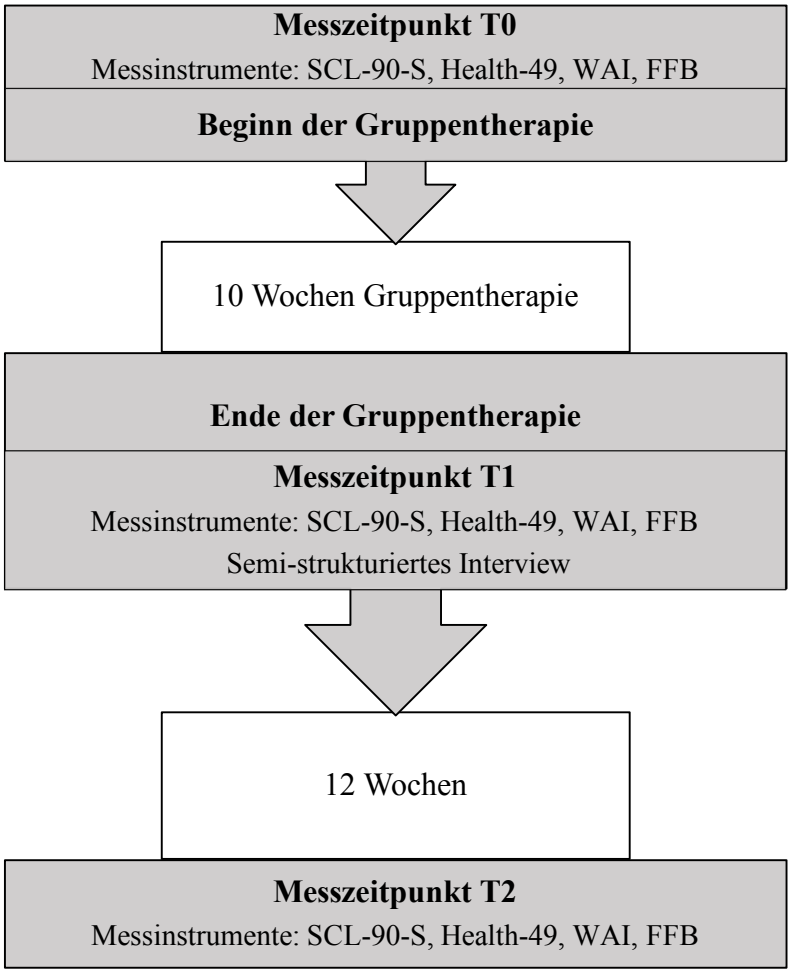


Abbildung 10: Studiendesign und Messinstrumente. Bemerkung: SCL-90-S: Symptomcheckliste-90-Standard, Health-49: Hamburger Module, WAI: Work Ability Index, FFB: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben.

4.3 Stichprobenauswahl

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren entweder das Vorliegen einer Depressionen (F32.xx, F33.xx, F34 gemäß ICD-10; Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2015) und/oder eine Angststörung (F40.xx, F41.xx, gemäß ICD-10; Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2015).
Weitere Einschlusskriterien waren:

- Arbeitsunfähigkeit seit mindestens 3 Monaten aber nicht länger als 5 Jahre
- Arbeitsunfähigkeit mit oder ohne aktuellen Arbeitsplatz
- Motivation zur Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Perspektive
- zum Zeitpunkt der Gruppentherapie in ambulanter psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung waren:

- keine ausreichenden Deutschsprachkenntnisse
- akute, schwere depressive Episode mit entsprechend eingeschränktem Antrieb und verminderter Konzentrationsfähigkeit
- akute suizidale Gefährdung
- akute Psychosen

Die Erfüllung der Einschlusskriterien wurde durch die zuweisenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie durch den Autor der vorliegenden Arbeit geprüft. Die Diagnosen wurden primär durch die zuweisenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten geprüft. Zusätzlich wurden für alle Patienten die Diagnosen durch die Befragung der Patienten und die Messinstrumente (siehe Kapitel 4.4) erfasst.
Es wurden neben arbeitsunfähigen Patienten auch einer berufsunfähigen Patientin die Teilnahme an der Studie ermöglicht, da diese Patienten Interesse an der Teilnehme bekundeten und auch berufsunfähige Patienten ihre Berufsfähigkeit wiedererlangen können. Da es sich bei der Gruppentherapie nicht um eine störungsspezifische Therapie handelt, sondern um eine störungsübergreifende Gruppentherapie wurden nicht nur Patienten mit isolierten depressiven Zustandsbildern oder Angsterkrankungen eingeschlossen, sondern auch Patienten mit anderen komorbiden Störungen (bspw. Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen) konnten an

der Studie teilnehmen. Zudem sind komorbide Störungen in der klinischen Praxis eher die Regel als die Ausnahme. Zusätzlich konnten dadurch leichter Patienten für die Gruppen eingeschlossen werden, was sich in der klinischen Praxis als deutlich praktikabler darstellte. Darüber hinaus wurden auch Patienten mit komorbiden somatischen Erkrankungen eingeschlossen, welche, wie zuvor beschrieben, standardisiert erfasst wurden.

4.4 Quantitative Datenerhebung

Zunächst wurden für jeden Patienten das Geschlecht, Alter, höchster Schulabschluss, aktuelle bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit, derzeitige Hauptbeschwerden, aktuelle ambulante Therapie (Psychiater und/oder Psychotherapeut), aktuelle Diagnose/n, die Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit, Häufigkeit bisheriger Arbeitsunfähigkeiten sowie die subjektive Einschätzung über die voraussichtliche Dauer der eigenen Arbeitsunfähigkeit erfasst.

4.4.1 Hamburger Module

Für die Erfassung der psychosozialen Gesundheit wurden die *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis* (HEALTH-49; Rabung, Harfst, Kawski, Koch, Wittchen & Schulz, 2009) als Selbstbeurteilungsinstrument verwendet. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = nicht/nie bis 5 = sehr/immer) werden psychische und somatoforme Beschwerden (3 Skalen + Gesamtwert, 18 Items), psychisches Wohlbefinden (1 Skala, 5 Items), interaktionelle Schwierigkeiten (1 Skala, 7 Items), Selbstwirksamkeit (1 Skala, 5 Items), Aktivität und Partizipation (1 Skala, 6 Items) sowie soziale Unterstützung/soziale Belastung (2 Skalen, 8 Items) erfasst. Niedrigere Werte bedeuten eine geringe Belastung. Das Verfahren eignet sich gut für klinische Studien. Explorative Faktorenanalysen unterstützen die neun Faktorenlösung, welche 62.4 % bis 64 % der Gesamtvarianz der Skalen aufklären. Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch die Instruktion, den Auswertungsalgorithmus und Vergleichswerte gegeben. Die interne Konsistenz der

Subskalen liegt bei Cronbach Alpha = .73 bis Cronbach Alpha = .91. Die interne Konsistenz des Gesamtwertes liegt bei Cronbach Alpha = .89. Alle Items weisen ausreichend hohe Trennschärfen auf (alle r_{it} >0.40). Die Skalen Somatisierung, Depressivität, Phobie und Psychosoziale Belastungen weisen hohe Korrelation zu kongruenten Skalen der Symptom-Checkliste Kurzversion auf (alle > r = .84). Die Skalen Depression (AUC = 91.1 %) und Psychosoziale Gesundheit (AUC = 90.5 %) differenzieren am zuverlässigsten zwischen gesunden, ambulanten Psychotherapiepatienten und stationären Psychotherapiepatienten (Rabung et al , 2009). Objektivität, Reliabilität und Validität können für das Instrument als ausreichend angesehen werden

4.4.2 Symptomcheckliste-90-Standard

Die *Symptomcheckliste-90-Standard* (SCL-90-S; Franke, 2013) erfasst auf einer vierstufigen Likert-Skala (1 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage mittels der Skalen Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items) Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items). Zusätzlich können die grundsätzliche psychische Belastung (GSI), die Intensität der Antworten (Positive Symptom Distress Index; PSDI) sowie die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Positive Symptom Total; PST) ermittelt werden. Niedrigere Werte bedeuten eine geringere Belastung. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch die Instruktion, den Auswertungsalgorithmus und Vergleichswerte gegeben. Die SCL-90-S weißt eine ausreichend hohe interne Konsistenz der einzelnen Skalen auf (klinische Stichproben zwischen Cronbachs Alpha =. 74 und Cronbachs Alpha =. 88). Die interne Konsistenz des GSI, PSDI und PST liegen über alle Stichproben hinweg zwischen Cronbachs Alpha = .96 und Cronbachs Alpha = .98). Die Test-Retest Reliabilität der GSI, PSDI und PST ist hoch (r_{tt} = .90). Zur Validität der Skala weißt das Manuals der SCL-90-S einige Studien auf. Beispielhaft sei die konvergente Validität der Skala Depression mit dem Beck Depression Inventar (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) von r = .76

genannt. Insgesamt wird die Objektivität als teilweise erfüllt und die Reliabilität und Validität als weitestgehend erfüllt eingeschätzt (Glöckner-Rist & Stieglitz, 2011).

4.4.3 Work Ability Index

Der *Work Abiltiy Index* (WAI; Hasselhorn & Freude, 2007) in der Langversion erfasst auf sieben Dimensionen das Konstrukt Arbeitsfähigkeit: (1) Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit, (2) Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeitstätigkeit, (3) Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten, (4) Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten, (5) Krankenstandstage in den vergangenen 12 Monaten, (6) Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren und (7) Psychische Leistungsreserven.
Die Arbeitsfähigkeit kann durch den Gesamtwert (7 – 49) als kritisch (7 – 27), mäßig (28 – 36), gut (37 – 43) oder sehr gut (44 – 49) eingeordnet werden. Der WAI ist ein theoretisch fundiertes Selbstbeurteilungsinstrument. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind gegeben sind durch den Auswertungsalgorithmus und die Referenzwerte gegeben. Die Reliabilität der deutschen Version des WAI ist mit einem Cronbach Alpha = .83 zufriedenstellend (Bethge, Radoschewski & Gutenbrunner, 2012). Ein niedriger WAI-Wert ist prädiktiv für längere Arbeitsunfähigkeit (Schouten et al., 2015). Zu Validität liegen ebenfalls Ergebnisse vor: Niedrige WAI-Werte gehen mit hoher Arbeitsüberlastung einher (r = -.49, Goedhard & Goedhard, 2005). Der WAI korreliert zudem hoch mit gesundheitsbezogenen Aspekten (Abdolalizadeh et al., 2012). Für den WAI können somit Kriteriums- und Konstruktvalidität angenommen werden. Insgesamt kann der WAI als bedingt objektiv, reliabel und valide angesehen werden.

4.4.4 Falkenried Fragebogen zum Berufsleben

Zusätzlich zum WAI wurde der Falkenried Fragebogen zum Berufsleben (FFB; Kisionkova, 2016) als Selbstbeurteilungsinstrument verwendet, um die Arbeitsfähigkeit und berufsbezogene Belastungen zu erfassen. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer

Masterarbeit im MVZ Falkenried entwickelt. Als Grundlage für die Konzeption dienten der *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ; Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2006), der Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA; Prümper, Hartmannsgruber, & Frese, 1995), das Screening-Instrument Arbeit und Beruf (SIBAR; Bürger & Deck, 2009) und Informationen aus dem Fehlzeiten-Report 2000 (Badura, Litsch, & Vetter, 2000). Der FFB umfasst insgesamt 56 Items und erfasst verschiedene Dimensionen der Arbeitssituation: Die allgemeine Arbeitsmotivation (4 Items; 0 = gering bis 16 = hoch), Auslöser für Arbeitsunfähigkeit (4 Items; 0 = gar nicht bis 4 = sehr stark), Ressourcen und Belastungen (4 Items; 0 = gar nicht bis 2 = stark), notwendige Veränderungen für die Erlangung der Arbeitsfähigkeit (5 Items; binär) und indirekt gemessene Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (4 Items).
Für die Skala indirekt gemessene Arbeitsmotivation wurden in der vorliegenden Studie nicht wie vom FFB-Manual vorgeschlagen sechs Subskalen, sondern nur vier Subskalen (Nr. 4, 7, 9, 10) verwendet, so dass sich für die Skala indirekt gemessene Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit eine Skalierung von keine (=0) bis hoch (=32) ergibt. Der FFB wurde erstmalig von Kisionkova (2016) validiert. Der Fragebogen besteht aus vier übergeordneten Faktoren: (1) Arbeitsmotivation und Zufriedenheit, (2) Erwartungen negativer Konsequenzen bei Langzeitarbeitsunfähigkeit, (3) Potenzielle Auslöser und (4) Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Die Reliabilitätswerte der Faktoren liegen zwischen Cronbach Alpha = .13 und .77 und sind somit nicht zufriedenstellend. Die Auswertung kann aufgrund des Auswertungsalgorithmus angenommen werden. Angaben zu Referenzstichproben oder Cut-off Werten liegen nicht vor. Eine umfassende Validierung des Fragebogens steht noch aus. Dennoch wurde der FBB als Ergänzung zum WAI verwendet, da er Arbeitsmotivation über verschiedene Facetten erfasst und Aufschluss über berufliche Belastungen und Ressourcen geben kann.

Bis auf die soziodemographischen Daten wurden alle beschriebenen Daten zu allen drei Messzeitpunkten (T0 – T2) erhoben. Dafür wurden die Fragebögen zum Messzeitunkt T0 und T1 den Patienten persönlich ausgehändigt. Die Fragebögen zum Messzeitpunkt T2 wurden den Patienten postalisch zugesandt.

4.5 Qualitative Datenerhebung

Gründe für die qualitative Datenerhebung ergeben sich aus den Phase 0 und 1 des 4-Phasenprüfmodell für die klinisch psychologische Interventionsforschung (vgl. Abschnitt 2.5.1) und den Anforderungen der formativen Evaluation (vgl. Abschnitt 2.5.2). Für die qualitative Auswertung wurde sich für die Verwendung eines semi-strukturierten Interviews entschlossen, welches gegenüber unstrukturierten Interviews den Vorteil hat, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse höher ist. Auf Basis der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung mit dem Thema der vorliegenden Arbeit wurden Fragen für den Interviewleitfaden entwickelt. Der Interviewleitfaden wurde mit der wissenschaftlichen Leitung des MVZ Falkenried diskutiert. Aus diesem Prozess ergaben sich 13 Fragen, die auf die Zufriedenheit mit der Gruppentherapie, die Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung, Wirkfaktoren der Gruppentherapie, die Einschätzung des Einflusses der Gruppentherapie auf die eigene Arbeitsfähigkeit und der psychischen Symptomatik sowie die berufliche Perspektive und Arbeitsmotivation abzielen. Zusätzlich wurde erfragt, ob Therapieinhalte aus Sicht der Patienten vergessen wurden oder Therapieinhalte irrelevant waren (siehe Anlage E). Alle Fragen bezogen sich auf die subjektive Einschätzung der Patienten. Die Fragen wurden anschließend in eine thematisch aufeinander abgestimmte Reihenfolge gebracht. Alle Patienten wurden anhand des gleichen semi-strukturierten Interviews befragt, der sich in 11 Themenfelder gliedert. Der Themenbereich (1) *subjektive Zufriedenheit* erfasst, wie zufrieden Patienten mit der Gruppentherapie waren und wie sie diese bewerten würden (2 Fragen; Beispielfrage: „Wie hat ihnen die Gruppentherapie gefallen?“). Um Informationen über mögliche (2) *Wirkfaktoren der Gruppentherapie* zu erhalten, wurde erfragt, was die Patienten als hilfreich erlebt haben bzw. welche Erkenntnisse sie für sich mitnehmen (2 Fragen; Beispielfrage: „Was sind für Sie wichtige Erkenntnisse aus der Gruppentherapie?“). Die Frage zum Thema (3) *Gruppenkohäsion* zielte darauf ab, wie Patienten die Gruppenzusammensetzung empfunden haben (Frage: „Wie hat Ihnen die Gruppenzusammensetzung mit den anderen Teilnehmern gefallen?“). Weiter sollte durch das Thema (4) *Einfluss auf psychische Symptomatik* erfasst werden, in wie weit die Patienten glauben, dass die Gruppentherapie Einfluss auf ihre psychische Symptomatik hatte (Frage: „Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer psychischen Symptome beigetragen hat?“). Der Bereich (5) *Einfluss auf Arbeitsfähigkeit* erfasste, in wie weit die Patienten glauben, dass die

Gruppentherapie Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit hatte (Frage: „Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen hat?“). Der Bereich (6) *Arbeitsmotivatio*n sollte Aufschluss darüber geben, wie hoch die arbeitsbezogene Motivation der Patienten war (Frage: „Wie motiviert sind Sie wieder einer Tätigkeit nachzugehen?“). Als mögliche Störvariable wurde auch die (7) *Berufsperspektive* der Patienten erfragt. Dies lag nahe, da Patienten mit ungünstigen beruflichen Perspektiven möglicherweise Bereiche wie beispielsweise Arbeitsmotivation niedriger einschätzten. Da die vorliegende Untersuchung eine Pilotstudie ist wurde auch erfragt, ob aus Sicht der Patienten (8) *redundante Inhalte* in der Gruppentherapie behandelt wurden (Frage: „Gab es Themen in der Gruppentherapie, die Sie für sich nicht oder nur schlecht nutzen konnten?“). Obwohl alle Inhalte theoretisch fundiert ausgewählt wurden sollte durch dieses Themenfeld ein Abgleich mit der Praxisorientierung der Inhalte erfolgen. Aus demselben Grund wurde auch der Bereich (9) *fehlende Inhalte* aufgenommen (Frage: „Was hat aus Ihrer Sicht in der Gruppentherapie gefehlt?“). Der Bereich (10) *AU-Risiko* sollte prognostische Informationen darüber geben, in wie weit die Patienten für ihre Zukunft die Gefahr einer erneuten Arbeitsunfähigkeit sehen. Hiermit sollte auch die Komponente erfasst werden, wie hoch oder gering die Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der eigenen Arbeitsfähigkeit war (Frage: „Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein, wieder aufgrund Ihrer psychischen Symptome arbeitsunfähig zu werden?“). Als letztes Thema wurde versucht, einen möglichen (11) *Multiplikatoreneffekt* abzubilden. Dies sollte dadurch erfasst werden, dass Patienten angeben sollten, ob sie die Gruppentherapie Freunden oder Angehörigen weiterempfehlen würden. Dies sollte Aufschluss über den Grad der Empfehlung als weiteres Merkmal für die Bewertung der Gruppentherapie geben (Frage: „Würden Sie die Gruppentherapie Freunden oder Familienangehörigen empfehlen, die aufgrund psychischer Belastungen arbeitsunfähig sind?“).

1. Subjektive Zufridenheit	• (1) Wie hat Ihnen die Gruppentherapie gefallen und warum? (2) Wie gut bewerten Sie die Gruppentherapie insgesamt? (1- sehr gut,2 - gut,3 - eher gut, 4 - eher schlecht, 5 -schlecht, 6 - sehr schlecht)
2. Wirkfaktoren der Gruppentehrapie	• (1) Was aus der Gruppentherapie hat Ihnen geholfen? (2) Was sind für Sie wichtige Erkenntnisse aus der Gruppentherapie, bzw. was nehmen Sie für sich mit?
3. Gruppenkohäsion	• Wie hat Ihnen die Gruppenzusammensetzung mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gefallen?
4. Einfluss auf psychische Symptomatik	• Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer psychischen Symptome beigetragen hat?
5. Einfluss auf Arbeitsfähigkeit	• Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen hat?
6. Arbeitsmotivation	• Wie motiviert sind Sie wieder einer Tätigkeit nachzugehen?
7. Berufspespektive	• Welche Perspektiven sehen Sie für ihre berufliche Zukunft?
8. Redundante Inhalte	• Gab es Themen, die Sie für sich nicht oder nur schlecht nutzen konnten? Falls ja: Wieso?
9. Fehlende Inhalte	• Was hat aus Ihrer Sicht in der Gruppentherapie gefehlt?
10. AU-Risiko	• Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein wieder aufgrund Ihrer psychischen Symptome arbeitsunfähig zu werden?
11. Multiplikatoreneffekt	• Würden sie die Gruppentherapie Freunden oder Familienangehörigen empfehlen die aufgrund psychischer Belastungen arbeitsunfähig sind?

Abbildung 11: Die 11 Themenfelder und die dazugehörigen Interviewfragen des semi-strukturierter Interviews.

4.6 Datenanalyse

Die qualitative Datenauswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Dafür wurde die Software (MAXQDA, Version 11) verwendet. Für die Auswertung wurden zwei von Mayring (2015) vorgeschlagenen Auswertungsprozesse (Zusammenfassung und Strukturierung) miteinander kombiniert. Zur Erklärung des Auswertungsprozesses werden zunächst die drei Grundformen der Inhaltsanalysen qualitativer Daten nach Mayring (2015) skizziert.

Die erste Grundform ist die Zusammenfassung. Hierbei geht der Forschende unvoreingenommen und ohne theoretische Annahmen (induktiv) vor. Das Ziel ist es, die gesamte Menge an Informationen durch Selektion, Paraphrasierung und Bündelung auf ein überschaubares Maß zu reduzieren und somit auf wesentliche Inhalte zu abstrahieren.

Bei der zweiten Grundform der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) handelt es sich um die Explikation oder auch Kontextanalyse genannt. Während bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das vorrangige Ziel die Reduktion des Textmaterials ist, geht es bei explizierenden Inhaltsanalyse genau um das Gegenteil. Bei dieser Technik wird zusätzliches lexikalisches Material herangezogen (Explikationsmaterial), um interpretationsbedürftige Textstellen zu erläutern und verständlicher zu machen. Beispielsweise kann der Begriff Generation-Y, um Begriffe ergänzt werden, die sich beispielsweise in Lexika dazu finden lassen (bspw.: gute Bildung, Technikaffinität, liberal, Ende des 20. Jahrhunderts geboren). Dies ist dann indiziert, wenn Interviewte sich unvollständig oder unklar ausdrücken oder umschreibende Begriffe benutzen. In diesen Fällen wird also der Kontext, in dem eine Äußerung steht, genauer beschrieben. Um die Güte der Exploration zu gewährleisten, wird vor der Explikation entschieden, welches zusätzliche Material zur Explikation herangeführt werden darf.

Die dritte Form ist die Strukturierung, welche zum Ziel hat, bestimme Strukturen aus dem Material herauszufiltern (deduktives Vorgehen). Hieraus lassen sich die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung ableiten. Allen ist gemeinsam, dass man zunächst Strukturdimensionen aus der Fragestellung ableitet und theoretisch begründet. Diese Strukturdimensionen werden dann zu Ausprägungen aufgespalten und somit ein Kategoriensystem erstellt.

Während die formale Strukturierung die innere Struktur des Materials nach formalen Strukturierungsgesichtspunkten herausfiltern soll, versucht die inhaltliche Strukturierung

bestimmte Inhalte zu strukturieren. Bei der typisierenden Strukturierung werden besonders markante Bedeutungsinhalte extrahiert und genauer beschrieben. Die skalierende Strukturierung versucht zu einzelnen Dimensionen Ausprägungen in Form von einer Skalierung zu definieren und das Material daraufhin einzuschätzen.
In der vorliegenden Studie gab es bereits Vorannahmen und theoretische Überlegungen für einige Kodierungen (bspw. inhaltliche und therapeutische Wirkfaktoren). Für einige Fragestellungen wurden aber auch aus dem Inhalt weitere Kodierungen explorativ extrahiert, da es keine Vorannahmen oder theoretischen Überlegungen gab (induktives Vorgehen). Für die qualitativen Datenanalysen der vorliegenden Arbeit werden daher die Analysetechniken inhaltliche Strukturierung und Zusammenfassung je nach Fragestellung einzeln oder kombiniert angewendet.

4.7 Modulevaluation durch Patienten

Um eine Aussage über die subjektive Akzeptanz mit den Inhalten der einzelnen Module machen zu können, wurde nach jeder Therapiesitzung allen Patienten eine Modulevaluation (siehe Anlage C) ausgehändigt. Auf dieser sollten sie angeben, wie ihnen das jeweilige Modul auf einer sechsstufigen Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) gefallen hat. Zusätzlich konnten die Patienten schriftlich festhalten, was für sie in der jeweiligen Sitzung wichtig war. Dadurch sollten die Patienten angeregt werden, eine Art *take-home massage* für sich selber zu formulieren.

4.8 Therapeutenevaluation und Behandlungsintegrität

Um die jeweiligen Therapieeinheiten auch aus Therapeutensicht hinsichtlich der Akzeptanz und Durchführbarkeit zu evaluieren und gleichzeitig auch die Behandlungsintegrität zu kontrollieren wurde eine Modulevaluation für die Therapeuten entwickelt. Dafür wurden in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Leitung des MVZ Falkenried als wichtig erachtete Kategorien gebildet und durch entsprechende Fragen abgebildet. Hierbei wurden teilweise auch die Wirkfaktoren in Gruppen nach Yalom (1996) abgebildet (bspw.

Gruppenkohäsion). Die Therapeuten sollten auf einer vierstufigen Skala von sehr genau bis gar nicht angeben, (1) wie genau sie sich an das Therapiemanual gehalten haben. Falls es Abweichungen vom Manual gab, sollten diese (2) in einem Freitextfeld festgehalten werden. Des Weiteren wurde auf einer dreistufigen Skala erfasst, ob es (3) genug Zeit für die Bearbeitung der Themen gab, ob es (4) genug Zeit für Diskussionen gab (Skala: zu viel - zu wenig), die (5) Themen insgesamt gut verständlich waren, die (6) Arbeitsblätter gut verständlich waren, die (7) Übungen gut verständlich waren (Skala: Inhalte bereits bekannt - zu anspruchsvoll) und wie die Therapeuten die (8) Gruppenkohäsion der Teilnehmer einschätzten (Skala: hoch - niedrig). Zudem gab es noch die Möglichkeit in zwei Freitextfeldern (9) aufgetretene Schwierigkeiten und (10) Verbesserungsvorschläge festzuhalten.

4.9 Statistische Analyse

Für die Auswertung der quantitativen Daten wurde in der vorliegenden Studie das Statistikprogramm Statistical Package for the Social Sciences Version 22 (SPSS 22) verwendet. Für alle Analysen wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = .05$ festgelegt. Auch wenn es sich bei vorliegenden Untersuchung nicht um eine randomisierte-kontrollierte Studie handelt, wurden die Daten nach dem *Intention-to-Treat* (ITT) Prinzip analysiert. Dementsprechend wurden alle vorhandenen Daten in die Analysen einbezogen, die initial an der Studie teilnehmen wollten auch wenn die Daten nicht für alle drei Messzeitpunkten vorlagen, da zwei Patienten nicht bis zum Ende an der Studie teilnahmen (*dropouts*). Dadurch sollte die Gefahr von Verzerrung der Ergebnisse durch unbekannte Variablen gemindert werden (Schulgen & Schumacher, 2002).

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde auf die Schätzung fehlender Werte, wie beispielsweise durch den Einsatz multipler Imputationsverfahren, zunächst verzichtet. Die Schätzung fehlender Mittelwerte durch den Stichprobenmittelwert führt häufig zu einer Verringerung der Varianz.

Als statistisches Verfahren wurden *Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung* (FEMM) verwendet. Fixed Effects Modelle sind eine Variante gemischt linearer Modelle (GLM). Gemischt linearer Modelle berücksichtigen sowohl zufällige Effekte (Random Effects) als auch feste Effekte (Fixed Effects). Zufällige Effekte sind solche, die unbekannt sind und

nicht beeinflusst werden können. Feste Effekte sind solche, die bekannt sind und beeinflusst oder kontrolliert werden können. Im Gegensatz zum gemischten linearen Modell berücksichtigen Fixed Effects Modells nur feste Effekte. Die Verwendung gemischter linearer Modelle setzt voraus, dass alle zufälligen Effekte bestimmt werden können. Dies ist häufig aber nicht der Fall. Die Verwendung von Fixed Effects Modellen hat gegenüber der Verwendung von gemischten linearen Modellen den Vorteil, dass mögliche konfundierende zeitkonstante Einflüsse nicht bekannt sein müssen, sondern über die Kovarianzmatrix im Verfahren berücksichtigt werden (Gunasekara, Richardson, Carter & Blakely, 2014).

Die Verwendung von Fixed Effects Modellen mit Messwiederholung hat in der vorliegenden Arbeit auch wesentliche Vorteile gegenüber den gängigen Varianzanalysen mit Messwiederholungen: (1) es werden im Gegensatz zum fallweisen Ausschluss nur die fehlenden Daten nicht berücksichtigt, die tatsächlich fehlen. Fehlt beispielsweise bei einer Untersuchung mit drei Messzeitpunkten für eine Versuchsperson nur ein Messzeitpunkt, werden die vorliegenden zwei Messzeitpunkte der Versuchsperson trotzdem mit in die Berechnung einbezogen. Dies hat in Anbetracht der geringen Fallzahlen den Vorteil, dass weniger Daten unberücksichtigt bleiben. (2) Zudem geben Fixed Effects Modelle im Gegensatz zu Varianzanalysen trotz der Messwiederholung post-hoc Tests aus. Es gibt Empfehlungen bei kleinen Datensätzen mit fehlenden Daten gemischte lineare Modelle zu verwenden (Krueger & Tian, 2004). Dadurch eignet sich das Fixed Effects Modell mit Messwiederholung gut für den Umgang mit fehlenden Werten im Rahmen der vorliegenden Studie.

Dafür wurden die Daten aus dem gängigen multivarianten Format (*Wide Format*) in ein univariates Format (*Long Format*) formatiert. Im multivariaten Format repräsentiert jede Zeile eine Versuchsperson und jede Spalte eine Variable oder den Messzeitpunkt. Im univariaten Format repräsentiert jede Zeile einen Messzeitpunkt und jede Versuchsperson mehrere Zeilen haben. Diese Formatierung ist nötig, damit SPSS ein GLM mit Messwiederholung berechnen kann.

4.9.1 Reliable Change Index

Für die explorativen Analysen zur differentiellen Wirksamkeit soll zwischen *Respondern* und *Non-Respondern* unterschieden werden können (Zusatzfragestellung 1). In der

vorliegenden Arbeit werden Responder als Patienten definiert, bei denen eine klinisch bedeutsame und reliable Verbesserung des Zielkriteriums (subjektive Arbeitsfähigkeit) beobachtet werden kann. Als Non-Responder werden Patienten definiert, bei denen sich diese klinisch bedeutsame und reliable Verbesserung nicht zeigt. Andere Möglichkeiten zur Differenzierung von Respondern und Non-Respondern, wie beispielsweise die Wahl eines bestimmten Cut-off-Wertes, sind ungeeignet, da das Erreichen eines Cut-off-Wertes auch auf Messfehler zurückgeführt werden kann.

Als Maß für die Differenzierung zwischen Respondern und Non-Respondern soll der *Reliable Change Index* (RCI) herangezogen werden. Der RCI, oder auch kritische Differenz, ist ein psychometrisches Maß, um zu bewerten, ob der Unterschied zwischen zwei (bspw. vor und nach einer Therapie) Messwerten (bspw. Arbeitsfähigkeit) einer Person statistisch signifikant ist. Statistisch dargestellt ist der RCI die Differenz aus zwei Testwerten ($x_{prä}$, x_{post}) relativiert am Standardfehler (S_{diff}) der Unterschiede zwischen beiden Testwerten (Guhn, Forer & Zumbo, 2014; Jacobson & Truax, 1991):

$$\mathrm{RCI} = \frac{x_{prä} - x_{post}}{S_{diff}}$$

Die Berechnung des Standardfehlers (S_{diff}) wird unter Berücksichtigung der Standardabweichung des ersten Testwerts, der Reliabilität (Cronbach Alpha) des verwendeten Messinstruments und unter Berücksichtigung einer 5%-igen Irrtumswahrscheinlichkeit vorgenommen:

$$\mathrm{Sdiff} = SD * \sqrt{2 * (1 - r_{tt})} * 1.96$$

Ist die Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten $x_{prä}$ und x_{post} bei einem Patienten größer als die kritische Differenz, liegt mit einer 95%-igen Wahrscheinlichkeit eine reliable Veränderung vor. Der Patient gilt dann als Responder.

5 Ergebnisse

Insgesamt wurden 28 Patienten für die Teilnahme an der Gruppe *gescreent*. Im UKE wurden insgesamt 7 Patienten in die Studie eingeschlossen. Im Falkenried MVZ wurden insgesamt 12 Patienten eingeschlossen. Von ursprünglich 19 eingeschlossenen Patienten ergibt sich für den Zeitpunkt T1 eine Gesamtstichprobe von 17 Patienten, mit denen auch ein Interview geführt werden konnte. Für den Zeitpunkt T2 ergibt sich eine Stichprobe von 16 Patienten. Zwei Patienten brachen die Teilnahme an der Gruppe ohne eine Angabe von Gründen ab. So ergibt sich eine Gesamtstichprobe von $N = 17$.

5.1 Stichprobenbeschreibung

Die $N = 17$ Patienten (11 weiblich, 64.7%) waren durchschnittlich $M = 42$ Jahre alt ($SD = 10.15$). Die Altersspanne reichte von 21 bis 56 Jahre. 16 Patienten (94.1%) waren arbeitsunfähig und eine Patientin (5.9%) berufsunfähig. Insgesamt 8 Patienten (42.1%) gaben an ledig zu sein und 10 Patienten (58.8%) gaben an, sich in einer festen Beziehung zu befinden. 9 Patienten (52.9%) gaben als höchsten Schulabschluss einen Realschulabschluss und 8 Patienten (47.1%) ein Abitur an. Unter den erfragten Berufen fanden sich schwerpunktmäßig Ausbildungsberufe, wie beispielsweise Restaurantfachmann, Pflegefachkraft, kaufmännische Angestellte, oder Sachbearbeiter im öffentlichen Dienst. 2 Patienten gaben Berufe an, die ein Studium voraussetzen (Humanmedizin und Chemie). Alle Patienten gaben als Hauptdiagnose eine Depression an. 6 Patienten (35.3%) gaben zusätzlich eine komorbide psychische Störung an. 2 Patienten hatten als komorbide Störung eine Angststörung (11.8%), 3 Patienten eine Persönlichkeitsstörung (17.7%) und ein Patient eine Zwangsstörung (5.9%). 9 Patienten waren in psychotherapeutischer Behandlung (52.9%). 8 weitere Patienten (47.1.%) waren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

5.1.1 Psychopathologie

Es lagen für $N = 17$ die Daten der SCL-90-S und des Health-49 vor. Depressivität gemessen durch den Health-49 war im Mittel $M = 1.86$ ($SD = 1.07$). Das deutet auf ausgeprägte

depressive Symptome in der Stichprobe hin (Referenzwert stationärer Psychotherapiepatienten *M* = 1.82, *SD* = 1.02; Rabung, Harfst, Koch & Schulz, 2016). Ängstlichkeit gemessen durch den Health-49 war im Mittel *M* = .61 (*SD* = .69). Das deutet auf ausgeprägte Angstsymptome in der Stichprobe hin (Referenzwert stationärer Psychotherapiepatienten *M* = .79, *SD* = .92). Somatoforme Beschwerden gemessen durch den Health-49 waren *M* = .96 (*SD* = .73). Die Stichprobe zeichnet sich demnach durch überdurchschnittlich ausgeprägte somatoforme Symptome aus (Referenzwert gesunde Personen *M* = 0.62, *SD* = 0.57; Referenzwerte: Rabung et al., 2016). Das Ausmaß der psychischen und somatoformen Beschwerden insgesamt war *M* = 1.12 (*SD* = .59). Die Stichprobe zeichnet sich durch ein ausgeprägtes Ausmaß an psychischen und somatoformen Beschwerden aus (Referenzwert stationärer Psychotherapiepatienten (*M* = 1.45, *SD* = .77; Referenzwerte: Rabung et al., 2016). Einen Überblick über die Daten der Health-49 Skalen sowie der SCL-90-S zur Baseline gibt Tabelle 7.

Tabelle 7: *Subskalen der SCL-90-R und des Health-49 zu Therapiebeginn.*

	N	*M*	*SD*	*Min*	*Max*
SCL-90 SOM	17	0.97	0.76	0.00	2.67
SCL-90 O-C	17	1.65	0.72	0.50	3.10
SCL-90 I-S	17	1.45	0.99	0.22	3.11
SCL-90 DEP	17	1.95	0.87	0.54	3.46
SCL-90 ANX	17	1.60	1.42	0.30	4.70
SCL-90 HOS	17	1.11	0.90	0.17	3.33
SCL-90 PHOB	17	0.83	0.90	0.00	2.71
SCL-90 PAR	17	1.35	0.89	0.33	3.50
SCL-90 PSY	17	0.82	1.04	0.00	2.60
SCL-90 GSI	17	1.35	0.91	0.42	2.84
SCL-90 PST	17	51.06	15.70	31.00	81.00
SCL-90 PSDI	17	2.20	0.81	1.23	4.10
Health SOM	16	0.96	0.73	0.00	2.86
Health DEP	17	1.86	1.07	0.33	4.00
Health PHO	17	0.61	0.69	0.00	2.20
Health PSB	16	1.12	0.59	0.22	2.44
Health WOHL	17	1.13	0.83	0.00	2.60
Health INT	17	1.75	0.87	0.14	4.00
Health SELB	17	1.49	0.73	0.40	2.40
Health Akti&Parti	17	2.13	0.70	0.76	3.50
Health SOZU	17	2.43	0.60	1.25	3.25
Health SOZB	17	1.54	0.74	0.25	3.00

Anmerkung: *Min* = Minimum; *Max* = Maximum; *M* = Median; *SD* = Standardabweichung.

SCL-90-S SOM: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Somatisierung
SCL-90-S I-S: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Unsicherheit im Sozialkontakt
SCL-90-S O-C: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Zwanghaftigkeit
SCL-90-S DER: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Depressivität
SCL-90-S ANX: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Ängstlichkeit
SCL-90-S HOS: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Feindseligkeit
SCL-90-S PHOB: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Phobie
SCL-90-S PAR: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Paranoides Denken
SCL-90-S PSY: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Psychotizismus
SCL-90-S GSI: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Grundsätzliche psychische Belastung
SCL-90-S PST: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Positive Symptome total
SCL-90-S PSDI: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Positive Symptom Distress Index
Health SOM: Health-49, Skala: Somatisierung
Health DEP: Health-49, Skala: Depressivität
Health PHO: Health-49, Skala: Phobie
Health PSB: Health-49, Skala: Psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt.
Health WOHL: Health-49, Skala: Psychisches Wohlbefinden
Health INT: Health-49, Skala: Interaktionelle Schwierigkeiten
Health SELB: Health-49, Skala: Selbstwirksamkeit
Health Akti&Parti: Health-49, Skala: Aktivität und Partizipation
Health SOZU: Health-49, Skala: Soziale Unterstützung
Health SOZB: Health-49, Skala: Soziale Belastungen

5.1.2 AU-Zeiten

Im Mittel waren die Patienten seit *M* = 9.80 (*SD* = 5.73) Monaten AU und am häufigsten das erste Mal AU (*Mdn* = 1). Die Varianz der AU-Häufigkeit reichte von einmalig bis zwölfmalig (Tabelle 8). Die erfasste Arbeitsfähigkeit gemessen durch den WAI war mit *M* = 18.43 (*SD* = 6.33) gering. Die allgemeine Arbeitsmotivation gemessen durch den FFB war insgesamt gering (*M* = 5.37, *SD* = 2.42). Der Mittelwert der Skala indirekt gemessene Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit des FFB betrug 16.76 (*SD* = 5.97).

Tabelle 8: *Arbeitsunfähigkeitszeit und Häufigkeiten bisheriger Arbeitsunfähigkeit.*

	M	*Mdn*	*SD*	Min	Max
AU Monate	9.80	8	5.73	4	24
AU Häufigkeit	2.77	1	3.15	1	12
WAI	18.43	18	6.33	10	32.5
Allgemeine Arbeitsmotivation	5.37	5	2.42	0	9
Arbeitsmotivation indirekt gemessen	16.76	17	5.97	7	25

Anmerkung: *N* =17; AU = Arbeitsunfähigkeit; *M* = Median; *Mdn* = Median; *SD* = Standardabweichung; *Min* = Minimum; *Max* = Maximum.

In der AU Dauer unterschieden sich weibliche Patienten (*M* = 10.33, *SD* = 6.12) nicht signifikant von männlichen Patienten (*M* = 9.00, *SD* = 5.55) ($t(13) = .428$, $p > .05$). Hinsichtlich der AU Häufigkeit unterschieden sich weibliche Patienten (*M* = 2.63, *SD* = 3.47) ebenfalls nicht von männlichen Patienten (*M* = 3, *SD* = 2.76) ($t(15) = -.220$, $p > .05$). Patienten die im UKE (*M* = 11.75, *SD* = 8.18) behandelt wurden, unterschieden sich nicht von Patienten die im MVZ (*M* = 9.10, *SD* = 4.89) behandelt wurden hinsichtlich der AU-Dauer ($t(13) = .783$, $p > .05$). Hinsichtlich der AU Häufigkeit unterschieden sich Patienten, die im UKE (*M* = 5.71, *SD* = 3.95) behandelt wurden, nicht von Patienten, die im MVZ (*M* = 1.50, *SD* = 1.44) behandelt wurden ($t(15) = 1{,}929$, $p > .05$).

Drei (16,7 %) der Patienten gaben an, seit weniger als 6 Monaten AU zu sein. Weitere 10 Patienten (55,6 %) gaben an, länger als 6 Monate und weniger als 1 Jahr AU zu sein. Vier (22,2 %) der Patienten gaben an, seit länger als 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre AU zu sein. Ein Patient (4 %) gab an, länger als 2 Jahre aber weniger als 5 Jahre AU zu sein.

5.1.3 AU-bezogene Variablen

Als Auslöser für die AU wurden berufliche Faktoren als am einflussreichsten gewertet (M = 3.65, SD = .70). Psychische Beschwerden wurden ebenfalls als einflussreiche Auslöser gewertet (M = 2.94, SD = 1.43). Körperliche Erkrankung (M = 1.12, SD = 1.42) und private oder finanzielle Schwierigkeiten (M = 2.00, SD = 1.54) wurden als weniger einflussreich gewertet.

Im Folgenden wird die Auswertung der Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz zu Therapiebeginn dargestellt. Aus Abbildung 12 lässt sich erkennen, dass die Patienten ihre Ressourcen überwiegend als nicht vorhanden bis etwas vorhanden einschätzten. Dennoch wurden insbesondere Interesse und Freude bei der Arbeit (N = 8, 47.1%) und die Möglichkeit des Austauschs mit anderen (N = 7, 41.2%) als stark vorhandene Ressourcen benannt. Auch die Zufriedenheit mit dem Gehalt stellte für einige eine starke Ressource dar (N = 6, 35.3%).

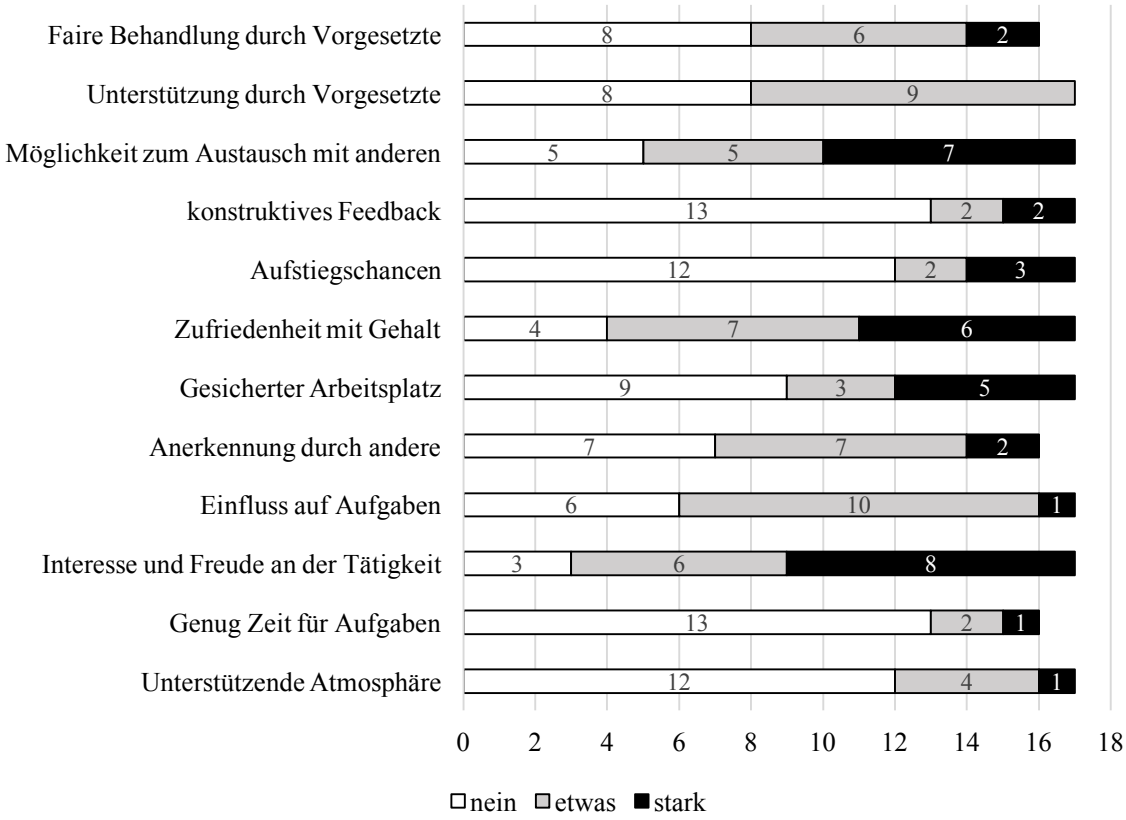


Abbildung 12: Arbeitsbezogene Ressourcen. Die x-Achse gibt die jeweilige absolute Häufigkeit an.

Als arbeitsbezogene Belastung wurde von den Patienten Zeitdruck als besonders belastend erlebt (*N* = 13, 76.5 %). Zudem waren fehlende Anerkennung durch Kollegen, Vorgesetzte oder Kunden (*N* = 8, 47.1 %), Doppelbelastung durch Beruf und Privatleben (*N* = 8, 47.1 %), Über- und Unterforderung (*N* = 8, 47.1 %) und Sorge um das Weiterbestehenden des Arbeitsplatzes (*N* = 8, 47.1 %) starke Belastungen aus Sicht der Patienten (Abbildung 13).

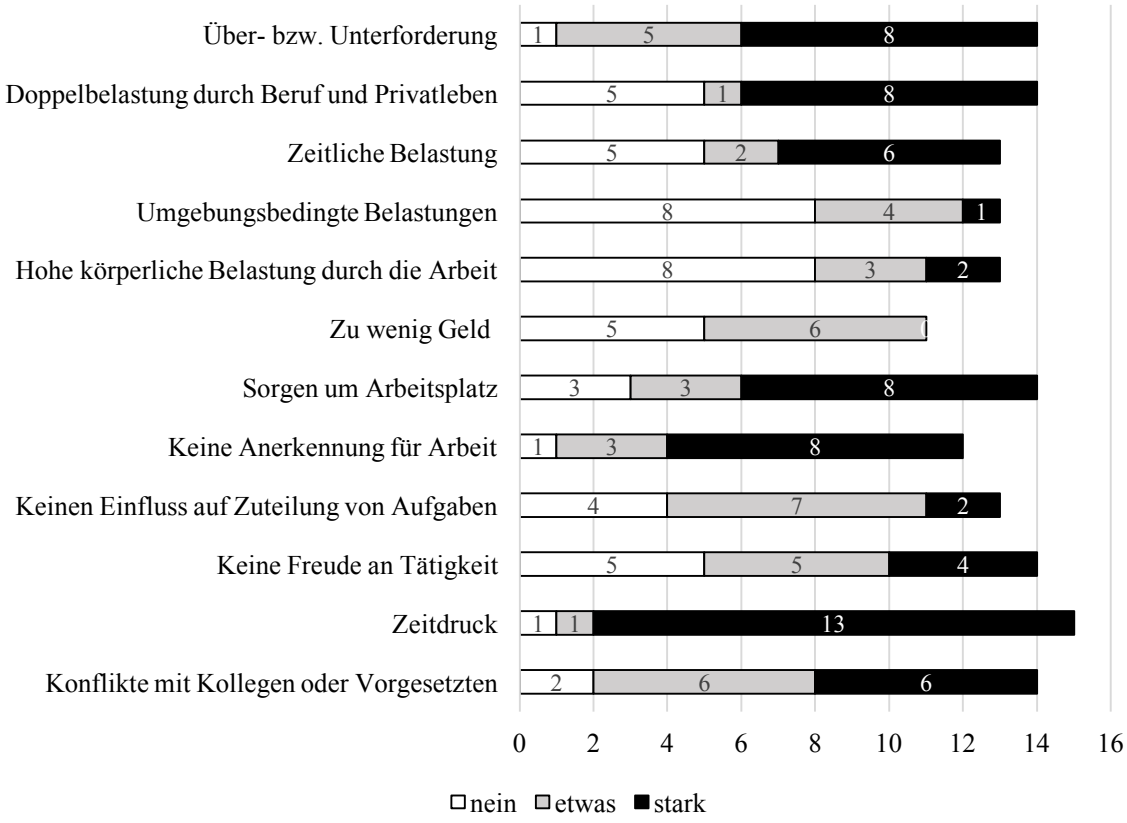


Abbildung 13: Arbeitsbezogene Belastungen. Die x-Achse gibt das jeweilige N an.

Die Auswertung notwendiger Veränderungen zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zeigte, dass sich bei einem Großteil der Patienten die Beschwerden verbessern müssten, um wieder arbeiten zu können (N = 15, 88.2 %). Am zweit häufigsten wurde genannt, dass die Abteilung oder das Unternehmen gewechselt werden müssten (N = 11, 64.7%; Abbildung 14).

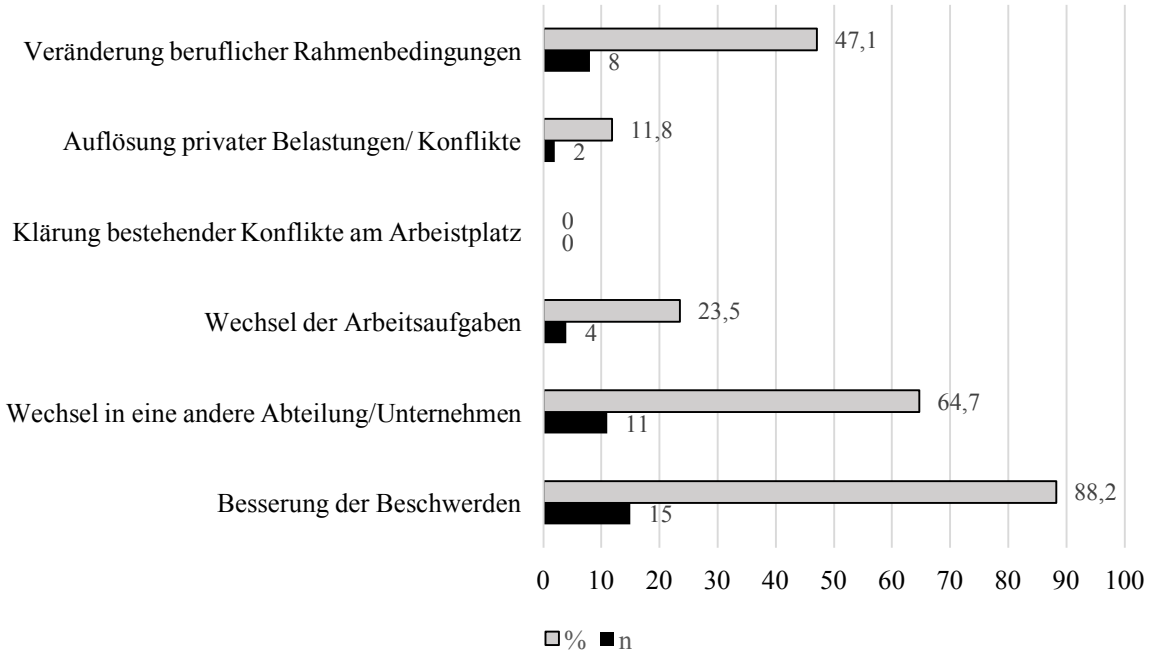


Abbildung 14: Häufigkeiten und Prozentangaben der berichteten notwendigen Veränderung zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

5.2 Quantitative Ergebnisse

5.2.1 AU-bezogene Variablen

In diesem Abschnitt soll die Hauptfragestellung 1 untersucht werden. Für die Auswertung der Veränderung der arbeitsbezogenen Variablen (WAI-Wert, Allgemeine Arbeitsmotivation, indirekte Arbeitsmotivation) wurden mehrere FEMMs definiert und berechnet (Tabelle 9). Als fester Schätzer wurde jeweils der Zeitpunkt (T0, T1, T2) definiert. Als Maß für die Effektstärke bei verbundenen Stichproben wurde *d* verwendet (Cohen, 1992).

Tabelle 9: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die arbeitsbezogenen Variablen.*

Messinstrumente	**FEMM (Endpunkt 3 Monate)[a]**					
	T0 (n= 17)	**T1 (n= 17)**	**T2 (n= 16)**	**Df time**	**Zeiteffekt F**	**p-Wert**
WAI, M (SD) [b]	18.50 (5.97)	19.47 (6.62)	21.57 (7.31)	2/26.92	2.54	.10
EMM (SE)	19.22 (1.57)	19.07 (1.59)	21.74 (1.67)			
FFB AAM, M (SD) [c]	5.06 (2.51)	5.86 (3.84)	4.77 (4.00)	2/26.40	1.13	.34
EMM (SE)	5.18 (.81)	5.64 (.86)	4.49 (.91)			
FFB Arbeitsmotivation indirekt, M (SD) [d]	16.76 (5.79)	18.08 (6.02)	18.08 (6.92)	2/22.58	.62	.55
EMM (SE)	17.07(1.53)	18.49 (1.66)	17.51 (1.77)			

Bemerkung:
[a] FEMM: Fixed Effects Modell mit Messwiederholung; EMM: Geschätzte Mittelwerte; SE: Standardfehler
[b] WAI: Work Ability Index
[c] FFB AMM: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben, Skala: Allgemeine Arbeitsmotivation
[d] FFB Arbeitsmotivation indirekt: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben, Skala: indirekte Arbeitsmotivation

Zunächst wurde ein FEMM für den WAI-Wert definiert und berechnet. Es zeigte sich eine tendenzielle Verbesserung des WAI-Wertes über die Zeit ($F = 2.54$, $p = .10$; Tabelle 9). Der paarweise Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass sich der WAI-Wert nicht zwischen den Messzeitpunkten T0 ($M = 18.50$, $SD = 5.97$) und T1 ($M = 19.47$, $SD = 6.62$) verbesserte ($p = .90$). Zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 ($M = 21.57$, $SD = 7.31$) ergab jedoch sich eine signifikante Verbesserung des WAI-Wertes ($p = .03$, $d = .30$). Der paarweise Vergleich zwischen T0 und T2 offenbarte in der Tendenz eine signifikante Verbesserung ($p = .10$, $d = .41$).

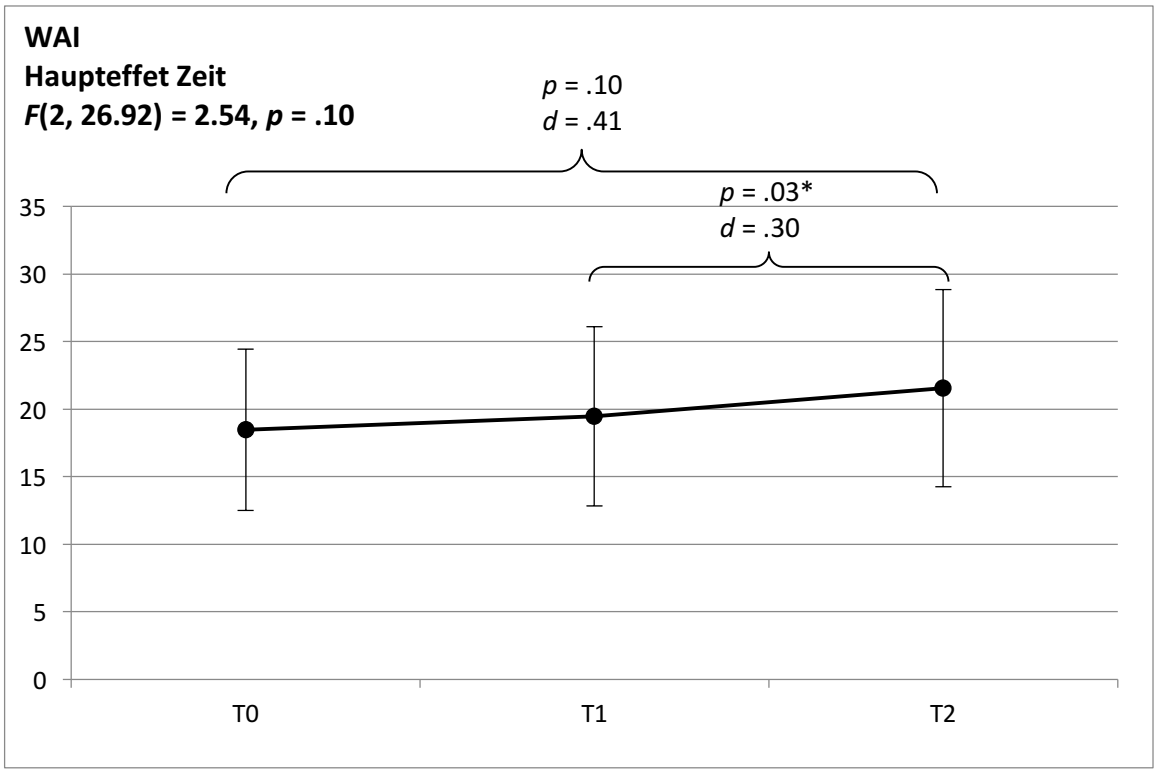


Abbildung 15: Liniendiagramm für den Verlauf des WAI-Werts für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die *p*-Werte und Effektstärken *d* nach Cohen für die paarweisen Vergleiche (1992) dargestellt.

In einer weiteren Analyse wurde als zusätzlicher fester Schätzer die Symptombelastung zum Zeitpunkt T0 mit in das Modell aufgenommen. Dies wurde aus der Überlegung abgeleitet, dass Patienten mit hoher Symptombelastung (bspw. ausgeprägte Konzentrationsstörungen) zu Therapiebeginn möglicherweise weniger von der Gruppe profitierten, als Patienten mit einer niedrigen Symptombelastung zu Therapiebeginn. Es zeigte sich zudem eine hohe Korrelation zwischen Arbeitsfähigkeit und Symptombelastung (r = -.51, p = .04). Als Symptombelastung wurde der GSI-Wert der SCL-90-S definiert.

Das resultierende FEMM (feste Schätzer: Zeitpunkt, Symptombelastung zu Therapiebeginn) zeigte, dass sich der WAI-Wert signifikant veränderte, wenn für Symptombelastung zu Therapiebeginn kontrolliert wurde (F = 14.22, $p \leq .01$, siehe Abbildung 16).

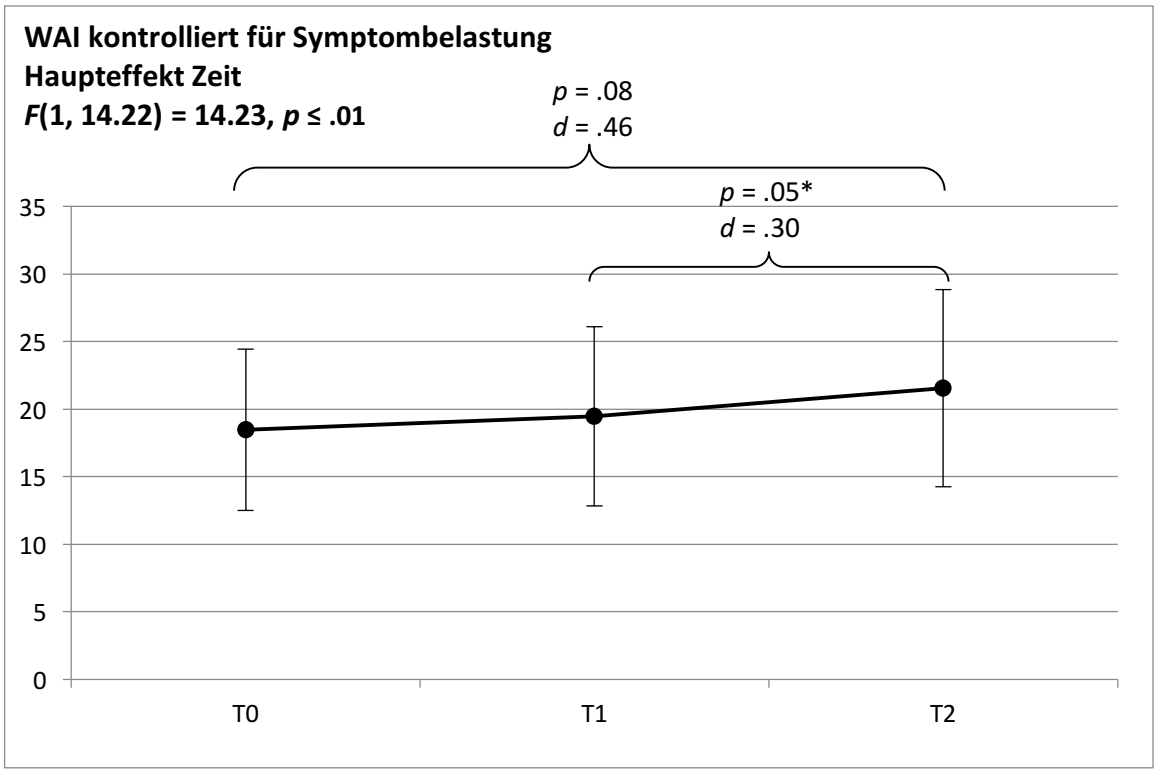


Abbildung 16: Liniendiagramm für den Verlauf des WAI-Werts kontrolliert für den Einfluss der Symptombelastung für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die geschätzten Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardfehler (horizontale Linien). Zusätzlich sind die *p*-Werte und Effektstärken *d* nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt.

Der paarweise Vergleich der Mittelwerte ergab, dass sich der WAI-Wert nicht zwischen den Messzeitpunkten T0 (M = 18.50, SD = 5.97) und T1 (M = 19.47, SD = 6.62) verbesserte (p = .88). Allerdings zeigte sich eine signifikante Verbesserung des WAI-Wertes zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 (M = 21.57, SD = 7.31, p = .05, d = .30). Die positive Veränderung von T0 zu T2 war in der Tendenz signifikant (p = .08, d = .46). Das FEMM mit Symptombelastung als Kovariate zeigte auch eine bessere Modellpassung (*Schwarz's Bayesian Criterion;* BIC = 271.25) im Vergleich zum Modell ohne Symptombelastung als Kovariate (BIC = 283.97).

In einer post-hoc Analyse wurde zusätzlich die Veränderung der Skala 2 des WAI (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitstätigkeit) geprüft. Die Skala schätzt sowohl die körperliche als auch psychische Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen ein. Je nachdem, ob eine Tätigkeit überwiegend geistig, körperlich oder geistig und körperlich fordernd ist, wird die Arbeitsfähigkeit in dem Bereich stärker in die Bewertung einbezogen.

Das resultierende FEMM zeigte eine tendenzielle Verbesserung der WAI-Skala 2 über die Zeit ($F = 3.22$, $p = .06$). Im paarweisen Vergleich der Mittelwerte zeigte sich, dass dieser Unterschied zwischen den Messzeitpunkten T0 ($M = 4.64$, $SD = .42$) und T1 ($M = 5.48$, $SD = .45$) zustande kommt ($p = .02$, $d = 2.34$). Zwischen den Messzeitpunkten T0 und T2 ($M = 5.45$, $SD = .47$) ergab sich eine tendenziell signifikante Verbesserung des ($p = .07$, $d = 2.21$). Von T1 zu T2 ergab sich keine weitere signifikante Veränderung ($p = .93$).

Darüber hinaus wurden die WAI-Gesamtwerte von allen 17 Patienten anhand der Cut-off-Werte in kritisch und mäßig eingeteilt. Für zwei Patienten, von denen nur die WAI-Werte zum Messzeitpunkt T0 vorlagen, wurden die vier fehlenden WAI-Werte für die Messzeitpunkte T1 und T2 durch die jeweiligen Mittelwerte ergänzt. Kein Patient erfüllte den Cut-off-Wert für einen guten oder sehr guten WAI-Index. Fehlende Werte wurden durch die Skalenmittelwerte ersetzt. Für T0 wurden zwei Werte mit $M = 18.5$, für T1 ein Wert mit $M = 19.5$ und für T2 zwei Werte mit $M = 21.6$ ersetzt. Die Häufigkeiten der kritischen bzw. mäßigen WAI-Werte sind in Abbildung 17 abgebildet.

Die Varianz der Häufigkeiten der WAI-Indizes unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Messzeitpunkten T0 und T1 (Chi^{2}-Test (16) = .20, $p = .66$).

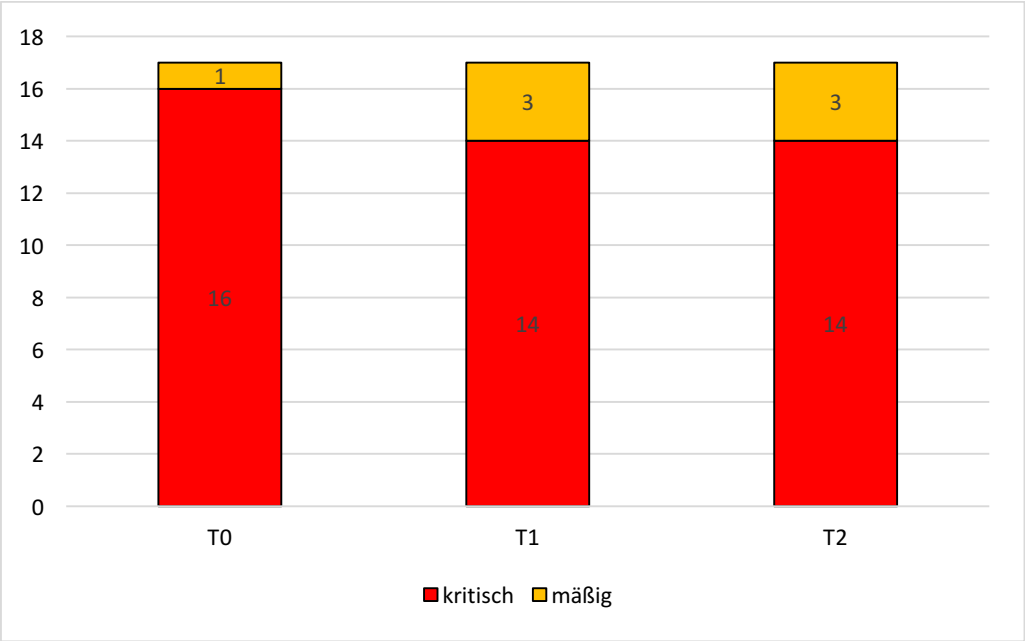


Abbildung 17: Häufigkeit der WAI-Indizes anhand der Cut-off-Werte für die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Innerhalb der Balken ist das jeweilige N zu sehen.

Es wurde post-hoc eine logistische Regression berechnet, um einen kritischen WAI-Wert versus mäßigen WAI-Wert zu prädizieren. Als Variablen wurden gleichzeitig Alter, allgemeine Arbeitsmotivation (AAM) und die allgemeine Symptomschwere (GSI) in das Modell mit aufgenommen, da über diese Variablen bekannt ist, dass sie ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können (Bridger & Bennett, 2011; Cornelius, van der Klink, Groothoff & Brouwer, 2011; Kessemeier et al., 2017). Keine der einzelnen Variablen ergab sich als prädiktiv (Waldkriterium für alle $p \geq .10$). Das gesamte Modell sagt einen kritischen bzw. mäßig WAI-Wert signifikant vorher (Chi^2-Test = 8.50, $p = .04$). Die Passung zwischen Modell und Daten kann als ausreichend hoch gewertet werden, da 63 % der Varianz durch die Prädiktoren erklärt werden können (Nagelkerke's $R^2 = .63$). Nach Cohen (1992) entspricht dies einem starken Effekt ($f^2 > .35$). Die Vorhersagegenauigkeit lag bei 88,9 % (93,3 % für kritisch und 66,7 % für mäßig).
Das gleiche Modell aus Alter, allgemeiner Arbeitsmotivation (AAM) und allgemeiner Symptombelastung (GSI) war als Ganzes ebenfalls signifikant in Bezug auf den WAI-Gesamtwert (F (3,14) = 6.123, p = .01). Bei der Betrachtung der einzelnen Regressionskoeffizienten zeigt sich nur für den GSI ein signifikanter Einfluss auf den WAI-Gesamtwert (t = -.707, p = .00). Das Model klärt 57% der Gesamtvarianz des WAI-Gesamtwertes auf (Nagelkerke's $R^2 = .57$; $f^2 = 1.15$). Nach Cohen (1992) entspricht dies einem starken Effekt ($f^2 > .35$).

Bezogen auf die Allgemeine Arbeitsmotivation zeigte sich im FEMM keine signifikante Veränderung über die Zeit (F = 1.13, p = .34; Tabelle 9). Es zeigte sich auch keine Veränderung unter Berücksichtigung der Symptombelastung zu Therapiebeginn im Modell (F = .11, p = .75).
Bezogen auf die indirekte Arbeitsmotivation zeigte sich in einem weiteren FEMM ebenfalls keine signifikante Veränderung über die Zeit (F = .62, p = .55) (Tabelle 9). Wurde zusätzlich für die Symptombelastung zu Therapiebeginn kontrolliert ergaben sich ebenfalls keine signifikante Veränderung für die indirekte Arbeitsmotivation (F = .12, p = .74).

5.2.2 Psychopathologie

In diesem Abschnitt soll die Hauptfragestellung 2 untersucht werden. Für die Auswertung der Veränderung der Psychopathologie (Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst,

Somatisierung, interaktionelle Schwierigkeiten sowie psychische Belastung insgesamt) wurden erneut mehrere FEMM definiert und berechnet. Als fester Schätzer wurde jeweils der Zeitpunkt (T0, T1, T2) definiert. Die Ergebnisse werden separiert für die beiden verwendeten Messinstrumente Health-40 und SCL-90-S dargestellt.

In den Skalen zur Psychopathologie der Health-49 zeigten sich keine signifikanten Veränderungen über die drei Messzeitpunkte in den Bereichen Depressivität, Phobie, Somatisierung sowie psychische und somatische Beschwerden insgesamt (Tabelle 10).

Tabelle 10: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychopathologischen Variablen der Health-49.*

Messinstrumente				**FEMM (Endpunkt 3 Monate)**[a]		
	T0 (n= 17)	**T1 (n= 17)**	**T2 (n= 16)**	**Df time**	**Zeit-effekt, F**	**p-Wert**
Health DEP, M (SD) [b]	1.74 (1.01)	1.58 (1.08)	1.34 (1.12)	2/29.64	1.41	.26
EMM (SE)	1.74 (.25)	1.46 (.26)	1.31 (.27)			
Health PHOB, M (SD) [c]	..61 (.68)	.61 (.73)	.31 (.43)	2/29.59	1.82	.18
EMM (SE)	.61 (.15)	.58 (.15)	.36 (.16)			
Health SOM, M (SD) [d]	.92 (.69)	.77 (.67)	.91 (.71)	2/27.24	0.56	.58
EMM (SE)	.96 (.17)	.80 (.17)	.95 (.18)			
Health PSB, M (SD) [e]	1.06 (.59)	1.00 (.69)	.90 (.65)	2/26.19	1.42	.26
EMM (SE)	1.04 (.15)	.88 (.15)	.81 (.16)			

Bemerkung:
[a] FEMM: Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung; EMM: Geschätzte Mittelwerte; SE: ıdardfehler
[b] Health DEP: Health-49, Skala: Depressivität
[c] Health PHOB: Health-49, Skala: phobische Ängste
[d] Health SOM: Health-49, Skala: Somatisierung
[e] Health PSB: Health-49, Skala: Psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt

In der SCL-90-S zeigten sich signifikante Veränderungen über die drei Messzeitpunkte in den Skalen Depressivität ($F = 5.23$, $p = .01$), Unsicherheit in Sozialkontakten ($F = 3.61$, $p = .04$), in der Symptomschwere insgesamt ($F = 3.44$, $p = .05$), der Intensität der Antworten ($F = 3.46$, $p = .05$) und der Anzahl der Symptome ($F = 4.15$, $p = .03$; Tabelle 11, S.102).

Im paarweisen Vergleich zur Veränderung der Depressivität zeigte sich eine signifikante Veränderung von T0 (M = 1.81, SD = .93) zu T1 (M = 1.56, SD = .81, p = .01, d = -.29), aber nicht von T1 zu T2 (M = 1.36, SD = 1.02, p = .45). Von T0 zu T2 war die Veränderung ebenfalls signifikant (p = .01, d = -.46; Abbildung 18).

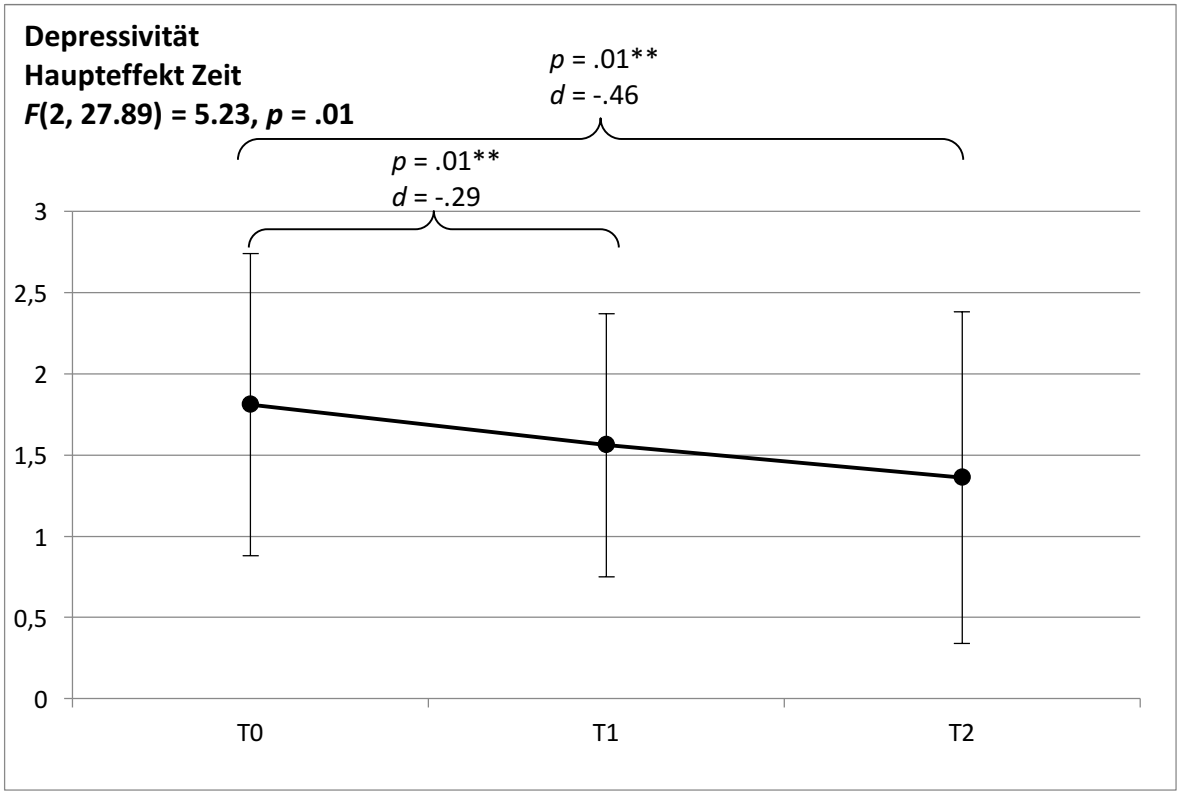


Abbildung 18: Liniendiagramm für den Verlauf der Variable Depressivität (SCL-90-S) für die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt.

In Abbildung 19 sind beobachteten Mittelwerte für die Depressivität unter Berücksichtigung der Normen gesunder und depressiver Patienten dargestellt. Zu Therapiebeginn weisen die Patienten fasst identische Depressionswerte mit der depressiven Normstichprobe auf. Zum Messzeitpunkt T1 und T2 liegen die Depressionswerte unter der Norm depressiver Patienten.

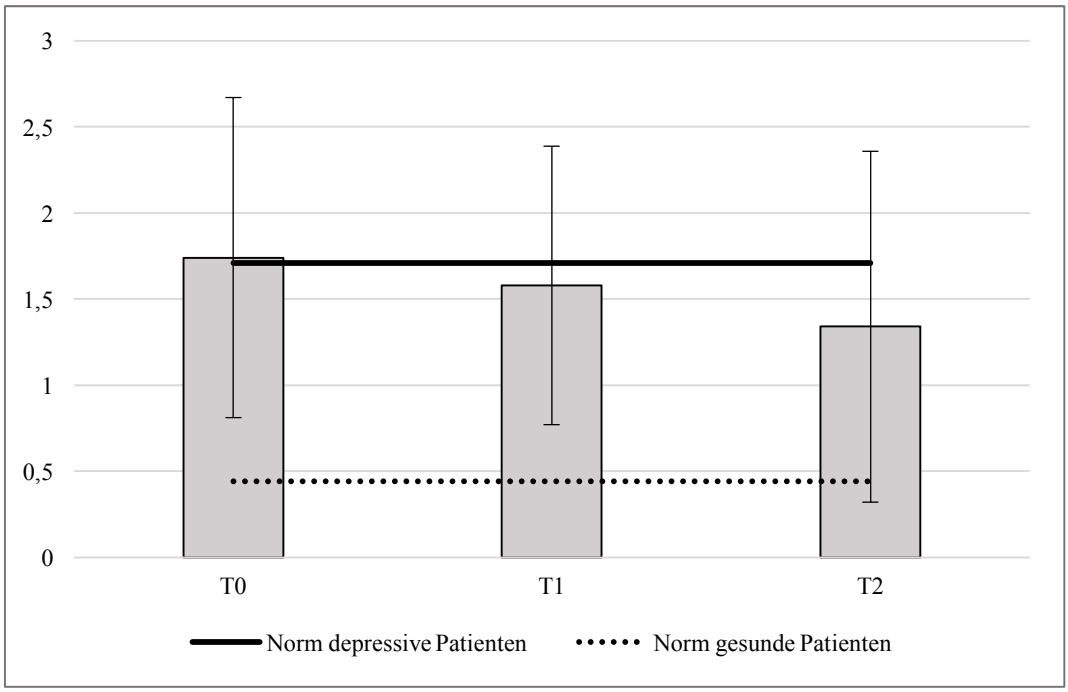


Abbildung 19: Dargestellt sind die Mittelwerte für die Depressionsskala der SCL-90-S für alle drei Messzeitpunkte. Horizontale Linien stellen die Standardabweichung dar. Die durchgezogene Linie gibt den Normwert stationärer Psychotherapiepatienten mit Depressionen (N = 1582) an. Die gestrichelte Linie gibt den Normwert der gesunden Eichstichprobe (N = 2141) an (Normwerte berichtet nach Franke, 2013).

Im paarweisen Vergleich zur Veränderung der Unsicherheit in Sozialkontakten der SCL-90-S zeigte sich eine signifikante Veränderung von T0 (M = 1.35, SD =.98) zu T1 (M = 1.24, SD =.82, p = .04, d = -.12), jedoch nicht von T1 zu T2 (M = .95, SD =.64, p = .18). Die Veränderung von T0 zu T2 war ebenfalls statistisch signifikant (p = .01, d = -.48; Abbildung 20)

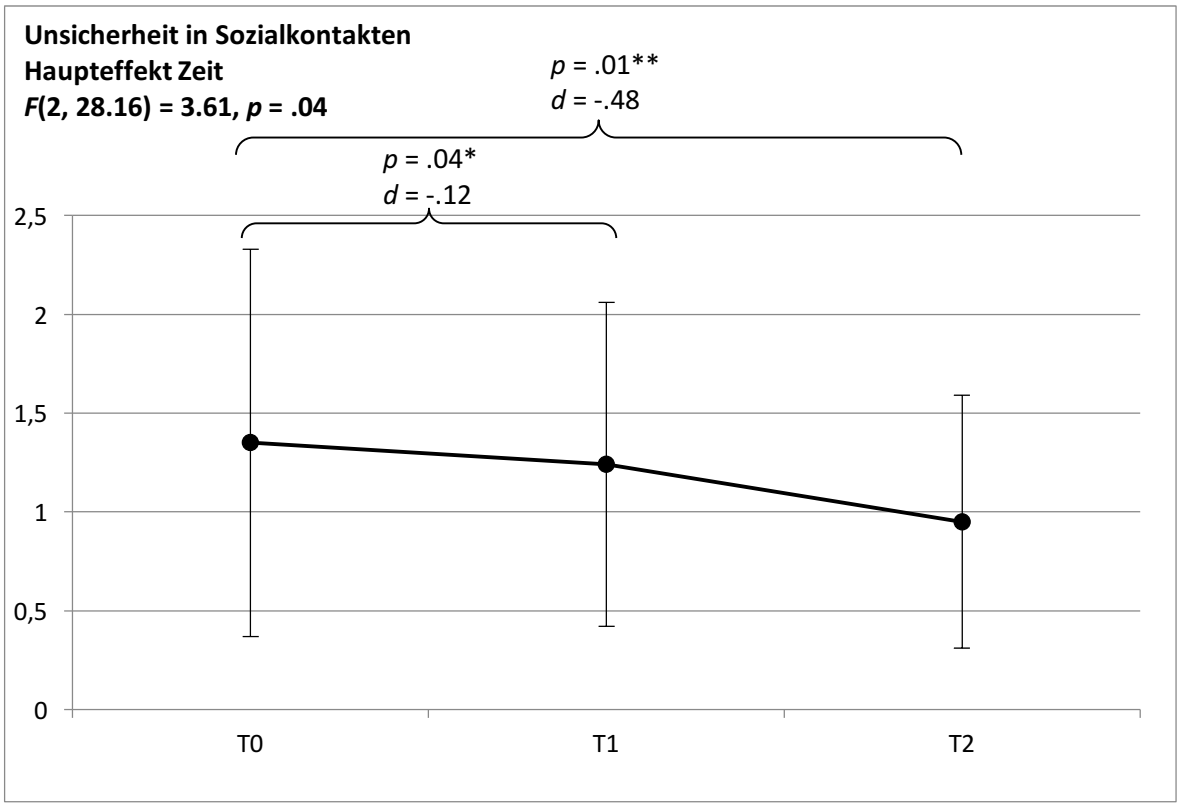


Abbildung 20: Liniendiagramm für den Verlauf der Variable Unsicherheit in Sozialkontakten (SCL-90-S) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die *p*-Werte und Effektstärken *d* nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt.

Im paarwiesen Vergleich zur Veränderung der Symptomschere insgesamt der SCL-90-S zeigte sich eine signifikante Veränderung von T0 (M = 1.29, SD = .79) zu T1 (M = 1.16, SD = .66, p = .04, d = -.18), aber nicht von T1 zu T2 (M = .95, SD = .66, p = .20). Von T0 zu T2 war die Veränderung ebenfalls signifikant (p = .05, d = -.47; Abbildung 21).

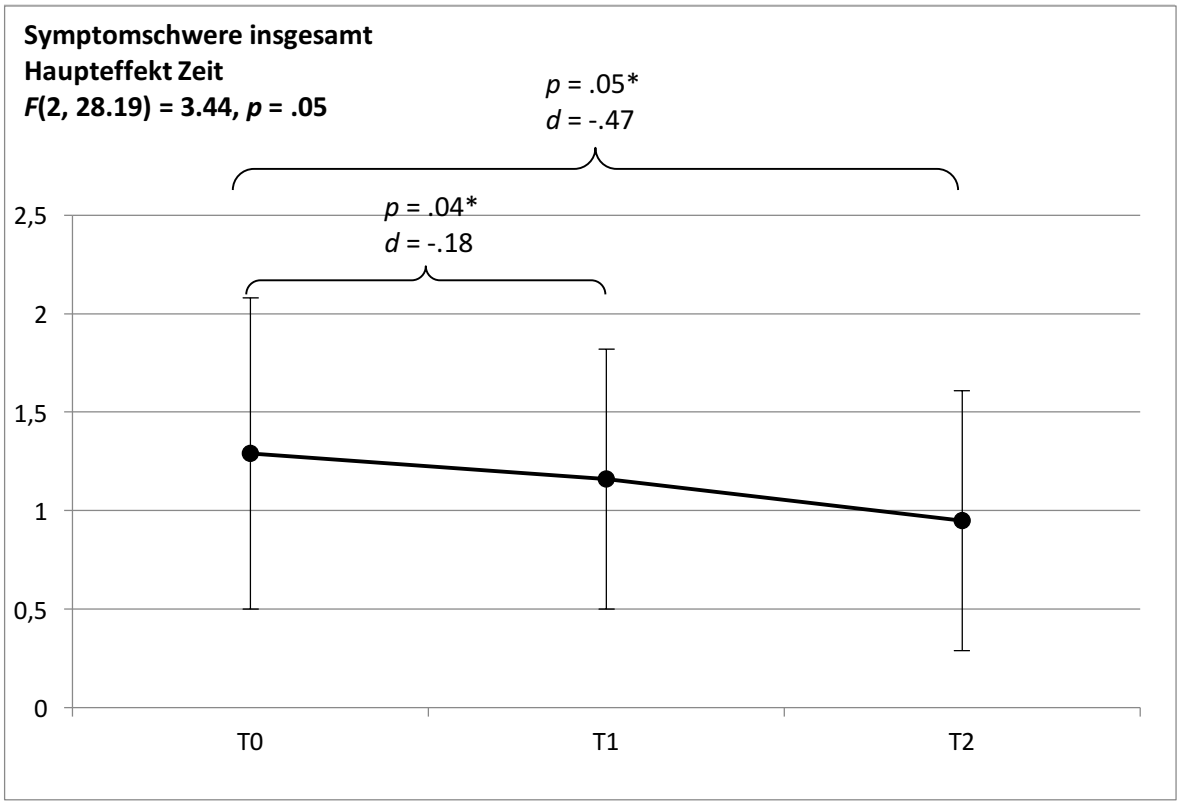


Abbildung 21: Liniendiagramm für den Verlauf der Symptomschwere insgesamt (GSI; SCL-90-S) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die *p*-Werte und Effektstärken *d* nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt.

In Abbildung 22 sind die beobachteten Mittelwerte für die grundsätzliche psychische Belastung unter Berücksichtigung der Normen gesunder Menschen und Patienten mit depressiven Störungen dargestellt. Zu Therapiebeginn weisen die Patienten eine vergleichbare grundsätzliche psychische Belastung wie die Normstichprobe mit depressiven Störungen auf. Zum Messzeitpunkt T1 und T2 liegt die grundsätzliche psychische Belastung unterhalb der Norm von Patienten mit depressiven Störungen.

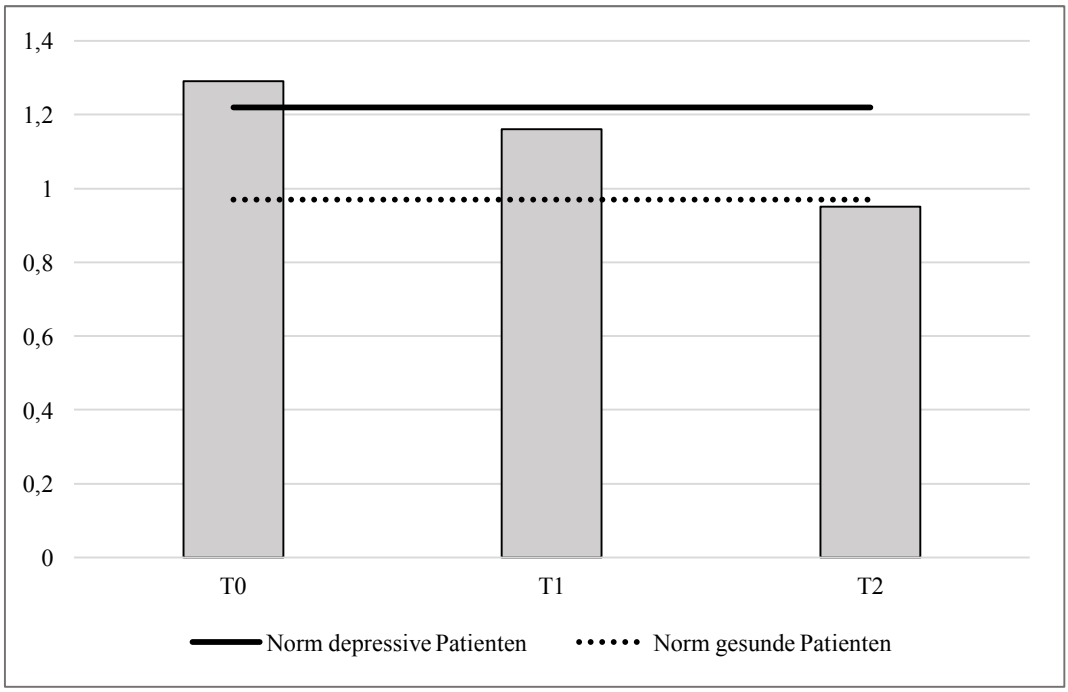


Abbildung 22: Dargestellt sind die Mittelwerte für die GSI-Skala der SCL-90-S für alle drei Messzeitpunkte. Horizontale Linien stellen die Standardabweichung dar. Die durchgezogene Linie gibt den Normwert stationärer Psychotherapiepatienten mit Depressionen (N = 1582) an. Die gestrichelte Linie gibt den Normwert der gesunden Eichstichprobe (N = 2141) an (Normwerte berichtet nach Franke, 2013).

Im paarweisen Vergleich zur Veränderung der Anzahl der Symptome zeigte sich eine signifikante Veränderung von T0 (M = 2.15, SD =.78) zu T1 (M = 2.01, SD = .70, p = .01, d = -.19), jedoch nicht von T1 zu T2 (M = 1.82, SD =.78, p = .33). Die Veränderung von T0 zu T2 war ebenfalls signifikant (p = .01, d = -.42).

Im paarweisen Vergleich zur Veränderung der Intensität der Antworten zeigte sich eine signifikante Veränderung von T0 (M = 49.53, SD = 16.13) zu T1 (M = 46.63, SD = 14.64, p = .05, d = -.19), aber nicht von T1 zu T2 (M = 43.43, SD = 15.99, p = .20). Die Veränderung von T0 zu T2 war ebenfalls signifikant (p = .02, d = -.42).

Tabelle 11: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychopathologischen Variablen der SCL-90-S.*

Messinstrumente	**FEMM (Endpunkt 3 Monate)[a]**					
	T0 (n= 17)	**T1 (n= 17)**	**T2 (n= 16)**	**Df time**	**Zeit-effekt, F**	**p-Wert**
SCL-90-S DEP, M (SD)[b]	1.81 (.93)	1.56 (.81)	1.36 (1.02)	2/27.89	5.23	.01**
EMM (SE)	1.81 (.22)	1.42 (.23)	1.31 (.24)			
SCL-90-S PHOB, M (SD)[c]	.80 (.86))	.68 (.81)	.39 (50)	2/28.74	2.66	.09
EMM (SE)	.80 (.18)	.61 (.18)	.42 (.19)			
SCL-90-S ANX, M (SD) [d]	1.61 (1.38)	1.25 (1.06)	1.16 (1.03)	2/28.21	2.33	.12
EMM (SE)	1.61 (.28)	1.20 (.29)	1.14 (.30)			
SCL-90-S I-S, M (SD) [e]	1.35 (.98)	1.24 (.82)	.95 (.64)	2/28.16	3.61	.04*
EMM (SE)	1.35(.20)	1.13 (20)	1.00 (.21)			
SCL-90-S SOM, M (SD)[f]	.94 (.74)	.78 (.57)	.82 (.53)	2/27.74	1.44	.25
EMM (SE)	.94 (.15)	.71 (.16)	.80 (.17)			
SCL-90-S GSI, M (SD)[g]	1.29 (.79)	1.16 (.66)	.95 (.66)	2//28.19	3.44	.05*
EMM (SE)	1.29 (.17)	1.07 (.17)	.93 (.18)			
SCL-90-S PSDI, M (SD)[h]	2.15 (.78)	2.01 (.70)	1.82 (.78)	2/28.63	3.46	.05*
EMM (SE)	2.15 (.17)	1.94 (.18)	1.79 (.18)			
SCL-90-S PST, M (SD) [i]	49.53 (16.13)	46.63 (14.64)	43.43 (15.99)	2/28.10	4.15	.03*
EMM (SE)	49.53 (3.71)	44.80 (3.78)	42.92 (3.88)			

Bemerkung:
[a] FEMM: Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung; EMM: Geschätzte Mittelwerte); SE: Standardfehler
[b] SCL-90-S DEP: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Depressivität
[c] SCL-90-S PHOB: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Phobie
[d] SCL-90-S ANX: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Ängstlichkeit
[e] SCL-90-S I-S: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Unsicherheit im Sozialkontakt
[f] SCL-90-S SOM: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Somatisierung
[g] SCL-90-S GSI: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Grundsätzliche psychische Belastung
[h] SCL-90-S PSDI: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Intensität der Antworten
[i] SCL-90-S PST: Symptomcheckliste-90-R, Skala: Anzahl der Symptome

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

5.2.3 Psychosoziale Gesundheit

In diesem Abschnitt soll die Hauptfragestellung 3 untersucht werden. Für die Auswertung der Veränderung der psychosozialen Gesundheut (psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung) wurden ebenfalls mehrere FEMM definiert und berechnet. Als fester Schätzer wurde jeweils der Zeitpunkt (T0, T1, T2) definiert. Die Ergebnisse sind in Abbildung 23 dargestellt.

Es zeigte sich eine signifikante Veränderung im psychisches Wohlbefinden (F = 4.39, p = .02) und in der Aktivität und Partizipation (F = 3.97, p = .03). Der paarweise Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass sich das psychische Wohlbefinden von T0 (M = 1.23, SD = .85) zu T1 (M = 1.56, SD = .80, p = .01, d = .40), aber nicht von T1 zu T2 (M = 1.52, SD = .71, p = .44) veränderte. Die Veränderung von T0 zu T2 war in der Tendenz signifikant (p = .12, d = .37; Abbildung 23).

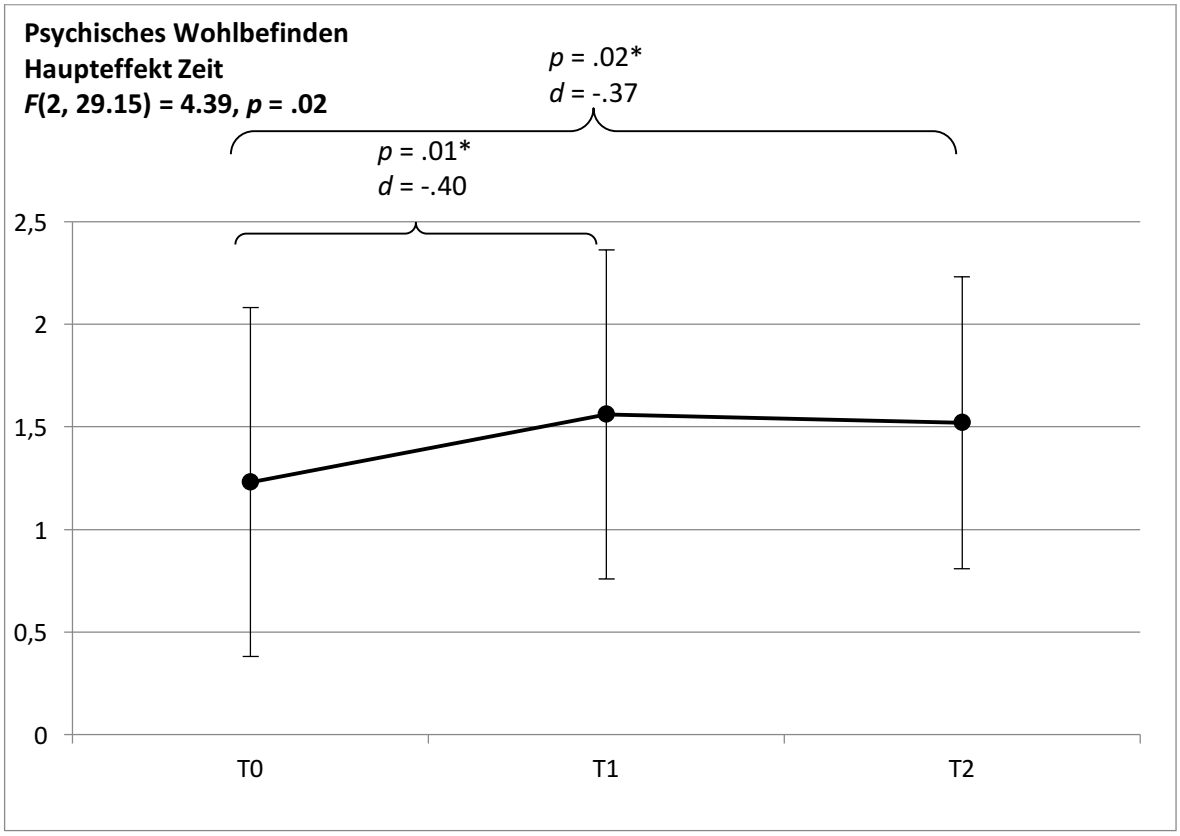


Abbildung 23: Liniendiagramm für den Verlauf des psychischen Wohlbefindens (Health-49) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und

Effektstärken *d* nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt. Höhere Werte implizieren ein geringeres psychisches Wohlbefinden.

Für die Aktivität und Partizipation zeigte der paarweise Vergleich der Mittelwerte in der Tendenz eine signifikante Veränderung von T0 (M = 2.01, SD = .75) zu T1 (M = 1.89, SD = .85, p = .06, d = -.15) und ebenfalls in der Tendenz signifikant von T1 zu T2 (M = 1.61, SD = .66, p = .09, d = -.37). Die Veränderung von T0 zu T2 war signifikant (p = .01, d = -.57; Abbildung 24).

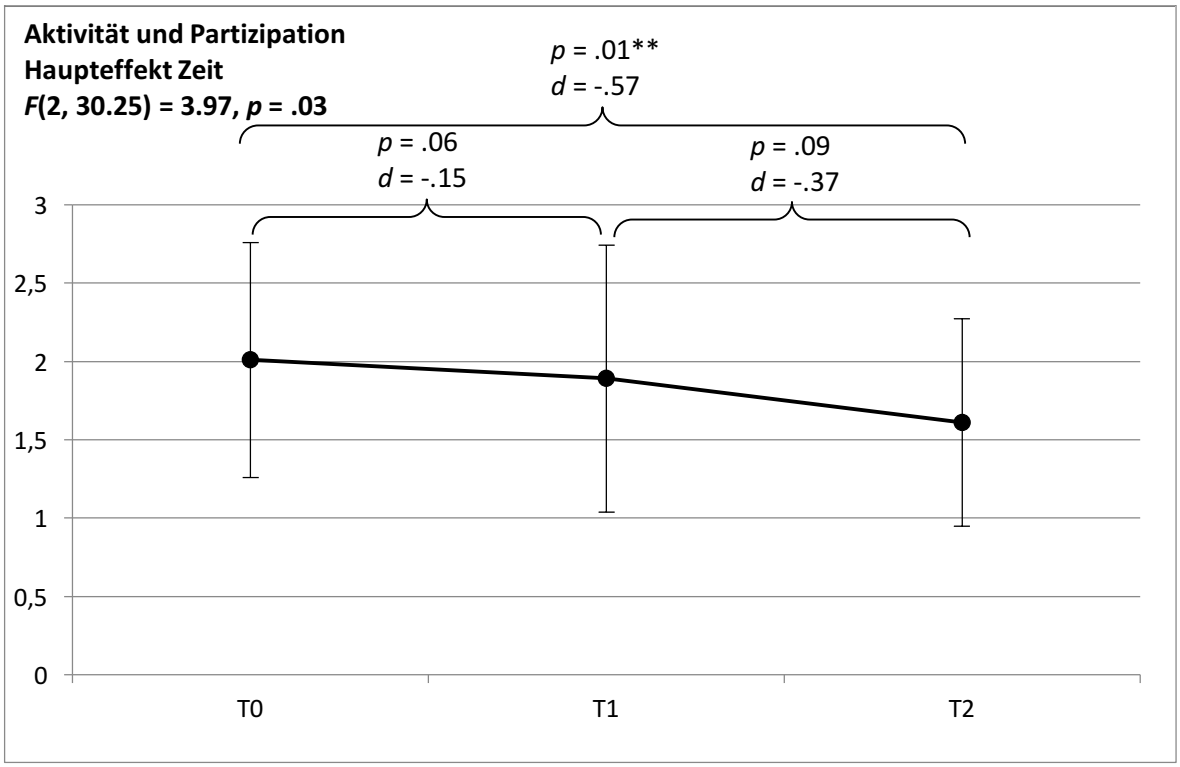


Abbildung 24: Liniendiagramm für den Verlauf der Aktivität und Partizipation (Health-49) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die *p*-Werte und Effektstärken *d* nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt.

Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den Skalen interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit sowie soziale Unterstützung und soziale Belastungen.

Tabelle 12: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychosozialen Variablen der Health-49.*

Messinstrumente				FEMM (Endpunkt 3 Monate)[a]		
	T0 (n= 17)	T1 (n= 17)	T2 (n= 16)	Df time	Zeit-effekt, F	p-Wert
Health WOHL , M (SD) [b]	1.23 (.85)	1.56 (.80)	1.52 (.71)	2/29.24	4.39	.02*
EMM (SE)	1.23 (.19)	1.60 (.19)	1.50 (.19)			
Health INT , M (SD) [c]	1.71 (.86)	1.36 (.80)	1.43 (1.04)	2/28.51	.84	.44
EMM (SE)	1.69 (.22)	1.34 (.23)	1.45 (.24)			
Health SELB, M (SD) [d]	1.57 (.75)	1.63 (.82)	1.92 (.88)	2/29.83	2.41	.11
EMM (SE)	1.57 (.18)	1.68 (.19)	1.93 (.20)			
Health A&P, M (SD) [e]	2.01 (.75)	1.89 (.85)	1.61 (.66)	2/30.25	3.97	.03*
EMM (SE)	2.00 (.17)	1.76 (.18)	1.54 (.18)			
Health SOZU, M (SD) [f]	2.39 (.68)	1.34 (.68)	2.37 (1.00)	2/27.70	.14	.87
EMM (SE)	2.40 (.18)	2.30 (.19)	2.30 (.20)			
Health SOZB, M (SD) [g]	1.43 (.77)	1.56 (.76)	1.30 (.87)	2/29.19	.86	.43
EMM (SE)	1.43 (.18)	1.48 (.19)	1.25 (.20)			

Bemerkung:
[a] FEMM: Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung; EMM: Geschätzte Mittelwerte); SE: Standardfehler
[b] Health WOHL: Health-49, Skala: Psychisches Wohlbefinden
[c] Health INT: Health-49, Skala: Interaktionelle Schwierigkeiten
[d] Health SELB: Health-49, Skala: Selbstwirksamkeit
[e] Health A&P: Health-49, Skala: Aktivität und Partizipation
[f] Health SOZU: Health-49, Skala: Soziale Unterstützung
[g] Health SOZB: Health-49, Skala: Soziale Belastungen

* $p \leq 0.05$.

5.3 Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (post-hoc)

Um die zuvor berichteten Ergebnisse der FEMM-Analyse durch ein gängigeres Verfahren zu überprüfen, wurden post-hoc insgesamt drei Multivariate Varianzanalysen (MANOVA) mit Messwiederholung berechnet. Es wurde eine MANOVA mit Messwiederholung für die abhängigen Variablen subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI) und die Arbeitsmotivation (FFB) bestimmt. Eine zweite MANOVA mit Messwiederholung wurde für vier Variablen der SCL-

90-S berechnet: Symptombelastung insgesamt (GSI) Depressivität, Ängstlichkeit sowie Unsicherheit in Sozialkontakten. Eine dritte MANOVA mit Messwiederholung wurde für vier Variablen des Health-49 berechnet: psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt (PSB), interaktionelle Schwierigkeiten, psychisches Wohlbefinden, Aktivität und Partizipation. Bei Variablen, bei denen der Mauchly-Test auf Sphärizität signifikant war ($p < .05$), wird das Ergebnis des Greenhouse-Geisser Testes berichtet. Die Gefahr der Akkumulierung des Alphafehlers bei den Post-hoc-Tests wurde über die Korrektur nach Bonferoni entgegengekommen. Aufgrund eines *drop-outs* zum Messzeitpunkt T2 war die Stichprobengröße für diese Berechnungen $N = 16$. Fehlende Werte wurden durch die Mittelwerte der jeweiligen Skala ersetzt.

Es zeigte sich für das erste Modell (subjektive Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation) kein signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F(6, 60) = 1.77$, $p = .15$).
Für das zweite Modell (GSI, Depressivität, Ängstlichkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten) zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt ($F(8, 54) = 3.01$, $p \leq .01$).
In den univariaten Tests offenbarte sich für den GSI eine signifikante Veränderung über die Zeit ($F(2, 30) = 6.96$, $p \leq .01$, partielles $\eta 2 = .32$). Der GSI veränderte sich nicht signifikant von T0 ($M = 1.39$, $SD = .20$) zu T1 ($M = 1.16$, $SD = .16$, $p = .19$). Die Verringerung von T1 zu T2 ($M = .96$, $SD = .15$) war ebenfalls nicht signifikant ($p = .11$). Die Verringerung von T0 zu T2 war signifikant ($p \leq .01$, $d = -2.43$).
Auch der univariate Test für die Depressivität offenbarte eine signifikante Veränderung über die Zeit ($F(2, 30) = 1.62$, $p \leq .01$, partielles $\eta 2 = .41$). Die Depressivität veränderte sich signifikant von T0 ($M = 1.98$, $SD = .20$) zu T1 ($M = 1.56$, $SD = .20$, $p \leq .01$, $d = -2.10$). Die Verringerung von T1 zu T2 ($M = 1.36$, $SD = .24$) war nicht signifikant ($p = .62$). Die Verringerung von T0 zu T2 war signifikant ($p \leq .01$, $d = -2.81$).
Der univariate Test für die Ängstlichkeit offenbarte eine signifikante Veränderung über die Zeit in der Tendenz ($F(2, 30) = 3.18$, $p = .06$ partielles $\eta 2 = .18$). Die Ängstlichkeit veränderte sich nicht signifikant von T0 ($M = 1.67$, $SD = .36$) zu T1 ($M = 1.27$, $SD = .27$, $p = .25$). Die Verringerung von T1 zu T2 ($M = 1.16$, $SD = .24$) war ebenfalls nicht signifikant ($p = 1.00$). Auch die Verringerung von T0 zu T2 war nicht signifikant ($p = .15$).
Für die Unsicherheit in Sozialkontakten offenbarte sich ein signifikante Veränderung über die Zeit in der Tendenz ($F(2, 30) = 7{,}34$, $p \leq .01$, partielles $\eta 2 = .33$). Die Unsicherheit in Sozialkontakten veränderte sich nicht signifikant von T0 ($M = 1.47$, $SD = .25$) zu T1 ($M = 1.24$, $SD = .20$, $p = .23$). Die Verringerung von T1 zu T2 ($M = .94$, $SD = .24$) war nicht

signifikant (p = .12). Die Verringerung von T0 zu T2 war ebenfalls nicht signifikant ($p \leq$ .01).

Für das dritte Modell (psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt, Selbstwirksamkeit, Interaktionelle Schwierigkeiten, psychisches Wohlbefinden, Aktivität und Partizipation) ergab sich ein signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt (F(10, 50) = 2.43, p = .02). In den univariaten Tests offenbarte sich für die Skala Aktivität und Partizipation eine signifikante Veränderung über die Zeit (F(2, 28) = 1.38, $p \leq$ .01, partielles η2 = .36). Die Aktivität und Partizipation veränderte sich nicht signifikant von T0 (M = 2.11, SD = .18) zu T1 (M = 1.86, SD = .22, p = .14). Die Verringerung von T1 zu T2 (M = 1.61, SD = .17) war ebenfalls nicht signifikant (p = .34). Die Verringerung von T0 zu T2 war signifikant (p = .00, d = -2.94). In den univariaten Tests offenbarte sich auch für die Skala psychisches Wohlbefinden eine tendenziell signifikante Veränderung über die Zeit (F(2, 28) = 3.54, p = .07, partielles η2 = .20). Das psychische Wohlbefinden veränderte sich nicht signifikant von T0 (M = 1.25, SD = .21) zu T1 (M = 1.62, SD = .21, p = .16). Die Veränderung von T1 zu T2 (M = 1.52, SD = .18) war ebenfalls nicht signifikant (p = .31). Auch die Veränderung von T0 zu T2 war nicht signifikant (p = .39).

Tabelle 13 zeigt die Gegenüberstellung der Ergebnisse der FEMMs und der MANOVA mit Messwiederholung. Die Betrachtung dieser Ergebnisse zeigte, dass die MANOVA mit Messwiederholung die Ergebnisse der FEMMs weitestgehend stützt. Für die abhängigen Variablen, Symptombelastung insgesamt, Depression, psychisches Wohlbefinden, Unsicherheit in Sozialkontakten sowie Aktivität und Partizipation zeigten sich in beiden Verfahren signifikante Veränderungen. Für den WAI-Gesamtwert ist zu beachten, dass dieser in der MANOVA fast tendenziell signifikant und im FEMM tendenziell signifikant war. Ängstlichkeit wurde lediglich in der MANOVA mit Messwiederholung tendenziell signifikant. Im FEMM wurde das Ergebnis nicht statistisch bedeutsam, was möglicherweise durch eine andere Vorgehensweise zur Schätzung von Mittelwerten lag, wodurch andere Mittelwerte zustande kommen.

Tabelle 13: *Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden verwendeten statistischen Verfahren FEMM & MANOVA mit Messwiederholung in Bezug auf die zentralen abhängigen Variablen.*

	FEMM [a]	MANOVA [b]	Güte des Gesamteffekts
WAI [c]	✓*[l]	-	+
AAM [d]	-	-	-
GSI [e]	✓*	✓**	++
PSB [f]	-	-	-
DEP [g]	✓**	✓**	++
ANX [h]	-	(✓)	+
WOHL [i]	✓*	✓*	++
A&P [j]	✓*	✓**	++
INT [k]	-	-	-
I-S [l]	✓*	✓**	++

Anmerkung:
[l] signifikante Verbesserung bei statistischer Kontrolle für den Einfluss der Symptomschwere insgesamt
() tendenziell signifikante Veränderung ($p \leq .10$)
* signifikante Veränderung ($p \leq .05$)
** signifikante Veränderung ($p \leq .01$)
+ teilweise valider Gesamteffekt
++ valider Gesamteffekt

[a] FEMM: Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung
[b] MANOVA: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung
[c] WAI: Health-49, Skala:
[d] AAM: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben, Skala: Allgemeine Arbeitsmotivation
[e] GSI: SCL-90-S: Grundsätzliche psychische Belastung
[f] PSB: Health-49, Skala: Psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt
[g] DEP: SCL-90-S, Skala: Depression
[h] ANX: Health-49, Skala: Ängstlichkeit
[i] WOHL Health-49, Skala: Psychisches Wohlbefinden
[j] A&P: Health-49, Skala: Aktivität und Partizipation
[k] INT: Health-49, Skala: Interaktionelle Schwierigkeiten
[l] I-S: SCL-90-S: Skala: Unsicherheit in Sozialkontakten

5.4 Differentielle Wirksamkeit

In diesem Kapitel soll die Zusatzfragestellung 1 untersucht und beantwortet werden. Um Responder von Non-Respondern zu unterscheiden wurde zunächst wie in Kapitel 4.9.1

(Reliable Change Index) beschrieben vorgegangen. Zur Berechnung des RCI wurde ein Cronbach Alpha = .83 aus einer Vergleichsstichprobe (Bethge et al., 2012) und eine Standard abweichung von *SD* = 5,97 aus der vorliegenden Stichprobe gewählt.
Durch dieses Vorgehen konnten vier der 17 Patienten als Responder identifiziert werden. Im Weiteren wurden die Daten der Responder und Non-Responder hinsichtlich möglicher Unterschiede explorativ untersucht.
Hier zeigten sich deskriptiv Unterschiede: In der Skala Zwanghaftigkeit der SCL-90-S zeigten Responder höhere Werte im Vergleich zu Non-Respondern (*Mdn* =1.40 versus *Mdn* = 2.00). Alle Responder waren als Angestellte tätig. Responder schätzten die Dauer ihrer AU zu Therapiebeginn geringer ein als Non-Responder (*Mdn* = 6 Monate versus *Mdn* = 12 Monate). Zudem wiesen Responder ein höheres psychisches Wohlbefinden zu Therapiebeginn auf im Vergleich zu den Non-Respondern (Health-49 Wohlbefinden: *Mdn* = .60 versus *Mdn* = 1.39). Responder zeigten zudem geringere interaktionelle Schwierigkeiten im Vergleich zu Non-Respondern (Health-49 Interaktionelle Schwierigkeiten: *Mdn* = 2.18 versus *Mdn* = 1.58). Darüber hinaus war die allgemeine Arbeitsmotivation zu Therapiebeginn bei Respondern höher im Vergleich zu Non-Respondern (FFB Allgemeine Arbeitsmotivation: *Mdn* = 6.25 versus *Mdn* = 4.71).

5.5 Qualitative Ergebnisse

5.5.1 Therapeutische und inhaltliche Wirkfaktoren

In diesem Kapitel soll die Nebenfragestellung 1 untersucht und beantwortet werden. Um die therapeutischen und inhaltlichen Wirkfaktoren des Therapiemanuals zu identifizieren, wurden die drei folgenden Fragen im Rahmen des semi-strukturierten Interviews gestellt (Frage 1: „Wie hat Ihnen die Gruppentherapie gefallen und warum?“ Frage 2: „Was aus der Gruppentherapie hat Ihnen geholfen?“ Frage 3: „Was sind für Sie wichtige Erkenntnisse aus der Gruppentherapie, bzw. was nehmen Sie für sich mit?“).
Für die Auswertung wurden deduktiv Kategorien gebildet, die entweder theoretisch fundiert waren oder sich aus den Modulen des Manuals ergaben. Dementsprechend wurden alle von Yalom (1974) beschriebenen Wirkfaktoren in Gruppen (11 Kategorien) sowie alle inhaltlichen Schwerpunkte des Manuals (11 Kategorien) gewählt. Die Wirkfaktoren in Gruppen wurden als therapeutische Wirkfaktoren operationalisiert. Die inhaltlichen Schwerpunkte wurden als inhaltliche Wirkfaktoren operationalisiert. Induktiv ergaben sich

aus dem gesichteten Material noch fünf zusätzliche Kategorien, die zu den Wirkfaktoren mitgezählt wurden. Dies waren Einsicht, Struktur, Thema Arbeit als Therapiethema, Hausaufgaben und Arbeitsmaterialien und Gruppenleitung. Struktur bezog sich dabei auf den Aspekt der Alltags-/ und Wochenstruktur. Hausaufgaben und Arbeitsmaterialien ergab sich als gesonderter Punkt, weil es sich hier nicht nur um reine Informationsvermittlung nach Yalom (1974), sondern um die Ausgabe von Arbeitsmaterialien und Hausaufgaben handelte. Auch die Tatsache einer geschulten Gruppenleitung erschien einigen Patienten erwähnenswert. So ergaben sich am Ende insgesamt zwei Oberkategorien mit 27 Subkategorien. Bei der Auswertung der Kategorien wurde erfasst, wie viele Probanden eine Kategorie bewerten. Mehrfachnennungen derselben Kategorie wurden nicht ausgewertet.
Zunächst werden die Ergebnisse für die therapeutischen Wirkfaktoren dargestellt. Eine Übersicht über die Kategorien gibt Abbildung 25.

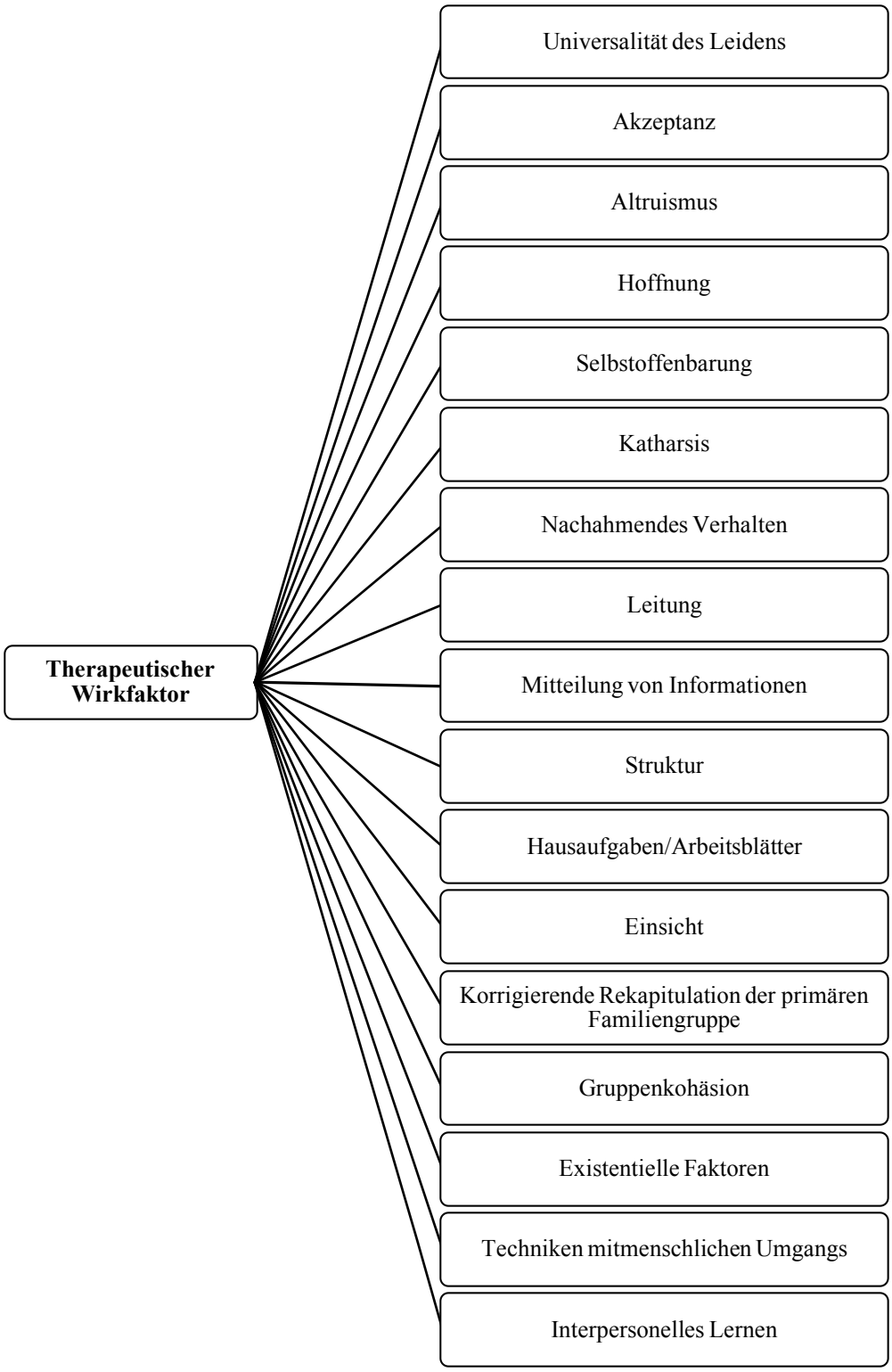


Abbildung 25: Kategorienbaum für die therapeutischen Wirkfaktoren.

Als häufigster genannter therapeutischer Wirkfaktoren konnte Universalität des Leidens (*N* = 15; 93.8%) identifiziert werden.

Wirkfaktor Universalität des Leidens Beispiel 1:

> *„[...] einfach so ähnliche Problematiken haben wie ich. Dass wir alle da irgendwie in einem Boot schwimmen. Wann immer irgendetwas gesagt worden ist, alle stimmen zu: „Ja ging mir auch so“ oder „Ja geht mir auch so“. Das ist eine tolle Erfahrung gewesen.“*

Patienten beschrieben hier die Wichtigkeit des Gefühls nicht alleine in der Situation der Arbeitsfähigkeit zu sein, sondern die wohltuende Erfahrung zu machen, dass es anderen ähnlich wie ihnen geht

Wirkfaktor Universalität des Leidens Beispiel 2:

> *„Ja, wie gesagt, dass ich jetzt z.B. in dem Thema auch kein Einzelfall bin. Dass es vielen anderen auch so geht. Nicht unbedingt mit der Symptomatik, sondern mit den Punkten, die mich angegriffen haben, dass es halt da anderen genauso geht. So wie Probleme mit den Vorgesetzten, Probleme mit den Kollegen, Stress in der Haushaltsführung beziehungsweise Arbeit und Haushalt – das sind so die Probleme.“*

Als zweit häufigste genannte Kategorien ließen sich Einsicht (N = 8; 47.1%) und Gruppenkohäsion (N = 8; 47.1%) identifizieren. Beim Faktor Einsicht beschrieben die Patienten einen Prozess der Selbsterkenntnis in Bezug auf ihre individuelle Situation.

Wirkfaktor Einsicht Beispiel 1:

> *„Also, dass ich glaube, dass man sich selbst helfen muss. Dass man sich mit seinem Problem auseinandersetzen muss, auch, was die Arbeit angeht. Also, das ist für mich so das Feedback, dass man sich da fast nur selber helfen kann.“*

Der Wirkfaktor Einsicht haut auch einen entscheidenden Einfluss auf die Kenntnisnahme der Eigenverantwortung.

Wirkfaktor Einsicht Beispiel 2:

> *„[...] und die Erkenntnis, ich mag die Redewendung eigentlich nicht so, dass jeder so des eigenen Schicksals Schmied ist, aber das man sich selber um sich kümmern muss.*

Die Patienten beschrieben darüber hinaus ein Gefühl, eng mit den anderen Mitpatienten zusammengewachsen zu sein und sich zu der Gruppe zugehörig zu fühlen (Gruppenkohäsion).

Wirkfaktor Gruppenkohäsion Beispiel 1:

> *„[...] dass ich das Gefühl hatte, dass wir so, ja, wie soll ich sagen, dass den Anderen wichtig ist, dass jeder, also, dass so Gruppenregeln eingehalten wurden. Dass jeder ausgesprochen lassen wurde und für mich persönlich war es gut, dass keiner so dominant dort erschien.“*

Es wurde darüber hinaus deutlich, dass der gegenseitige persönliche Austausch bedeutsam für die Stärkung der Gruppenkohäsion ist.

Wirkfaktor Gruppenkohäsion Beispiel 2:

> *„Ja, wie gesagt, dieser Zusammenhalt. Also selbst, wenn man jetzt auseinandergegangen ist, war das eine gute Erfahrung. Die Gespräche waren gut, ja einfach dieser Zusammenhalt. Dass man sich austauschen konnte. Hätte ich auch so nicht erwartet, dass das so gut klappen würde.“*

Um diese Ergebnisse weiter zu verdichten wurden 15 der 16 therapeutischen Wirkfaktoren in Anlehnung an die vier Oberkategorien therapeutischer Wirkfaktoren nach MacKenzie (1997) zugeordnet (Tabelle 14). Der Wirkfaktor Arbeit als Thema wurde hierbei vernachlässigt, da sich dieser nicht sinnvoll den Oberkategorien zuordnen lies. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl supportive ($N = 22$) als auch psychologische Faktoren ($N = 22$) am häufigsten von den Patienten genannt wurden. Der Wirkfaktor Arbeit als Thema wurde von 3 Patienten (17.6 %) besonders hervorgehoben.

Wirkfaktor Arbeit als Thema Beispiel 1:

> *„Die hat mir sehr gut gefallen. Weil es sehr spezifisch war für ein Thema. Meistens ist es allgemein gehalten. Burnout, generell, kann ja alles sein, da können die Ursachen sonst wo herrühren und hier ging es eben ganz explizit um das Thema Arbeit. Und das hat mich ja letztendlich hier in diese Situation gebracht. Ich bin ja*

wegen der Arbeit krank geworden. Daher fand ich das sehr sehr wichtig, dass man eben gerade nochmal den Fokus auf dieses Thema legt."

In Tabelle 14 sind die einzelnen Wirkfaktoren in Anlehnung an die Kategorisierung therapeutischer Wirkfaktoren nach MacKenzie (1997) dargestellt. Aus der Darstellung ergibt sich, dass supportiven Faktoren (insbesondere Universalität des Leiden) sowie den psychologischen Faktoren (insbesondere Einsicht) die beiden wichtigsten Wirkungsfaktoren waren. Lernfaktoren und Selbstoffenbarung waren weniger bedeutsam.

Tabelle 14: *Auswertung der therapeutischen Wirkfaktoren in Anlehnung an die Oberkategorien therapeutischer Wirkfaktoren nach MacKenzie (1997).*

	N	%		*N*	%
Supportive Faktoren	22		**Lernfaktoren**	14	
Universalität des Leiden	15	93.8	Nachahmendes Verhalten	0	0
Akzeptanz	0	0	Leitung	2	11.8
Altruismus	3	17.6	Mitteilung von Informationen	6	35.3
Hoffnung	4	23.5	Struktur	1	5.9
			Hausaufgaben/ Arbeitsblätter	5	29.4
			Techniken mitmenschlichen Umgangs	0	0
Selbstoffenbarung	0		**Psychologische Faktoren**	22	
Selbstoffenbarung	0	0	Interpersonelles Lernen	4	23.5
Katharsis	0	0	Einsicht	8	47.1
			Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe	0	0
			Gruppenkohäsion	8	47.1
			Existentielle Faktoren	2	11.8

Abbildung 26 gibt einen Überblick über die inhaltlichen Wirkfaktoren. Am häufigsten genannt wurde der inhaltliche Wirkfaktor Frühwarnzeichen und Rückfallprophylaxe ($N = 8$; 47.1%). Die Patienten beschrieben hier die Wichtigkeit des Moduls, um in Zukunft individuelle Belastungen erkennen zu können und angemessen auf diese reagieren zu können. Die Nennung aller inhaltlichen Wirkfaktoren geht aus Abbildung 27 hervor.

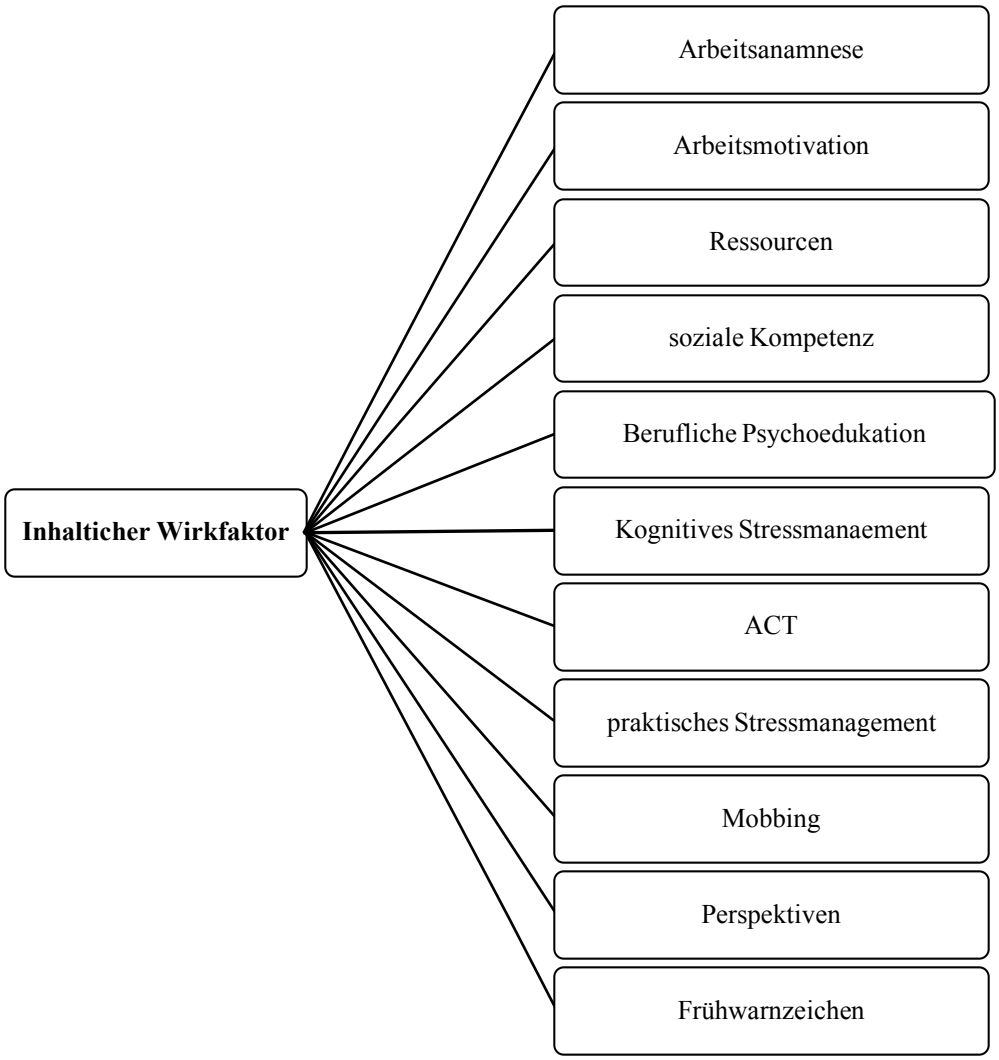


Abbildung 26: Kategorienbaum für die inhaltlichen Wirkfaktoren.

Wirkfaktor Frühwarnzeichen und Rückfallprophylaxe Beispiel 1:

> *„[...] sozusagen um mich zu schützen und um auch einen Arbeitsplatz zu finden, wo ich mich wohl fühle und wo ich auch keine Angst mehr haben muss, dass ich wieder zusammenkrache, also dass ich wieder zusammenbreche.“*

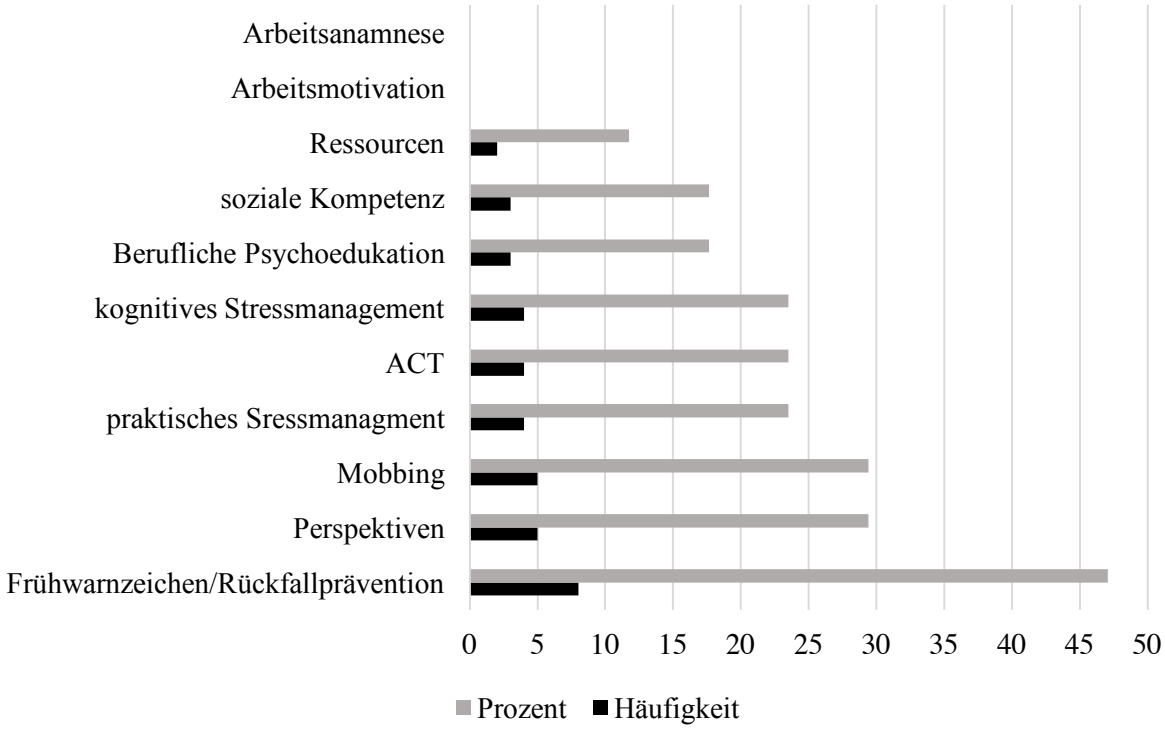


Abbildung 27: Absolute und relative Häufigkeit der inhaltlichen Wirkfaktoren. Die Häufigkeit richtet sich danach, wie viele Patienten das jeweilige Modul genannt haben. Erfasst ist nicht, wie häufig ein Patient ein Modul genannt hat.

Als zweithäufigste inhaltliche Wirkfaktoren wurden die Themen Perspektiven (*N* = 5; 29.4%) und Mobbing (*N* = 5; 29.4%) genannt. Beim Thema Perspektiven beschrieben die Patienten ihre Vorstellungen über ihre berufliche und persönliche Zukunft.

Wirkfaktor Perspektive Beispiel 1:

> *„Ich könnte mir vorstellen, wieder in einem medizinischen Beruf zu arbeiten, aber nicht mehr mit Patienten, bzw. hauptverantwortlich zu sein für Patienten, wie z.B. in der Notaufnahme oder in der Onkologie, sondern vielleicht eher in der Forschung."*

Hierbei wurde auch deutlich, dass viele Patienten eine Perspektive für sich erarbeiten konnten und dies auch als wichtig empfanden.

Wirkfaktor Perspektive Beispiel 2:

„[...] und natürlich auch dieser Teil mit wie geht es weiter. Mal nachzusehen, was kann man denn eigentlich jetzt direkt machen, wie kann man vorwärtskommen."

Das Thema Mobbing wurde ebenfalls von vielen Patienten als relevant erachtet.

Wirkfaktor Mobbing Patient 1:

„Was ganz wichtig ist, ist das Thema Mobbing z.B. wie man sich da eben auch schützen kann, beziehungsweise wie man das erkennt, wie man reagiert und was man da am besten macht."

Interessanterweise war dies auch bei Patienten der Fall, die persönlich bislang nicht von Mobbing betroffen waren.

Wirkfaktor Mobbing Beispiel 1:

„Das Thema Mobbing hat mich Gott sei Dank noch nie betroffen. Insofern hätte ich jetzt darauf verzichten können, aber grundsätzlich fand ich es ein interessantes Thema, was ja leider auch weit verbreitet ist. Insofern fand ich es jetzt nicht überflüssig. Ich fand es ein sehr wichtiges Thema und man guckt ja vielleicht doch nochmal anders hin. Man ist ein wenig mehr sensibilisiert."

5.5.2 Zufriedenheit mit der Gruppentherapie

In diesem Kapitel soll die Nebenfragestellung 2 untersucht und beantwortet werden. Die Beantwortung der Frage 5 („Wie gut bewerten Sie die Gruppentherapie insgesamt?"; 1 - sehr gut, 2 - gut, 3 - befriedigend, 4 - ausreichend, 5 - mangelhaft, 6 -ungenügend) sollte neben den ersten Fragen zusätzlich ein Indikator für die Zufriedenheit der Patienten mit der Gruppentherapie darstellen. Die Gruppentherapie wurde am häufigsten (N = 11, 64.7%) als gut bewertet. Drei Patienten (17.6%) bewerteten die Gruppentherapie als sehr gut und zwei weitere Patienten (11.8%) als ausreichend. Ein Patient (5.9%) bewertete die Gruppentherapie als mangelhaft.

Als zusätzlicher Indikator für die Zufriedenheit mit der Gruppentherapie wurde versucht, die Zufriedenheit darüber abzubilden, ob die Patienten die Teilnahme an der Gruppentherapie Angehörigen oder engen Freunden weiterempfehlen würden, falls diese arbeitsunfähig

wären (Frage 13: „Würden sie die Gruppentherapie Freunden oder Familienangehörigen empfehlen die aufgrund psychischer Belastungen arbeitsunfähig sind?“).
Alle Patienten (*N* = 17, 100%;) gaben an, dass sie die Gruppentherapie weiterempfehlen würden.

Weiterempfehlung Beispiel 1:

> *„Die würde ich weiterempfehlen. Auf jeden Fall. Denn entscheidend ist, wie man selbst in die Gruppe geht. Wenn ich jetzt keine Lust habe auf irgendwelche Veränderungen oder sage: Ich bin ja krank, was solls..., dann bringt das nichts. Aber man muss das selber als Chance begreifen. Als Chance und als Hilfe und wenn man das begreift, dann hat man alle Möglichkeiten gesund zu werden.“*

Weiterempfehlung Beispiel 2:

> *„Ja, weil ich denke, also: Als Fr. [Gruppentherapeutin genannt] … mir von dieser Gruppe erzählte, da habe ich gedacht, Mensch warum haben die das nicht schon vor ein paar Jahren angeboten. Und ich fand das Thema ganz toll und das finde ich nach wie vor und ich würde anderen Personen das schon raten, weil wie ich ja gesagt habe, jede Gruppenkonstellation ist eine andere und so wie ich es jetzt persönlich erlebt habe, heißt das ja nicht, dass das für andere genauso gilt. Ich könnte mir vorstellen, dass in dieser Gruppe, das gerade für die jungen Leute auch sehr gut war. Und insofern denke ich, jeder sollte die Chance haben, da mit einem Gewinn raus zu gehen. Insofern würde ich das schon auf jeden Fall sagen.“*

5.5.3 Gruppenzusammensetzung

Im Weiteren wurde explorativ untersucht, wie Patienten die Gruppenzusammensetzung empfanden (Frage 4: „Wie hat Ihnen die Gruppenzusammensetzung mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gefallen?“). Hier wurden fünf Kategorien identifiziert, die die Patienten als positiv bewerteten. Dies waren: altersübergreifendes Konzept (*N* = 8, 57.1%), geeignete Gruppengröße (*N* = 4, 28.6%), Unterschiede im Arbeitsstatus (mit Arbeitsplatz versus ohne Arbeitsplatz) (*N* = 3, 21.4%) und geschlechterübergreifendes Konzept (*N* = 1, 7.1%). Aber Überblick über die Kategorien gibt Abbildung 28.

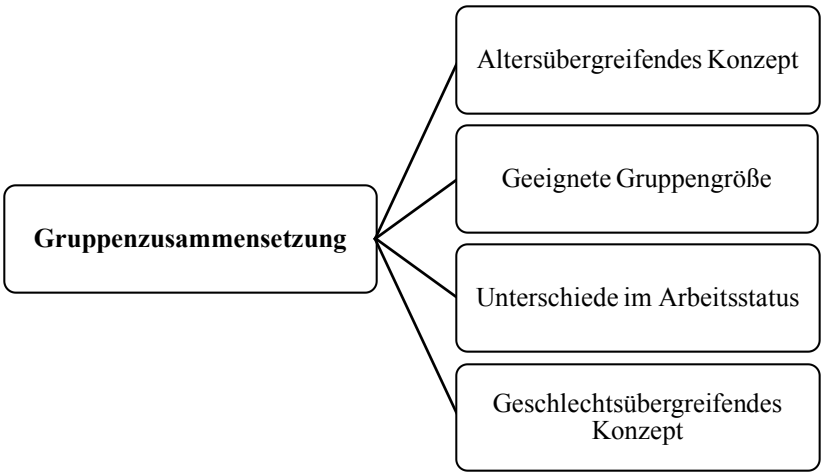


Abbildung 28: Kategorienbaum für die Gruppenzusammensetzung.

Altersübergreifendes Konzept Beispiel 1:

> *„Wir hatten ja hier eine ganz ältere Mitstreiterin und eine ganz junge und das hat sich aber immer so ergänzt. Man hat so das Gefühl gehabt, der eine profitiert auch von der Lebenserfahrung des Anderen und der mit größerer Lebenserfahrung profitiert von dem, wie Prozesse mit jüngeren Augen betrachtet werden. Das finde ich ganz wichtig, dass man da so im Dialog miteinander ist*."

Zwei Patienten (14.2%) wünschten sich mehr Homogenität in der Gruppe bezüglich des Alters.

5.5.4 Subjektive Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

Darüber hinaus wurde näher untersucht, wodurch die Patienten eine Verbesserung in Bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit durch die Therapie wahrgenommen haben (Frage 6: „Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen hat?"). Hierzu wurde explorativ in der Kodierung vorgegangen, woraus sich schließlich sechs Kategorien ergaben. Abbildung 29 gibt einen Überblick über die Kategorien.

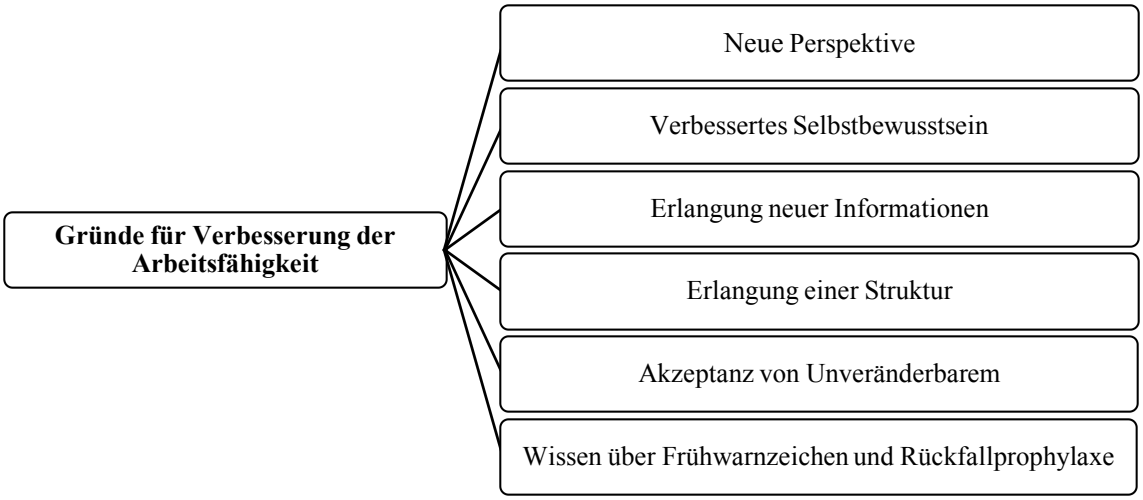


Abbildung 29: Kategorienbaum für die berichtet Gründe für die verbesserte Arbeitsfähigkeit.

Neun Patienten (60 %) gaben an, dass sich ihre Arbeitsfähigkeit durch die Erarbeitung einer neuen Perspektive verbessert habe. Als weitere Faktoren wurden verbessertes Selbstbewusstsein (*N* = 3, 20%), Erlangung neuer Informationen (*N* = 2, 13.3%), die Erlangung einer Struktur (*N* = 1, 6.7%), die Akzeptanz von Unveränderbarem (*N* = 1, 6.7%) sowie Wissen über Frühwarnzeichen und Rückfallprophylaxe (*N* = 1, 6.7%) genannt.

Perspektivwechsel Beispiel 1

> *„Ja Infos bzw. Wege aufgezeigt bekommen zu haben, mit Dingen noch anders umzugehen. Und sich auch einfach nochmal gewisse Dinge bewusst gemacht zu haben. Zum Beispiel fand ich es einen ganz wichtigen Punkt, was einem an der Arbeit auch Spaß macht und gut tut. Was man ja gerne aus den Augen verliert, man sieht ja dann oft nur das Negative daran und wundert sich dann, dass man depressiv wird, aber das hat ja durchaus auch positive Aspekte. Und sich diese einfach nochmal vor Augen zu führen, fand ich extrem wichtig. Einfach diesen Perspektivwechsel.“*

Ein Patient (6.7 %) gab an, keine Verbesserung seiner Arbeitsfähigkeit wahrgenommen zu haben.

5.5.5 Subjektive Verbesserung der psychischen Beschwerden

Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob und wodurch die Patienten durch die Gruppentherapie Verbesserungen in Bezug auf ihre psychischen Beschwerden und ihre Arbeitsfähigkeit sahen (Frage 5: „Was glauben Sie, in wie fern hat die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer psychischen Beschwerden beigetragen?“). Hierzu wurde explorativ in der Kodierung vorgegangen. Aus diesem explorativen Vorgehen ergaben sich acht Kategorien: Verbesserung des Selbstwerts (*N* = 4, 28.6%), soziale Eingebundenheit durch die Gruppe (*N* = 4, 28.6%), Selbsterkenntnis (*N* = 3, 21.4%), Hoffnung auf Besserung (*N* = 2, 14.3%), Strukturgebung durch den Gruppentermin (*N* = 2, 14.3%), Verbesserung der Konfliktfähigkeit (*N* = 1, 7.1%), Reduzierung sozialer Ängste (*N* = 1, 7.1%) und wichtige neue Informationen (*N* = 1, 7.1%). Abbildung 30 gibt einen Überblick über die Kategorien.

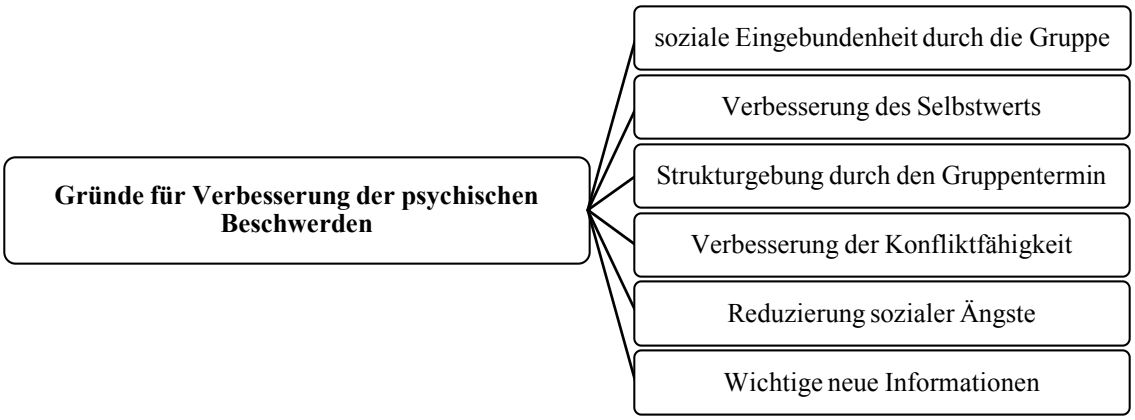


Abbildung 30: Kategorienbaum für die berichtet Gründe für die verbesserten psychischen Beschwerden..

Selbstwert Beispiel 1:

> *„[...] was das angeht habe ich mehr Selbstsicherheit bekommen, weil nämlich diese Möglichkeiten die man hat, es gibt sie. Das ist so ein Moment der Erkenntnis, der einem dann auch wieder Selbstvertrauen gibt, weil man selber sieht: Aha, hier könnte ich was machen, hier könnte ich Hilfe bekommen, hier könnte ich mich neuorientieren, worum es ja auch geht.“*

Soziale Eingebundenheit Beispiel 1:

„[...] Kontakt mit Menschen und Austausch mit Gleichgesinnten, Leidensgenossen sag ich jetzt mal.“

Ein Patient (7.1%) gab an, keine Verbesserung seiner psychischen Beschwerden wahrgenommen zu haben.

5.5.6 Veränderungswünsche der Patienten

Alle Patienten wurden explorativ nach Verbesserungsvorschlägen für die Gruppentherapie gefragt (Frage 4: „Gab es Themen, die Sie für sich nicht oder nur schlecht nutzen konnten?“ Falls ja: „Wieso?“). Jeweils ein Patient (33.3%) gab an, dass das Thema Mobbing, PME und Achtsamkeit aus deren Sicht nicht relevant sei.
Weiter wurde erfragt, ob aus Sicht der Patienten Therapieinhalte gefehlt haben (Frage 6: „Was hat aus Ihrer Sicht in der Gruppentherapie gefehlt?“).
Hier wurden drei Kategorien identifiziert. Der Wunsch nach insgesamt mehr Zeit für die Gruppentherapie (N = 8, 72.7%), einer Einleitungsrunde vor jeder Sitzung (N = 3, 27.3%), sowie mehr Umfang zum Thema Mobbing (N = 1, 9.1%) wurde geäußert. Insgesamt gab knapp die Hälfte der Patienten an, dass sie sich mehr Zeit im Sinne von mehr Sitzungen gewünscht hätten, um die jeweiligen Themen aus ihrer Sicht angemessener bearbeiten zu können.

Mehr Zeit Beispiel 1:

„Die zehn Module sind viel zu wenig, es hätten mindestens zwanzig sein müssen, weil es immer nur kurz angerissen worden ist.“

5.5.7 Berufliche Perspektiven und Arbeitsmotivation

Die Patienten wurde explorativ nach beruflichen Perspektiven und Arbeitsmotivation gefragt (Frage 10: „Welche Perspektiven sehen Sie für ihre berufliche Zukunft?“ Frage 11: „Wie motiviert sind Sie wieder einer Tätigkeit nachzugehen?“). Hier zeigt sich zunächst, dass alle Patienten bis auf einen eine Perspektive benennen konnten. 11 Patienten (68.8%) gaben an, wieder arbeiten zu wollen. Davon gaben sechs Patienten (54.5%) an, in eine andere

Branche wechseln zu wollen. Vier Patienten (36.4%) gaben an, in Teilzeit arbeiten zu wollen. Ein Patient (9.1%) gab an, in Vollzeit arbeiten zu wollen. Ein weiterer Patient (9.1%) ab an, einen Minijob ausführen zu wollen. Vier Patienten (36.4%) gaben ein eine Reha machen zu wollen. Ein Patient (9.1%) gab an, studieren zu wollen. Abbildung 31 gibt einen Überblick über die Kategorien.

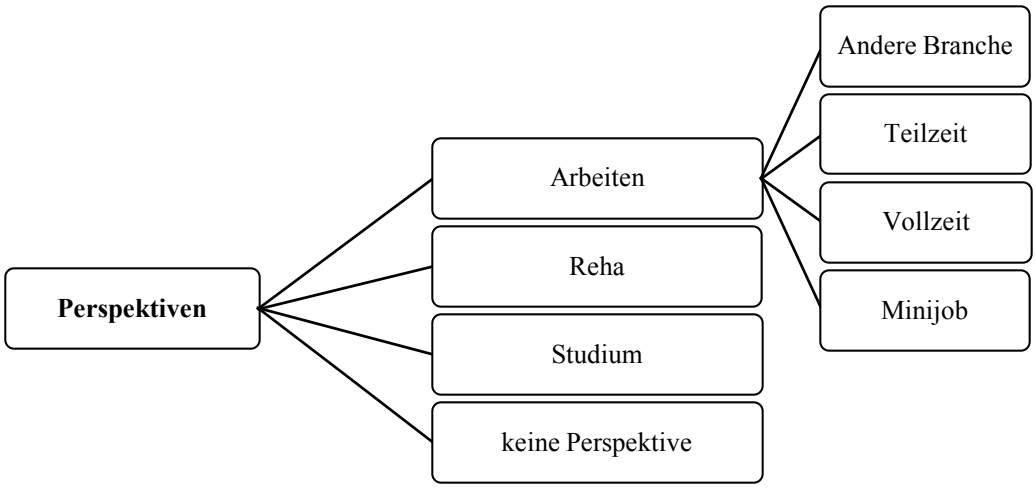


Abbildung 31: Kategorienbaum für die berichteten Perspektiven.

Beim Thema Arbeitsmotivation ergaben sich vier Kategorien, die die Patienten als arbeitsmotivierend empfanden (siehe Abbildung 32).

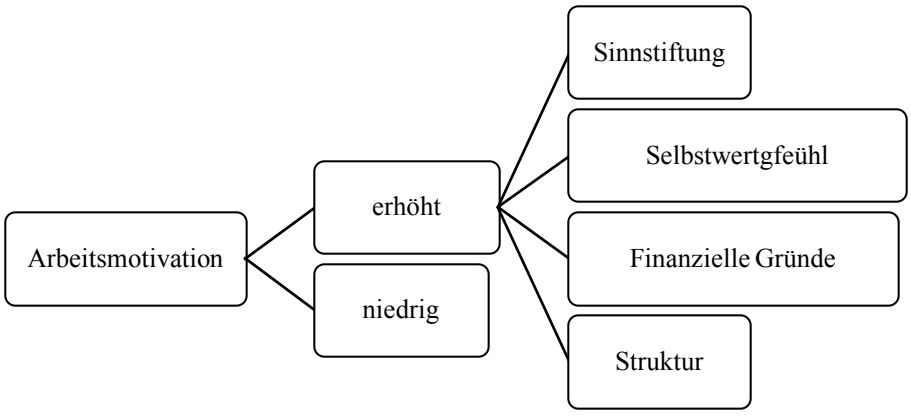


Abbildung 32: Kategorienbaum für die Arbeitsmotivation und sowie Gründe für eine

Zwei Patienten gaben an, unmotiviert zu sein (18.2%). 9 Patienten (81.8%) gaben an, eine höhere Motivation als zu Beginn der Gruppentherapie zu haben. Als Gründe für die verbesserte Arbeitsmotivation ergaben sich vier Kategorien: Sinnstiftung (*N* = 2, 22.2%), Selbstwertgefühl (*N* = 2, 22.2%), finanzielle Gründe (*N* = 2, 22.2 %) und Struktur durch Arbeit (*N* = 1, 11.1%).

5.6 Modulevaluation durch Patienten

Im folgenden Abschnitt werden die subjektiven Bewertungen der Patienten für die einzelnen Module dargestellt (Wertebereich: 1 – *sehr gut* bis 6 – *sehr schlecht*). Dies soll als Anhaltspunkt für die Akzeptanz gegenüber der Gruppentherapie dienen.

Zunächst wurden die Daten graphische in Häufigkeitsdiagrammen dargestellt. Hierbei zeigte sich, dass nicht alle Variablen normalverteilt waren. Da Mittelwerte bei nicht normalverteilten Daten sensibel auf Extremwerte reagieren können und daher in der Regel größer ausfallen, werden für eine präzisere Interpretation der Daten Median und Mittelwerte angegeben (Müller-Benedict, 2011).

Für das erste Modul ergab sich bei *N* = 17 Patienten ein Mittelwert von *M* = 1.80 (*SD* = .83) und ein Median von *Mdn* = 2.00. Für das zweite Modul ergab sich bei *N* = 17 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.21 (*SD* = .83) und ein Median von *Mdn* = 2.00 Für das dritte Modul ergab sich bei einem *N* = 17 Patienten ein Mittelwert von *M* = 1.81 (*SD* = .64) und ein Median von *Mdn* = 2. Für das vierte Modul ergab sich bei einem *N* = 16 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.00 (*SD* = .72) und ein Median von *Mdn* = 2. Für das fünfte Modul ergab sich bei einem *N* =16 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.00 (*SD* = .93) und ein Median von *Mdn* = 2.00. Für das sechste Modul ergab sich bei einem *n* = 15 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.00 (*SD* = .93) und ein Median von *Mdn* = 2. Für das siebte Modul ergab sich bei einem *N* = 13 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.00 (*SD* = .70) und ein Median von *Mdn* = 2.00. Für das achte Modul ergab sich bei einem *N* =13 Patienten ein Mittelwert von *M* = 2.31 (*SD* = 1.10) und ein Median von *Mdn* = 2.00. Für das neunte Modul ergab sich bei einem *N* = 16 Patienten ein Mittelwert von *M* = 1.44 (*SD* = .63) und ein Median von *Mdn* = 1.00. Für das zehnte Modul ergab sich bei einem *N* = 15 Patienten ein Mittelwert von *M* = 1.47 (*SD* = .64) und ein Median von *Mdn* = 1.00 (Tabelle 15).

Das Modul 9 (Berufliche Stärken und Perspektiven) sowie das Modul 10 (Rückfallprävention) schnitten bei der Bewertung durch die Patienten am besten ab. Das

Module 2 (Funktion von Arbeit und Motivation) sowie das Modul 8 (Akzeptanz- und Commitmenttherapie am Arbeitsplatz) wurden am schlechtesten bewertet.

Tabelle 15: *Ergebnisse der Modulevaluation durch Patienten insgesamt.*

Modul	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N	17	17	17	16	16	15	13	13	16	15
M	1.78	2.20	1.82	2.00	2.00	2.00	2.00	2.31	1.44	1.47
Mdn	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
SD	.82	.75	.64	.72	.82	.93	.70	1.10	.63	.64
Min	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Max	4	4	3	4	3	4	3	5	3	3

Anmerkung: M = Median; *Mdn* = Median; *SD* = Standard Deviation (Standardabweichung); *Min* = Minimum; *Max* = Maximum.

Bei der Betrachtung der Tabelle 15 fällt auf, dass die Spannweite der Werte stark differenzieren. Wahrscheinlich ist dies auf Ausreißerwerte zurückzuführen, da der Median zeigt, dass die Module überwiegend mit 1 bis 2 bewertet wurden. Der Mittelwert wird durch die Extremwerte jedoch verzerrt. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Beobachtung des Autors aus den Interviews, dass insbesondere ein Patient die Gruppentherapie überwiegend negativ einschätzte.

Der nähere Vergleich der beiden Standorte UKE ($N = 6$) und MVZ ($N = 14$) zeigt. dass sich kaum Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Module in Abhängigkeit vom Standort ergaben (Tabelle 16).

Tabelle 16: *Ergebnisse der Modulevaluation durch Patienten für die Standorte UKE und MVZ.*

Modul		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
U	*N*	5	5	5	4	4	4	3	1	5	4
K	*M*	1.50	2.09	2.12	1.75	2.25	2.00	2.33	1.00	1.40	1.50
E	*Mdn*	1.50	2.50	2.00	2.00	2.00	1.50	3.00	1.00	1.00	1.50
	SD	.53	.93	.70	.50	.50	1.41	1.16		.55	.58
	Minimum	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
	Maximum	2	3	3	2	3	4	3	1	2	2
M	*N*	*12*	12	11	12	12	11	10	12	11	11
V	*M*	1.83	2.13	1.64	2.08	1.92	2.00	1.90	2.42	1.45	1.45
Z	*Mdn*	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00
	SD	.89	.71	.51	.79	.90	.78	.57	1.08	.69	.69
	Min	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Max	4	4	2	4	3	3	3	5	3	3

Anmerkung: M = Median; *Mdn* = Median; *SD* = Standard Deviation (Standardabweichung); *Min* = Minimum; *Max* = Maximum.

5.7 Therapeutenevaluation und Behandlungsintegrität

Im folgenden Kapitel soll die Nebenfragestellung 3 untersucht und beantwortet werden. Zusätzlich zu den Patientenevaluationen wurden deshalb die einzelnen Module auch durch die Gruppentherapeuten hinsichtlich verschiedener Kriterien bewertet.

Insgesamt lagen 38 Evaluationsbögen der drei verschiedenen Therapeuten vor. Ein Therapeut war gleichzeitig der Studienleiter. Die betreffenden 10 Evaluationsbögen wurden vom Therapeuten und einer Co-Therapeutin gemeinsam ausgefüllt.

Die Auswertung der Evaluationsbögen wird im Folgenden dargestellt. In 10.5% der Sitzungen ($N = 4$) gaben die Therapeuten an, sich sehr genau an die Vorgaben das Manuals gehalten zu haben. In 78.9% der Sitzungen ($N = 30$) gaben die Therapeuten an, sich genau an die Vorgaben des Manuals gehalten zu haben. In 7.9% ($N = 3$) der Sitzungen gaben die Therapeuten an, sich ungenau an die Vorgaben des Manuals gehalten zu haben. In 2.6% ($N = 1$) der Sitzungen gaben die Therapeuten an, sich gar nicht an die Vorgaben des Manuals gehalten zu haben.

Die Bearbeitungszeit für die Aufgaben wurde für 7.9% der Sitzungen ($N = 3$) als zu viel, für 55.3% der Sitzungen ($N = 21$) als genau richtig und für 36.8% der Sitzungen ($N = 14$) als zu wenig angegeben. Die Zeit für Diskussionen wurde für 86,8% der Sitzungen ($N = 33$) als genau richtig und für 13.2% der Sitzungen ($N = 5$) als zu wenig angegeben.

Die Verständlichkeit des jeweiligen Themas aus Sicht der Therapeuten wurde in 8,1% der Sitzungen ($N = 3$) als bereits bekannt und in 91.8% der Sitzungen ($N = 34$) als genau richtig bewertet. Die Verständlichkeit der Arbeitsblätter aus Sicht der Therapeuten wurde in 91.8% der Sitzungen ($N = 35$) als genau richtig und in 8.2% der Sitzungen ($N = 3$) als zu anspruchsvoll bewertet. Die Verständlichkeit der Übungen wurde in 93.5% der Sitzungen ($N = 29$) als genau richtig und in 6.5% der Sitzungen ($N = 2$) als bereits bekannt bewertet.

Das Ausmaß der Gruppenkohäsion unter den Patienten wurde durch die Gruppentherapeuten in 63.2% der Sitzungen ($N = 24$) als hoch, in 39.5% der Sitzungen ($N = 10$) als mittelgradig und in 10.5 % der Sitzungen ($N = 4$) als gering eingeschätzt. Für 60.5% der Sitzungen ($N = 23$) gaben Therapeuten an, keinerlei Schwierigkeiten gehabt zu haben. Für 44.7% der Sitzungen ($N = 17$) gaben Therapeuten Verbesserungsvorschläge an. Als Verbesserungsvorschläge wurden größtenteils Aspekte genannt, die sich auf das Zeitmanagement beziehen. Auf den Aspekt des Zeitmanagements wird insbesondere noch einmal in der Diskussion Bezug genommen.

6 Diskussion

Depressive Störungen und Angststörungen sind nicht nur mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, sondern in vielen Fällen auch mit Arbeitsunfähigkeit (AU) assoziiert (Rau & Buyken, 2015; Rau & Henkel, 2013). In der psychotherapeutischen Forschung und Versorgung psychisch belasteter Menschen wurde die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bislang nur unzureichend berücksichtigt. Viele Studien weisen auf die Wirksamkeit arbeitsbezogener kognitiv-behavioraler Interventionen hin (Nieuwenhuijsen et al., 2014). Dennoch mangelt es an deutschsprachigen Interventionen, die die Arbeitsfähigkeit sowie die psychischen und psychosozialen Belastungen verringern sollen. Dementsprechend bestand das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, ein theoretisch fundiertes psychotherapeutisches Gruppentherapiemanual zu konzipieren, in einer ersten Pilotstudie zu untersuchen und die Ergebnisse hinsichtlich der Akzeptanz und Wirksamkeit zu evaluieren. Das neue gruppentherapeutische Manual „Gesund bleiben im Beruf“ wurde an vier Gruppen mit insgesamt 19 Patienten durchgeführt. Für 17 Patienten lagen quantitative und qualitative Daten vor. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst und vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Forschungsstandes diskutiert. Zudem werden die Limitationen der Arbeit sowie Implikationen für Forschung und Praxis dargestellt.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die drei Haupt-, die drei Neben-, und eine Zusatzfragestellung werden in diesem Abschnitt noch einmal dargestellt und beantwortet. Zudem wird die Gültigkeit der Hypothesen bewertet.

Die **erste Hauptfragestellung** sollte untersuchen, ob sich die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändern. Es konnte zunächst keine statistisch signifikant verbesserte subjektive Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation direkt nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate danach festgestellt werden. Dennoch zeigte sich eine tendenzielle Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit zum Ende der Gruppentherapie sowie drei Monaten nach Beendigung der Gruppentherapie (siehe Abbildung 33 für eine zusammenfassende

Ergebnisdarstellung).

Abhängige Variable	Güte des Gesamteffekts	T0-T1 (kurzfristig)	T1-T2	T0-T2 (mittelfristig)
WAI [c]	(a)	-	↑ +	-
AAM [d]	-	-	-	-
GSI [e]	a*, b**	↑	-	↑ +
PSB [f]	-	-	-	-
DEP [g]	a**, b**	↑ +	-	↑ +
ANX [h]	(b)	-	-	-
WOHL [i]	a*, b*	↓ +	-	↓ +
A&P [j]	a*, b**	↑ +	-	↑ ++
INT [k]	-	-	-	-
I-S [l]	a*, b**	↑	-	↑ +

Anmerkung:
(*) tendenziell signifikante Veränderung ($p \leq .10$)
* signifikante Veränderung ($p \leq .05$)
** signifikante Veränderung ($p \leq .01$)

+ kleine Effektstärke ($d \geq .20$)
++ moderate Effektstärke ($d \geq .50$)
- nicht signifikant

Alle Effektstärken wurden auf Grundlage der FEMM berechnet.
Paarweise Vergleiche werden auf Grundlage der FEMM dargestellt.

[a] Gesamteffekt bestätigt im FEMM (Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung)
[b] Gesamteffekt bestätigt in der MANOVA (Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung)
[c] WAI: Gesamtwert
[d] AAM: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben, Skala: Allgemeine Arbeitsmotivation
[e] GSI: SCL-90-S: Grundsätzliche psychische Belastung
[f] PSB: Health-49, Skala: Psychische und somatoforme Beschwerden insgesamt
[g] DEP: SCL-90-S, Skala: Depression
[h] ANX: Health-49, Skala: Ängstlichkeit
[i] WOHL Health-49, Skala: Psychisches Wohlbefinden
[j] A&P: Health-49, Skala: Aktivität und Partizipation
[k] INT: Health-49, Skala: Interaktionelle Schwierigkeiten
[l] I-S: SCL-90-S: Skala: Unsicherheit in Sozialkontakten

Abbildung 33: Übersicht der relevanten abhängigen Variablen. Dargestellt sind die Güte der Gesamteffekte (durch Pluszeichen) sowie die Richtung der Effekte (durch Pfeile) für die drei Mittelwertvergleiche.

Auch in einer post-hoc Analyse der Skala 2 des WAI (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitstätigkeit) konnte tendenziell eine signifikante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die individuellen psychischen und körperlichen Anforderungen der Arbeitsfähigkeit gezeigt werden. Es bestand die Annahme und auch die klinische Beobachtung, dass Patienten, die schwerer psychisch erkrankt waren, weniger von der Gruppentherapie profitieren. Klinisch war zu beobachten, dass Patienten, die schwerer erkrankt waren, Probleme hatten, sich zu konzentrieren, antriebsgemindert waren oder deutlich negativistische Denkverzerrungen zeigten. Diese Annahme konnte letztendlich in den Daten bestätigt werden. Wurde für den Einfluss der generellen Symptombelastung kontrolliert, zeigte sich, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Patienten über den Therapieverlauf signifikant verbesserte. Die Schwere der Erkrankung scheint demnach einen Einfluss darauf zu haben, in welchem Ausmaß Patienten von der Gruppe profitieren.

Die Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit war insgesamt gering (durchschnittlich 3 Punkte). Hierbei wiesen 14 von 17 Patienten drei Monate nach Beendigung der Therapie weiterhin eine kritische Arbeitsfähigkeit auf (Summenwert < 27). Zwei Patienten erreichten eine mäßige Arbeitsfähigkeit. Die verbesserte Arbeitsfähigkeit stellte sich erst nach Beendigung der Gruppentherapie ein, so dass sich die AU möglicherweise weiterhin über einen längeren Zeitraum verbessert. Dies sollte mit einer Längsschnittstudie untersucht werden, in der über einen längeren Zeitraum Katamnesedaten erhoben werden. In der vorliegenden Arbeit wiesen die Patienten zum Messzeitpunkt T2 insgesamt einen niedrigen WAI-Wert ($M = 21.57$, $SD = 7.31$) auf. Nach Bethge und Kollegen (2012) besteht bereits ab einem WAI-Wert ≤ 37 Rehabilitationsbedarf, so dass die Stichprobe in der vorliegenden Arbeit auch 3 Monate nach Beendigung der Therapie stark in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Neuere Arbeiten konnten zeigen, dass eine geringe subjektive Arbeitsfähigkeit das Risiko für zukünftige Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Erwerbsminderung und Arbeitsplatzverlust prädizieren kann (Lundin, Kjellberg, Leijon, Punnett & Hemmingsson, 2016; Lundin, Leijon, Vaez, Hallgren & Torgén, 2017).

Zusätzlich zum insgesamt niedrigen WAI-Wert zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass Zeitdruck die am häufigsten genannte Arbeitsbelastung war. Auch Goedhard und Goedhard (2005) untersuchten den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und subjektiver Arbeitsfähigkeit. Die Autoren konnten zeigen, dass qualitative Überlastung den stärksten Zusammenhang mit der subjektiven Arbeitsfähigkeit aufwies. Übereinstimmend mit den

Autoren war qualitative Überlastung auch in der vorliegenden Arbeit eine häufig genannte Arbeitsbelastung. Qualitative Überforderung kann wiederum zu subjektiv erlebtem Zeitdruck führen.

Die post-hoc Regressionen zeigten, dass das Alter, die allgemeine Arbeitsmotivation sowie die Symptomschwere insgesamt eine kritische bzw. mäßige Arbeitsfähigkeit vorhersagen konnte, was insgesamt im Einklang mit bisherigen Ergebnissen steht (Bridger & Bennett, 2011; Cornelius et al., 2011; Kessemeier et al., 2017). Dennoch war keiner der Prädiktoren für sich genommen signifikant. Bezogen auf den WAI-Gesamtwert erwies sich mit demselben Modell die Symptomschwere insgesamt als signifikanter Prädiktor, was wiederum den starken Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und subjektiver Arbeitsfähigkeit verdeutlicht.

Die Arbeitsmotivation, die mit direkten Fragen und indirekten Fragen operationalisiert wurde, veränderte sich nicht über die Zeit. Auch die Symptombelastung hatte keinen Einfluss darauf. Allerdings zeigen Studien, dass Arbeitsmotivation ein dynamisches Konstrukt ist, dass sich über Tage und Wochen hinweg verändert (Navarro & Arrieta, 2010; Navarro, Arrieta & Ballen, 2007; Navarro, Curioso, Gomes, Arrieta & Cortes, 2013).

Die Hypothese 1 kann zusammenfassend partiell bestätigt werden. Patienten zeigten 3 Monate nach der Gruppentherapie im Vergleich zu Beginn der Gruppentherapie eine verbesserte subjektive Arbeitsfähigkeit, wenn für den Einfluss der Symptomschwere kontrolliert wurde. Auf die Arbeitsmotivation hatte die Gruppentherapie weder kurz- noch mittelfristig einen Einfluss.

Hauptfragestellung 1:

Zusammenfassende Beantwortung:

Die subjektive Arbeitsfähigkeit verbesserte sich über den Verlauf der Intervention tendenziell. In der Arbeitsmotivation ergaben sich keine Veränderung durch die Intervention.

Abbildung 34: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 1.

Die **zweite Hauptfragestellung** sollte untersuchen, ob sich die psychischen Beschwerden der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändern. Die Hypothese war, dass die Patienten nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate später weniger psychische Beschwerden (generelle Symptombelastung, Depressivität, Ängstlichkeit) zeigen als zu Therapiebeginn. Hier konnte gezeigt werden, dass sich Depressivität, Unsicherheit in Sozialkontakten sowie die psychische Belastung insgesamt verbesserten. Dieser Effekt konnte sowohl direkt nach der Gruppentherapie als auch 3 Monate danach gezeigt werden. Die psychische Belastung insgesamt war drei Monate nach Beendigung der Therapie vergleichbar mit der Symptombelastung von Menschen ohne psychische Störungen (vgl. Franke, 2013). Die Ausprägung der Depressivität lag drei Monate nach Therapieende unterhalb der Depressivität einer Vergleichsstichprobe (Psychotherapiepatienten mit Depressionen; vgl. Franke, 2013). Somit konnte eine klinisch bedeutsame Verbesserung der Psychopathologie erreicht werden. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass alle Patienten bis zum Studienende zusätzlich in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung waren. Lediglich ein Patient befand sich zum letzten Messzeitpunkt nicht mehr in therapeutischer Behandlung. Deshalb könnte argumentiert werden, dass die Verbesserung der psychischen Beschwerden nicht auf die Gruppentherapie zurückzuführen ist, sondern auf die ohnehin bestehende Psychotherapie. Demgegenüber kann argumentiert werden, dass die im Rahmen des Therapiemanuals vermittelten Methoden auch auf andere Lebensbereiche als den Arbeitskontext Einfluss hatten. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass Patienten durch die therapeutischen Interventionen auch in anderen Bereichen profitierten. Zudem passen die hier gezeigte reduzierte Depressivität und die verbesserte Arbeitsfähigkeit zu den Ergebnissen von Elinson und Kollegen (2004), die zeigen konnten, dass eine höhere Arbeitsfähigkeit mit geringerer Depressivität assoziiert ist.

Kritisch muss hier auch angemerkt werden, dass sich alle psychopathologischen Veränderungen lediglich in der SCL-90-S, nicht aber im HEALTH-49 gezeigt haben. Obwohl sich der HEALTH-49 in anderen Studien als sensitiv für depressive Symptome erwiesen hat, konnte dies in der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden (Berking, Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013). Beispielsweise weist die Skala Depressivität eine hohe Korrelation (r = .87) mit der Kurzversion der SCL-90-S (SCL-14; Harfst, Koch, & Kurtz von Aschoff, 2002) auf, was die hohe Konstruktvalidität der Skala unterstreichen sollte. Dass sich im HEALTH-49 jedoch keine Veränderungen zeigten, kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass die Skalen der SCL-90-S mehr Items beinhalten als die Skalen

des HEALTH-49 und die entsprechenden Konstrukte durch die SCL-90-S valider abgebildet werden. Exemplarisch sei hier die Skala Depressivität der SCL-90-S genannt, die 13 Items beinhaltet während die Depressivitäts-Skala des HEALTH-49 lediglich sechs Items beinhaltet.

Insgesamt kann die Hypothese 2 dahingehend bestätigt werden, dass die Patienten kurz- und mittelfristig weniger generelle psychische Beschwerden, weniger Depressivität und weniger Unsicherheit in sozialen Kontakten zeigen als zu Therapiebeginn. Dieser Effekt zeigte sich nur in einem der beiden verwendeten Messinstrumente (SCL-90-S). Die Ängstlichkeit veränderte sich insgesamt nicht.

Hauptfragestellung 2

Zusammenfassende Beantwortung:

Die generelle psychische Belastung, Depressivität und Unsicherheit in sozialen Kontakten verbesserten sich kurz- und mittelfristig im Verlauf der Intervention.

Abbildung 35: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 2.

Die **dritte Hauptfragestellung** sollte untersuchen, ob sich die psychosoziale Gesundheit der Patienten im Verlauf der Intervention kurz- und mittelfristig verändert. Die Hypothese war, dass Patienten direkt nach der Gruppentherapie sowie 3 Monate später eine höhere psychosoziale Gesundheit als zu Beginn der Gruppentherapie aufzeigen. Patienten zeigten 3 Monate nach dem Therapieende eine erhöhte Aktivität und Partizipation. Dies deutet darauf hin, dass sich die Veränderung der psychosozialen Belastungen erst über einen längeren Zeitraum ergibt. In dem eingangs beschriebenen ICF (DIMDI, 2005) wird deutlich, dass Aktivitäts- und Partizipationsstörungen eine wichtige Facette von Gesundheitsschädigungen darstellen. Aktivitätsstörungen meinen insbesondere Störungen alltäglicher Aufgaben (bspw. Haushaltsführung). Partizipationsstörungen beziehen sich auf Beeinträchtigung an der gesellschaftlichen Teilhabe (bspw. Arbeiten). Es wird angenommen, dass zur

Reduzierung von Partizipationsstörungen zunächst vorliegende Aktivitätsstörungen reduziert werden müssen (Gerdes & Weis, 2000). Bemerkenswerterweise konnte in der vorliegenden Arbeit eine Verbesserung der Aktivität und Partizipation gezeigt werden, was wiederum darauf hinweist, dass die Patienten ihre Alltagsaufgaben besser bewältigen und langfristig mehr innerhalb der Gesellschaft teilhaben. Die hier vorgestellte Intervention fördert die Teilhabe am Arbeitsleben durch die Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen. Nach Bethge (2017) ist die berufliche Teilhabe das wesentliche Ziel rehabilitativer Strategien. Andere Bereiche der psychosozialen Gesundheit wie Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und soziale Belastung wiesen keine Veränderung auf.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das psychische Wohlbefinden von Therapiebeginn zu Therapieende verschlechterte (Abbildung 33). 3 Monaten nach Therapieende war diese Verschlechterung konstant. Die Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens von Therapiebeginn bis zum Therapieende kann zum einen dadurch erklärt werden, dass die Patienten durch die Therapie ein vertieftes Verständnis über die eigenen Problembereiche erfahren haben (Einsicht). Zum anderen ist es wahrscheinlich, dass Patienten sensibler gegenüber ihren intrapsychischen emotionalen und gedanklichen Prozessen geworden sind (Introspektionsfähigkeit). Dadurch, dass dieser Effekt auch drei Monate nach Therapieende anhält, kann angenommen werden, dass die Einsichts- und Introspektionsfähigkeit länger erhalten bleiben. Kamenov, Twomey, Cabello, Prina und Ayuso-Mateos (2017) konnten zeigen, dass sich der positive Einfluss von Psychotherapie auf die Lebensqualität von Patienten mit depressiven Störungen mit zunehmender Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen verringert. Auch dies ist ein möglicher Erklärungsansatz für das verringerte psychische Wohlbefinden. Da die Patienten zusätzlich zur ihrer wöchentlichen Einzeltherapie an der gruppentherapeutischen Sitzung teilnahmen, befanden sie sich in einer hochfrequenten psychotherapeutischen Behandlung. Dies könnte Sensibilisierung- und Introspektionsprozesse verstärkt haben und darüber zu dem verringerten psychischen Wohlbefinden geführt haben. Dass das psychische Wohlbefinden unzureichend ist, kann aus therapeutischer Sicht auch als Veränderungspotenzial interpretiert werden, da ein gewisser Leidensdruck bestehen muss, um persönliche Veränderungen zu initiieren (Klauer & Schneider, 2016).

Die Hypothese 3 kann partiell bestätigt werden. Patienten wiesen kurz- und mittelfristig

Verbesserungen in der Aktivität und Partizipation auf.

Hauptfragestellung 3

Zusammenfassende Beantwortung:

Die Aktivität und Partizipation der Teilnehmenden verbesserte sich im Verlauf der Intervention. Das psychische Wohlbefinden verschlechterte sich jedoch kurz- und mittelfristig.

Abbildung 36: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 3.

Die **erste Nebenfragestellung** sollte untersuchen, durch welche inhaltlichen und/oder therapeutischen Faktoren die Gruppentherapie wirkt. Hierzu gab es keine a priori Hypothese. Es gab aber theoretisch hergeleitete Kategorien im Sinne der Strukturierung nach Mayring (2015). Da diese Fragestellung explorativ beantwortet werden sollte, wurden dafür semi-strukturierte Interviews durchgeführt und ausgewertet.

In der Auswertung ergab sich zunächst, dass zwei Kategorien von Wirkfaktoren identifiziert werden konnten. Dies sind neben den therapeutischen Wirkfaktoren auch inhaltliche Wirkfaktoren. Therapeutische Wirkfaktoren sind bereits seit vielen Jahrzehnten Gegenstand der psychologischen Forschung (Macaskill, 1982; Tschuschke, 2010; Yalom, 1996). In dem vorgestellten Gruppentherapiekonzept ist Universalität des Leidens der wichtigste therapeutische Wirkfaktor. Auch andere aktuelle Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Universalität des Leidens ein bedeutender gruppentherapeutischer Wirkfaktor ist (Behenck, Gomes & Heldt, 2016; Behenck, Wesner, Finkler & Heldt, 2017). Das Manual „Gesund bleiben im Beruf“ wirkt insbesondere über die Universalität des Leidens. Dieser zentrale Wirkfaktor sollte bei der Durchführung der Gruppe beachtet und gefördert werden. Darüber hinaus sind Gruppenkohäsion, Einsicht und die Mitteilung von Informationen wichtige therapeutische Wirkfaktoren des Gruppentherapiekonzepts. Zusammengefasst nach MacKenzie (1997) sind in dem vorgestellten Therapiekonzept die supportiven und psychologischen Faktoren die wichtigsten therapeutischen Faktoren.

Es konnten fünf weitere therapeutische Wirkfaktoren identifiziert werden, die vorher nicht theoretisch aus den Kategoriesierungen nach Yalom (1996) abgeleitet wurden. Dies sind Einsicht, Struktur, Thema Arbeit als Therapiethema, Hausaufgaben und Arbeitsmaterialien sowie Gruppenleitung.

Als inhaltliche Wirkfaktoren wurden die Inhalte der 10 verschiedenen Therapiemodule festgelegt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Inhalte von den Patienten subjektiv als besonders wichtig erlebt wurden. Die Auswertung der Interviews zeigt, dass das Modul 10 (Frühwarnzeichen und Rückfallprophylaxe) der wichtigste inhaltliche Wirkfaktor ist. Diesem Faktor kommt möglicherweise eine so große Bedeutung zu, weil die Selbstwirksamkeitserwartung durch das Wissen um eigene Frühwarnzeichen erhöht wird. Wenn Patienten ihre Frühwarnzeichen kennen und wissen, wie sie diesen begegnen müssen, fühlen sie sich möglicherweise zuversichtlicher, dass sie mit zukünftigen Belastungen besser umgehen können. Bei der Behandlung von Depression sollte die Rezidiv- bzw. Rückfallprophylaxe ein integraler Therapiebestandteil sein (Kempermann, Henke, Sasse & Bauer, 2008; Michalak & Heidenreich, 2005). Auch die S-3 Leitlinie für die Behandlung depressiver Störungen empfiehlt Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe durchzuführen, um die Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie die Senkung des Rückfallrisikos zu fördern (DGPPN et al., 2015; Fydrich et al., 2010). In den S-3 Leitlinien für Angststörungen wird für die Behandlung von Panikstörungen und generalisierten Angststörungen die Rückfallprophylaxe ebenfalls als zentraler Therapiebaustein angesehen (Bandelow et al., 2014). Kritisch muss angemerkt werden, dass die Interviews wenige Tage nach der letzten Sitzung durchgeführt wurden und eben diese Inhalte den Patienten dadurch möglicherweise besonders präsent im Gedächtnis geblieben sind (Rezenzeffekt; Baddeley, 1968).

Auch die Module 8 und 9 (Mobbing und berufliche Perspektiven) waren besonders bedeutsam. Sogar Patienten, die angaben, selbst keine Mobbingerfahrung gemacht zu haben, maßen diesem Thema eine hohe Wichtigkeit zu. Die subjektive Wichtigkeit des Moduls Mobbing erklärt sich möglicherweise dadurch, dass das Thema Mobbing gesellschaftlich und im Arbeitsleben weit verbreitet ist. Pranjic und Males-Bilic (2014) konnten zeigen, dass Mobbing ein Risikofaktor für ein Burn-out Syndrom ist, welches wiederum mit depressiven Symptomen einhergehen kann. In einer Stichprobe von Ärzten konnte gezeigt werden, dass persistierendes Mobbing ein signifikanter Prädiktor für Arbeitsunfähigkeit ist (Pranjic,

Males-Bilic, Beganlic & Mustajbegovic, 2006). Patienten mit Mobbingerfahrung zeigen nicht nur höhere Depressivität und Ängstlichkeit, sondern euch eine geringere Arbeitsmotivation (Kessemeier et al., 2017).

Die Wichtigkeit des Moduls Perspektiven ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sich die Patienten hierdurch eine Perspektive erarbeiten. Das ist besonders vor dem Hintergrund relevant, dass einige arbeitsunfähige Patienten die Auseindersetzung mit dem Thema Arbeit und die damit im Zusammenhang stehenden Probleme vermeiden. Die fehlende Auseinandersetzung und Konfrontation mit dem Thema kann die arbeitsbezogenen Probleme wiederum verstärken und damit aufrechterhalten. Die Erarbeitung einer Perspektive kann daher einen erleichternden Effekt haben und erklärt möglicherweise die hohe Relevanz dieses Moduls.

Nebenfragestellung 1

Zusammenfassende Beantwortung:

Die Wirksamkeit der Intervention kann über therapeutische und inhaltliche Wirkfaktoren erklärt werden. Als die drei wichtigsten therapeutischen Wirkfaktoren konnten (1) Universalität des Leidens, (2) Gruppenkohäsion und (3) Einsicht identifiziert werden. Als die drei wichtigsten inhaltlichen Wirkfaktoren konnten (1) Frühwarnzeichen und Rückfallprophylaxe, (2) berufliche Perspektiven und (3) Mobbing identifiziert werden.

Abbildung 37: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 1.

Als **zweite Nebenfragestellung** galt es, die Akzeptanz und Durchführbarkeit des Therapiemanuals auf Seiten der Patienten zu untersuchen.

Für die Akzeptanz auf Seiten der Patienten kann zusammengefasst werden, dass die einzelnen Module sowie die Therapie insgesamt als gut bis sehr gut angenommen wurden. Kein Modul wurde als überflüssig wahrgenommen. Die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit der Gruppentherapie war hoch. Dass die Akzeptanz auf Seiten der Patienten

als hoch zu werten ist, wurde auch dadurch deutlich, dass alle Patienten die Gruppentherapie weiterempfehlen würden. Im Gegensatz zu den quantitativen Daten zeigten die qualitativen Daten also ein einheitlicheres Bild. Dieses Ergebnis rechtfertigte auch die Anwendung des Mixed Methods-Vorgehen, da durch die qualitativen Methoden individuelles Erleben besser abgebildet werden konnte, als durch die quantitativen Methoden (Roch, 2017).

Nebenfragestellung 2

Zusammenfassende Beantwortung:

Die Akzeptanz und Zufriedenheit gegenüber der Intervention auf Patientenseite war hoch. In der Durchführbarkeit ergaben sich keine Schwierigkeiten. Die Patienten wünschten sich jedoch mehr Sitzungen.

Abbildung 38: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 2.

Als **dritte Nebenfragestellung** wurde auf Seiten der Therapeuten die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Therapie untersucht. Dafür wurden die Bereiche (1) Behandlungsintegrität, (2) Zeitmanagement für Themen, (3) Zeitmanagement für Diskussionen, (4) Verständlichkeit des Themas, (5) Verständlichkeit der Arbeitsblätter und (6) Verständlichkeit der Übungen differenziert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Therapeuten sich überwiegend genau an das Manual hielten. Damit kann die Behandlungsintegrität als hoch gewertet werden. Dennoch stand es den Therapeuten offen, die jeweilige Sitzung an die individuellen Bedürfnisse der Patientengruppe anzupassen, indem einzelne Übungen vernachlässigt oder ergänzt wurden. Dieses Vorgehen stand einer hohen Manualtreue aber keineswegs entgegen, sondern wurde toleriert, um das Therapiekonzept in der Praxis anwendungsbezogen zu implementieren (Regan, Park & Chorpita, 2016; Reinecker, 2018). Bezüglich des Zeitmanagements des Manuals kann zusammengefasst werden, dass die Zeit für die Therapiesitzungen in mehr als einem Drittel aller Sitzungen von den Gruppenleitern als zu kurz wahrgenommen wurde. Auch in den Verbesserungsvorschlägen wurde überwiegend

der Wunsch nach mehr Zeit deutlich. Dies zeigte sich auch in den Interviews mit den Patienten deutlich, die fast alle angaben, dass sie sich mehr Zeit gewünscht hätten. Dennoch muss hier zwischen subjektivem Empfinden und objektivierbarer Wirkung differenziert werden. Einige Autoren nehmen für die Anzahl der Therapiesitzungen und die Wirkung der Therapie eine Dosis-Wirkung-Kurve an (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lueger et al., 2001; Lutz, Lowry, Kopta, Einstein & Howard, 2001). Dennoch zeigen neuere Ergebnisse, dass nach einer bestimmten Anzahl an Sitzungen eine Art Sättigungseffekt (*good enough level*) einsetzt und auch mit einer zunehmenden Anzahl an Therapiesitzungen keine weitere Wirkungskurve erzielt werden kann (Barkham et al., 2006; Stiles, Barkham, Connell & Mellor-Clark, 2008; Stiles, Barkham & Wheeler, 2015). Die Verständlichkeit, der im Manual bereitgestellten Arbeitsblätter sowie der Übungen ist überwiegend zufriedenstellend.

Nebenfragestellung 3

Zusammenfassende Beantwortung:

Die Akzeptanz und Zufriedenheit gegenüber der Intervention auf Therapeutenseite war hoch. Das Zeitmanagement für Themen, das Zeitmanagement für Diskussionen, die Verständlichkeit der Themen, die Verständlichkeit der Arbeitsblätter sowie die Verständlichkeit der Übungen waren zufriedenstellend.

Abbildung 39: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 3.

Zur Beantwortung der **ersten Zusatzfragestellung** galt es, Hinweise zur differentiellen Wirksamkeit des Therapiekonzepts zu generieren. Dafür wurde der RCI der Arbeitsfähigkeit für alle Patienten berechnet. Anhand dieses Kriteriums konnten lediglich vier Patienten als Responder identifiziert werden. Diese Ratio ist allerdings vergleichbar mit anderen Studien zur Wirksamkeit von gruppentherapeutischen Interventionen mittels des RCI (Dinkel et al., 2012; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein & Howard, 2001). Bezüglich der differentiellen Wirksamkeit kann zusammengefasst werden, dass Patienten eher profitierten, wenn diese

tendenziell gewissenhafte/zwanghafte Persönlichkeitszüge aufwiesen, sie die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht länger als 6 Monate einschätzten sowie tendenziell ein höheres psychisches Wohlbefinden angaben. Patienten profitierten zudem eher von der Gruppentherapie, wenn sie geringe interaktionelle Schwierigkeiten und eine höhere Arbeitsmotivation aufwiesen.

Zusatzfragestellung 1

Zusammenfassende Beantwortung:

Patienten profierten klinisch bedeutsam, wenn sie zwanghafte Persönlichkeitszüge, geringe interaktionelle Schwierigkeiten, eine hohe Arbeitsmotivation sowie ein tendenziell höheres psychisches Wohlbefinden aufwiesen. Zudem schätzten sie die Dauer ihrer prognostischen Arbeitsunfähigkeiten kürzer ein (≤ 6 Monate).

Abbildung 40: Zusammenfassende Beantwortung der Zusatzfragestellung 1.

6.1.1 Überprüfung der Kriterien guter Praxis

Psychisch erkrankte Menschen haben ein erhöhtes Risiko für soziale Benachteiligung (Mauz & Jacobi, 2008). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat einen Arbeitskreis initiiert, der Kriterien für die Bewertung von gesundheitsfördernden Interventionen für sozial Benachteiligte festgelegt hat (Lehmann et al., 2011). Das hier vorgestellte Manual soll anhand dieser 12 Kriterien der *Good Practice* in Hinblick auf die Praxisorientierung bewertet werden.

Mit dem Manual „Gesund bleiben im Beruf“ liegt ein Konzept mit klarer Zielformulierung vor, welches auf die Verminderung gesundheitlicher Beeinträchtigung abzielt (Kriterium: Konzeption und Selbstverständnis). Als Zielgruppe sind arbeitsunfähige Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen definiert (Kriterium: Zielgruppenbezug). Der Therapieansatz ist durch die Bereitstellung einer arbeitsbezogenen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention als innovativ zu werten. Durch die geplante

Bereitstellung des Therapiemanuals ist Nachhaltigkeit gegeben (Kriterium: Innovation und Nachhaltigkeit). In der hier vorgestellten Form ist die Teilnahme an der Gruppentherapie nicht niederschwellig, da hierzu zunächst eine Psychotherapie begonnen werden muss (Kriterium: Niederschwellige Arbeitsweise). Patienten haben vielseitige Möglichkeiten sich in der Therapie durch Diskussionen und Gruppenübungen zu beteiligen (Kriterium: Partizipation). Zudem werden die Patienten in ihren Selbstmanagementstrategien und ihrer Ressourcenaktivierung gefördert (Kriterium: Empowerment). Die Patienten erlernen Denk- und Handlungsansätze. Diese werden über Hausaufgaben in die Lebenswelt der Patienten integriert (Kriterium: Settingansatz). Abbildung 41 gibt einen Überblick über die Kriterien guter Praxis in Bezug auf das Manual „Gesund bleiben im Beruf".

Konzeption und Selbstverständnis	✔
Zielgruppenbezug	✔
Innovation und Nachhaltigkeit	✔
Multiplikatorenkonzept	-
Empowerment	✔
Partizipation	✔
Niederschwellige Arbeitsweise	-
Settingansatz	✔
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	(✔)
Qualitätsmanagement und -entwicklung	✔
Dokumentation und Evaluation	✔
Kosten-Nutzen-Relation	✔

Abbildung 41: Überprüfung der Kriterien guter Praxis in Anlehnung an Lehmann und Kollegen (2011).

Durch die vorliegende Arbeit sowie die Evaluationsbögen für Patienten und Therapeuten kann die Qualitätsentwicklung der Intervention verbessert werden (Kriterien: Dokumentation und Evaluation, Qualitätsmanagement und -entwicklung). Eine günstige Kosten-Nutzen-Relation kann angenommen werden. Durch die Bereitstellung einer gruppenbasierten Intervention können viele Patienten erreicht werden. Die entstehenden Kosten sind verhältnismäßig gering. Eine Vernetzung mit anderen Fachdisziplinen findet nicht zwingend statt. Die Teilnahme an der Intervention sollte trotzdem möglichst auch immer Teil eines multimodalen Behandlungsansatzes (bspw. Zusammenarbeit mit Hausärzten) sein (Kriterium: Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung).
Die Intervention ist zielgruppengerecht für Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen. Da der Bedarf vorher nicht erhoben wurde, kann nicht beurteilt werden, ob die Intervention bedarfsgerecht ist. Hinweise auf die Bedarfsgerechtigkeit der Intervention ergeben sich jedoch aus den in der vorliegenden Arbeit erhobenen Arbeitsbelastungen (bspw. Zeitdruck, geringe Anerkennung). Die berichteten Arbeitsbelastungen sind vergleichbar mit denen, die bereits andere Autoren als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen gefunden haben (Aronsson et al., 2017; Niedhammer et al., 2016; Rau & Buyken, 2015).

6.2 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, auf die im Näheren eingegangen werden soll.
Zunächst muss angemerkt werden, dass in der vorliegenden Arbeit sehr wahrscheinlich ein Stichprobenbias vorliegt. Es wurden nur diejenigen Patienten in die Studien eingeschlossen, welche sich überhaupt für eine Studienteilnahme motivieren ließen und einer Teilnahme zustimmten. Möglicherweise nahmen auch nur Patienten an der Studie teil, die ein gewisses Maß an Motivation aufwiesen, sich mit der eigenen AU zu konfrontieren. Hier kann die Motivation der Studienteilnehmer bereits eine Verzerrung darstellen (Wirtz, 2017). Diese Art der Verzerrung kann Effektstärken von Interventionen deutlich überschätzen (Morgenstern, Gellert, Walter, Ostfeld & Siegel, 1984; Saltaji et al., 2017). Dieser Verzerrung wurde versucht entgegenzuwirken, in dem die Gruppentherapie möglichst

interessant beworben wurde, bspw. über einen Flyer mit dem Titel „Gesund bleiben im Beruf“. Zudem wurde die Untersuchung öffentlich im UKE und MVZ Falkenried unterstützt, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen (Bortz & Döring, 2006).

Ein weiterer Aspekt ist, dass für den Einschluss in die Studie eine depressive Störung oder Angststörung vorgelegen haben musste. Zwar gab es eine Vielzahl an komorbiden psychischen Störungen, dennoch sind die berichteten Ergebnisse zunächst vorwiegend für Patienten mit depressiven Störungsbildern gültig. Es scheint jedoch wahrscheinlich, dass die Ergebnisse auch auf Patienten mit anderen psychischen Störungen übertragen werden können, da das Therapiemanual bewusst auf das Thema Arbeit abgestimmt wurde und nicht auf störungsspezifische Aspekte. Die zugrundeliegenden Therapierationale wie kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeit und Akzeptanz sowie Stärkung von beruflichen und persönliche Ressourcen wirken störungsübergreifend (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Haug, Gabriel, Flückiger & Kordy, 2010; Kabat-Zinn, 2003; Meibert, Michalak & Heidenreich, 2006; Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012).

Die Validität der Diagnosen wurde dadurch gesichert, dass die Patienten von approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Ärzten in psychotherapeutischer Weiterbildung für die Gruppentherapie unter Kenntnis der Einschlusskriterien vorgeschlagen wurden. Dadurch wurde sichergestellt, dass nur Patienten mit einer passenden Diagnose in die Studie eingeschlossen wurden. Dennoch wurde die Validität der Diagnose nicht noch einmal durch eine standardisierte Diagnostik überprüft, was einen limitierenden Faktor darstellen könnte. Allerdings wurde versucht, die Validität der Diagnosen durch die Selbstbeurteilung der Patienten zu erhöhen (offene Frage nach Diagnose und Fragebogendiagnostik). Die hohen Werte in den Depressionsskalen der Fragebögen lässt darauf schließen, dass die Patienten zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses auch tatsächlich depressiv waren.

Ein weiterer, möglicherweise limitierender Faktor ist die Stichprobengröße von $N = 17$. Stichprobengrößen dieses Umfangs erfüllen in der Regel nicht die statistische Normalverteilungsannahme. Aus statistischer Sicht muss demnach angenommen werden, dass die vorliegende Stichprobe nicht vergleichbar mit der Grundgesamtheit aller arbeitsunfähigen Patienten mit depressiven Störungen ist und die Ergebnisse entsprechend nur für die vorliegende Stichprobe gültig sind.

Allerdings ist die Stichprobengröße für die Pilotierung einer Gruppentherapie in der vorliegenden Arbeit vergleichbar mit denen anderer Arbeiten, die zum Teil sogar geringere

Stichprobengrößen verwendeten. Beispielsweise finden sich bei Olsen und Skjaerven (2016) eine Stichprobengröße von $N = 7$ für die Pilotierung einer Gruppentherapie. Andere Autoren verwendeten Stichprobengrößen zwischen $N = 15$ und $N = 17$ (Conwill, Oakley, Evans & Cavanna, 2014; Schlarb, Brandhorst & Hautzinger, 2011; Straub et al., 2014). In dem frühen Forschungsstadium der vorliegenden Arbeit kann die Stichprobengröße zur Beantwortung der Forschungsfragen als angemessen gewertet werden.

Des Weiteren muss für die vorliegende Arbeit kritisch diskutiert werden, ob Allegiance die Studienergebnisse beeinflusst hat. Allegiance bezeichnet die Überzeugung eines Therapeuten für eine von ihm untersuchte Therapiemethode und stellt eine mögliche Ursache für Verzerrungen der Objektivität von Wirksamkeitsstudien dar (Kandale & Rugenstein, 2014; Luborsky et al., 1999). Bei experimentellen Studien wird zur Erklärung eines solchen Versuchsleitereffekts häufig auch der Rosenthal-Effekt genannt (Rosenthal & Fode, 1963). Diese Frage stellt sich, da der Studienleiter auch als Psychotherapeut in einer der vier Gruppentherapien mitwirkte. Eine Vielzahl an Übersichtsarbeiten zeigt, dass die persönliche Überzeugung eines Therapeuten über die Überlegenheit einer Therapiemethode einen signifikanten Einfluss auf Studienergebnisse haben kann (Dragioti, Dimoliatis & Evangelou, 2015; Dragioti, Dimoliatis, Fountoulakis & Evangelou, 2015; Munder, Brutsch, Leonhart, Gerger & Barth, 2013; Munder, Fluckiger, Gerger, Wampold & Barth, 2012). Der Studienleiter war jedoch nur in einer der vier Therapiegruppen als Therapeut beteiligt, was den möglichen Einfluss auf die Ergebnisse gering halten würde. Darüber hinaus war der Therapeut sich seiner Rolle als Studienleiter bewusst. Zudem wurde die Modulevaluation nicht nur durch den Autor der vorliegenden Arbeit selbst, sondern gemeinsam mit der anwesenden Co-Therapeutin ausgefüllt, um eine mögliche Verzerrung zu vermeiden. Trotz des Wissens über den möglichen Allegiance-Effekt überwog für den Studienleiter letztlich die Notwendigkeit als Therapeut zu fungieren, um die geplante Stichprobengröße von $N = 17$ zu erhalten und das Forschungsvorhaben umsetzen zu können.

In der hier vorgestellten Studie wurde die Behandlungsintegrität in den Evaluationsbögen erfasst, die die Psychotherapeuten nach jeder Sitzung ausfüllen mussten. Dies stellte eine mögliche Fehlerquelle für das Antworten mit der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit dar (Bortz & Döring, 2006). Andere Autoren verwendeten Videoaufnahmen, um die Behandlungsintegrität sicherzustellen (Kladouchou, Papathanasiou, Efstratiadou, Christaki & Hilari, 2017; McCay et al., 2016). Videoaufnahmen beinhalten die Vorteile, dass das gesamte beobachtbare, verbale, non- und paraverbale Verhalten ausgewertet werden kann.

Aufgrund der begrenzten Ressourcen zur Realisierung der Studie musste darauf jedoch verzichtet werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Psychotherapeuten nicht sozial erwünscht geantwortet haben, da für die Kategorie Behandlungsintegrität „sehr genau“ nur in 10.5% der Sitzungen angegeben wurde und alle Psychotherapeuten persönlich angewiesen wurden, möglichst ehrlich zu antworten und bei Bedarf auch Kritik zu üben, um das Manual im Sinne der formativen Evaluation zu modifizieren.

Als weiteren limitierenden Punkt muss angemerkt werden, dass auf Grundlage des Studiendesigns (nicht randomisiert, nicht kontrolliert) keine Kausalschlüsse gezogen werden können. Alle Veränderungen in der Stichprobe könnten auch durch andere Einflüsse hervorgerufen worden sein (bspw. Einzeltherapie, persönliche Schicksale). Alle Patienten befanden sich zusätzlich in ambulanter Einzeltherapie, so dass die Veränderungen in den abhängigen Variablen auch durch diese hervorgerufen worden sein könnten. Da alle Patienten mindestens eine depressive Störung aufwiesen, ist es auch möglich, dass sich die Interventionen der Gruppentherapie (bspw. kognitive Umstrukturierung) denen der Einzeltherapien glichen und die Interventionen sich somit gegenseitig beeinflussten. Die Inhalte der Einzeltherapien wurden nicht systematisch erfasst, sodass dieser Einfluss unklar bleibt. Zudem wurden nicht alle vier Gruppen zur selben (Jahres-)Zeit durchgeführt, sondern über einen Zeitraum von neun Monaten. Dies kann Verzerrungen durch Testzeiteffekte (bspw. Sonnenstunden, politische Entwicklungen) zur Folge gehabt haben (Hertel, Klug & Schmitz, 2010). Dementsprechend ist hier das Fehlen einer Kontrollgruppe kritisch anzumerken. Es ist unklar, ob die Veränderungen in den abhängigen Variablen der beschriebenen Intervention zugeordnet werden können oder der Tatsache, dass überhaupt eine Intervention erfolgte. Möglicherweise hätte die Teilnahme an einer störungsspezifischen Gruppentherapie für Patienten mit depressiven Störungen ähnliche Effekte auf die Arbeitsfähigkeit, Psychopathologie und psychosoziale Gesundheit gehabt. Gruppentherapieprogramme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt für Patienten mit depressiven Störungen überschneiden sich mit dem Manual „Gesund bleiben im Beruf“ in einigen Interventionsmethoden (bspw. kognitive Methoden, Entspannungsverfahren und soziale Kompetenz; Kühner, 2003; Kühner, Angermeyer & Veiel, 1994).

Insgesamt ist das vorgestellte Studiendesgin für die erste Stufe der Psychotherapieforschung dennoch angemessen und hat seine Berechtigung (Krampen et al., 2008). Dadurch, dass verschiedene methodische Ansätze (Mixed Methods) angewendet wurden, kann davon

ausgegangen werden, dass die Ergebnisse auch belastbarer interpretiert werden können, als wenn nur ein methodischer Ansatz gewählt worden wäre.
Auch wenn auf Grundlage des Studiendesigns keine Kausalzusammenhänge hergestellt werden können, lässt das Studiendesign dennoch die Möglichkeit zu, Annahmen zu stützen und weitere Hypothesen zu bilden.

6.3 Implikationen

6.3.1 Implikationen für die Praxis

Für die Praxis ergeben sich interessante Anwendungsfelder des hier vorgestellten Gruppentherapiemanuals. Der eigentliche Anwendungsbezug des Manuals ist für ambulant tätige Psychotherapeuten vorgesehen, daher werden sich die Implikationen schwerpunktmäßig auf diesen Anwendungsbereich beziehen. Im Anschluss werden weitere mögliche Anwendungsbereiche für das Therapiemanual aufgezeigt.
Für den Kontext der ambulanten Psychotherapie existiert mit dem hier präsentierten Manual ein Therapiekonzept für arbeitsunfähige Patienten. In dieser ersten Pilotstudie wurde das Manual an Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen angewendet. Dennoch sollten die Interventionen auch störungsübergreifend wirken. Da beide Störungsgruppen die höchsten Prävalenzen in Deutschland haben, könnten potenziell viele Patienten von dem Therapiekonzept profitieren (Jacobi et al., 2014). Das Manual „Gesund bleiben im Beruf“ birgt einen Mehrwert für die Therapie arbeitsunfähiger psychisch kranker Patienten, da (1) das Thema Arbeit und die dazugehörigen Problembereiche in den Fokus gestellt wird, (2) Patienten ein Setting erhalten, in dem sie die Erfahrung machen, mit ihrer Situation nicht alleine zu sein und innerhalb der Gruppe voneinander lernen zu können, (3) negative und positive Aspekte des Arbeitens thematisiert werden, (4) Patienten angeregt werden, sich bewusst und mit therapeutischer Unterstützung mit der eigenen Arbeitssituation zu konfrontieren, (5) Patienten eine Zukunftsperspektive entwickeln, (6) Patienten sich ihre Ressourcen bewusst machen und (7) aktiver am Leben teilnehmen. Darüber hinaus birgt das Therapiekonzept die Möglichkeit, dass Patienten ihre Arbeitsfähigkeit sowie ihre psychische und psychosoziale Belastung verbessern.

Für Psychotherapeuten mit der Fachkunde Verhaltenstherapie bedarf es keiner weiterführenden Schulung oder Qualifizierung, um die Therapie anzuleiten. Das Therapiemanual sowie die Arbeitsblätter sind ausführlich beschrieben und leicht verständlich. Aus Sicht von Psychotherapeuten ist das Therapiekonzept akzeptiert, angemessen und machbar. Auch die Wiedergabetreue ist aufgrund des detaillierten Manuals gegeben (Petermann, 2014).

Auf Grundlage der berichteten Evaluationsergebnisse wird empfohlen, die Länge der Therapie in Zeit und Umfang an die jeweilige Patientengruppe anzupassen. Bei Patienten, die subjektiv von einer längeren Arbeitsunfähigkeit (> 6 Monate) ausgehen und sich entsprechend höher belastet fühlen, sollte die Dauer der Therapie verlängert werden. Auch bei Patienten, die schwerer oder mehrfach erkrankt sind und vermutlich eine höhere psychische Beeinträchtigung (bspw. Konzentrationsminderung) aufweisen, sollte die Therapie tendenziell länger andauern. Zudem sollten Patienten mit schweren Krankheitsverläufen an einer vorausgehenden störungsspezifischen Therapie (bspw. Depressionsbewältigungsgruppe) teilnehmen. Diese Empfehlungen ergeben sich sowohl aus den Patientenrückmeldungen, als auch aus den Therapeutenrückmeldungen. Eine Therapiedauer von 15 – 20 Wochen ist unter den oben beschriebenen Bedingungen empfehlenswert und wurde auch von einigen Patienten als wünschenswert geäußert. In Kasten 42 sind die Implikationen für die praktische Anwendung zusammenfassend dargestellt.

Implikationen für die praktische Anwendung:

1. Übergeordnetes Ziel der Intervention ist die konkrete Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitssituation und nicht zwingend die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.
2. Therapeuten sollten dialektisch auf die Gegenüberstellung belastender und förderlicher Aspekte von Arbeit achten.
3. Die Auswahl der Inhalte für jedes Modul sollte individuell an die Patientengruppe angepasst werden.
4. Für Patienten, bei denen von einer längeren AU ausgegangen wird (> 6 Monate) sollte die Therapiedauer auf 15 bis 20 Wochen verlängert werden.
5. Für Patienten mit komorbiden Krankheitsbildern sollte die Therapiedauer auf 15 bis 20 Wochen verlängert werden.
6. Ggf. sollten Patienten mit schweren Krankheitsverläufen (bspw. schwere depressive Symptomatik) zunächst an einer störungsspezifischen Gruppentherapie teilnehmen.
7. Ggf. sollten geeignete Maßnahmen zur Nachsorge bereitgestellt werden.

Kasten 42: Implikationen für die Praktische Anwendung der Intervention.

In der praktischen Durchführung hat sich gezeigt, dass jedes Modul auch auf zwei doppelstündige Sitzungen verteilt werden kann. Das Therapiemanual bietet dazu genug inhaltliche Anregungen und Arbeitsblätter. Ein weiterer Vorteil der Verlängerung der Therapiedauer wäre die Möglichkeit, mehr Zeit für Diskussionen und persönlichen Austausch zur Verfügung stellen zu können. Die qualitativen Ergebnisse haben gezeigt, dass insbesondere Universalität des Leidens ein bedeutsamer therapeutischer Wirkfaktor ist. Dieser und andere therapeutische Wirkfaktoren können potenziell durch die Verlängerung der Diskussionszeit gefördert werden.

Sollte sich für die Durchführung der Gruppentherapie in der ursprünglich vorgesehenen Sitzungsanzahl von 10 Sitzungen entschieden werden, kann sich pro Sitzung auf einzelne inhaltliche Schwerpunkte innerhalb eines Moduls beschränkt werden. Das Manual und die

Arbeitsblätter können in der klinischen Praxis auch als Pool verschiedener Methoden und Arbeitsblätter genutzt werden.
Zusammenfassend wird hinsichtlich des Zeitmanagements empfohlen, bei der Planung des zeitlichen Umfangs die Charakteristika der Patientengruppe zu berücksichtigen und bei stärker belasteten Patientengruppen mehr Zeit einzuplanen.
In der vorliegenden Arbeit wiesen die Patienten auch drei Monate nach Therapieende einen niedrigen WAI-Wert auf. Daher ist es indiziert den Patienten eine geeignete Möglichkeit zur Nachsorge anzubieten. Zum einen eignen sich dafür internetbasierte Interventionen (Bauer, Moessner & Wolf, 2011). Zum anderen eignet sich dafür, wie in den S3-Leitlinien zu Behandlung unipolarer Depressionen empfohlen, die Etablierung von Selbsthilfegruppen (DGPPN et al., 2015).

Aus praxisorientierten Gesichtspunkten ergeben sich für das Therapiekonzept weitere mögliche Anwendungsbereiche (siehe Abbildung 43): So wäre der Einsatz des Therapiekonzeptes in (teil-) stationären Rehabilitationskliniken, insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation indiziert. Auch wenn für diesen Bereich mit dem SBA (Hillert et al., 2012) bereits ein evaluiertes Therapiekonzept für die stationäre Rehabilitation existiert, hat die Bereitstellung des hier vorgestellten Manuals einen Mehrwert für die (teil-) stationäre Versorgung. In dem Manual „Gesund bleiben im Beruf“ werden, im Gegensatz zum SBA, neuere verhaltenstherapeutische und wissenschaftliche Methoden integriert (bspw. ACT) sowie jeweils ein Modul zum Thema Mobbing und zum Thema Rückfallprävention angeboten. Darüber hinaus erscheint es prinzipiell ratsam, Praktikern möglichst viele wissenschaftlich evaluierte Therapieoptionen anzubieten.
Für einen präventiveren Anwendungsbereich bietet sich auch die Einbettung der Intervention in das Programm der Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherungsträger an.

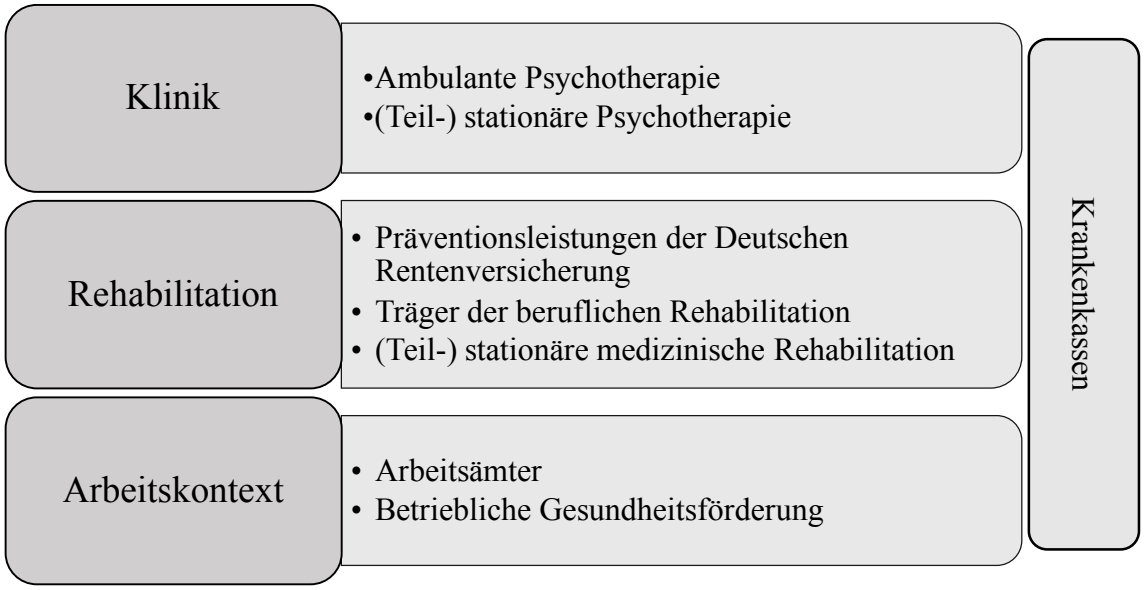


Abbildung 43: Anwendungsbereiche für die Intervention „Gesund bleiben im Beruf".

Des Weiteren wäre der Einsatz des Therapiekonzepts auch in Arbeitsämtern oder Trägern in der beruflichen Rehabilitation indiziert, um deren Klienten ein gruppentherapeutisches Angebot machen zu können, welches das Thema Arbeit und die eigene Arbeitsfähigkeit in den Vordergrund stellt. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass das Therapiekonzept durch geschulte oder entsprechend ausgebildetes Personal (bspw. Psychotherapeuten) angeboten wird. Die Bereitstellung einer Gruppentherapie mit Inhalten wie Rollenspiele und Förderung der Motivation wurde bereits erfolgreich eingesetzt, um Erwerbslose bei der Arbeitsplatzsuche zu unterstützen (Azrin, Flores & Kaplan, 1975). Auch für Krankenkassen wäre das Therapiekonzept möglicherweise attraktiv. Die Förderung der Teilnahme an der Gruppentherapie könnte die hohen AU-Raten und AU-Dauern positiv beeinflussen und drüber hinaus auch die Ausgaben für Krankengeldzahlungen reduzieren.

Ein weiterer Anwendungsbereich wäre potenziell auch die betriebliche Gesundheitsförderung. Hierbei wäre es im Sinne einer Sekundärprävention ratsam, dass Mitarbeiter in Betrieben zunächst ein Screening ihrer Arbeitsfähigkeit erhalten. Dafür wäre bspw. der WAI (Bethge et al., 2012) ein geeignetes Verfahren. Mitarbeiter, die ein hohes Risiko für AU aufweisen, wären eine mögliche Zielgruppe für die Maßnahme. Das inhaltliche Konzept des Therapiemanuals könnte weitestgehend beibehalten werden. Lediglich Verweise auf psychische Störungen müssten im Manual und in den Arbeitsblättern weniger stark herausgestellt und angepasst werden. Auch Riedel-Heller, Stengler und

Seidler (2012) empfehlen auf betrieblicher Ebene Interventionen anzubieten, die Ressourcen und die psychische Gesundheit stärken, in dem Entspannungsverfahren, Psychoedukation und kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien zum Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen (bspw. Perfektionismus) vermittelt werden. *Gesund bleiben im Beruf* erfüllt diese inhaltlichen Anforderungen und wäre daher auch für den Indikationsbereich betriebliche Gesundheitsförderung geeignet.

Insgesamt ergeben sich also eine Vielzahl an praktischen Anwendungsbereichen in medizinischen, rehabilitativen und betrieblichen Kontexten für das vorliegende Therapiekonzept.

6.3.2 Implikationen für die Forschung

Neben den praktischen Implikationen ergeben sich zusätzliche Implikationen für die Forschung. Zukünftig wäre es wünschenswert, die hier präsentierten Ergebnisse an einer größeren Stichprobe in einer randomisierten und kontrollierten Studie (Phase 2 nach Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008) durchzuführen. Dabei sollte sich zunächst auf eine psychische Grunderkrankung (bspw. depressive Störungen) beschränkt werden, um die interne Validität der Ergebnisse hoch zu halten. Als Kontrollgruppe würde sich als *treatment-as-usual* die Teilnahme an einer Problemlösegruppe oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionsbewältigungsgruppe (bswp. nach Hautzinger, 2013) eignen. Zwei Studien konnten bereits zeigen, dass eine arbeitsbezogene kognitive Verhaltenstherapie der üblichen kognitiven Verhaltenstherapie in Bezug auf AU-Tage und Kosteneffektivität überlegen ist (Kroger et al., 2015; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij & Schaufeli, 2012). Eine solche vergleichende Untersuchung wäre auch für das vorliegende Therapiekonzept nötig.

Im Folgenden wird eine mögliche Fallzahlplanung für eine randomisierte-kontrollierte Studie vorgestellt. Die Fallzahlschätzung erfolgt für den Vergleich unverbundener Stichproben. Eine nähere Beschreibung zur Durchführung von Fallzahlplanungen findet sich bei Röhrig, Prel, Wachtlin, Kwiecien und Blettner (2010).

Für die Fallzahlplanung wurde anhand folgender Formel nach Röhrig, Prel, Wachtlin, Kwiecien und Blettner (2010) vorgegangen:

$$n = [2(z_{\text{Power}} - z_1 - \alpha)/2(\mu 1 - \mu 2)\ /\delta]^2$$

Die Berechnung wurde mit Hilfe eines internetbasierten Programms zu Fallzahlplanung der Universität Münster vorgenommen (Power/Fallzahlberechnung stetige Zielgrößen und unverbundene Stichproben, o.D.). Als Zielgröße wurde die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI-Wert) verwendet.

Für μ1 kann der Mittelwertunterschied anhand des RCI-Wertes der vorliegenden Arbeit verwendet werden (μ1 = 6.82). Da davon ausgegangen werden muss, dass auch eine Kontrollintervention die Arbeitsfähigkeit ebenfalls verbessert, wurde als Mittelwertunterschied für die Kontrollgruppe μ2 = 3.41 gewählt. Dieser Wert ist übereinstimmend mit den Ergebnissen von Knekt et al. (2011), die nach einer 9-wöchigen psychodynamischen Therapie einen Mittelwertunterschied von 3.3 im WAI ein Jahr nach der Therapie fanden. Die Standardabweichung des WAI wurde den hier vorgestellten Daten entnommen (*SD* = 5.97). Als Signifikanzniveau wurde $p = .05$ und als Teststärke = .80 = 80% gewählt. Nach dieser Berechnung ergibt sich eine Fallzahl von $N = 39$ Patienten pro Gruppe. Auf Grundlage dieser Berechnungen wäre eine zukünftige Studienplanung möglich. Hendriks et al. (2016) konnte zeigen, dass Patienten mit sozialer Phobie oder komorbiden Angststörungen häufiger arbeitsunfähig sind als Patienten mit Agoraphobie oder generalisierter Angststörung. Weiterführende Studien sollten daher untersuchen, in wie weit sich Patienten mit verschiedenen Angststörungen in Hinblick auf die Dauer der AU unterscheiden und ob sich hieraus unterschiedliche Implikationen für die Therapie ergeben. In der Praxis zeigt sich häufig auch, dass Patienten Vorteile durch die AU (bspw. BU-Rente, Fürsorge durch Angehörige) haben können (Widder & Gaidzik, 2011). Hier sollten zukünftige Studien näher untersuchen, welchen Einfluss Krankheitsgewinn im Sinne einer Funktionalität auf die Arbeitsfähigkeit hat und in wie weit gruppentherapeutische Interventionen diese positiv beeinflussen können.

In der vorliegenden Arbeit wurden Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung, eine Variante gemischter linearer Modelle (GLM) mit Messwiederholung als statistisches Verfahren verwendet. Die Vorteile des Verfahrens für die vorliegende Arbeit wurde im Methodenteil (4.9 Statistische Analyse) näher beschrieben. GLM werden in der klinischen Wissenschaft erst seit einigen Jahren vermehrt angewandt. Boisgontier und Cheval (2016) sprechen sogar von einer ANOVA zur GLM Transition in der Wissenschaft. In dieser Arbeit

wurden die Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung zusätzlich durch eine Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung gestützt.
Einige Autoren empfehlen GLM mit Messwiederholung gegenüber Varianzanalysen mit Messwiederholung, da GLM mit Messwiederholung bei kleinen Stichproben eine höhere Power aufweisen (Ma, Mazumdar & Memtsoudis, 2012). Insbesondere bei fehlenden Daten erweisen sich GLM gegenüber ANOVAs als vorteilhafter (Armstrong, 2017; Kang, Lee, Kang, Kim & Kim, 2016). Kuß und Watzke (2005) empfehlen die Verwendung von GLM mit Messwiederholung gegenüber ANOVAs mit Messwiederholung bspw. auch im Bereich der Rehabilitationsforschung.
In dieser Studie konnten Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung erfolgreich eingesetzt werden, um mit fehlenden Daten umgehen zu können ohne Beeinträchtigungen in der statistischen Power hinnehmen zu müssen. Auch wenn sich in den letzten Jahren die Verwendung gemischter linearer Modelle bereits gehäuft hat, sollten Forschende im Bereich der Therapieforschung stärker den Einsatz dieser Modelle in Erwägung ziehen. Obwohl GLM methodisch anspruchsvoller sind, bieten sie gegenüber den gängigen Varianzanalysen mit Messwiederholung deutliche Vorteile.

Die hier präsentierten Ergebnisse zeigen, dass hohe Arbeitsintensität eine hohe arbeitsbezogene Belastung darstellt. Mehr als 75 % der Patienten gaben an, dass Zeitdruck für sie eine starke Arbeitsbelastung darstellt. Dies ist bedeutsam, da eben diese Belastung übereinstimmend mit anderen Arbeiten ein hohes Risiko für anhaltenden Stress und Arbeitsunfähigkeit darstellt (Aronsson et al., 2017; Krause, 2008; Niedhammer et al., 2016; Prang, Bohensky, Smith & Collie, 2016; Rau & Henkel, 2013; Rau & Buyken, 2015; Theorell et al., 2015).
Weitere Forschung sollte noch stärker die Wechselwirkung von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen untersuchen. Fraglich ist, ob Arbeitsbelastungen das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen oder ob psychisch erkrankte Menschen ihre Arbeit und Arbeitsfähigkeit durch Konzentrations-, Aufmerksamkeitsminderung oder veränderte Wahrnehmung schlechter einschätzen (Rau & Henkel, 2013). Nicht bei jedem führt die gleiche Arbeitsbelastung zur gleichen Symptomatik, so dass hier noch näher untersucht werden sollte, was diesen Zusammenhang vermittelt. Sicher scheint aber nach Rau und Henkel (2013), dass zumindest höhere Arbeitsintensität das Risiko für eine depressive Erkrankung erhöht. Zudem muss der Einfluss von Arbeitsbelastungen auf die (psychische)

Gesundheit auch kritisch betrachtet und diskutiert werden. Die ständig zunehmenden Veränderungen der Anforderungen an Arbeitnehmer führt zu der gesamtgesellschaftlichen Frage, in welche Richtung Anpassungsprozesse verlaufen sollen: In wie weit sollten sich Arbeitsanforderungen an die Menschen anpassen bzw. in wie weit müssen sich Menschen ständig wachsenden Anforderungen anpassen können? Auch wenn die Fragen nach der Richtung der Anpassung primär gesellschaftlich beantwortet werden müssen, kann weitere Forschung auf diesem Gebiet dazu beitragen, besser zu verstehen, in wie weit und unter welchen Bedingungen psychische Anpassungsprozesse überhaupt möglich sind und ab wann Arbeitsbelastungen wie hohe Arbeitsintensität, Mobilität und Schichtdienst einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellen. In Hinblick auf die weitere Technologisierung und steigende Intensität von Arbeitsprozessen sowie der Kapitalisierung und Globalisierung von Märkten sollte psychologische, medizinische und soziologische Forschung weiter belastbare Ergebnisse über den Einfluss von Arbeit auf die (psychische) Gesundheit generieren.

Vor allem in Hinblick auf den demographischen Wandel kommt der Gesundheitsförderung von Arbeitnehmern in Zukunft ein noch bedeutsamerer Stellenwert zu. Statistische Simulationen zeigen, dass die Erwerbstätigenquote aufgrund der sich ändernden gesellschaftlichen Altersstruktur zukünftig weiter abnehmen wird (Fuchs, 2013). Dies kann dazu führen, dass durch die geringere Erwerbstätigenquote der Bedarf an Erwerbstätigen durch wirtschaftliche Anforderungen zukünftig deutlich steigen wird. Auch aus wirtschaftlicher Sicht wird es zukünftig noch wichtiger sein, die (psychische) Gesundheit von Arbeiternehmern zu erhalten und zu fördern.

6.4 Zusammenfassung

Arbeit zeichnet sich sowohl durch protektive als auch durch gesundheitsgefährdende Faktoren aus. Arbeitsbezogene Faktoren können zu langanhaltendem Stress, psychischen Störungen und in der Folge zu AU führen. Insbesondere depressive Störungen und Angststörungen sind häufig mit AU assoziiert. Deshalb wurde eine Gruppentherapie mit dem Ziel der Förderung der Arbeitsfähigkeit entwickelt und evaluiert. Es konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass das gruppentherapeutische Manual „Gesund bleiben im Beruf“ von Patienten und Therapeuten positiv angenommen wird und hohe

Akzeptanz erreicht. Das Therapiekonzept profitiert besonders stark von therapeutischen und inhaltlichen Wirkfaktoren wie Universalität des Leidens, Einsicht, Gruppenkohäsion, Rückfallprophylaxe, Umgang mit Mobbing und berufliche Zielklärung. Schließlich konnten erste Hinweise für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, der generellen Symptomschwere, der depressiven Symptomatik, der Unsicherheit in Sozialkontakten sowie der Aktivität und Partizipation durch die Intervention gefunden werden.

Obwohl diese Ergebnisse in einer randomisierten kontrollierten Studie weiter untersucht werden sollten, kann hervorgehoben werden, dass das innovative gruppentherapeutische Manual „Gesund bleiben im Beruf“ nun eine wesentliche Versorgungslücke schließt. Durch die vielseitigen Anwendungsbereiche des Gruppentherapiekonzeptes kann die Risikogruppe über verschiedene Settings erreicht und deren psychosoziale Gesundheit bedeutsam verbessert werden.

7 Literaturverzeichnis

Abdolalizadeh, M., Arastoo, A. A., Ghsemzadeh, R., Montazeri, A., Ahmadi, K., & Azizi, A. (2012). The psychometric properties of an Iranian translation of the Work Ability Index (WAI) questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *22*(3), 401–408.

Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L., & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1569–1576.

Agee, J. D., Danoff-Burg, S., & Grant, C. A. (2009). Comparing brief stress management courses in a community sample: Mindfulness skills and progressive muscle relaxation. *Explore (N.Y.)*, *5*(2), 104–109.

Aghaei, M., Samkhaniyan, E., Mahdavi, A., Faraji, J., & Roshandel, Z. (2015). Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on depression, anxiety, and stress of patients with coronary heart disease. *Journal of Medicine and Life*, *8*(4), 252–257.

Albani, C., Blaser, G., Rusch, B.-D., & Brähler, E. (2013). Einstellungen zu Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *58*(5), 466–473.

Andres, K., Pfammatter, M., Garst, F., Teschner, C., & Brenner, H. D. (2000). Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: A pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 318–322.

Antunez Sanchez, L. G., de la Casa Almeida, M., Rebollo Roldan, J., Ramirez Manzano, A., Martin Valero, R., & Suarez Serrano, C. (2017). [Effectiveness of an individualised physiotherapy program versus group therapy on neck pain and disability in patients with acute and subacute mechanical neck pain]. *Atencion primaria*, *49*(7), 417–425.

Arias-Pujol, E., & Anguera, M. T. (2017). Observation of interactions in adolescent group therapy: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1188.

Armstrong, R. A. (2017). Recommendations for analysis of repeated-measures designs: Testing and correcting for sphericity and use of manova and mixed model analysis. *Ophthalmic and Physiological Optics*, *37*(5), 585–593.

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarstrom, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., … Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, *17*(1), 264.

Azrin, N. H., Flores, T., & Kaplan, S. J. (1975). Job-finding club: A group-assisted program for obtaining employment. *Behaviour Research and Therapy*, *13*(1), 17–27.

Baddeley, A. D. (1968). Prior recall of newly learned items and the recency effect in free

recall. *Canadian Journal of Psychology*, *22*(3), 157–163.

Badura, B., Litsch, M., & Vetter, C. (2000). *Fehlzeiten Report 1999: Psychische Belastung am Arbeitsplatz : Zahlen, Daten, Fakten aus allen Branchen der Wirtschaft*. Springer: Heidelberg.

Badura, B., Schröder, H., Klose, J., & Macco, K. (2010). *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Springer: Heidelberg.

Bamberg, E., & Busch, C. (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, *50*(4), 215–226.

Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., … Beutel M.E. (2014). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Aufgerufen am 07.01.2018 von www.awmf.org/leitlinien.html

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215.

Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V, Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 160–167.

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj, H., … Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, *10*(5), e1001454.

Bauer, S., Moessner, M., & Wolf, M. (2011). Internetbasierte Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapie im Dialog*, *12*(2), 148–152.

Baum, N., & Neuberger, T. (2014). The contributions of persons in the work environment to the self-identity of persons with mental health problems: A study in Israel. *Health & Social Care in the Community*, *22*(3), 308–316.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571.

Behenck, A. S., Gomes, J. B., & Heldt, E. (2016). Patient rating of therapeutic factors and response to cognitive-behavioral group therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, *37*(6), 392–399.

Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D., & Heldt, E. (2017). Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with

panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(2), 142–146.

Bellack, A. S., Hersen, M., & Himmelhoch, J. (1981). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *The American Journal of Psychiatry*, *138*(12), 1562–1567.

Berger, M. (2016). Versorgung psychisch Erkrankter: endlich Bewegung bei den Finanzierungssystemen. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, *18*(9), 3.

Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 234–245.

Bethge, M. (2017). Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *60*(4), 427–435.

Bethge, M., Radoschewski, F. M., & Gutenbrunner, C. (2012). The Work Ability Index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: Longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *44*(11), 980–987.

Biallas, B., Froböse, I., Zöller, M., & Wilke, C. (2015). Analyse der Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen bewegungsbezogener Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem mittelständischen Unternehmen. *Gesundheitswesen*, *77*(5), 357–361.

Bloch, S., Crouch, E., & Reibstein, J. (1981). Therapeutic factors in group psychotherapy: A review. *Archives of General Psychiatry*, *38*(5), 519–526.

Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive-behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, *20*(2), 129–144.

Boisgontier, M. P., & Cheval, B. (2016). The anova to mixed model transition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *68*, 1004–1005.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). Besonderheiten der Evaluationsforschung. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (S. 95–136). Heidelberg: Springer.

Bortz, J., & Döring, N. (2006). Von einer interessanten Fragestellung zur empirischen Untersuchung. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (pp. 35–94). Heidelberg: Springer.

Bowes, L., Joinson, C., Wolke, D., & Lewis, G. (2015). Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood: Prospective cohort study in the United Kingdom. *BMJ*, *350,h2469*.

BPtK. (2015). *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015*. Aufgerufen am 01.02.2018 von http://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_au-studie_2015_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf

Braungardt, T., Vogel, M., Schmiedeberg, J., & Schneider, W. (2013). Mobbing. *Psychotherapeut*, *58*(3), 257–268.

Bridger, R. S., & Bennett, A. I. (2011). Age and BMI interact to determine work ability in seafarers. *Occupational Medicine*, *61*(3), 157–162.

Bühring, P. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Die Ergebnisse deuten auf eine Unterversorgung hin. *Deutsches Ärzteblatt International*, *10*(3), 107.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *43*(3), 190–197.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2013). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit*. Aufgerufen am 01.02.2018 von https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit_node.html

Bundesverband BKK. (2011). Zukunft der Arbeit BKK Gesundheitsreport 2011. Aufgerufen am 07.01.2018 auf http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport/fruehere_gesundheitsreporte/BKK-Gesundheitsreport_2011.pdf

Bürger, W., & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, *48*(4), 211–221.

Cajochen, C. (2005). Schlafstörungen bei Schichtarbeit und Jetlag und die Rolle der inneren Uhr. *Praxis*, *94*(38), 1479–1483.

Camarelles, F., Asensio, A., Jimenez-Ruiz, C., Becerril, B., Rodero, D., & Vidaller, O. (2002). [Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking. Randomized clinical trial]. *Medicina clinica*, *119*(2), 53–57.

Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). [Modulating variables of work

disability in depressive disorders]. *Revista de Calidad Asistencial*, *26*(1), 39–46.

Chiang, K.-J., Chen, T.-H., Hsieh, H.-T., Tsai, J.-C., Ou, K.-L., & Chou, K.-R. (2015). One-year follow-up of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients' depression: A randomized, single-blinded, controlled Study. *The Scientific World Journal*, *2015*, 373149.

Choi, Y. H., & Park, K. H. (2006). Therapeutic factors of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Korean Medical Science*, *21*(2), 333–336.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155–159.

Conwill, M., Oakley, L., Evans, K., & Cavanna, A. E. (2014). CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: A pilot study. *Epilepsy & Behavior*, *34*, 68–72.

Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A aystematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *21*(2), 259–274.

Costa, R. T. da, Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M. R. de, Freire, R. C. da R., Versiani, M., … Nardi, A. E. (2011). [The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: A randomized controlled study]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *33*(2), 144–149.

DAK Gesundheitsreport. (2017). Gesundheitsreport 2017: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Schlafstörungen. Aufgerufen am 01.02.2018 von https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2017-1885298.pdf

DAK Gesundheitsreport. (2016). *Gesundheitsreport 2016: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit.* Aufgerufen am 01.02.2018 von https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2016---warum-frauen-und-maenner-anders-krank-sind-1782660.pdf am 01.02.2018

Dalgaard, V. L., Andersen, L. P. S., Andersen, J. H., Willert, M. V., Carstensen, O., & Glasscock, D. J. (2017). Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Negative Results in Biomedicine*, *16*(1), 13.

De Berry, S. (1981). An evaluation of progressive muscle relaxation on stress related symptoms in a geriatric population. *International Journal of Aging & Human Development*, *14*(4), 255–269.

Deller, J., Kern, S., Hausmann, E., & Diederichs, Y. (2008). *Personalmanagement im*

demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess. Heidelberg: Springer.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AKDÄ, BPTK, … DGRW. (2015). *S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie – Unipolare Depression – Langfassung* (2. Aufl.). Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.

Dilling, H., & Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Hogrefe: Göttingen.

DIMDI. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Dimsdale, J. E. (2008). Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, *51*(13), 1237-1246.

Dinkel, A., Herschbach, P., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., … Book, K. (2012). Determinants of long-term response to group therapy for dysfunctional fear of progression in chronic diseases. *Behavioral Medicine*, *38*(1), 1–5.

Döpfner, M. (2013). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hoegrefe.

Dragioti, E., Dimoliatis, I., & Evangelou, E. (2015). Disclosure of researcher allegiance in meta-analyses and randomised controlled trials of psychotherapy: A systematic appraisal. *BMJ Open*, *5*(6), Online veröffentlicht e007206.

Dragioti, E., Dimoliatis, I., Fountoulakis, K. N., & Evangelou, E. (2015). A systematic appraisal of allegiance effect in randomized controlled trials of psychotherapy. *Annals of General Psychiatry*, *14*, 25.

Drews, B., Nielsen, C. V, Rasmussen, M. S., Hjort, J., & Bonde, J. P. (2007). Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: A controlled study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *35*(1), 86–94.

Eklund, M., Hansson, L., & Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, *40*(5), 465–477.

Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C., & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, *55*(1), 29–34.

Ewert, T., Cieza, A., & Stucki, G. (2002). Die ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, *12*(3), 157–162.

Falkai, P. (2013). Empfehlungen und Statements im Überblick. In DGPPN (Hrsg.), *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (S. 15–24). Heidelberg: Springer.

Fehm, L., & Fehm-Wolfsdorf, G. (2001). Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *46*(6), 386–390.

Feng, C.-Y., Chu, H., Chen, C.-H., Chang, Y.-S., Chen, T.-H., Chou, Y.-H., … Chou, K.-R. (2012). The effect of cognitive-behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000-2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *9*(1), 2–17.

Finnes, A., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Enebrink, P. (2017). Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and a Workplace Intervention for Sickness Absence Due to Mental Disorders. *Journal of Occupational Health Psychology*. Online publiziert. doi 10.1037/ocp0000097.

Franke, G. (2013). *SCL-90-S*. Göttingen: Beltz.

Fuchs, J. (2013). Demografie und Fachkräftemangel. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *56*(3), 399–405.

Fydrich, T., Martin, B. A., Schneider, E. W., Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., … Härter, M. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, *55*, 247–263.

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deuttsches Ärztebattl International*, *110*(47), 799–808.

Gerdes, N., & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation BT. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41–68). Heidelberg: Springer.

GKV Spitzenverband. (2014). Psychotherapeutische Versorgungsangebote am Bedarf ausrichten. Aufgerufen am am 21.05.2017 von https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_122048.jsp

Glöckner-Rist, A., & Stieglitz, R.-D. (2011). TBS-TK Rezension: SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version). *Psychologische Rundschau, 63*, 73–75.

Goedhard, R. G., & Goedhard, W. J. A. (2005). Work ability and perceived work stress. *International Congress Series*, *1280*(Supplement C), 79–83.

Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, *44*(2),

63–73.

Greenfield, S. F., Sugarman, D. E., Freid, C. M., Bailey, G. L., Crisafulli, M. A., Kaufman, J. S., … Fitzmaurice, G. M. (2014). Group therapy for women with substance use disorders: Results from the women's recovery group study. *Drug and Alcohol Dependence*, *142*, 245–253.

Groen, G., Pössel, P., Al-Wiswasi, S., & Petermann, F. (2003). Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, *12*(3), 164–174.

Guhn, M., Forer, B., & Zumbo, B. D. (2014). Reliable Change Index. In A. C. Michalos (Hrsg.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (S. 5459–5462). Dordrecht: Springer Netherlands.

Gunasekara, F. I., Richardson, K., Carter, K., & Blakely, T. (2014). Fixed effects analysis of repeated measures data. *International Journal of Epidemiology*, *43*(1), 264–269.

Hadinia, A., Meyer, A., Bruegger, V., Hatz, F., Nowak, K., Taub, E., … Gschwandtner, U. (2016). Cognitive-behavioral group therapy reduces stress and improves the quality of life in patients with parkinson's disease. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1975.

Hajak, G., & Zulley, J. (2008). Schlafstörungen bei Schichtarbeit - Wenn die Arbeit mit der inneren Uhr kollidiert. *Psychoneuro*, *34*(2), 70–77.

Haller, C., Andres, K., Hofer, A., Hummer, M., Gutweniger, S., Kemmler, G., … Meise, U. (2009). Psychoedukative und bewältigungsorientierte Gruppentherapie für SchizophreniepatientInnen. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, *23*(3), 174–183.

Hammel, Y., Kilian, H., & Schäfer, F. (2013). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Ein Überblick. *Nervenheilkunde*, *32*(6), 358–362.

Hammen, C. (2004). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 293–319.

Hampel, P., Kümmel, U., & Meier, M. (2009). Schul-basiertes Stressbewältigungstraining in der frühen Adoleszenz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *17*(1), 1–12.

Hampel, P., & Petermann, F. (2017). *Cool bleiben - Stress vermeiden* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Harfst, T., Koch, U., & Kurtz von Aschoff, C. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften*, *33*, 71–73.

Hasselhorn, H. M., & Freude, G. (2007). *Der Work Ability Index – ein Leitfaden*.

Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.

Hatterer, L. J. (1966). Work identity: A psychotherapeutic dimension. *The American Journal of Psychiatry*, *122*(11), 1284–1286.

Haug, S., Gabriel, C., Flückiger, C., & Kordy, H. (2010). Ressourcenaktivierung bei Patienten. *Psychotherapeut*, *55*(2), 128–135.

Hautzinger, M. (2010). *Kognitive Therapie der Depression* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hautzinger, M. (2011). Gruppentherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5.Aufl.) (S. 393–401). Heidelberg: Springer.

Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit Online-Materialien* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639–665.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2. Aufl.). New York: Guilford Press.

Helbig, S., & Fehm, L. (2005). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *50*(2), 122–128.

Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., … Beekman, A. T. F. (2016). Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, *16*, 248.

Hertel, S., Klug, J., & Schmitz, B. (2010). Quasi-experimentelle Versuchspläne. In H. Hollung & B. Schmitz, *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation.* (S. 49–62). Göttingen: Hoegrefe.

Heyde, K., & Macco, K. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen? Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 31–40). Heidelberg: Springer.

Hillert, A., Koch, S., & Hedlund, S. (2012). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hoff, E.-H. (1990). *Identität und Arbeit. Zum Verständnis der Bezüge in Wissenschaft und Alltag.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Hollederer, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin*, *12*, 29–32.

Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie*

und Sozialwissenschaften für Bachelor (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.

IBM SPSS Statistics for Windows (Version 22) [Software]. Armonk, NY: IBM Corporation.

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu?. *Report Psychologie*, *34*(1), 16–28.

Jacobi, F., Höfler, M, Strehle, J, Mack, S, Gerschler, A, Scholl, L, … Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, *85*, 77–87.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., … Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*(3), 304–319.

Jacobi, F., Hoyer, J., & Wittchen, H.-U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *33*(4), 251–260.

Jacobson, E. (2011). *Entspannung als Therapie: Progressive Relaxation in Theorie und Praxis* (Aufl. 7). Stuttgart: Klett-Cotta.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 12–19.

Jahoda, M. (1983). *Wieviel Arbeit brauch der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz.

Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., & Zeisel, H. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal: Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit, mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie*. Berlin: Suhrkamp.

Jansson, I., Gunnarsson, A. B., Björklund, A., Brudin, L., & Perseius, K.-I. (2015). Problem-based self-care groups versus cognitive-behavioural therapy for persons on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *25*(1), 127–140.

Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F., & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *57*(3), 207–213.

Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Arcelus, J., Aymami, M. N.,

Gomez-Pena, M., … Menchon, J. M. (2015). Predictors of outcome among pathological gamblers receiving cognitive-behavioral group therapy. *European Addiction Research*, *21*(4), 169–178.

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(2), 112–133.

Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, *46*(4), 683–697.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156.

Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primären Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *7*(2), 88–95.

Kaluza, G. (2005). Stressbewältigungstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5. Aufl.), (S. 394–400). Heidelberg: Springer.

Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*(3), 414–425.

Kandale, M., & Rugenstein, K. (2014). *Das Repetitorium für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Kang, Y. G., Lee, J. T., Kang, J. Y., Kim, G. H., & Kim, T. K. (2016). Analysis of longitudinal outcome data with missing values in total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, *31*(1), 81–86.

Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity, and the construction of the working life.* New York: Basis Books.

Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M., & Smith, G. R. J. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, *36*(5), 462–470.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2017). Psychotherapie: Gruppentherapien werden ab Juli besser vergütet - Neue GOP auch für Einzeltherapien. Aufgerufen am

01.02.2018 auf http://www.kbv.de/html/1150_28407.php

Kealy, D., Sierra-Hernandez, C. A., Piper, W. E., Joyce, A. S., Weideman, R., & Ogrodniczuk, J. S. (2017). Short-term group therapy for complicated grief: The relationship between patients' in-session reflection and outcome. *Psychiatry*, *80*(2), 125–138.

Kempermann, U., Henke, M., Sasse, J., & Bauer, M. (2008). Rückfallprophylaxe bei Depression. *Psychiatrie und Psychotheapie*, *2*(2), 73–87.

Kersting, A., Reutemann, M., Staats, H., Ohrmann, P., Suslow, T., & Arolt, V. (2002). Wirkfaktoren ambulanter Gruppentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *52*(7), 294–301.

Kessemeier, F., Petermann, F., de Vries, U., Walter, F., Stöckler, C., Bassler, M., & Kobelt, A. (2017). Wie beeinflusst Mobbing im Beruf Arbeitsmotivation und die psychische Gesundheit? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *65*(4), 241–249.

Kessemeier, F., Stöckler, C., Petermann, F., Bassler, M., Pfeiffer, W., & Kobelt, A. (2017). Die Bedeutung von Arbeitsmotivation für den Reha-Erfolg. *Die Rehabilitation*. Online veröffentlich. doi: 10.1055/s-0043-118196

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593–602.

Kisionkova, V. (2016). *Langzeitarbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen. Welche Faktoren könnten sich zur Vorhersage der Motivation für die Rückkehr in die Arbeitswelt eignen?* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Universität Bremen: Bremen.

Kladouchou, V., Papathanasiou, I., Efstratiadou, E. A., Christaki, V., & Hilari, K. (2017). Treatment integrity of elaborated semantic feature analysis aphasia therapy delivered in individual and group settings. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *52*(6), 733–749.

Klauer, T., & Schneider, W. (2016). Behandlungsmotivation und Indikation von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *61*(4), 318–326.

Knauth, P. (2002). Schichtarbeit. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, *40*, 106–110.

Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Harkanen, T., & Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and

functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1–2), 37–47.

Knudsen, A. K., Øverland, S., Aakvaag, H. F., Harvey, S. B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*(1), 59–67.

Koch, S., Geissner, E., & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *55*(2), 97–109.

Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S., & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, *16*(1), 7–15.

Köhler, K., Steier-Mecklenburg, F., Adam, P., Bullack, B., & Dalhoff, A. (2008). *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation - Arbeitsfelder der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *1*(4), 234–239.

Koller, M., Neugebauer, E. A. M., Augustin, M., Büssing, A., Farin, E., Klinkhammer-Schalke, M., … Wieseler, B. (2009). Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen*, *71*(12), 864–872.

Köllner, V., Kochlik, A., & Weber, A. (2008). Mobbing. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, *3*(4), 251–257.

Krampen, G., Schui, G., & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *37*(1), 43–51.

Kraus, T., Letzel, S., & Nowak, D. (2010). *Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Praxis, Klinik und Betrieb.* Landsberg: ecomed Medizin.

Krause, A. (2008). Arbeit und Gesundheit. In H. Berth, F. Balck, & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A – Z* (S. 41–46). Göttingen: Hogrefe.

Kroger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A., & Finger, F. (2015). Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: Preliminary findings of a controlled, matched study. *Journal of Occupational Health*

Psychology, *20*(2), 248–258.

Krueger, C., & Tian, L. (2004). A comparison of the general linear mixed model and repeated measures ANOVA using a dataset with multiple missing data points. *Biological Research for Nursing*, *6*(2), 151–157.

Kuba, K., & Weissflog, G. (2017). Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *67*(12), 525–536.

Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm «Depression bewältigen» und seine Varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, *13*(4), 254–262.

Kühner, C., Angermeyer, M. C., & Veiel, H. O. F. (1994). Zur Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms bei der Rückfallprophylaxe depressiver Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, *4*(1), 4–12.

Kuß, O., & Watzke, S. (2005). Korrekter Umgang mit korrelierten Daten in der Rehabilitationsforschung. *Rehabilitation*, *44*(6), 367–372.

Lademann, J., Mertesacker, H., & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, *2*, 123–129.

Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, *17*(2), 220–234.

Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(2), 159–172.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lecomte, T., Corbiere, M., & Lysaker, P. H. (2014). [A group cognitive behavioral intervention for people registered in supported employment programs: CBT-SE]. *L'Encephale*, *40* (Suppl 2), 81–90.

Lee, J.-S., Joo, E.-J., & Choi, K.-S. (2013). Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *29*(1), 75–81.

Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Greene, R., Kaba-Schönstein, L., … Reker, N. (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (5. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Lehndorff, S., Jansen, A., & Kümmerling, A. (2009). *Arbeitszeiten wieder so lang wie vor 20 Jahren*. Aufgerufen am 01.02.3018 von http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/IAQ_report_2009_01.pdf

Lenhardt, U., Ertel, M., & Morschhäuser, M. (2010). Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. *WSI Mitteilungen*, *7*, 335–342.

Levi, O., Shoval-Zuckerman, Y., Fruchter, E., Bibi, A., Bar-Haim, Y., & Wald, I. (2017). Benefits of a psychodynamic group therapy (PGT) model for treating veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(10), 1247-1258.

Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. In R. Friedman & M. Katz (Hrsg.), *Innovative treatment methodes of psychopathology* (S. 88–102). New York: Wiley.

Li, L., Hu, H., Zhou, H., He, C., Fan, L., Liu, X., … Sun, T. (2014). Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: A cross-sectional survey in China. *BMJ Open*, *4*(6), e004897.

Linden, M., & Weidner, C. (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, *76*(11), 1421–1431.

Lindenmeyer, J. (2000). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (S. 565–584). Heidelberg: Springer.

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., … Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "Wild Card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*(1), 95–106.

Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E. E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(2), 150–158.

Lundin, A., Kjellberg, K., Leijon, O., Punnett, L., & Hemmingsson, T. (2016). The association between self-assessed future work ability and long-term sickness absence, disability pension and unemployment in a general working population: A 7-Year follow-up study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *26*(2), 195–203.

Lundin, A., Leijon, O., Vaez, M., Hallgren, M., & Torgén, M. (2017). Predictive validity of the Work Ability Index and its individual items in the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, *45*(4), 350–356.

Lutz, W., Lowry, J., Kopta, S. M., Einstein, D. A., & Howard, K. I. (2001). Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(7), 889–900.

Ma, Y., Mazumdar, M., & Memtsoudis, S. G. (2012). Beyond repeated-measures analysis of variance: advanced statistical methods for the analysis of longitudinal data in anesthesia research. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, *37*(1), 99–105.

Macaskill, N. D. (1982). Therapeutic factors in group therapy with borderline patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *32*(1), 61–73.

MacKenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Mai, C.-M., & Schwahn, F. (2017). Erwerbsarbeit in Deutschland und Europa im Zeitraum 1991 bis 2016. *WISTA - Wirtschaft und Statitik*, (3), 9–21.

Mauz, E., & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, *35*(7), 343–352.

MAXQDA. Software for qualitative analysis (Version 11) [Software]. Berlin: VERBI-Software Consult Sozialforschung.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Howes, C., & Johansson, B. (2016) . Toward treatment integrity: Developing an approach to measure the treatment integrity of a dialectical behavior therapy intervention with homeless youth in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(5), 568–574.

McEvoy, P. M., Moulds, M. L., Grisham, J. R., Holmes, E. A., Moscovitch, D. A., Hendrie, D., … Erceg-Hurn, D. M. (2017). Assessing the efficacy of imagery-enhanced cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, *60*, 34–41.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.. (2011). *Grundlagen der Begutachtung Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (AU)*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V..

Meibert, P., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2006). Stressbewältigung durch Achtsamkeit. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *7*(3), 273–279.

Meichenbaum, D. (2012). *Interventionen bei Stress. Anwendung und Wirkungs des Stressimpfungstrainings* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Michalak, J., & Heidenreich, T. (2005). Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei

Depressionen. *Psychotherapeut*, *50*(6), 415–422.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, *17*(3), 192–200.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013) Motivational intervieweing: Helping people change (3. Aufl.). New York: Guilford Press.

Mohr, B., Krohn-Grimberghe, B., Gräf, T., Schulze, J., Petermann, F., & Hampel, P. (2009). Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz: Zur Bedeutung psychosozialer Merkmale. *Rehabilitation*, *48*(5), 288–297.

Morgenstern, H., Gellert, G. A., Walter, S. D., Ostfeld, A. M., & Siegel, B. S. (1984). The impact of a psychosocial support program on survival with breast cancer: The importance of selection bias in program evaluation. *Journal of Chronic Diseases*, *37*(4), 273–282.

Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*(7), 419–426.

Müller-Benedict, V. (2011). *Grundkurs Statistik in den Sozialwissenschaften eine leicht verständliche, anwendungsorientierte Einführung in das sozialwissenschaftlich notwendige statistische Wissen*. Heidelberg: Springer.

Müller, P., & Worm, M. (1987). Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, *14*(1), 18–21.

Müller, R., Peter, C., Cieza, A., Post, M. W., Van Leeuwen, C. M., Werner, C. S., & Geyh, S. (2015). Social skills: A resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *96*(3), 447–455.

Munder, T., Brutsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, *33*(4), 501–511.

Munder, T., Fluckiger, C., Gerger, H., Wampold, B. E., & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(4), 631–637.

Muschalla, B. (2017). Work-anxiety-coping intervention improves work-coping perception while a recreational intervention leads to deterioration: Results from a randomized

controlled trial. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *26*(6), 858–869.

Muschalla, B., & Linden, M. (2009). Workplace phobia – A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine*, *14*(5), 591–605.

Navarro, J., & Arrieta, C. (2010). Chaos in human behavior: The case of work motivation. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(1), 244–256.

Navarro, J., Arrieta, C., & Ballen, C. (2007). An approach to the study of dynamics of work motivation using the diary method. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, *11*(4), 473–498.

Navarro, J., Curioso, F., Gomes, D., Arrieta, C., & Cortes, M. (2013). Fluctuations in work motivation: Tasks do not matter! *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, *17*(1), 3–22.

Niedhammer, I., Lesuffleur, T., Coutrot, T., & Chastang, J.-F. (2016). Contribution of working conditions to occupational inequalities in depressive symptoms: results from the national French SUMER survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *89*(6), 1025–1037.

Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., … Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). Online veröffentlicht http://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.

Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work - Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social Medicine*, *3*. Online veröffentlicht Doc05.

Olsen, A. L., & Skjaerven, L. H. (2016). Patients suffering from rheumatic disease describing own experiences from participating in basic body awareness group therapy: A qualitative pilot study. *Physiotherapy Theory and Practice*, *32*(2), 98–106.

Oppolzer, A. (2010). Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg), *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren, Wohlbefinden fördern: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 13–22). Heidelberg: Springer.

Oster, J., von Wietersheim, J., Müller, G., & Braunger, C. (2017). Die prognostische

Bedeutung von ICF-Faktoren für die Umsetzung von Empfehlungen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatische Medizin*, *67*(5), 195–202.

Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, *65*(3), 122–128.

Petermann, F., & Bauer, C.-P. (2011). Indikationen und Konzepte der Kinderrehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *54*(4), 482–488.

Petermann, F., Hampel, P., & Bengel, J. (2017). Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation*, *56*(2), 88–90.

Petermann, F., Koch, U., & Hampel, P. (2006). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Die Rehabilitation*, *45*(1),

Petrak, F., Hautzinger, M., Muller, M. J., & Herpertz, S. (2016). „Wohlfühlen trotz Diabetes“: Ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Steigerung der Lebensqualität bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes und leichten Depressionen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *66*(8), 332–336.

Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie. *Psychotherapie*, *17*(1), 17–31.

Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T., & Wittchen, H.-U. (2008). Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *51*(4), 411–421.

Pieter, A., & Wolf, G. (2014). Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *9*(2), 144–150.

Polnay, A., James, V. A. W., Hodges, L., Murray, G. D., Munro, C., & Lawrie, S. M. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*(11), 2241–2254.

Poulsen, R., Hoff, A., Fisker, J., Hjorthøj, C., & Eplov, L. F. (2017). Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *18*, 578.

Power/Fallzahlberechnung stetige Zielgrößen und unverbundene Stichproben. (o.D.). Aufgeraufen am 27.12.2017 von http://jumbo.uni-muenster.de/fileadmin/jumbo/applets/fallz.html

Prang, K.-H., Bohensky, M., Smith, P., & Collie, A. (2016). Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. *Injury*, *47*(1),

257–265.

Pranjic, N., & Males-Bilic, L. (2014). Work Ability Index, absenteeism and depression among patients with burnout syndrome. *Materia Socio-Medica*, *26*(4), 249–252.

Pranjic, N., Males-Bilic, L., Beganlic, A., & Mustajbegovic, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croatian Medical Journal*, *47*(5), 750–758.

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, *36*(1), 24–34.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., … Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, *38*(2), 65–76.

Prümper, J., Hartmannsgruber, K., & Frese, M. (1995). KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, *39*, 125–132.

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

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2016). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH) - Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version. Aufgerufen am 12.01.2018 von http://www.hamburger-module.de/download/health-49-normen.pdf

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Schulz, H. (2007). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)"- psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 17*(3), 133–140.

Rau, R., & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, *59*(3), 113–129.

Rau, R., & Henkel, D. (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, *84*(7), 791–798.

Rau, R., Hoffmann, K., Morling, K., & Rösler, U. (2007). Ist der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Depression ein Ergebnis beeinträchtigter Wahrnehmung? In P. Richter, R. Rau, & S. Mühlpfort (Hrsg), *Arbeit und Gesundheit: Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld* (S. 55–69). Lengerich: Pabst.

Rau, R., Morling, K., & Rösler, U. (2010). Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and control? *Work & Stress*, *24*(1), 88–106.

Regan, J., Park, A. L., & Chorpita, B. F. (2016). Choices in Treatment Integrity:Considering the Protocol and Consultant Recommendations in Child and Adolescent Therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 53*, 1–11.

Reinecker, H. (2018). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (4. Aufl.), (S. 84–99). Heidelberg: Springer,

Rensing, L., Koch, M., Rippe, B., & Rippe, V. (2013). *Mensch im Stress: Psyche, Körper, Moleküle*. München: Springer Spektrum.

Riedel-Heller, S. G., Luppa, M., Seidler, A., Becker, T., & Stengler, K. (2013). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Der Nervenarzt*, *84*(7), 832–837.

Riedel-Heller, S., Stengler, K., & Seidler, A. (2012). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Psychiatrische Praxis*, *39*(3), 103–105.

Riihimäki, K., Vuorilehto, M., & Isometsä, E. (2015). A 5-year prospective study of predictors for functional and work disability among primary care patients with depressive disorders. *European Psychiatry*, *30*(1), 51–57.

Roch, S. (2017). Der Mixed-Methods-Ansatz. In J. Winkel, W. Fichten, & K. Großmann (Hrsg.), *Forschendes Lernen an der Europa-Universität-Flensburg* (S. 95–109). Flensburg: Zentrum für Lehrerinnen- und Lehrerbildung.

Röhrig, B., Prel, J.-B. du, Wachtlin, D., Kwiecien, R., & Blettner, M. (2010). Fallzahlplanung in klinischen Studien. *Deutsches Ärzteblatt International*, *107*(31–32), 552–556.

Rosenthal, R., & Fode, K. L. (1963). The effect of experimenter bias on the performance of the albino rat. *Behavioral Science*, *8*(3), 183–189.

Rosner, R., Lumbeck, G., & Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy Research*, *21*(2),

210–218.

Rudolph, B., Wunsch, A., Herschbach, P., & Dinkel, A. (2017). Ambulante verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zur Behandlung von Progredienzangst bei Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.

Rudolph, H. (1998). Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit Frühzeitig erkennen. *IAB-Werkstattbericht*, *14*.

Ruholl, S., & Schneider, F. (2007). Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen: Status und Verlauf (Dissertation). Aufgerufen auf dem Publikationsserver der RWTH Aachen Universität (Datensatz-ID: 62753).

Sadeghi, K., Ahmadi, S. M., Ahmadi, S. M., Rezaei, M., Miri, J., Abdi, A., … Jamshidi, K. (2016). A comparative study of the efficacy of cognitive group therapy and aerobic exercise in the treatment of depression among the students. *Global Journal of Health Science*, *8*(10), 54171.

Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsater, E., Ejeby, K., Ljotsson, B., Ost, L.-G., … Hedman-Lagerlof, E. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, *74*(12), 905–912.

Saltaji, H., Armijo-Olivo, S., Cummings, G. G., Amin, M., da Costa, B. R., & Flores-Mir, C. (2017). Impact of selection bias on treatment effect size estimates in randomized trials of oral health interventions: A Meta-epidemiological Study. *Journal of Dental Research*, 22034517725049.

Savikko, A., Alexanderson, K., & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(6), 310–6.

Schlarb, A. A., Brandhorst, I., & Hautzinger, M. (2011). Mini-KiSS - ein multimodales Gruppentherapieprogramm für Eltern von Kleinkindern mit Schlafstörungen: Eine Pilotstudie. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *39*(3), 197–206.

Schneider, M. (1984). Der Kampf um die Arbeitszeitverkürzung von der Industrialisierung bis zur Gegenwart. *Gewerkschaftliche Monatshefte*, *35*. 77–89.

Schouten, L. S., Joling, C. I., van der Gulden, J. W. J., Heymans, M. W., Bültmann, U., & Roelen, C. A. M. (2015). Screening manual and office workers for risk of long-term sickness absence: Cut-off points for the Work Ability Index. *Scandinavian Journal of*

Work, Environment & Health, (1), 36–42.

Schröder, L., & Müller, N. (2014). *Gute Arbeit : Profile prekärer Arbeit - Arbeitspolitik von unten*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

Schulgen, G., & Schumacher, M. (2002). Intention-to-Treat Analyse. In M. Schumacher & G. Schulgen-Kristiansen, *Methodik klinischer Studien* (S. 147–155). Heidelberg: Springer.

Schwickerath, J. (2001). Mobbing am Arbeitsplatz. *Psychotherapeut*, *46*(3), 199–213.

Schwickerath, J. (2009). *Mobbing am Arbeitsplatz - Stationäre Verhaltenstherapie von Patienten mit Mobbingerfahrungen.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schwickerath, J., & Holz, M. (2012). *Mobbing am Arbeitsplatz: Trainingsmanual für Psychotherapie und Beratung mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.

Sharif, F., Masoudi, M., Ghanizadeh, A., Dabbaghmanesh, M. H., Ghaem, H., & Masoumi, S. (2014). The effect of cognitive-behavioral group therapy on depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *19*(5), 529–536.

Sharma, P., Mehta, M., & Sagar, R. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 78–84.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27–41.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, *58*(8), 1483–1499.

Sollmann, U. (2007). Struktureller Missbrauch von Psychotherapie durch Unterversorgung. *Psychotherapie Forum*, *15*(1), 39–42.

Spieß, E. (2000). Berufliche Werte, Formen der Kooperation und Arbeitszufriedenheit. *Zeitschrift für angewandte Organisationspsychologie*, *31*(2), 185–196.

Spießl, H., & Jacobi, F. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, *35*(7), 318–320.

Stachow, R., Schultz, A., Kurzinsky, U., Petermann, F., & Hampel, P. (2001). Anti-Streß-Training für Kinder und Jugendliche mit Diabetes während der stationären Rehabilitation. *Kindheit und Entwicklung*, *10*(4), 226–239.

Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II Study.

Occupational and Environmental Medicine, *56*(5), 302–307.

Statistisches Bundesamt. (2010). *Krankheitskosten - 2002, 2004, 2006 und 2008*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(2), 298–305.

Stiles, W. B., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: Relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *207*(2), 115–122.

Storch, E. A. (2017). Cognitive-behavioural group therapy for youth with high-functioning autism spectrum disorders demonstrates modest effects on social responsiveness. *Evidence-Based Mental Health*, *20*(1), 29.

Straub, J., Sproeber, N., Plener, P. L., Fegert, J. M., Bonenberger, M., & Koelch, M. G. (2014). A brief cognitive-behavioural group therapy programme for the treatment of depression in adolescent outpatients: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*(1), 9.

Strauß, B., & Mattke, D. (2012). *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin.

Teedlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Mixed Methods Research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences.* Thousand Oaks, CA: SAGE.

Teismann, T., Dymel, W., Schulte, D., & Willutzki, U. (2011). Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *61*(7), 295–302.

Tempel, J., & Ilmarinen, J. (2013). *Arbeitsleben 2025*. Hamburg: VSA Verlag.

Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*(5), 697–704.

Thase, M. E. (2012). Social skills training for depression and comparative efficacy research: A 30-year retrospective. *Behavior Modification*, *36*(4), 545–557.

Theorell, T., Hammarstrom, A., Aronsson, G., Traskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., … Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, *15*, 738.

Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 9–26.

Thimm, J. C., & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*, *14*, 292.

Torabizadeh, C., Bostani, S., & Yektatalab, S. (2016). Comparison between the effects of muscle relaxation and support groups on the anxiety of nursing students: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *25*, 106–113.

Tschuschke, V. (2010). 3 Gruppen- versus Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In V. Tuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A Review. *The Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 751–770.

Ullrich, R., & de Muynck, R. (2008). Aufbau sozialer Kompetenz: Selbstsicherheitstraining, Assertiveness-Training. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5. Aufl), (S. 333–340). Heidelberg: Springer.

Unger, H.-P. (2007). Depression und Arbeitswelt. *Psychiatische Praxis*, *34*(3), 256–S260.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R., … Farrenkopf, N. (2011). *Psychotherapie Aktuell, 1,* 10–17.

Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C., & Kvien, T. K. (2009). Comparison of work disability and health-related quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *38*(3), 178–183.

Walsh, K., & Gordon, J. R. (2008). Creating an individual work identity. *Human Resource Management Review*, *18*(1), 46–61.

Weber, A., Hörmann, G., & Heipertz, W. (2007). Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt International*, *104*(43), 2957–2962.

Weber, A., Hörmann, G., & Köllner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt International*, *5*(4), 160–172.

Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders*, *30*, 1–7.

Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D.

C., … Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(1), 100–107.

Widder, B., & Gaidzik, P. (2011). *Begutachtung in der Neurologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Willutzki, U., Haas, H., & Neumann, B. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, *33*, 42–50.

Wirtz, A., Nachreiner, F., & Rolfes, K. (2011). Working on sundays – Effects on safety, health, and work-life balance. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, *65*(2), 136–146.

Wirtz, M. A. (2017). Konfundierungen und Störfaktoren in rehabilitationswissenschaftlichen Beobachtungs- und Interventionsstudien. *Die Rehabilitation*. Online veröffetlicht http://doi.org/10.1055/s-0043-120911

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *44*(10), 993–1000.

Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *51*(4), 443–450.

Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: Recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 347–351.

World Health Organization. (1948). Gesundheitsdefinition der WHO. Aufgerufen am 31.01.2018 von https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung

World Health Organization. (1995). *Guidelines for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products.* (Report Nr. 850). Aufgerufen am 07.01.2018 von http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip13e/whozip13e.pdf

World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Genf: World Health Organization.

Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch*. München: Pfeiffer.

Zapf, D., Einarsen, S. E., Hoel, H., & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in

the worklplace. In S. E. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and pratice.* (S. 103–126). London: Taylor & Francis.

Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, *158*(4), 638–640.

Anhang

Anhang A Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Gegenüberstellung arbeitsbezogener Ressourcen und arbeitsbezogener Belastungsrisiken. 18
Tabelle 2: Gruppentherapeutische Angebote und Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Störungsgruppen und Problembereiche. 34
Tabelle 3: *Wirkfaktoren in Gruppentherapien nach Yalom (1974)* 35
Tabelle 4: *Gruppentherapeutische Wirkfaktoren in Anlehnung an MacKenzie (1997).* 37
Tabelle 5: *Das erweiterte 4-Phasenprüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung vereinfacht dargestellt nach Krampen, Schui und Wiesenhütter (2008).* 43
Tabelle 6: Gegenüberstellung der Inhalte des Manuals Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA) und der Inhalte des Manuals „Gesund bleiben im Beruf“. 53
Tabelle 7: *Subskalen der SCL-90-R und des Health-49 zu Therapiebeginn.* 85
Tabelle 8: *Arbeitsunfähigkeitszeit und Häufigkeiten bisheriger Arbeitsunfähigkeit.* 86
Tabelle 9: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die arbeitsbezogenen Variablen.* 91
Tabelle 10: Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychopathologischen Variablen der Health-49. 96
Tabelle 11: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychopathologischen Variablen der SCL-90-S.* 102
Tabelle 12: *Ergebnisse der Fixed Effects Modelle mit Messwiederholung für die psychosozialen Variablen der Health-49.* 105
Tabelle 13: Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden verwendeten statistischen Verfahren FEMM & MANOVA mit Messwiederholung in Bezug auf die zentralen abhängigen Variablen. 108
Tabelle 14: *Auswertung der therapeutischen Wirkfaktoren in Anlehnung an die Oberkategorien therapeutischer Wirkfaktoren nach MacKenzie (1997).* 114
Tabelle 15: Ergebnisse der Modulevaluation durch Patienten insgesamt. 125

Tabelle 16: *Ergebnisse der Modulevaluation durch Patienten für die Standorte UKE und MVZ.* 126

Abbildungen

Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information ([DIMDI], 2005, S.23). 13
Abbildung 2: Haus der Arbeitsfähigkeit (modifiziert nach Tempel & Ilmarinen, 2013). 14
Abbildung 3: Psychisch bedingte AU-Tage und AU-Fälle der letzten 20 Jahre aller DAK-Versicherten. Die linke Skala zeigt die jährlichen AU-Tage pro 100 Versicherte. Die rechte Skala zeigt die jährlichen AU-Fälle pro 100 Versicherte (entnommen aus DAK Gesundheitsreport, 2017, S.21). 22
Abbildung 4: Teufelskreis aus psychischer Beeinträchtigung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. 24
Abbildung 5: Primäre und sekundäre Bewertungen im Arbeitskontext in Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984). 30
Abbildung 6: Übersicht über zentrale Therapierationale der kognitiven Verhaltenstherapie. 31
Abbildung 7: Ziele der arbeitsbezogenen Intervention „Gesund bleiben im Beruf“. 40
Abbildung 8: Studienplanung in Anlehnung an den Public-Health-Action-Cycle (PHAC, Kolip, 2006). 41
Abbildung 9: Grafik der drei grundsätzlichen Forschungsparadigmen sowie deren Subtypen (Johnson et al., 2007). 67
Abbildung 10: Studiendesign und Messinstrumente. Bemerkung: SCL-90-S: Symptomcheckliste-90-Standard, Health-49: Hamburger Module, WAI: Work Ability Index, FFB: Falkenried Fragebogen zum Berufsleben. 69
Abbildung 11: Die 11 Themenfelder und die dazugehörigen Interviewfragen des semi-strukturierter Interviews. 77
Abbildung 12: Arbeitsbezogene Ressourcen. Die x-Achse gibt die jeweilige absolute Häufigkeit an. 88
Abbildung 13: Arbeitsbezogene Belastungen. Die x-Achse gibt das jeweilige N an. 89
Abbildung 14: Häufigkeiten und Prozentangaben der berichteten notwendigen Veränderung zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. 90
Abbildung 15: Liniendiagramm für den Verlauf des WAI-Werts für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die

Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen für die paarweisen Vergleiche (1992) dargestellt..... 92
Abbildung 16: Liniendiagramm für den Verlauf des WAI-Werts kontrolliert für den Einfluss der Symptombelastung für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die geschätzten Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardfehler (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt. 93
Abbildung 17: Häufigkeit der WAI-Indizes anhand der Cut-off-Werte für die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Innerhalb der Balken ist das jeweilige N zu sehen..... 94
Abbildung 18: Liniendiagramm für den Verlauf der Variable Depressivität (SCL-90-S) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt..... 97
Abbildung 19: Dargestellt sind die Mittelwerte für die Depressionsskala der SCL-90-S für alle drei Messzeitpunkte. Horizontale Linien stellen die Standardabweichung dar. Die durchgezogene Linie gibt den Normwert stationärer Psychotherapiepatienten mit Depressionen (N = 1582) an. Die gestrichelte Linie gibt den Normwert der gesunden Eichstichprobe (N = 2141) an (Normwerte berichtet nach Franke, 2013). 98
Abbildung 20: Liniendiagramm für den Verlauf der Variable Unsicherheit in Sozialkontakten (SCL-90-S) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt. 99
Abbildung 21: Liniendiagramm für den Verlauf der Symptomschwere insgesamt (GSI; SCL-90-S) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt. 100
Abbildung 22: Dargestellt sind die Mittelwerte für die GSI-Skala der SCL-90-S für alle drei Messzeitpunkte. Horizontale Linien stellen die Standardabweichung dar. Die durchgezogene Linie gibt den Normwert stationärer Psychotherapiepatienten mit Depressionen (N = 1582) an. Die gestrichelte Linie gibt den Normwert der gesunden Eichstichprobe (N = 2141) an (Normwerte berichtet nach Franke, 2013). 101

Abbildung 23: Liniendiagramm für den Verlauf des psychischen Wohlbefindens (Health-49) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt..... 103
Abbildung 24: Liniendiagramm für den Verlauf der Aktivität und Partizipation (Health-49) für alle die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2. Dargestellt sind die Mittelwerte (Punkte) sowie die Standardabweichungen (horizontale Linien). Zusätzlich sind die p-Werte und Effektstärken d nach Cohen (1992) für die paarweisen Vergleiche dargestellt..... 104
Abbildung 25: Kategorienbaum für die therapeutischen Wirkfaktoren. 111
Abbildung 26: Kategorienbaum für die inhaltlichen Wirkfaktoren..... 115
Abbildung 27: Absolute und relative Häufigkeit der inhaltlichen Wirkfaktoren. Die Häufigkeit richtet sich danach, wie viele Patienten das jeweilige Modul genannt haben. Erfasst ist nicht, wie häufig ein Patient ein Modul genannt hat..... 116
Abbildung 28: Kategorienbaum für die Gruppenzusammensetzung..... 119
Abbildung 29: Kategorienbaum für die berichtet Gründe für die verbesserte Arbeitsfähigkeit. 120
Abbildung 30: Kategorienbaum für die berichtet Gründe für die verbesserten psychischen Beschwerden.. 121
Abbildung 31: Kategorienbaum für die berichteten Perspektiven..... 123
Abbildung 32: Kategorienbaum für die Arbeitsmotivation und sowie Gründe für eine 123
Abbildung 33: Übersicht der relevanten abhängigen Variablen. Dargestellt sind die Güte der Gesamteffekte (durch Pluszeichen) sowie die Richtung der Effekte (durch Pfeile) für die drei Mittelwertvergleiche..... 129
Abbildung 34: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 1. 131
Abbildung 35: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 2. 133
Abbildung 36: Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung 3. 135
Abbildung 37: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 1..... 137
Abbildung 38: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 2..... 138
Abbildung 39: Zusammenfassende Beantwortung der Nebenfragestellung 3..... 139
Abbildung 40: Zusammenfassende Beantwortung der Zusatzfragestellung 1. 140
Abbildung 41: Überprüfung der Kriterien guter Praxis in Anlehnung an Lehmann und Kollegen (2011). 141
Kasten 42: Implikationen für die Praktische Anwendung der Intervention. 148
Abbildung 43: Anwendungsbereiche für die Intervention „Gesund bleiben im Beruf“..... 150

Anhang B Modulübersicht

Modul 1: Arbeitsanamnese

1.1. Begrüßung und Vorstellung aller Patienten
1.2. Arbeitsanamnese
1.3. Überblick über die Module

Modul 2: Funktion von Arbeit und Motivation

2.1. Identifikation der Problembereiche am Arbeitsplatz
2.2. Bedeutung und Funktion von Arbeit
2.3. Identität und Sinnstiftung
2.4. Arbeitsmotivation

Modul 3: Berufliche Psychoedukation und Stressbewältigung I

3.1. Arbeitsunfähig und wie weiter?
3.2. PME

Modul 4: Stressbewältigung II (praktisches Stressmanagement)

4.1. Genuss
4.2 Die Ja-sage Falle
4.3 Pausen- und Zeitmanagement

Modul 5: Stressbewältigung III (kognitives Stressmanagement)

5.0. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus
5.1. Dysfunktionale Kognitionen

Modul 6: Soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten

6.1. die 3 Interaktionsstile

Modul 7: Prävention und Umgang mit Mobbing

7.1. Was ist Mobbing und wie entsteht es
7.2 Umgang mit Mobbingerfahrung am Arbeitsplatz

Modul 8: Akzeptanz- und Commitmenttherapie am Arbeitsplatz

8.1. ACT Einführung
8.2. ACT am Arbeitsplatz

Modul 9: Berufliche Stärken und Perspektiven

9.1. Erarbeitung beruflicher Stärken und beruflicher Ressourcen
9.2. berufliche Zielklärung „Mein beruflicher Fahrplan“

Modul 10: Rückfallprävention

10.1. Früherkennung und Bewältigung von Krisen

Anhang B Beispielarbeitsblatt

AB 8.1 Achtsamkeit im Alltag und bei der Arbeit

- ✓ **Achtsam Tee oder Kaffee trinken:**

  Wie schmeckt Ihr Getränk, wenn Sie jede Geschmacksnuance versuchen wahrzunehmen?

- ✓ **Achtsam Zähne putzen:**
  - Achten Sie genau, wie sich Ihre Zahnbürste anfühlt!
- ✓ **Achtsam duschen**:
  - Denken Sie nicht an den bevorstehenden Tag, sondern genießen Sie das warme Wasser!
- ✓ **Achtsam Auto fahren:**
  - Schalten Sie Radio und Telefon beim Fahren aus, konzentrieren Sie sich auf den Prozess des Fahrens
  - Entschleunigen Sie, fahren (oder gehen) Sie 10% langsamer als sonst und beobachten Sie, wie sich dies auf Ihre Atmung und Körperspannung auswirkt
- ✓ **Achtsam U-Bahn fahren:**
  - Beschreiben Sie (ohne zu bewerten) die Menschen, die sie sehen.
- ✓ **Achtsam zu Fuß zur Arbeit gehen:**
  - Wie riecht die Luft, die Sie atmen? Was sehen oder hören Sie?
- ✓ **Achtsam auf dem Bürostuhl sitzen:**
  - Wo berührt Ihr Körper den Stuhl oder Boden?
  - Wo müssen Sie Muskeln anspannen, wo nicht?
- ✓ **Achtsam den Partner umarmen:**
  - Wenn Sie nach Hause kommen: Wo können Sie seine Körperwärme spüren?
- ✓ **Achtsam mit einer Kollegin/ einem Kollegen unterhalten:**
  - Was genau erzählt die Person?
- ✓ **Mit Gewohnheiten spielen:**
  - Nehmen Sie neue Wege, egal ob Sie spazieren oder zur Arbeit fahren
  - Suchen Sie neue Sichtweisen auf vertraute Situationen oder bekannte Umgebungen
  - Verändern Sie den Ablauf Ihrer täglichen Routine in kleinen Punkten

Hier kann ich auch noch achtsam sein:

- ✓ _____
- ✓ _____

Anhang C Modulevaluation für Patienten

Datum: _____

Wir möchten gerne wissen, was Sie aus den einzelnen Themen der Gruppentherapie mitnehmen und wie Sie diese bewerten würden.

1. Was nehmen Sie aus der heutigen Gruppentherapie mit? Hatten Sie z.B. besondere Erkenntnisse bezogen auf Ihre eigene berufliche Situation?

   _____

   _____

   _____

   _____

2. Wie gut würden Sie das heutige Thema der Gruppentherapie bewerten?

   Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

   ☐ sehr gut
   ☐ gut
   ☐ eher gut
   ☐ eher schlecht
   ☐ schlecht
   ☐ sehr schlecht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang D Modulevaluation für Therapeuten

Datum:_____

1. **Wie genau haben Sie sich in der heutigen Gruppentherapie an das Manual gehalten?**

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

☐ sehr genau
☐ genau
☐ ungenau
☐ gar nicht

2. **Wenn es Abweichungen vom Manual gab, welche waren das?**

_____
_____
_____
_____

3. **Gab es insgesamt genug Zeit für die Bearbeitung der heutigen Themen?**

☐ zu viel ☐ genau richtig ☐ zu wenig

4. **Gab es genug Zeit für Diskussionen?**

☐ zu viel ☐ genau richtig ☐ zu wenig

5. **War das heutige Thema gut verständlich?**

☐ Inhalte bereits bekannt ☐ genau richtig ☐ zu anspruchsvoll

6. **Waren die Arbeitsblätter gut verständlich?**

☐ Inhalte bereits bekannt ☐ genau richtig ☐ zu anspruchsvoll

7. **Waren die Übungen (z.B. Gruppenübung) gut verständlich?**

☐ Inhalte bereits bekannt ☐ genau richtig ☐ zu anspruchsvoll

8. **Wie würden Sie die Gruppenkohäsion der Teilnehmer/-innen bewerten (Verbundenheit unter einander, Vertrauen, Unterstützung)?**

☐ hoch ☐ mittelgradig ☐ niedrig

9. **Gab es heute Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?**

_____

_____

_____

_____

10. **Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Wenn ja, welche?**

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang E Fragen für das strukturierte Interview

1. Wie hat Ihnen die Gruppentherapie gefallen und warum?
2. Was aus der Gruppentherapie hat Ihnen geholfen?
3. Was sind für Sie wichtige Erkenntnisse aus der Gruppentherapie, bzw. was nehmen Sie für sich mit?
4. Gab es Themen, die Sie für sich nicht oder nur schlecht nutzen konnten?
    a. Falls ja: Wieso?
5. Wie hat Ihnen die Gruppenzusammensetzung mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gefallen?
6. Wie gut bewerten Sie die Gruppentherapie insgesamt? (1-sehr gut,2- gut,3- eher gut, 4-eher schlecht, 5-schlecht, 6-sehr schlecht)
7. Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer psychischen Symptome beigetragen hat?
8. Was glauben Sie, in wie fern die Gruppentherapie zur Verbesserung Ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen hat?
9. Was hat aus Ihrer Sicht in der Gruppentherapie gefehlt?
10. Welche Perspektiven sehen Sie für ihre berufliche Zukunft?
11. Wie motiviert sind Sie wieder einer Tätigkeit nachzugehen?
12. Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein wieder aufgrund Ihrer psychischen Symptome arbeitsunfähig zu werden?
13. Würden sie die Gruppentherapie Freunden oder Familienangehörigen empfehlen die aufgrund psychischer Belastungen arbeitsunfähig sind?

Anhang F Patientenfragebogen

Letzte beiden Ziffern Ihres Geburtsjahres (z.B. **__**63**__**)?	____
Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. __**J**__ulia)?	____
Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (z.B. __**F**__rank)?	____

Geschlecht: ☐ weiblich *oder* ☐ männlich

Alter: ____

Beziehung: ☐ ledig *oder* ☐ in einer Partnerschaft

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulschulabschluss

☐ Abitur ☐ andere:_____

Was ist Ihre derzeitige bzw. war Ihre letzte berufliche Tätigkeit:_____

Wir möchten gerne mehr über Ihre gesundheitliche und arbeitsbezogene Vorgeschichte erfahren. Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen.

3. **Was sind Ihre derzeitigen Hauptbeschwerden?**

   _____

   _____

   _____

   _____

4. **Wo befinden Sie sich aktuell in ambulanter Therapie? Bitte zutreffendes ankreuzen.**

   ☐ Psychiater/-in *und/oder* ☐ Psychotherapeut/-in

5. **Wegen welcher Diagnose/n befinden Sie sich aktuell in Behandlung (z.B. Depression, soziale Phobie, usw.)?**

   _____

6. Ihr aktueller Status ist? Bitte zutreffendes ankreuzen.

☐ arbeitsunfähig (krankgeschrieben) *oder* ☐ berufsunfähig

7. Seit wann sind Sie aufgrund psychischer Probleme arbeitsunfähig bzw. berufsunfähig? Bitte zutreffendes ankreuzen.

☐ weniger als 6 Monate

☐ länger als 6 Monate aber weniger als 1 Jahr

☐ länger als 1 Jahr aber weniger als 2 Jahre

☐ länger als 2 Jahre aber weniger als 5 Jahre

☐ länger als 5 Jahre

8. **Seit wie vielen <u>Monaten</u> sind Sie aufgrund psychischer Probleme arbeitsunfähig bzw. berufsunfähig (z.B. 12 Monate)?**

_____

9. Wie häufig waren Sie in Ihrem Leben insgesamt aufgrund psychischer Probleme arbeitsunfähig bzw. berufsunfähig (z.B. dreimal)?

_____

10. Was schätzen Sie, wie lange Sie noch arbeitsunfähig/ berufsunfähig bleiben? Bitte zutreffendes ankreuzen.

☐ noch ca. 6 Monate

☐ noch ca. 1 Jahr

☐ noch ca. 2 Jahre

☐ noch ca. 5 Jahre

☐ für immer

11. Was waren aus Ihrer Sicht die größten Belastungen in Ihrer letzten Tätigkeit? (d.h. in der letzten Tätigkeit bevor Sie arbeitsunfähig/ berufsunfähig wurden)

_____

_____

_____

_____

12. Wie haben sich Belastungen der Arbeit auf Ihre psychische Gesundheit ausgewirkt?

_____

_____

13. Welche beruflichen Perspektiven sehen Sie für Ihre berufliche Zukunft?

_____

_____

1.2.1.6_Dok32_FFB_Falkenried-Fragebogen-zum-Berufsleben_V2_SF_16.03.2016

Bitte zuerst ausfüllen!

↓ ↓ ↓ ↓

Vor-/ Nachname:	
Datum:	
Alter:	

Falkenried Fragebogen zum Berufsleben (FFB)

1 Sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt bereits sechs Wochen oder länger krankgeschrieben?

ja ☐ nein ☐

2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?

gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

3 Bereiten Ihnen Ihre beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten Freude?

gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

4 Ist Ihnen Ihr Berufsleben wichtig?

gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

5 Im Folgenden bitten wir Sie über Ressourcen und Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz nachzudenken.

5.1 Bitte schätzen Sie zu zunächst ein, welche positiven Aspekte auf Ihre Arbeit/Ihre Arbeitstätigkeit zutreffen.

	nein	etwas	stark
Die Atmosphäre am Arbeitsplatz empfinde ich insgesamt als wohlwollend und unterstützend	☐	☐	☐
Ich kann mir für meine Aufgaben die Zeit nehmen, die ich brauche	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit interessiert mich und macht mir Freude	☐	☐	☐
Ich habe Einfluss darauf, welche Aufgaben ich zu erledigen habe	☐	☐	☐

Während meiner Arbeit erfahre ich oft Anerkennung von Kollegen*innen, Vorgesetzen oder Kunden	☐	☐	☐
Mein Arbeitsplatz ist mir gesichert	☐	☐	☐
Gemessen an meiner Arbeitstätigkeit bin ich mit meinem Gehalt zufrieden	☐	☐	☐
An meinem Arbeitsplatz habe ich gute Aufstiegschancen (durch Übernahme weiterer Aufgaben, Positionswechsel, Fortbildungen etc.)	☐	☐	☐
Über die Qualität meiner Arbeit bekomme ich immer konstruktives Feedback	☐	☐	☐
Im Arbeitsalltag kann ich mich mit verschiedenen Kolleg*innen sowohl über berufliche als auch über private Angelegenheiten unterhalten	☐	☐	☐
Wenn es bei der Arbeit Schwierigkeiten gibt, werde ich von meinem/r direkten Vorgesetzten unterstützt	☐	☐	☐
Im Vergleich zu meinen Kollegen*innen werde ich von meinen Vorgesetzen fair behandelt	☐	☐	☐

5.2 Bitte schätzen Sie ein, welche der folgenden Belastungen…
a) auf Ihre aktuelle Beschäftigung zutreffen? (Mehrfachauswahl möglich)

(bei Frage b) setzen Sie bitte einen Kreuz nur dann, wenn Sie Frage a) mit „stark“ beantwortet haben)				**b) Falls ja („stark“), sind diese Ihrer Meinung nach Gründe für Ihre psychischen Beschwerden?**		
	nein	etwas	stark	nein	etwas	stark
Ich gerate oft in Konflikte mit meinen Kollegen*innen oder Vorgesetzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich stehe unter großem Zeitdruck	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ausübung meiner Arbeitstätigkeit macht mir keine Freude	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe keinen Einfluss auf die Zuteilung meiner Arbeitsaufgaben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bekomme kaum Anerkennung für meine Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen um meinen Arbeitsplatz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bekommen zu wenig Geld für meine Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit ist mit zu hoher körperlicher Belastung verbunden (Heben oder Tragen von schweren Gegenständen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit ist mit umgebungsbedingten Belastungen verbunden (Lärm, schlechte Beleuchtung, Hitze, Kälte, Rauch, Staub, Gase etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit ist mit zeitlichen Belastungen verbunden (Nachtarbeit, Wechselschicht, Überstunden etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich leide unter Doppelbelastungen von Beruf und Privatleben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Arbeitsalltag fühle ich mich überfordert bzw. unterfordert	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6 Wie stehen Sie zu Ihrer Arbeitstätigkeit und zu Ihrem Arbeitsplatz?

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel	stimmt ziemlich	stimmt sehr
Am liebsten würde ich gar nicht mehr arbeiten gehen	☐	☐	☐	☐	☐
Am liebsten würde ich den Arbeitsplatz/das Unternehmen wechseln	☐	☐	☐	☐	☐

7 In Hinblick auf Ihren aktuellen Gesundheitszustand, wie würden Sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit einschätzen?

- **Berufliche Leistungsfähigkeit für den aktuellen Arbeitsplatz**

volle Leistungsfähigkeit	eingeschränkte Leistungsfähigkeit	keine Leistungsfähigkeit
☐	☐	☐

- **Berufliche Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt (alle berufl. Tätigkeiten)**

volle Leistungsfähigkeit	eingeschränkte Leistungsfähigkeit	keine Leistungsfähigkeit
☐	☐	☐

8 Was hat aus Ihrer Sicht zur Arbeitsunfähigkeit beigetragen?

	gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
Berufliche Faktoren (Konflikte, ungünstige Rahmenbedingungen)	☐	☐	☐	☐	☐
Psychische Beschwerden/Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
Private oder finanzielle Schwierigkeiten (Pflege eines Familienmitglieds, Scheidung, geringe Möglichkeiten zur Entspannung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

9 Können Sie mit Ihrem Krankengeld die notwendigen Ausgaben zum Leben decken?				
gar nicht ausreichend	eher nicht ausreichend	mittel	eher ausreichend	völlig ausreichend
☐	☐	☐	☐	☐

10 Welche negativen Konsequenzen bei weiterer Langzeitarbeitsunfähigkeit erwarten Sie? (Mehrfach-auswahl möglich)					
	gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
Finanzielle Schwierigkeiten durch das Auslaufen des Kranken-geldes	☐	☐	☐	☐	☐
Persönliche Konsequenzen (Einschränkung der Lebensqualität, Konflikte mit dem/der Partner*in, anhaltende Belastungen durch psychische Beschwerden etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Konflikte mit den Kolleg*innen	☐	☐	☐	☐	☐
Gefährdung des Arbeitsplatzes	☐	☐	☐	☐	☐
Konflikte mit den Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐

11 Können Sie im Falle einer Wiedereingliederung auf Unterstützung/Kooperation Ihrer Vorgesetzten zählen?				
gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

12 Falls Sie bereits länger als sechs Monate wegen der psychischen Beschwerden arbeitsunfähig sind, welche Maßnahmen möchten Sie einleiten? (Mehrfachauswahl möglich)	
☐	berufliche Rehabilitation
☐	stufenweise Wiedereingliederung
☐	Beantragung einer Rente
☐	Suche nach einem neuen Job
☐	Klärung privater oder finanzieller Schwierigkeiten
☐	andere:

13 Was müsste sich verändern, damit Sie wieder arbeitsfähig sind? (Mehrfachauswahl möglich)	
☐	Besserung Ihrer Beschwerden
☐	Wechsel in eine andere Abteilung/anderes Unternehmen
☐	Wechsel der Arbeitsaufgaben
☐	Klärung bestehender Konflikte am Arbeitsplatz
☐	Auflösen privater Belastungen/Konflikte
☐	Veränderung von beruflichen Rahmenbedingungen (Arbeitszeiten, Gehalt etc.)

14 Inwiefern sind Sie an der Bearbeitung beruflicher Themenfelder in der Therapie interessiert, um die Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen?				
gar nicht	gering	mittel	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen

SCL-90®-S

Name/Code-Nr.: _____ **Datum:** | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich **Alter in Jahren:** | | |
Jahre

Schulabschluss:

☐ ohne Haupt-/Volksschulabschluss
☐ Haupt-/Volksschulabschluss
☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss/ POS
☐ Fachabitur/Abitur
☐ abgeschlossenes Hochschulstudium
☐ Schüler/-in

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in den Kreis mit der Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach den richtigen Kreis an. **Beantworten Sie bitte jede Frage!**

© Hogrefe Verlag, Göttingen
Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten
Best.-Nr. 01 418 03

HOGREFE

Bitte umblättern ➜

2 | SCL-90®-S | **Fragebogen**

	überhaupt nicht ⓪	ein wenig ①	ziemlich ②	stark ③	sehr stark ④
Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...					
❶ Kopfschmerzen	⓪	①	②	③	④
❷ Nervosität oder innerem Zittern	⓪	①	②	③	④
❸ immer wieder auftauchenden unerwünschten Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	⓪	①	②	③	④
❹ Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	⓪	①	②	③	④
❺ Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	⓪	①	②	③	④
❻ allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	⓪	①	②	③	④
❼ der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	⓪	①	②	③	④
❽ dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	⓪	①	②	③	④
❾ Gedächtnisschwierigkeiten	⓪	①	②	③	④
❿ Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	⓪	①	②	③	④
⓫ dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	⓪	①	②	③	④
⓬ Herz- und Brustschmerzen	⓪	①	②	③	④
⓭ Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	⓪	①	②	③	④
⓮ Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	⓪	①	②	③	④
⓯ Gedanken, sich das Leben zu nehmen	⓪	①	②	③	④
⓰ Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	⓪	①	②	③	④
⓱ Zittern	⓪	①	②	③	④
⓲ dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	⓪	①	②	③	④
⓳ schlechtem Appetit	⓪	①	②	③	④
⓴ Neigung zum Weinen	⓪	①	②	③	④
㉑ Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	⓪	①	②	③	④
㉒ der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	⓪	①	②	③	④
㉓ plötzlichem Erschrecken ohne Grund	⓪	①	②	③	④
㉔ Gefühlausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	⓪	①	②	③	④
㉕ Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	⓪	①	②	③	④
㉖ Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	⓪	①	②	③	④
㉗ Kreuzschmerzen	⓪	①	②	③	④
㉘ dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	⓪	①	②	③	④
㉙ Einsamkeitsgefühlen	⓪	①	②	③	④
㉚ Schwermut	⓪	①	②	③	④

	überhaupt nicht ⓪	ein wenig ①	ziemlich ②	stark ③	sehr stark ④
Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...					
31 dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	⓪	①	②	③	④
32 dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	⓪	①	②	③	④
33 Furchtsamkeit	⓪	①	②	③	④
34 Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	⓪	①	②	③	④
35 der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	⓪	①	②	③	④
36 dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	⓪	①	②	③	④
37 dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	⓪	①	②	③	④
38 der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	⓪	①	②	③	④
39 Herzklopfen oder Herzjagen	⓪	①	②	③	④
40 Übelkeit oder Magenverstimmung	⓪	①	②	③	④
41 Minderwertigkeitsgefühlen anderen gegenüber	⓪	①	②	③	④
42 Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	⓪	①	②	③	④
43 dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	⓪	①	②	③	④
44 Einschlafschwierigkeiten	⓪	①	②	③	④
45 dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	⓪	①	②	③	④
46 Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	⓪	①	②	③	④
47 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	⓪	①	②	③	④
48 Schwierigkeiten beim Atmen	⓪	①	②	③	④
49 Hitzewallungen oder Kälteschauern	⓪	①	②	③	④
50 der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	⓪	①	②	③	④
51 Leere im Kopf	⓪	①	②	③	④
52 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	⓪	①	②	③	④
53 dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	⓪	①	②	③	④
54 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	⓪	①	②	③	④
55 Konzentrationsschwierigkeiten	⓪	①	②	③	④
56 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	⓪	①	②	③	④
57 dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	⓪	①	②	③	④
58 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	⓪	①	②	③	④
59 Gedanken an den Tod und ans Sterben	⓪	①	②	③	④
60 dem Drang, sich zu überessen	⓪	①	②	③	④

4 | SCL-90®-S | **Fragebogen**

	überhaupt nicht ⓪	ein wenig ①	ziemlich ②	stark ③	sehr stark ④
Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...					
61 einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	⓪	①	②	③	④
62 dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	⓪	①	②	③	④
63 dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	⓪	①	②	③	④
64 frühem Erwachen am Morgen	⓪	①	②	③	④
65 zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	⓪	①	②	③	④
66 unruhigem oder gestörtem Schlaf	⓪	①	②	③	④
67 dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	⓪	①	②	③	④
68 Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	⓪	①	②	③	④
69 starker Befangenheit im Umgang mit anderen	⓪	①	②	③	④
70 Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	⓪	①	②	③	④
71 einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	⓪	①	②	③	④
72 Schreck- oder Panikanfällen	⓪	①	②	③	④
73 Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	⓪	①	②	③	④
74 der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	⓪	①	②	③	④
75 Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	⓪	①	②	③	④
76 mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	⓪	①	②	③	④
77 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	⓪	①	②	③	④
78 so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	⓪	①	②	③	④
79 dem Gefühl, wertlos zu sein	⓪	①	②	③	④
80 dem Gefühl, dass Ihnen schlimme oder eigenartige Dinge passieren werden	⓪	①	②	③	④
81 dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	⓪	①	②	③	④
82 der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	⓪	①	②	③	④
83 dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	⓪	①	②	③	④
84 sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	⓪	①	②	③	④
85 dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	⓪	①	②	③	④
86 Vorstellungen und Gedanken, die Ihnen Angst einflößen	⓪	①	②	③	④
87 dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	⓪	①	②	③	④
88 dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	⓪	①	②	③	④
89 Schuldgefühlen	⓪	①	②	③	④
90 dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	⓪	①	②	③	④

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> unter ...?

		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
2	Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
3	Rückenschmerzen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
4	dem Gefühl, wertlos zu sein	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
5	Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
6	Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
7	Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
8	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
9	einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
10	Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
11	fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
12	einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
13	Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
14	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
15	Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
16	Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
17	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
18	Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**.

Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich fühle mich gelöst	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
2	Ich fühle mich wohl	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
3	Ich bin entspannt	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
4	Ich fühle mich ausgeruht	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
5	Ich kann genießen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
© 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) http://www.hamburger-module.de

Hamburger Module (HEALTH-49)

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> ...?

		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
2	unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
3	unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
4	unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
5	unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
6	darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
7	unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen**, **Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**.
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1	mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
2	meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
3	schwierige Probleme zu lösen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
4	meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$
5	mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
© 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) http://www.hamburger-module.de

Hamburger Module (HEALTH-49)

E	Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!**					
	Wie oft hatten Sie irgendwelche **Schwierigkeiten bei** der **Arbeit** oder anderen **alltäglichen Tätigkeiten** und **Aufgaben**?	nie	selten	gelegent-lich	oft	immer
1	Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
2	Ich konnte **nicht so sorgfältig** wie üblich arbeiten	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3	Wie sehr waren Ihre normalen **Kontakte** zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis **beeinträchtigt**?	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
4	Wie stark waren Sie darin **beeinträchtigt**, sich **selbst zu versorgen** (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
	Wie oft waren Sie in Ihrer **Freizeit beeinträchtigt**?	nie	selten	gelegent-lich	oft	immer
5	Ich konnte **nicht so lange** wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
6	Ich konnte **nicht** meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4

F	Manchmal ist das **Verhalten der anderen** sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. **Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...**					
		nie	selten	gelegent-lich	oft	immer
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
6	Sie aufmuntert oder tröstet	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	☐0	☐1	☐2	☐3	☐4

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
© 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) http://www.hamburger-module.de

Anhang

Anhang 1 WAI-Fragebogen: Langversion

Die neben den Antwortkästchen stehenden Zahlen werden zur Berechnung des WAI benötigt (siehe Berechnungsvorschrift).

Sind Sie bei Ihrer Arbeit	
vorwiegend geistig tätig?	☐$_1$
vorwiegend körperlich tätig?	☐$_2$
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	☐$_3$

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?

☐$_0$	☐$_1$	☐$_2$	☐$_3$	☐$_4$	☐$_5$	☐$_6$	☐$_7$	☐$_8$	☐$_9$	☐$_{10}$
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	☐$_5$
eher gut	☐$_4$
mittelmäßig	☐$_3$
eher schlecht	☐$_2$
sehr schlecht	☐$_1$

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	☐$_5$
eher gut	☐$_4$
mittelmäßig	☐$_3$
eher schlecht	☐$_2$
sehr schlecht	☐$_1$

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Unfallverletzungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Rücken	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Arm/Hand	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Bein/Fuß	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• anderer Körperteil	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$

3. (Forts.) Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/Ischias	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• rheumatische Gelenkbeschwerden	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Hypertonie (Bluthochdruck)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Koronare Herzkrankheit	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Herzinfarkt	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Herzleistungsschwäche	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Atemwegserkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandelentzündung, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• chronische Bronchitis	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• chronische Nasennebenhöhlenentzündung	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Bronchialasthma	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Lungenemphysem	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Lungentuberkulose	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Atemwegserkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Psychische Erkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• schwere psychische Erkrankungen (z. B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Verneintheit, Halluzinationen)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• leichte psychische Störungen oder Probleme (z. B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Neurologische und sensorische Erkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Schwerhörigkeit oder Hörschaden	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• neurologische Krankheit (z. B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Erkrankungen des Verdauungssystems	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Erkrankungen der Galle, Gallensteine	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Gastritis- oder Zwölffingerdarmreizung	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Dickdarmreizung, Kolitis	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Krankheit des Verdauungssystems	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$

3. (Forts.) Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Harnwegserkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Nierenleiden	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Krankheit der Geschlechtsorgane (z. B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Hautkrankheiten	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• allergischer Hautausschlag, Ekzeme	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• anderer Hautausschlag	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Hautkrankheiten	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Tumore	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• gutartiger Tumor	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• bösartiger Tumor (Krebs)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Fettleibigkeit, Übergewicht	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Blutkrankheiten	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Anämie	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
• andere Blutkrankheit	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
Geburtsfehler	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
• Geburtsfehler	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$
andere Leiden oder Krankheiten; welche?	*eigene Diagnose*	*Diagnose vom Arzt*	*liegt nicht vor*
_____ (bitte eintragen)	☐$_2$	☐$_1$	☐$_0$

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	☐$_6$
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	☐$_5$
Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	☐$_4$
Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	☐$_3$
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten	☐$_2$
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	☐$_1$

5. Krankenstand in den vergangenen 12 Monaten

Wie viele ganze Tage sind Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Unfall) in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben?

überhaupt keinen	☐$_5$
höchstens 9 Tage	☐$_4$
10-24 Tage	☐$_3$
25-99 Tage	☐$_2$
100-365 Tage	☐$_1$

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich	☐$_1$
nicht sicher	☐$_4$
ziemlich sicher	☐$_7$

7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig	☐$_4$
eher häufig	☐$_3$
manchmal	☐$_2$
eher selten	☐$_1$
niemals	☐$_0$

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer	☐$_4$
eher häufig	☐$_3$
manchmal	☐$_2$
eher selten	☐$_1$
niemals	☐$_0$

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig	☐$_4$
eher häufig	☐$_3$
manchmal	☐$_2$
eher selten	☐$_1$
niemals	☐$_0$

Anhang G Ethikvotum

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

HAW Hamburg • CCG • Alexanderstraße 1 • D-20099 Hamburg

Herrn Linus Wittmann
Herrn Prof. Dr. Gunter Groen

CCG Ethikkommission

17.05.2016

Ihr Antrag auf Stellungnahme zum Projekt

Konzeptualisierung und Evaluation einer gruppentherapeutischen Intervention zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (KEGIWA)

Sehr geehrte Antragsteller,

Das o.g. Projekt wurde von der Ethikkommission des CCG begutachtet. Dabei wurde Ihr Ethikantrag vom 17.2.2016 mit den per Email vorgenommenen Ergänzungen (Zusammenfassung siehe Anlage) zugrunde gelegt.

Das Vorhaben wird als „ethisch unbedenklich" bewertet. Das Projekt kann, wie derzeit geplant, durchgeführt werden.

Im Fall unvorhergesehener unerwünschter Ereignisse bittet die Kommission um unverzügliche Benachrichtigung.

Im Falle einer Veröffentlichung bittet die Ethikkommission, eine elektronische Kopie der Publikation unaufgefordert einzureichen (Gilt nicht für Abschluss- und Qualifikationsarbeiten).

Wir wünschen für das geplante Projekt viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Westenhöfer

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Vorsitzender der CCG-Ethikkommission

..2

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

CCG Ethikkommission

Anlage: Ergänzungen zum Ethikantrag vom 17.2.2016

- Im Einzelfall ist es jedem Studienteilnehmenden offen die gesamte Studienteilnahme und/oder die Teilnahme an der Gruppentherapie ohne Angabe von Gründen abzubrechen.

- Die gesamte Studie soll abgebrochen werden, wenn bei Teilnehmenden durch die Studie bedingte unerwartete Nebenwirkungen auftreten oder ein erheblicher Teil der Teilnehmenden eine akute Verschlechterung der Symptomatik zeigt (z.B. akute Suizidalität, schwere depressive Dekompensation) zeigt. Die Entscheidung über den Abbruch der Studie soll in diesem Fall gemeinsam mit den Gruppentherapeuten, dem ärztlichen Leiter des MVZ Falkenried (Prof. Dr. Helmut Peter) und den Studienkoordinatoren (Prof. Dr. Gunter Groen & Linus Wittmann) getroffen werden.

Anhang H Patienteninformation

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr Gunther Groen

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

M.Sc. Psych. Linus Wittmann

Allgemeine Patienteninformation über die Studie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen bei unserer Studie „Gesund bleiben im Beruf“. Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an der Teilnahme.

Zurzeit führt das MVZ Falkenried GmbH gemeinsam mit dem Department Soziale Arbeit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Universität Flensburg eine wissenschaftliche Untersuchung bei Patienten/-innen mit längerer Arbeitsunfähigkeit unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Gunther Groen, Frau Prof. Dr. P. Hampel und M.Sc. Psych. Linus Wittmann durch. Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung gibt es bislang keine gruppentherapeutische Intervention, die den Einfluss von Arbeitsbelastungen auf die psychische Gesundheit thematisiert. Daher hat das MVZ Falkenried GmbH in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg eine neue Gruppentherapie entwickelt, die zum Ziel hat im Berufsleben langfristig gesund zu bleiben.

Ziel der Untersuchung ist es deshalb, durch eine neu konzipierte Gruppentherapie die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit längerer Arbeitsunfähig zu verbessern. Um dies wissenschaftlich untersuchen zu können sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Ablauf der Studie

Sie nehmen an einer 10-wöchigen Gruppentherapie mit dem Ziel der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und der Förderung Ihrer Gesund im Beruf teil. Inhalte der Therapie wurden in Zusammenarbeit des Falkenried MVZ GmbH und des Department Soziale Arbeit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg entwickelt.

Für Ihre Behandlung im Falkenried MVZ ist das Ausfüllen von Fragebogen notwendig. Diese umfassen in der Hauptsache Fragen zu Ihren soziodemographischen Daten, Ihren Symptomen sowie ihrer arbeitsbezogenen Situation und Belastungen. Damit Sie diese Fragebögen nicht doppelt ausfüllen müssen, gibt das MVZ Falkenried GmbH diese Daten an die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg weiter. Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg verwahrt diese in elektronischer Form, pseudonymisiert und für dritte unzugänglich.

Wir möchten Sie zudem bitten, einen Teil der Fragebögen am Ende Gruppentherapie sowie 3 Monate nach der Gruppentherapie noch einmal zu beantworten. Den letzten Fragebogen senden wir Ihnen mit einem frankierten Rückumschlag nach Hause. Hierdurch entstehen Ihnen keine Kosten. Die Dauer der Bearbeitung der Fragebogen beträgt ca. 30 Minuten. Wir würden Sie telefonisch an die Bearbeitung der Fragebögen erinnern, wenn diese nach 3 Wochen nicht eingegangen sind.

Schließlich werden mit allen Patienten Ende der Behandlung Einzelinterviews durchgeführt. Diese Interviews können persönlich oder telefonisch erfolgen. Der Studienleiter wird Ihnen hierbei einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation und Ihren Nutzen von der Gruppentherapie stellen. Die Dauer der Interviews beträgt ca. 30 Minuten.

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen als Ansprechpartner für die Zeit während der Therapie Ihr/e behandelnder/e Theraepeut/-in und für die Zeit nach der Therapie Herr Prof. Dr. Gunter Groen

Ort, Datum & Unterschrift des Teilnehmers: _____

Name des Teilnehmers in Druckschrift: _____

Ort, Datum & Unterschrift des Studienleiters: _____

Name des Studienleiters in Druckschrift: _____

Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie

Ich gebe mein Einverständnis, dass für die Datenerhebung 3 Monate nach der Therapie sowie im Falle einer Fortführung dieser Studie meine personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme weiter verwendet werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass Herr M.Sc. Psych. Linus Wittmann telefonisch oder postalisch mit mir Kontakt aufnimmt, um mich für das telefonische/persönliche Interview zu kontaktieren. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten bis zum endgültigen Abschluss der Dateneingabe weiterhin in pseudonymisierter Form (Kodierliste) vorliegen und nur die Studienleitung darauf Zugriff hat. Nach spätestens 10 Jahren werden meine personenbezogenen Daten gelöscht. Solange die Kodierliste nicht gelöscht ist, kann ich jederzeit Auskunft über meine personenbezogenen Daten erhalten und die Löschung meiner Daten verlangen.

O JA O NEIN.

Ich bin mit einer telefonischen Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebogen 3 Monate nach der Therapie einverstanden.

O JA O NEIN.

Rückmeldung von Ergebnissen

Ich bin daran interessiert, etwas über die Ergebnisse der Studie zu erfahren, und bitte hierzu um Übersendung entsprechender Informationen.

O JA O NEIN.

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

Studienleiter: M.Sc. Psych. Linus Wittmann Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Alexanderstr. 1 20099 Hamburg Telefonnummer: 0159-03111216	Projektleiter: Prof. Dr. Gunter Groen Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Alexanderstr. 1 20099 Hamburg

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung des Studienteilnehmers erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.
Sie werden in Papierform und auf Datenträgern in der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg aufgezeichnet und pseudonymisiert[1] (verschlüsselt) für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.
Zugang zu dem „Schlüssel", der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat neben dem Studienleiter Prof. Dr. Gunther Groen nur noch sein Stellvertreter Linus Wittmann.
Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. (Sollte der Studienzweck eine pseudonymisierte Weitergabe der Daten erforderlich machen, muss dieses den Studienteilnehmer hier ausführlich erläutert werde). Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.
Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert oder nicht informiert zu werden. Dies kann in der Einverständniserklärung entschieden werden.
Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.
Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert[2].
Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert[2] und in dieser Form weiter genutzt.
Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

[1] **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

[2] **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)

Anhang I Einwilligungserklärung

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr Gunther Groen

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

M.Sc. Psych. Linus Wittmann

Einwilligungserklärung

Titel der Studie: Gesund bleiben im Beruf

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

_____

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von Herrn/Frau _____ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Die Teilnahme umfasst:

- Eine Gruppentherapie von 10 Sitzungen je 100 Minuten
- Das Ausfüllen von Fragebogen (ca. 30 Minuten) zur wissenschaftlichen Untersuchung zu Beginn, nach Ende und 3 Monate nach meiner Behandlung, sowie ein telefonisches oder persönliches Einzelinterview (ca. 30 Minuten) nach der Gruppentherapie.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten bin ich einverstanden. Zur Übermittlung der vom Falkenried MVZ GmbH erhobenen Daten an die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg entbinde ich meine/n Therapeutin/en für den Zeitraum der Untersuchungen von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn M.Sc. Psych. Linus Wittmann vom Department Soziale Arbeit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Die Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe meines Namens. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeitern zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Ort, Datum & Unterschrift des Teilnehmers: _____

Name des Teilnehmers in Druckschrift: _____

Ort, Datum & Unterschrift des Studienleiters: _____

Name des Studienleiters in Druckschrift: _____

Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie

Ich gebe mein Einverständnis, dass für die Datenerhebung 3 Monate nach der Therapie sowie im Falle einer Fortführung dieser Studie meine personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme weiter verwendet werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass Herr M.Sc. Psych. Linus Wittmann telefonisch oder postalisch mit mir Kontakt aufnimmt, um mich für das telefonische/persönliche Interview zu kontaktieren. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten bis zum endgültigen Abschluss der Dateneingabe weiterhin in pseudonymisierter Form (Kodierliste) vorliegen und nur die Studienleitung darauf Zugriff hat. Nach spätestens 10 Jahren werden meine personenbezogenen Daten gelöscht. Solange die Kodierliste nicht gelöscht ist, kann ich jederzeit Auskunft über meine personenbezogenen Daten erhalten und die Löschung meiner Daten verlangen.

O JA O NEIN.

Ich bin mit einer telefonischen Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebogen 3 Monate nach der Therapie einverstanden.

O JA O NEIN.

Rückmeldung von Ergebnissen

Ich bin daran interessiert, etwas über die Ergebnisse der Studie zu erfahren, und bitte hierzu um Übersendung entsprechender Informationen.

O JA O NEIN.

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

Studienleiter: M.Sc. Psych. Linus Wittmann Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Alexanderstr. 1 20099 Hamburg Telefonnummer: 0159-03111216	Projektleiter: Prof. Dr. Gunter Groen Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Alexanderstr. 1 20099 Hamburg

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung des Studienteilnehmers erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.
Sie werden in Papierform und auf Datenträgern in der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg aufgezeichnet und pseudonymisiert[1] (verschlüsselt) für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.
Zugang zu dem „Schlüssel", der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat neben dem Studienleiter Prof. Dr. Gunther Groen nur noch sein Stellvertreter Linus Wittmann.
Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. (Sollte der Studienzweck eine pseudonymisierte Weitergabe der Daten erforderlich machen, muss dieses den Studienteilnehmer hier ausführlich erläutert werde). Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.
Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert oder nicht informiert zu werden. Dies kann in der Einverständniserklärung entschieden werden.
Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.
Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert[2].
Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert[2] und in dieser Form weiter genutzt.
Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

[1] **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

[2] **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)

8 Eidesstaatliche Versicherung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und andere als in der Dissertation angegebene Hilfsmittel nicht benutzt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Zentrale Inhalte der Dissertation sind nicht schon zuvor für eine andere Qualifikationsarbeit verwendet worden. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen bzw. Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Auf die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer, auch fahrlässigen, falschen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung und die Bestimmungen der §§ 156, 161 StGB bin ich hingewiesen worden.

_____

Unterschrift

9 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen voran Frau Prof. Dr. Petra Hampel und Herrn Prof. Dr. Gunter Groen meinen allerherzigsten Dank für ihre Unterstützung beim Zustandekommen dieser Arbeit aussprechen. Herr Prof. Dr. Gunter Groen und Frau Prof. Dr. Petra Hampel haben mich von der Entwicklung meiner Forschungsfrage, über die Planung und Durchführung der Studie bis hin zur Anfertigung meiner Dissertation hervorragend betreut und mir viele Freiräume überlassen. Beide haben mir über die gesamte Zeit professionelle Unterstützung bei theoretischen und praktischen Überlegungen gegeben. Bedanken möchte ich mich auch bei allen Patientinnen und Patienten, die an der Studie teilgenommen haben. Darüber hinaus möchte ich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MVZ Falkenried und des UKE danken, die bei der Durchführung der Gruppentherapien mitgewirkt haben. Insbesondere möchte ich Frau Ulrike Peter danken, die mich in meinem Promotionsvorhaben mit wichtigen Anregungen zur Gestaltung des Therapiemanuals unterstützt hat.

Felix Plesse, Anna Carola Kampradt, Jessica Wörmann und Sonja Sanzches Feijo gilt ebenfalls mein Dank für ihre Unterstützung.

Ganz besonders möchte ich mich bei Jana Baum für ihre Unterstützung und ihren Zuspruch bedanken.

Für ihre Unterstützung und Motivation möchte ich mich auch bei Mary Sengutta, Inger-Marie Tiedemann und Caroline Wüsten bedanken.