

AUS DER ABTEILUNG
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**„Psychosomatische Merkmale von Ärzten,
Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften in stationärer
psychosomatischer Behandlung und deren Verlauf.“**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Cornelia Lück

2017

AUS DER ABTEILUNG
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**„Psychosomatische Merkmale von Ärzten,
Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften in stationärer
psychosomatischer Behandlung und deren Verlauf.“**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Cornelia Lück

2017

Dekan:	Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Thilo Hinterberger
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Göran Hajak
Tag der mündlichen Prüfung:	18.04.2017

Kurzzusammenfassung

Durch die psychische Belastung wird bei den in Gesundheitsberufen und im psychologischen Bereich Tätigen die Leistungsfähigkeit reduziert und die Entstehung von psychischen und körperlichen Erkrankungen gefördert. Das Ziel dieser Arbeit war, herauszufiltern, welche psychosomatischen Merkmale bei den zu untersuchenden Arztgruppen, Psychologen/Psychotherapeuten, Pflegekräften und der berufsunabhängigen und alle Patienten umfassende Testgruppe zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme vorlagen und inwiefern durch den stationären Aufenthalt eine Veränderung des Arbeitsverhaltens und des Vorhandenseins von Symptomen psychischer Erkrankungen bemessen werden kann.

In die Studie wurden 13092 Patienten einbezogen, die in der Parkklinik Heiligenfeld im Zeitraum von 2007 bis 2012 stationär aufgenommen wurden. Diese wurden auf folgende fünf Gruppen aufgeteilt: Klinikärzte, Ärzte außerhalb der Klinik, Psychologen/Psychotherapeuten Pflegekräfte und eine Testgruppe, die alle Patienten der Klinik berufsumfassend umfasst. Es wurden einerseits die soziodemographischen Merkmale wie das Geschlecht, das Alter, der Familienstand und die Kinderanzahl andererseits die Fragebögen des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (AVEM) und des ICD-10-Symptome-Rating (ISR) hinsichtlich des Vorhandenseins von gesundheitsschädlichen Arbeitsverhalten und von Symptomen psychischer Erkrankungen zu den Zeitpunkten der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung untersucht. Zur weiteren Differenzierung wurden die untersuchten Patienten mit Hilfe des Veränderungsfragebogens(VEV-K) befragt, inwiefern diese eine Veränderung des Erlebens und des Verhaltens zum Zeitpunkt der Klinikentlassung und ein Jahr nach der Klinikentlassung empfunden haben.

Die Ergebnisse zeigen ein signifikantes Überwiegen des weiblichen Geschlechts gruppenübergreifend und berufsunabhängig, insbesondere mit 87% bei den Pflegekräften. In der Geschlechtergegenüberstellung ist gruppenübergreifend das weibliche Durchschnittsalter – das von 45,7 bis 50,3 Jahren reicht – niedriger als das männliche. Das Aufnahmealters der Klinikärzte beträgt durchschnittlich 47,6 Jahre und ist somit im Vergleich zu den Ärzten außerhalb der Klinik niedriger. Des Weiteren ist das Aufnahmealter der Pflegekräfte mit 46 Jahren niedriger als das der untersuchten Arztgruppen, Psychologen/Psychotherapeuten und der Testgruppe.

Den Resultaten hinsichtlich der Lebensform ist zu entnehmen, dass mit ca. 75% die Mehrheit der Patienten der untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe nicht verheiratet ist oder sich nicht in einer festen Partnerschaft befindet. Im Gruppenvergleich haben mit 54% die Klinikärzte prozentual am wenigsten und die Ärzte außerhalb der Klinik mit 77% am meisten eigene Kinder.

Die Auswertung des AVEM-Fragebogens ergab, dass zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme mit 59,2% die Ärzte außerhalb der Klinik am wenigsten und die Pflegekräfte mit 80,9% am meisten prozentual gesundheitsschädliches Arbeitsverhalten aufweisen, das in einem Burnout münden kann. Ein Jahr nach der Klinikentlassung hat sich dieser prozentuale Anteil bei den Pflegekräften und Psychologen/Psychotherapeuten reduziert. Ein Jahr nach Klinikentlassung hat der prozentuale Anteil, der dem schonenden Arbeitsverhalten zugewiesen werden kann, insbesondere mit 40,7% bei den Psychologen/Psychotherapeuten zugenommen.

Den Resultaten des ISR-Fragebogens ist zu entnehmen, dass bei der Klinikaufnahme mindestens 87% der Patienten gruppenübergreifend und berufsunabhängig eine depressive Symptomatik im Bereich von gering bis schwer aufweisen. Im Gruppenvergleich leidet ein Jahr nach der Klinikentlassung mit 44% tendenziell am meisten die Testgruppe an depressiven Symptomen.

Bei der Auswertung des Fragebogens über Veränderung des Verhaltens und Erlebens zeigt sich bei der Klinikentlassung, dass mindestens 68% der Patienten gruppenübergreifend und berufsunabhängig eine Verbesserung durch die Therapie empfanden. Ein Jahr nach der Klinikentlassung gaben mit Ausnahme der Klinikärzte immer noch über 55% der Patienten gruppenübergreifend eine Verbesserung des Verhaltens und Erlebens an.

Zusammenfassend konnte in dieser Studie für das Untersuchungskollektiv eine positive Wirkung der Therapie auf das Bewusstsein für ein gesundheitsförderndes Arbeitsverhalten und auf die psychische Gesundheit aufgezeigt werden. Die Ergebnisse der Auswertung der vorliegenden Studie legen nahe, dass Präventionsprogramme hinsichtlich gesundheitsschädlichen Arbeitsverhalten und Symptomen von psychischen Erkrankungen insbesondere für Frauen, in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen notwendig wären. Mit Hilfe der berufsumfassenden Testgruppe konnten Hinweise angeführt werden, dass gesundheitsschädliches Arbeitsverhalten und psychischen Störungen berufs- und ausbildungsunabhängig auftreten können.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	14
2	Das Burnoutsyndrom.....	17
2.1	Definitionen von Burnout	17
2.2	Ursachen von Burnout.....	20
2.2.1	Persönlichkeitsbezogene und individuelle Faktoren	22
2.2.2	Arbeitsplatzbezogene Faktoren	23
2.2.3	Gesellschaftlicher Einfluss	24
2.3	Die symptomatischen Burnoutphasen nach Matthias Burisch.....	26
2.4	Die drei Hauptkriterien von Burnout	28
2.5	Differentialdiagnosen.....	31
2.5.1	Depression.....	31
2.5.1.1	Definition und Symptome	31
2.5.1.2	Depression in Gegenüberstellung zu Burnout	32
2.5.2	Lavierte chronische posttraumatische Belastungsstörung	35
2.5.2.1	Definition und Symptome	35
2.5.2.2	Gegenüberstellung von posttraumatischer Belastungsstörung und Burnout	36
2.5.2.3	Lavierte posttraumatische Belastungsstörung bei Ärzten, Psychogen/Psychotherapeuten und Pflegekräften	37
3	Untersuchungsinstrumente.....	39
3.1	Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM).....	40
3.1.1	Inhalt.....	40
3.1.2	Die vier Arbeits - und Verhaltensmuster.....	42
3.1.3	AVEM-Fragebogenauswertung.....	44
3.2	ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen	47
3.3	Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens (VEV - K).....	49
4	Fragestellungen.....	50
5	Methodik.....	53
5.1	Das Untersuchungskollektiv	54

5.2	Statistische Methodik.....	56
6	Auswertung	58
6.1	Fragen zur Person.....	58
6.1.1	Aufteilung des Geschlechtes bei den zu untersuchenden Gruppen	58
6.1.2	Altersaufteilung bei den zu untersuchenden Gruppen	60
6.1.2.1	Häufigkeitsverteilungen des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht für jede zu untersuchende Gruppe	60
6.1.2.2	Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen	65
6.1.2.3	Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen nach der Geschlechtsaufteilung	67
6.1.3	Aufteilung des Familienstandes bei den zu untersuchenden Gruppen	70
6.1.4	Kinderanzahl bei den zu untersuchenden Gruppen	72
6.2	Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM).....	74
6.2.1	AVEM-Dimensionen bei der Klinikaufnahme	75
6.2.2	AVEM-Dimensionen ein Jahr nach der Klinikentlassung	79
6.2.3	Vergleich der AVEM – Dimensionen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten	81
6.2.4	Aufteilung der Bewältigungsmuster (Clustertypen) bei den zu untersuchenden Gruppen	83
6.2.4.1	Clustertypen bei der Klinikaufnahme.....	83
6.2.4.2	Clustertypen ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	86
6.2.4.3	Vergleich der Aufteilung der Clustertypen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten	88
6.3	ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen	89
6.3.1	Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	89
6.3.2	Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	99
6.3.3	Vergleich der Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten	108
6.4	Veränderungsfragebogen des Verhaltens- und Erlebensmusters (VEV-K).....	109

6.4.1	Veränderung des Verhaltens und Erlebens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikentlassung	109
6.4.2	Veränderungen des Verhaltens und Erlebens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	111
6.4.3	Vergleich der Veränderungen des Verhaltens und Erlebens zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten	113
7	Diskussion	114
7.1	Repräsentativität des Datensatzes	114
7.2	Soziodemographische Faktoren	115
7.2.1	Geschlechtsspezifische Auswertung	115
7.2.2	Altersspezifische Auswertung	116
7.2.3	Lebensformspezifische Auswertung	118
7.3	Arbeitsspezifische Faktoren	119
7.3.1	Aufteilung der Bewältigungsmuster und Dimensionen des AVEM-Fragebogens bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme	119
7.3.2	Verteilung der Bewältigungsmuster und der Dimensionen des AVEM-Fragebogens bei den untersuchten Gruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung	122
7.4	Psychische Faktoren	124
7.4.1	Symptomatik und Schweregrad von zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme	124
7.4.2	Symptomatik und Schweregrad zugrundeliegender psychischer Erkrankung bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	126
7.5	Empfinden des Verhaltens und Erlebens nach der Therapie	127
8	Resümee	128
9	Literaturverzeichnis	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DGPPN Konzept zum Übergang der Arbeitsbelastung zur Krankheit.....	20
Abbildung 2: Nach dem Modell der Burnout-Entstehung nach Cordes & Dougherty.....	28
Abbildung 3: Teufelskreis Burnout – Depression.....	33
Abbildung 4: Lavierte chronische PTBS durch kindliches Trauma	38
Abbildung 5: Schema der Musterzugehörigkeit nach Schaarschmidt und Fischer	45
Abbildung 6: Aufteilung des Geschlechtes bei den zu untersuchenden Gruppen	59
Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Ärzten außerhalb der Klinik	60
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Klinikärzten	61
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Pflegekräften	62
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Psychologen/Psychotherapeuten	63
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei der Testgruppe	64
Abbildung 12: Durchschnittsalter bei den zu untersuchenden Gruppen.....	66
Abbildung 13: Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen nach Geschlechtsaufteilung.....	68
Abbildung 14: Aufteilung des Familienstandes bei den zu untersuchenden Gruppen	71
Abbildung 15: Kinderanzahl bei den zu untersuchenden Gruppen.....	73
Abbildung 16: Staninemittelwerte in den Dimensionen des beruflichen Engagements bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	75
Abbildung 17: Staninemittelwerte in den Dimensionen der Widerstandsfähigkeit und dem Bewältigungsverhaltens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme	76
Abbildung 18: Staninemittelwerte der Dimensionen des Lebensgefühls bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	77
Abbildung 19: Staninemittelwerte der Dimensionen des beruflichen Engagements bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	79
Abbildung 20: Staninemittelwerte der Dimensionen der Widerstandsfähigkeit und des Bewältigungsverhaltens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	80

Abbildung 21: Staninemittelwerte des Lebensgefühls bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	81
Abbildung 22: Clustertypenaufteilung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	84
Abbildung 23: Clustertypenverteilung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	87
Abbildung 24: ISR-Skala Depression bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	90
Abbildung 25: ISR-Skala Angst bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	92
Abbildung 26: ISR-Skala Zwang bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	93
Abbildung 27: ISR-Skala Somatisierung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme	94
Abbildung 28: ISR-Skala Essstörung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	95
Abbildung 29: ISR-Skala Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme.....	97
Abbildung 30: ISR-Skala Depression bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	100
Abbildung 31: ISR-Skala Angst bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	101
Abbildung 32: ISR-Skala Zwang bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	102
Abbildung 33: ISR-Skala Somatisierung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung	103
Abbildung 34: ISR-Skala Essstörung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	104
Abbildung 35: ISR-Skala Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	106
Abbildung 36: VEV-K-Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikentlassung	110
Abbildung 37: VEVK - Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Unterschiede von Burnout und Depression	34
Tabelle 2: Die 11 AVEM Dimensionen	41
Tabelle 3: ISR-Skalen mit der dazugehörigen Anzahl von Fragen	47
Tabelle 4: ISR Legende.....	48
Tabelle 5: Anzahl der zu untersuchenden Patienten zu den Untersuchungszeitpunkten	54
Tabelle 6: Rücklaufquote bei den zu untersuchenden Gruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	55
Tabelle 7: Mittelwert und Standardabweichung des Durchschnittsalters bei den zu untersuchenden Gruppen	65
Tabelle 8: Mittelwert und Standardabweichung des geschlechtsabhängigen Durchschnittsalters bei den zu untersuchenden Gruppen	67
Tabelle 9 Geschlechtsabhängiges Durchschnittsalter	69
Tabelle 10 AVEM-Dimensionen bei der Klinikaufnahme	78
Tabelle 11: Veränderungen der Staninewerte der AVEM-Dimensionen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe.....	82
Tabelle 12 Clustertypenaufteilung bei der Klinikaufnahme.....	85
Tabelle 13 Clustertypenverteilung ein Jahr nach der Klinikentlassung.....	88
Tabelle 14: Veränderung der Clustertypenverteilung zwischen den Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen.....	88
Tabelle 15 ISR-Skalen bei der Klinikaufnahme	98
Tabelle 16 ISR-Skalen ein Jahr nach der Klinikentlassung	107
Tabelle 17: Veränderungen der ISR-Skalen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen.....	108
Tabelle 18: Veränderungen der Mittelwerte des VEVK-Gesamt zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen...	113

1 Einleitung

Das nachstehende Zitat von Schmidbauer soll den Grundgedanken dieser Arbeit verdeutlichen:

„In allen sozialen Berufen ist die eigene Persönlichkeit das wichtigste Instrument; die Grenzen ihrer Belastbarkeit und Flexibilität sind zugleich die Grenzen unseres Handelns“ (Schmidbauer, 1977, S. 7).

Dieser Aussage folgend, befasst sich die Doktorarbeit mit den arbeitsbedingten und psychischen Belastungen von Ärzten, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften. Mit dieser Studie sollen Faktoren herausgefiltert werden, die diese Berufsgruppen als Patienten in eine stationäre psychotherapeutische Behandlung führt.

Hintergrund der vorliegenden Arbeit ist, dass die in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen oftmals die belastenden Aspekte ihrer Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen, wie z.B. das empathische Miterleben von Leid, Schmerz und Tod verdrängen. Durch eine gleichzeitige Identifikation mit den Patienten können Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte psychisch so belastet werden, dass negative Gefühle ausgelöst werden, die Leistungsfähigkeit reduziert wird und sie selbst psychisch krank und arbeitsunfähig werden (Schmidbauer, 1977, S. 12,23; Enzmann & Kleiber, 1989, S. 74; Herschbach, 1991, S. 37; Schönberger, 1995, S. 25; Kordt, 2013, S. 46; Bergner, 2010, S.1; Burisch, 2006, S. 215). An diesem Punkt angelangt, sind sie am Ende ihrer Handlungsgrenzen, berichten über das „Gefühl des Ausbrennens“ (Schmidbauer, 2002, S.15) und weisen Symptome der Z-Diagnose im ICD-10 Burnout auf. Studien zu Folge leidet eine nicht unerhebliche Anzahl von in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen an Burnout (Kordt, 2013, S.46; Bergner, 2010, S.1; Burisch, 2006, S. 215; Enzmann et al.; 1989, S.14; Freudenberger et al.; 1980, S.33). Eine mit dieser Arbeit sehr gut vergleichbare Studie an 112 psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Psychologen und Pflegekräften ermittelte eine Burnout-Quote - gemessen mit dem Maslach Burnout-Inventories bei den Pflegekräften von 11,5 % und bei den akademischen Gruppen von 16,7% (Meßenzehl et al, 2006, S. 108-113).

2.1 Definitionen von Burnout

Dem „Syndrom Burnout“ wird immer noch zu wenig Beachtung geschenkt, da die Symptomatik an sich selbst und seine Folgen unterschätzt werden. Die „...erschöpfte und ausgebrannte Seele...“ (Han, 2010 S. 20) und der „...Verschleiß von Fähigkeiten...“ (Maslach & Leiter, 2001, S.22) ist nicht so sichtbar wie eine körperliche Erkrankung. Deshalb wurde in unserer Bevölkerung tabuisiert, den Zustand „ausgebrannt sein“ zuzugeben: „...Idealisierungen zwingen uns, an einem starren Bild von Vollkommenheit festzuhalten und Fehler nicht für selbstverständlich, sondern für einen Makel, ein mehr oder weniger deutlich moralisierend an den Pranger gestelltes Versagen zu erleben...“ (Schmidbauer, 2002, S.3). Laut Maslach und Leiter (2001, S.34) wird Burnout als ein Problem, ein Fehler und die Schuld des Menschen und nicht beispielsweise als ein Problem der Arbeitswelt angesehen. Ihrer Ansicht nach sind die „...Missverhältnisse zwischen Mensch und Arbeit die Schlüsselursachen von Burnout ...“ (Maslach & Leiter, 2001, S.40).

Sowohl im Hinblick auf die oben aufgeführten Zahlen von Burnoutleidenden unter den oben aufgeführten Berufsgruppen als auch hinsichtlich der Tatsache, dass die im Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen auch nur Menschen sind, Stärken und Schwächen, Gefühle und Seele besitzen und der Beruf ihre finanzielle Lebensgrundlage ist, erscheint es deshalb sinnvoll, das Bewusstsein für seelisch und psychisch krankmachende Arbeitsbedingungen in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor zu sensibilisieren.

Dazu wurde in dieser Studie folgendermaßen vorgegangen: Zuerst wurde das Burnoutsyndrom und andere psychische Erkrankungen näher betrachtet. Auf diesen theoretischen Grundlagen aufbauend ist die Erkenntnisgewinnung über die arbeitsbedingte und psychische Belastung von Klinikärzten und Ärzten außerhalb der Klinik im Vergleich zu Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften Gegenstand der Studie. Dies erfolgte durch die Anwendung des Arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebensmuster (AVEM)-, ICD-10-Symptom-Rating (ISR)- und Veränderung des Verhaltens und Erlebens Fragebogens. Die Ergebnisse sollen unter arbeitspsychologischen und psychisch/psychosomatischen Aspekten ermöglichen, Rückschlüsse auf die Ursachen für die Entstehung von

2.1 Definitionen von Burnout

psychisch/psychosomatischen Erkrankungen bei Personen zu ziehen, die im Gesundheitswesen und im psychologischen Sektor tätig sind.

Die Studie kann Ansatzpunkte zur Etablierung von Prävention- und Therapiemöglichkeiten liefern, die speziell angepasst sind an psychisch/psychosomatisch Erkrankte aus dem Gesundheitswesen und dem psychologischen Sektor. Außerdem kann sie bei den Institutionen oder Trägern der Kliniken zum einem dazu beitragen, beispielsweise die Arbeitsorganisation und Ablaufstrukturen zu verändern. Zum anderem kann durch die Studie bei diesen das Bewusstsein für Burnout im Hinblick auf das Problem der Ausfallzeiten von Leistungsträgern im Gesundheitsbereich geschärft werden (Kordt, 2013 S. 46). Dies ist von einer besonderen Bedeutung, da sich die oben genannten Berufsgruppen in einer Mangelsituation in Deutschland befinden, aber gleichzeitig aufgrund der demographischen Entwicklung mit einem Mehrbedarf an diesen Berufsgruppen und daher mit einer zusätzlichen Verschärfung der Problematik gerechnet werden kann (Bundesagentur für Arbeit, 2013 S. 13f).

2 Das Burnoutsyndrom

2.1 Definitionen von Burnout

Das Burnoutsyndrom ist heutzutage in vielen Mündern. Es herrscht immer noch die Diskussion, ob Burnout wirklich als Krankheit anzuerkennen ist oder ob es sich dabei eher um einen weniger stigmatisierenden Modebegriff für psychische Erkrankungen handelt (Enzmann & Kleiber, 1989, S.7f). Im Folgendem werden Definitionsversuche von Burnout aufgeführt, aus denen sich die kontinuierliche Entwicklung des Begriffs Burnout aufzeigen lässt und den aktuellen Forschungsstand widerspiegelt.

Definitionsansatz nach Freudenberger (1974)

Erstmals wurde der Begriff Burnout 1974 im psychologischen Zusammenhang von New Yorker Psychotherapeuten Herbert Freudenberger erwähnt: „ Ein Ausbrenner ist ein Mensch im Zustand der Ermüdung, der Frustration (Freudenberger et al., 1980, S. 34). „...Ausbrennen bedeutet: sich entleeren. Die eigenen körperlichen und seelischen Reserven erschöpfen. Sich selbst bei dem Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbstgesetzt oder vom Wertesystem der Gesellschaft aufgezwungen sind ...“ (Freudenberger et al., 1980, S. 38).

Definition nach Christina Maslach (1978)

Einer der bedeutenden Definitionsversuche stammt von Christina Maslach (1978): „ Wir haben Burnout als ein Syndrom der emotionalen Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit definiert, die bei Menschen, die mit Menschen in einer bestimmten Eigenschaft arbeiten, auftreten können. Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf Gefühle des emotionalen überfordert Seins, welches durch einen Kontakt mit anderen Menschen abgelassen wird. Depersonalisation bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion gegenüber diesen Menschen, die in der Regel die Empfänger der Dienstleistung oder Pflege sind. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit bezieht sich auf einen Rückgang des

2.1 Definitionen von Burnout

Bewusstseins der eigenen Kompetenz und der erfolgreichen Verwirklichung in der Arbeit mit Menschen...“ (Maslach C., 1984, S. 134).

Definition nach Cary Cherniss (1980)

Cary Cherniss „...fasste Burnout als einen Prozess auf, in dem sich ein zuvor der Arbeit verpflichtet gefühlter Berufstätiger von seiner oder ihrer Arbeit löst, als Reaktion auf Stress und Belastung, die im Beruf erlebt wurde...Der Prozess beginnt, wenn der Helfer Stress und Belastung erlebt, die nicht durch aktive Problemlösung abgemildert werden kann. Die Veränderungen in Einstellung und Verhalten, die mit Burnout assoziiert werden, stellen dann den psychologischen Ausweg dar. So wie ich den Begriff verwende, enthält Burnout Veränderungen in der Einstellung gegenüber der eigenen Arbeit und Kunden sowie Gefühle der Erschöpfung und Anspannung, die manchmal auftreten...“ (Cherniss, 1980, S. 18f).

Definition nach Edelwich & Brodsky (1980)

Burnout wird verwendet, um „...einen zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie zu beschreiben, den die in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren... Ausgebranntsein ist natürlich nicht auf die Sozialberufe oder irgendeine andere Berufsgruppe beschränkt“ (Edelwich et al., 1984, S. 12).

Definition von Pines et al.(1983)

„Überdruss und Ausbrennen sind Zustände körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung“ (Pines et al., 2000, S. 25).

Definition nach Schaufeli & Enzmann (1998)

Schaufeli & Enzmann meinten: „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand normaler Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe, und Anspannung, einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht“ (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es bisher keine allgemeingültige Definition gibt. Wegen des Fehlens einer konkreten Definition von Burnout werden viele unterschiedliche Ursachen und Symptome für die Syndromentstehung angenommen, wodurch die Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen erschwert wird und auch zu Fehldiagnosen führt (Kordt, 2013 S. 48f). Zudem wird Burnout von der Weltgesundheitsorganisation nicht als Krankheit anerkannt. Es ist im Anhang Z.73 des 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) im Sinne eines Faktors aufgeführt, der den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führt (Dilling et al., 2010, S. 372).

2.2 Ursachen von Burnout

Die ursächlichen Gründe für die Entstehung von Burnout und auf welche Weise persönliche bzw. individuelle und arbeitsorganisatorische Bedingungen zur Entwicklung des Syndroms beitragen, sind zentrale Fragestellungen in der Forschung. Bisweilen konnten die Forscher keine allgemeingültigen Ursachen festlegen. Freudemberger (1974) und Edelwich&Brodsky (1984) sehen die Persönlichkeit bzw. die individuellen Faktoren des Menschen im Vordergrund stehend. Im Gegensatz dazu betonen Cherniss (1980), Aronson (1983) und Maslach&Jackson (1984) die Bedeutung der arbeitsplatzbezogenen Faktoren in ihren Analysen (vgl. Ommen et al., 2008, S. 193).

Die folgende Abbildung stellt einen möglichen Zusammenhang zwischen individuellen, arbeitsbedingten Auslösern und der Entstehung von ICD-10 Erkrankungen dar.

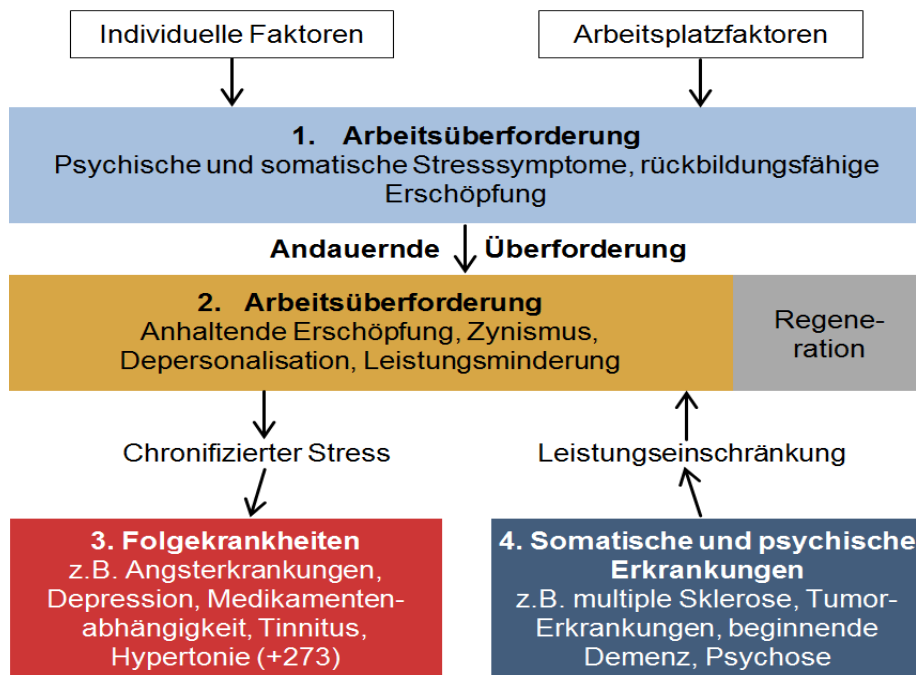


Abbildung 1: DGPPN Konzept zum Übergang der Arbeitsbelastung zur Krankheit (Berger et al., 2012,S.4)

2.2 Ursachen von Burnout

Demnach können individuelle und arbeitsbedingte Faktoren zu einer Arbeitsüberforderung führen. Wenn die durch Überforderung ausgelösten vegetativen Stresssymptome, das Erschöpfungsempfinden und eine verminderte Leistungsfähigkeit trotz Erholungsphasen und Distanzierung zur Arbeit über Wochen bis Monate nicht abklingen, kann Burnout diagnostiziert werden. In der Folge kann Burnout den Grundstein für psychische und somatische Folgeerkrankungen legen. Dies ist insbesondere bei einer gewissen Disposition seitens des Patienten - wie Depression, Angststörungen, Medikamentenabhängigkeit, Tinnitus, Hypertonie etc. der Fall (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Vorderholzer, & Maier; S. S.4). Umgekehrt kann Burnout aber auch sekundär durch bereits vorliegende somatische oder psychische Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Demenz oder Psychosen ausgelöst werden (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Vorderholzer, & Maier; S. S.4, Bergner, 2010, S. 61). Durch diese kann es aus aufgrund zum Beispiel der vorliegenden körperlichen Gründe zu einer tatsächlichen Leistungseinschränkung kommen, die mit dem Arbeitspensum und Anforderungen nicht mehr vereinbar ist und die Entwicklung von Burnout begünstigt (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Vorderholzer & Maier; S. S.4).

Dennoch muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass aufgrund der unterschiedlichen Burnout - Theorien und wegen der Uneinigkeit über die Entstehung von Burnout die Datenlage zur Burnout Forschung mit einer großen Einschränkung zu bewerten ist. Es liegen keine verlässlichen Daten vor, die den Zusammenhang zwischen häufig psychischen Beschwerdebildern und einer überfordernd erlebten Arbeitssituation erklären (Kordt, 2013; S.48; Berger et al., 2012, S. 7f; Burisch, 2006, S. 224).

2.2.1 Persönlichkeitsbezogene und individuelle Faktoren

Freudenberger erklärt, „.....dass das, was nicht in Ordnung ist, letztlich in uns selbst seine Ursache hat... “ (Freudenberger et al., 1980, S. 27). Geht man von dieser Theorie aus, können sich folgenden persönlichkeitsbezogene Faktoren ergeben (Burisch, 2006, S. 197f; Bergner, 2010,S. 23ff,63ff; Sendera & Sendera, 2013, S. 110f):

1. **Neurotizismus**
2. **Perfektionismus**
3. **Soziale Kontaktstörungen**
4. **Niedriges Selbstwertgefühl**
5. **Persönlich hohe Erwartungshaltung**
6. **Anerkennungsstreben/ Geltungsstreben**
7. **Helfersyndrom¹**
8. **Idealismusvorstellung**
9. **Erfolgsstreben**
10. **Kontrollbedürfnis**
11. **Frühe Traumatisierung**

Unabhängig davon „...wird ein individuelles Burnout-Risiko gesehen, wenn der Einzelne dem Arbeitsbereich überhöhte Bedeutung im Hinblick auf Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung zumisst. Diese Grundhaltung ist häufig mit einer zunehmenden Ausdehnung der Arbeitszeit unter Vernachlässigung von Familie und Freizeitgestaltung verbunden...“ (Berger et al. 2012,7.März, S. 8).

¹ „Das Helfersyndrom ist eine Verbindung charakteristischer Persönlichkeitsmerkmale, durch die soziale Hilfe auf Kosten der eigenen Entwicklung zu einer starren Lebensform gemacht wird.“ (Schmidbauer, 1977, S. 22)

2.2.2 Arbeitsplatzbezogene Faktoren

Maslach&Leiter (2001, S. 19) und Schaufeli&Enzmann (1998, S.36) vertreten die Meinung, dass arbeitsplatzbezogene Faktoren als Ursache von Burnout im Vordergrund stehen. Demnach ist das Auftreten von Burnout „...umso wahrscheinlicher, wenn es eine Diskrepanz zwischen den Merkmalen des Berufes und der Person, die diesen ausübt, gibt...“ (Maslach&Leiter, 2001, S. 10). „ ...Diese Personen haben das Gefühl, durch die Situation am Arbeitsplatz ständig gegen die Wand zu rennen... “ (Freudenberger et al., 1980, S. 33). Beispielhaft seien an dieser Stelle die von Maslach&Leiter (2001) betonten Risikofaktoren genannt: Arbeitsbelastung, Mangel an Kontrolle, mangelnde Belohnung, Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls, mangelnde Fairness und Wertkonflikte (Maslach und Leiter,2001, S.15ff). Das Erlernen des Umganges mit neuen technischen Entwicklungen oder ein Positionswechsel in der Arbeit stellt eine vorrübergehende Überforderung dar: „...Arbeitsüberforderung ist dabei als subjektiv erlebter psychischer Zustand gemeint, der z.B. durch ein das bisherige Leistungsprofil quantitativ und qualitativ übersteigendes aktuelles Tätigkeitsprofil bedingt sein kann...“ (Berger et al., 2012, S. 1364).

Bezüglich der arbeitsbedingten Ursachen kann zusammenfassend gesagt werden, dass Burnout dann entsteht, wenn der Betroffene seine Überlastung nicht wahrnimmt und keine Lösungsversuche unternimmt oder trotz dem Wissen über seine Anstrengung seine Lösungsversuche ihn nicht aus der Situation befreien (Bergner, 2010, S. 53): „ ... Sie brennen aus, weil sie sich allzu lange allzu sehr verausgabt haben...“ (Freudenberger et al., 1980, S. 33).

2.2.3 Gesellschaftlicher Einfluss

Erschöpfung, Burnout und Depression werden als Leitkrankheiten des beginnenden 21. Jahrhunderts bezeichnet. Dies ist bedingt durch die Forderung nach einer Leistungsgesellschaft, die den Einzelnen zu noch höherer Effizienz führt. Es wird vermittelt, dass jeder alleine - unabhängig von seiner Herkunft - für seinen beruflichen Erfolg verantwortlich ist. Unbegrenzt in Aussicht gestellte Aufstiegschancen erzeugen den Eindruck einer zwingenden Freiheit zur Maximierung der eigenen Leistung und des erzielten Erfolgs. Han (2010) bezeichnet diesen Vorgang als den Weg in die Selbstausbeutung, indem der Ausbeutende gleichzeitig der Ausgebeutete ist: „...Diese paradoxe Scheinfreiheit erschwere das Erkennen von Selbstüberforderung und könne häufig nur durch das Gefühl der Erschöpfung begrenzt werden...“ (Han, 2010 S. 12).

Um die Anforderungen zum Beispiel in der Arbeit bewältigen zu können, ist es wichtig, auf eigene soziale Ressourcen zurückgreifen zu können. Das „soziale Kapital“ ist die Gesamtheit von Ressourcen, die mit dem Besitz von sozialen Beziehungen zwischen Personen, Rollen oder Organisationen einhergeht und setzt sich aus Partnerschaft, Familie, Freunde, Arbeitswelt und Gesellschaft zusammen (Bourdieu, 1983, S. 190f; Röhrle, 1994, S. 1; Cohen, 1988; S. 269-297). Es kann bei der Bewältigung von Belastungen durch instrumentelle, emotionaler, evaluativer und informationeller Unterstützung helfen und gesundheitsfördernd sich auswirken (Lohmann-Haislah, 2012, S. 76f; Ommen et al., 2008, S. 196; Bourdieu, 1983, S. 192f).

Bezüglich dieser Tatsache sind die insbesondere das Privatleben und die Arbeitswelt betreffenden Veränderungen in der Bedeutung des sozialen Handelns aufgrund der zunehmenden Technologisierung, Bürokratisierung und Urbanisierung durch den Wandel der Zeit und der Gesellschaft zu erwähnen (Kapfhammer, 2012, S. 1284; Röhrle, 1994, S. 2f; Bourdieu, 1983, S. 192f):

2.2 Ursachen von Burnout

- Verfall des Gemeinschaftswesens und sozialer Unterstützungssysteme: z.B.: Kirche, Großfamilien, Nachbarschaft (Enzmann & Kleiber, 1989, S. 52)
- Kleinere Familien und geringerer Zusammenhalt in der Familie
- „zunehmende Individualisierung und Anonymisierung“ (Kapfhammer, 2012, S. 1284)
- Schwierigkeiten bei der Vollendung von Lebensentwürfen
- Privat und beruflich bedingte Herausforderungen

Auch wenn die vorher genannten gesellschaftlichen Veränderungen zu apodiktisch dargestellt sein mögen, so sind sie doch in ihrer Gesamtheit eine Ursache von Burnout. So kann beispielsweise durch die gesellschaftlichen Veränderungen ein Ankerplatz wie die Familie nicht mehr gefunden werden und man befindet sich in einer „Berg – und Talfahrt“, denn unser Körper wehrt sich gegen die Umstellungen und Änderungen im Leben (Freudenberger et al., 1980, S. 23).

Insgesamt kann bezüglich der vielen unterschiedlichen und nicht konkreten Ursachen gesagt werden: „...Burnout ist also eine Art Sammelbecken für individuell sehr unterschiedliche Reaktionen auf ebenso unterschiedliche Ursachen beruflicher und privater Art und damit Folge einer individuellen Überlastung...“ (Bergner, 2010, S. 48).

2.3 Die symptomatischen Burnoutphasen nach Matthias Burisch

Matthias Burisch hat 130 klinische Symptome dem Begriff Burnout zugewiesen, in Kategorien eingeteilt und bestimmten Phasen zugeordnet (Burisch, 2006, S. 25ff):

- 1: „Warnsymptome der Anfangsphase“: Diese Phase ist durch ein überhöhtes Engagement gekennzeichnet, das zu einer Erschöpfung führt.
- 2: „Reduziertes Engagement“: In diesem Stadium zeigt sich ein mangelndes Interesse an der Arbeit und gegenüber anderen Menschen. Dies äußert sich zum Beispiel durch ein inadäquates Verhalten gegenüber Dritten.
- 3: „Emotionale Reaktionen/ Schuldzuweisung“: Diese Verhaltensweisen entsprechen denen von einer Depression und Aggression.
- 4: „Abbau“: In dieser Phase vermindern sich erkennbar die Leistungsfähigkeit, die Motivation und die Kreativität.
- 5: „Verflachung“: „ ... In Fortführung der Symptome von Kategorie 4 kommt es in Form eines Gleichgültigkeitsempfindens zu einer generellen Verflachung der Emotionen, einer Aufgabe des kognitiven Denkens und zu einem sozialen Rückzug...“ (Burisch, 2006, S. 33).
- 6: „Psychosomatische Reaktionen“: Im Verlauf der Erkrankung zeigen sich immer mehr psychosomatische Reaktionen, die sich beispielsweise in Form von Schlafstörungen, Verdauungsproblemen, Unfähigkeit zur Entspannung, Herzklopfen, Übelkeit etc. bemerkbar machen. Daneben ändern sich die Ess- und Trinkgewohnheiten und es wird vermehrt zu Alkohol oder Zigaretten gegriffen, was die Anfälligkeit für weitere Krankheiten erhöht (Bergner, 2010, S. 16-20; Burisch, 2006, S. 33).

2.3 Die symptomatischen Burnoutphasen nach Matthias Burisch

7: „Verzweiflung“: „...In der Endphase leidet der Betroffene an existenzieller Verzweiflung, am Gefühl allgemeiner Hilf - und Hoffnungslosigkeit...“(Bergner, 2010, S. 19; Burisch, 2006, S. 34). In diesem Endstadium ist das komplette Ausmaß des Syndroms Burnout sichtbar und die Suizidgefahr sehr hoch (Bergner, 2010, S. 19).

Betont werden muss, dass nicht jeder an Burnout Erkrankte alle recht unspezifischen Symptome aufweisen und jede Phase durchlaufen muss. Phasen können überspringen, gestoppt oder mehrmals durchlaufen werden ohne je das Endstadium zu erreichen. Die Dauer und der Verlauf hängen von den individuellen Faktoren und den Umgebungsbedingungen ab (Burisch, 2006, 26ff; Sendera & Sendera, 2013, S. 105).

Übereinstimmung findet sich unter den Forschern einerseits darin, dass die Burnoutsyndromentwicklung – angefangen von einer Belastung bis zur Symptomentstehung - sich langsam und schleichend vollzieht (Kapfhammer, 2012, S. 1281) und andererseits sich insgesamt auf den Körper, die Gefühlswelt und das Verhalten einer Person auswirkt (Bergner, 2010, S. 12).

Deshalb werden im folgendem Kapitel die Hauptkriterien von Burnout dargestellt.

2.4 Die drei Hauptkriterien von Burnout

Mehrere Forscher folgen der Meinung von Christina Maslach: Burnout-Syndrom liegt dann vor, wenn alle drei Hauptkriterien - emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, abnehmende Leistungsfähigkeit - bei einem Menschen zum Vorschein kommen (Maslach & Leiter, 2001, S.18ff).

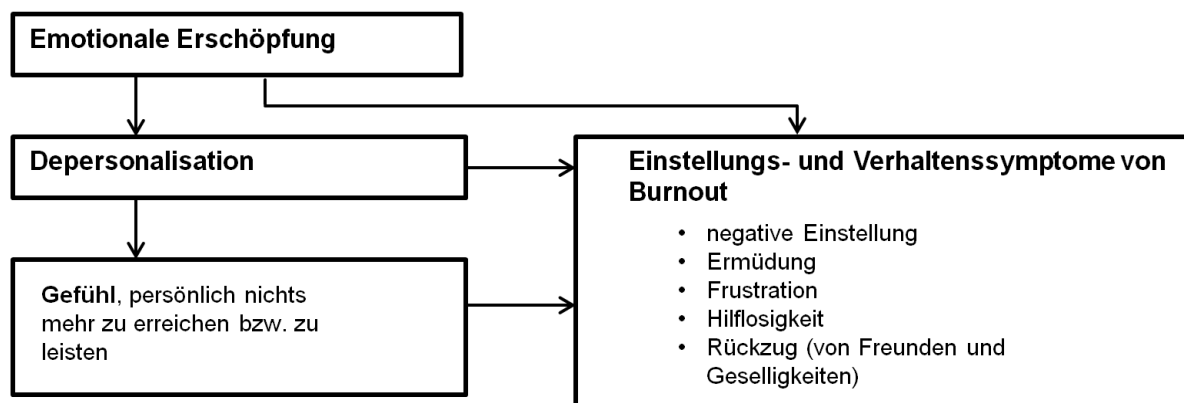


Abbildung 2: Nach dem Modell der Burnout-Entstehung nach Cordes & Dougherty (A Review and an Integration of Research on Job Burnout, 1993 S. 641)

Emotionale Erschöpfung

„...Emotionale Erschöpfung ist das Kernsymptom für Burnout“ (Bergner, 2010, S.9). Zugrunde liegt dieser subjektiv wahrgenommenen und mit Stress assoziierten Erschöpfung (vgl. Kapfhammer, 2012, S. 1277) eine übermäßige emotionale, psychische und körperliche Belastung. Dies ist vor allem verursacht durch zeitliche Anforderungen wie „...zu viele(n) Dienste(n), keine Pausen, gestörter Biorhythmus, aber auch (*speziell auf die Helferberufe bezogen*) mit der Häufigkeit und Intensität, mit der der Betroffene mit schweren Leid und Tod konfrontiert wird“ (Sendera, et al., 2013 S. 106). Diese Belastungen drücken sich in Form von Müdigkeit-, Schwäche-, Niedergeschlagenheit - und Antriebslosigkeits-, Ausgelaugtheitsempfindung, Schlafstörungen, Kopf - und Rückenschmerzen, Anspannungsgefühl, negativen Zukunftserwartungen und dem Gefühl der Hilf - und Hoffnungslosigkeit etc. aus (Sendera, et al., 2013 S. 106).

Depersonalisierung

Depersonalisierung erscheint wegen des Gefühls der Frustration vor allem im Beruf beispielsweise in Form von reduziertem Engagement für Patienten und andere Menschen. Des Weiteren zeigt sie sich in einer Reduktion der Tätigkeit auf das nötige Minimum, im Rückzug und in der Vermeidung von Sozialkontakten mit gewollter Isolation. Es äußern sich eine negative Einstellung und ein negatives Verhalten gegenüber den Kollegen und der Arbeit z.B. - bezogen auf Helferberufe - gegenüber den Patienten in Form von Schuldzuweisungen (Sendera & Sendera, 2013, S. 106; Bergner, 2010, S. 9; Pierre, 2011, S. 141): „...sie äußert sich meistens durch eine gefühllose, gleichgültige, zynische oder sarkastische Einstellung“ (Bergner, 2010, S.9).

Abnehmende Leistungsfähigkeit

Zu Beginn der unbemerkten Symptomentwicklung sind die Patienten ihrer persönlichen Einschätzung nach mit ihrer Arbeitsleistung nicht mehr zufrieden und begründen dies selbst mit einer Arbeitsüberlastung. Sie denken, dass sie noch mehr und besser arbeiten müssen, um mehr Erfolg zu haben und zufriedener zu sein. So kommt es aus Gründen der Kompensation anfänglich zu einer Leistungssteigerung. Irgendwann merken diese, dass diese Verhaltensänderung erfolglos bleibt. Im weiteren Verlauf nehmen der Wille und die Freude an der Arbeit zunehmend ab, was sich dann in einer abnehmenden Leistungsfähigkeit, Kreativität, Konzentrationsfähigkeit und Motivation zeigt. Dies wird begründet einerseits durch einen Vertrauensverlust an sich selbst und an die eigenen Fähigkeiten. Andererseits wird es bedingt durch eine Unzufriedenheit und Konzentrationsstörungen (Bergner, 2010,S.9).

Unzufriedenheit

Manche Forscher erwähnen als „ Leitgefühl “ (Bergner, 2010, S.10) oder als viertes Burnout Kriterium das Gefühl der Unzufriedenheit (vgl. Sendera & Sendera, 2013, S. 106): Diese ist zumeist assoziiert mit den Arbeitsbegebenheiten z.B. der Arbeitsorganisation, Rationalisierung, technische Veränderungen am Arbeitsplatz etc. Das Empfinden der Unzufriedenheit ist individuell von der einzelnen Person und dessen Einstellung abhängig und unterschiedlich, dennoch wirkt Zufriedenheit und Optimismus protektiv gegenüber einer Burnoutentstehung aus (vgl Bergner, 2010, S. 9).

2.5 Differentialdiagnosen

Weil sowohl eine allgemeingültige Definition fehlt und keine konkreten Ursachen und Symptome Burnout zugeordnet sind, kommt es bei der Einzeldiagnosestellung und der Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen zu Schwierigkeiten (Kordt, 2013, S. 53). Erschwert wird dieses auch noch dadurch, dass Studien das Vorliegen einer Komorbidität von verschiedenen psychische Erkrankungen belegen (Wittchen et al., 2012, S.989). Im Folgendem wurde versucht, Gemeinsamkeiten und Unterschieden von psychischen Erkrankungen wie der Depression und (lavierte) posttraumatische Belastungsstörung gegenüber Burnout als mögliche Differentialdiagnosen aufzuführen.

2.5.1 Depression

Zuerst wird die psychische Erkrankung Depression betrachtet.

2.5.1.1 Definition und Symptome

Der Begriff Depression entstammt dem lateinischen Wort „depressus“ und bedeutet „niedergedrückt“ (Langenscheidtredaktion, 2009, S. 229).

Mit dieser Krankheit ist unter anderem ein Mangel an Lebensfreude, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden verbunden. Sie schließt die kognitive, emotionale und körperliche Ebene des Menschen mit ein (Payk, 2010, S. 9). Nach ICD-10-Diagnosesystem müssen folgende Kriterien über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen, um die Diagnose Depression zu anamnestizieren und nach ihrem Schweregrad (leicht-, mittel - und schwergradig) einzuordnen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2010, S. 149):

- Gedrückte Stimmung
- Verlust von Freude und Interessen
- Antriebsminderung und Müdigkeit

Hinzukommen noch folgende Symptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Einbruch von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Übertriebene Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- Negative pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken
- Schlafstörungen
- Somatische Syndrome wie Morgentief, Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit

2.5.1.2 Depression in Gegenüberstellung zu Burnout

Es werden Vermutungen angeführt, dass Burnout am Verlauf von anderen psychischen Erkrankungen beteiligt ist, was insbesondere für die Erkrankung Depression gilt. Dies geht sogar so weit, dass Hallsten postulierte: „...Burnout ist eine bestimmte Art von Depression...“ (Hallsten, 1993, S.99):

„...Burnout ohne Depression ist selten. Depression ohne Burnout ist häufig...“
(Bergner, 2010, S. 47).

Die Abgrenzung des Burnoutsyndroms von Depression ist deswegen wichtig, da beide Erkrankungen im Erscheinungsbild Ähnlichkeiten aufzeigen.

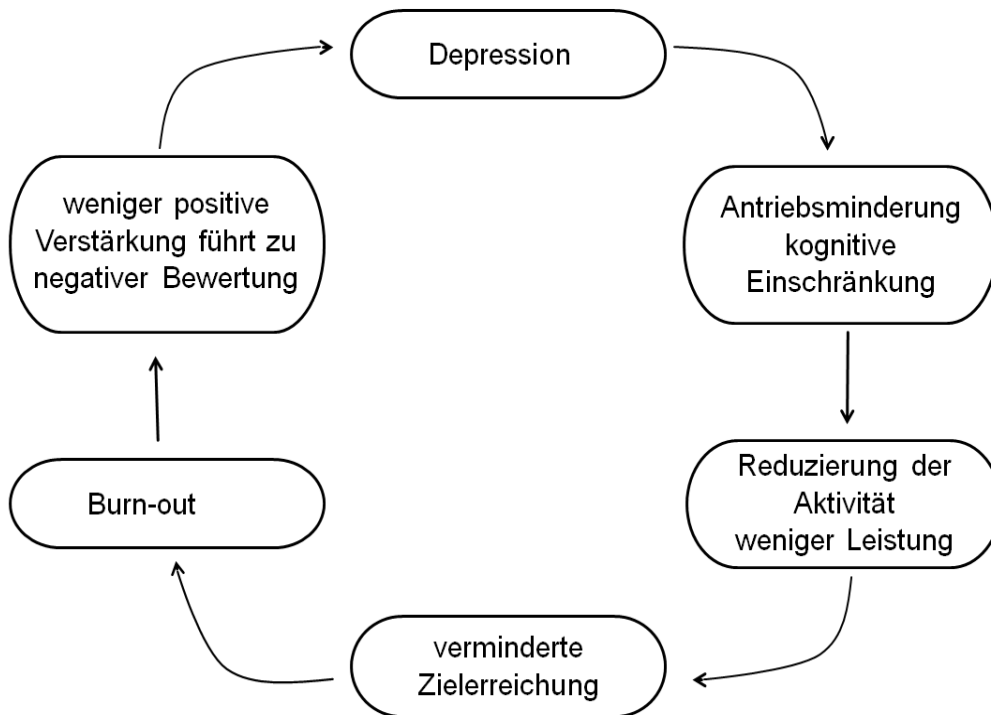


Abbildung 3: Teufelskreis Burnout – Depression
(Sendera, et al., 2013 S. 112)

Die folgende Tabelle soll die Unterschiede beider Erkrankungen verdeutlichen:

	Burnout	Depression
Induktor	Antrieb	Bremser, Stopper
Verhaltensmuster	Kampfmuster (Aufwärtsspirale)	Unterordnungsverhalten (Abwärtsspirale)
Persönlichkeitstypen	narzisstisch / anankastisch	selbstunsicher / ängstlich
Krankheitsverlauf	Ersatzloser Verlust der aktiven , selbstdefinierten Rolle in der Gesellschaft (Hallsten, 1993, S. 99)	Ersatzloser Verlust der selbstdefinierten Rolle in der Gesellschaft (Hallsten, 1993, S. 99)
Vorherrschende Gefühle	Nur phasenweise empfundene Hilflosigkeit aber dennoch Glaube an Hoffnung und Besserung weiter vorhanden	Ständiges andauerndes Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit; (Brenninkmeyer, 2001, S. 877)

2.5 Differentialdiagnosen

Entwicklung der depressiven Phase (Kapfhammer, 2012, S. 1281)	eher langsamer Verlauf	Schneller Verlauf
Dauer und Art der depressiven Phase	Zeitlich begrenzt und nur auf bestimmte Lebensbereiche wie den Beruf beschränkt	Zeitlich und auf Lebensbereiche unbeschränkt
Hauptkriterium	Depersonalisierung	Selbstanklage, Gedankenverzerrungen
Endstrecke	Erschöpfungssyndrom	Erschöpfungsdepression

Tabelle 1: Darstellung der Unterschiede von Burnout und Depression
 (Cornelia Lück nach: Brühlmann, 2010, S. 149f; Enzmann & Kleiber, 1989, S.88-91; Brenninkmeyer, 2001, S. 873-880; Sendera & Sendera, 2013, S. 112)

Untersuchungen belegen, dass mehreren Ärzten die Kodierung von Burnout nach dem ICD 10 unbekannt ist und die Symptomatik fälschlicherweise einer F-Diagnose wie Depression zugeordnet wird. Im Hinblick darauf lassen sich die vielen Krankschreibungen wegen Depression oder depressiver Episode und die im Verhältnis dazu wenigen Burnoutkrankschreibungen teilweise erklären (Kordt, 2013 S. 49). Daher erscheint die Gefahr des Nichterkennens bzw. das Fehldiagnostizieren von Depression und den dadurch verbundenen Folgen der Nichtinanspruchnahme einer Therapie sehr hoch zu sein (Brühlmann, 2010, S. 149; Sendera & Sendera, 2013, S. 112).

2.5.2 Lavierte chronische posttraumatische Belastungsstörung

Als weitere mögliche Differentialdiagnose von Burnout wird die lavierte posttraumatische Belastungsstörung an dieser Stelle angeführt.

2.5.2.1 Definition und Symptome

Gemäß ICD-10 entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung „... als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde...“ (Dilling, et al., 2010 S. 183). Diese Verzweiflung kann andauernde Persönlichkeitsänderungen und Verhaltensänderungen hervorrufen. Kennzeichnend durch „... eindeutige und andauernde Veränderungen im Wahrnehmen, Denken und Verhalten bezüglich der Umwelt und der eigenen Person...“ (Dilling, et al., 2010 S. 225). Diese „Erkrankung“ kann zum einem primär während der Kindheit auftritt, wenn man selbst direkt unmittelbar den belastenden Ereignissen ausgesetzt ist. Zum anderen kann sie sekundär in indirekter Form entstehen, beispielsweise wenn Polizisten, Feuerwehrmänner, Rettungssanitäter oder Notärzte mit belastenden Ereignissen wie Katastrophenereignisse, Verkehrsunfälle oder Toderfahrungen konfrontiert werden (Sendera, et al., 2013 S. 80).

Die drei Hauptsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind (Marcker, 2009 S. 14-19):

1. „*Intrusionen/Wiedererleben*“ des Traumas in Form von Bildern, Geräuschen etc.. Diese sind sowohl am Tag als auch in der Nacht anwesend.
2. „*Vermeidung/Numbing*“: Die Betroffenen versuchen die Gedanken meist vergeblich abzuschalten und zu verdrängen. Es kommt so zum Numbingverhalten: „...Insgesamt schränkt sich deren Gefühlsspektrum ein und eine Form von Hoffnungslosigkeit stellt sich ein...“ (Bergner, 2010, S.58).
3. „*Hyperarousal*“: Es liegt eine erhöhte Anspannung und Schreckhaftigkeit vor. Eine Übererregbarkeit des Körpers kommt zum Vorschein, die sich vor allem in Form von Änderungen im Schlafverhalten äußert.

Abhängig von den individuellen Faktoren und den persönlichen Ressourcen können Gefühle des Entsetzens, der Angst und Hilflosigkeit ausgelöst werden: „...Traumatische Erfahrungen bewirken, dass die zentralen Annahmen über das Selbst und die Welt erschüttert werden. Das Bild von sich selbst als Einsatzkraft, Arzt, Feuerwehrmann, Polizist kann gestört, Selbstvertrauen und Selbstverständnis nachhaltig erschüttert werden. Gefühle von Erschütterung, Hilflosigkeit und innerer Leere, die bei oder nach einem schwierigen Einsatz entstehen, können chronisch werden...“ (Sendera, et al., 2013 S. 81). Durch eine solche Grenzerfahrung kann plötzlich die Belastbarkeitsgrenze eines Helfers überschritten werden und das selbstgemachte Rollenbild des Helfers - „...emotionale Stärke, Kontrollierbarkeit und Kompetenz...“ (Sendera, et al., 2013 S. 83) – kommt „ins Schwanken“. Des Weiteren fügen die Autorinnen an: „...Nicht nur die Katastrophe an sich, sondern auch Versagen von Hilfsmitteln und Technik, Versagen im Team oder der eigenen Person können sich auf den Betroffenen traumatisierend auswirken...“ (Sendera, et al., 2013 S. 83). Außerdem bildet eine Traumatisierung des Menschen die Grundlage für Depression, Angststörungen und Suchterkrankung (Marcker, 2009 S. 16-19).

2.5.2.2 Gegenüberstellung von posttraumatischer Belastungsstörung und Burnout

Folgende Symptome sind bei Burnout und einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich vorliegend (Bergner, 2010, S. 59; Sendera & Sendera, 2013, S. 111):

- Gefühle von Hilflosigkeit
- Negative Erwartungen an die Zukunft
- Erhöhte Werte für Neurotizismus
- Erhöhte Labilität
- Gefühl von Kontrollverlust
- Schlafstörungen
- hohes Scham und Schuldgefühl der Betroffenen
- Verstärkung der Symptomatik durch berufliche, familiäre, finanzielle Nöte
- Gering empfundene Unterstützung durch Familie und das soziale Netz

Die Problematik der Differenzierung von Posttraumatischer Belastungsstörungen und Burnout zeigt sich darin, dass Menschen mit traumatischer Vorbelastung eher zu Burnout neigen (Sendera, et al., 2013 S. 86) und „...die Diagnose Burnout eine chronische PTSD verschleiern und zu falschen Therapie - Ansätzen führen kann...“ (Sendera, et al., 2013 S. 111).

2.5.2.3 Lavierte posttraumatische Belastungsstörung bei Ärzten, Psychogen/Psychotherapeuten und Pflegekräften

Im Kapitel 2.5.2.1 wurde bereits dieses „Erkrankungsbild“ ausführlich dargestellt. Aufgrund des häufigen Auftretens bei sozialen Helferberufen wie der des Arztes wird im besonderen Maße noch mal an dieser Stelle darauf eingegangen.

Bergner behauptet, dass die Mehrheit der an Burnout leidenden Ärzte während der wesentlichen Prägung ihrer Persönlichkeit vor allem zwischen dem 5 und 7 Lebensjahr mindestens ein Trauma verschiedener Art erlebt haben und in deren Kinderseelen verbleiben (Bergner, 2010, S. 52; Sendera, 2013, S. 19). Ein Arzt wurde in seiner Kindheit beispielsweise durch eine Frühgeburt, ein Nahtoderlebnis, den Verlust eines oder beider Elternteile und die wiederkehrende Angst um Mutter oder Vater psychisch oder seelisch belastet (Bergner, 2010, S. 58). Dieses einschneidende Erlebnis wurde während der Kindheit nicht richtig verarbeitet und führte so unbewusst zu einer Traumatisierung, die in einer posttraumatischen Belastungsstörung endet. Dies führt sehr oft zur Auswahl des Arztberuf: „...Menschen mit eigenen Erfahrungen von Trauma, Missbrauch oder Verlust findet man oft in helfenden Berufen...“ (Sendera, et al., 2013 S. 84). Die posttraumatische Belastungsstörung löst aus persönlicher Schutzhaltung vor einer Erinnerung oder des Neuerlebens desselben Traumas ein Verausgabung – und Aufopferungsverhalten für die Tätigkeit als Arzt aus, das sich bei einer Überlastung durch Arbeit in einem Burnout widerspiegeln kann (Bergner, 2010, S. 52f).

2.5 Differentialdiagnosen

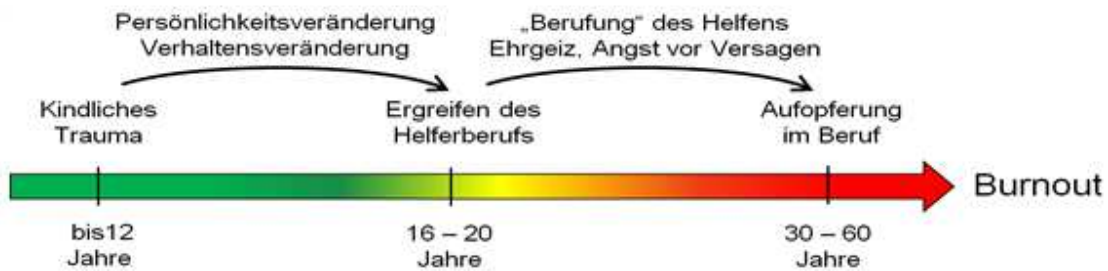


Abbildung 4: Lavierte chronische PTBS durch kindliches Trauma
© Cornelia Lück

Durch traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit kann zum Beispiel ein Arzt eine Traumatisierung erleiden. Bei einer Wiederholung von mehreren einschneidenden Erfahrungen ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Burnout über eine posttraumatische Belastungsstörung hoch. Dies belegte eine Studie, in der die akute posttraumatische Belastungsstörung bei Ärzten nach einer Reihe von Selbstmordanschlägen in Jerusalem untersucht wurde: Bei 33 Ärzten konnte eine posttraumatische Belastungsstörung im Zusammenhang mit den Mordanschlägen gebracht werden. Diese litten dann unter anderem an Burnout (Sharon et al., 2008, S. 165-166).

Insgesamt sind aber beispielsweise Notärzte, Rettungssanitäter, Polizeibeamte und Feuerwehrleute wegen ihrer beruflichen Tätigkeit eher gefährdet, an einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge ihrer Zeugenfunktion zu leiden als Ärzte ohne Notarzfunktion, Pflegekräfte und Psychologen/Psychotherapeuten (Sendera, et al., 2013 S. 116-132).

3 Untersuchungsinstrumente

Der Schwerpunkt dieser Studie lag darin herauszufinden, was Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte als Patient in eine stationäre Psychotherapie führt.

Um den möglichen Auslösefaktor „berufliche Arbeit“ zu durchleuchten, wurde der Fragebogen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ von Schaarschmidt und Fischer (2008) ausgewählt. Er dient dazu, eine Selbsteinschätzung über Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf zu erheben und gesundheitsschädigende Arbeitsverhaltensweisen aufzudecken.

Um nachzuweisen, ob zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme bzw. ein Jahr nach der Klinikentlassung Symptome von psychischen Störungen bei den zu untersuchenden Patienten vorlag, wurde der ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Fragebogen (Tritt et al., 2010a) verwendet. Der ISR-Fragebogen dient dazu, Symptome und den Schweregrad von häufigen psychischen Störungen zeit- und ressourcenökonomisch in enger Anlehnung an die ICD-10 Kriterien zu erfassen.

Außerdem wurde der Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV-K) nach M. Zielke und C. Kopf-Mehnert (1978) in der Kurzform angewendet. Dieser sollte mögliche Veränderungen des subjektiven Empfindens zum Zeitpunkt des Therapieendes und ein Jahr nach der Klinikentlassung darstellen.

Außerdem wurden anonymisierte demographische Daten der Patienten erhoben.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragebögen vorgestellt.

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

3.1.1 Inhalt

Der AVEM - Fragebogen wurde 1996 von Schaarschmidt und Fischer entwickelt und ist ein reliabel und valides (Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 5) arbeitspsychologisches Instrument (Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 5). Er dient dazu, eine Selbsteinschätzung über Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf zu erheben. Mit Hilfe der Ergebnisse können personenbezogene Aussagen über symptomatische Verhaltens - und Erlebensmuster getroffen werden. Die Ergebnisse des AVEM-Fragebogens können so wegweisend für eine an die gesundheitsgefährdende Verhaltens - und Erlebensweise angepasste Therapie sein, deren Ziel der Abbau von krankmachenden Arbeitsverhalten ist (Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 7f).

Schaarschmidt und Fischer gehen davon aus, dass das Verhalten, das Erleben und die Art der Bewältigung im Beruf von drei Faktoren bestimmt werden ((Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 8f)):

1. Arbeitsengagement: Eine Person setzt zu viel oder zu wenig Kraft und Energie für die Arbeit ein.
2. Widerstandsfähigkeit und Bewältigungsverhalten gegenüber Belastungen: Ist eine Person gesund, hat diese genügend Kraftressourcen, um Probleme und Belastungen zu bewältigen.
3. Emotionen: Emotionale Stabilität ist eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung von bestimmten Arbeitsanforderungen.

Die 66 Fragen des Fragebogens können 11 Dimensionen zugeordnet werden.

Diese werden folgendermaßen auf die oben genannten drei Faktoren Arbeitsengagement, Widerstandsfähigkeit und Emotionen aufgeteilt:

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

Berufliches Engagement wird charakterisiert durch:	
1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	Stellenwert der Arbeit im persönlichem Leben
2. Beruflicher Ehrgeiz	Streben nach beruflichem Aufstieg
3. Verausgabebereitschaft	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen
4. Perfektionsstreben	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung
5. Distanzierungsfähigkeit	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit
Die Widerstandsfähigkeit wird bestimmt durch:	
6. Resignationstendenz bei Misserfolg	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben
7. Offensive Problembewältigung	Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen
8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	Erleben psychischer Stabilität und innerem Gleichgewicht
Emotionen umfasst folgende Merkmale:	
9. Erfolgserleben im Beruf	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten
10. Lebenszufriedenheit	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehende Lebenszufriedenheit
11. Erleben sozialer Unterstützung	Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit

Tabelle 2: Die 11 AVEM Dimensionen (Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 7f)

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

Die Beantwortung des Fragebogens mit dem Beantwortungsspektrum 1-5 (1: Ja, trifft völlig zu bis 5: Nein, trifft überhaupt nicht zu) spiegelt das subjektive Empfinden des Patienten wieder.

3.1.2 Die vier Arbeits - und Verhaltensmuster

Des Weiteren ermöglicht der AVEM-Fragebogen die Patienten nach der Konstellation der Ergebnisse in den 11 AVEM-Dimension folgenden vier tendenziell gesundheitspsychologischen Bewältigungsmustern in Bezug auf die Arbeit zuzuordnen: Muster G (G wie Gesund), Muster S (S wie Schonung), Risikotyp A (A wie Anstrengung) und Risikotyp B (B wie Burnout).

Muster Gesund (G)

Charakteristika: Dieses Profil entspricht weitestgehend dem Gesundheitsideal. Das Muster Gesund weist deutliche, jedoch nicht exzessive Ausprägungen in den Dimensionen, die das Engagement gegenüber der Arbeit anzeigen auf. Angehörige dieses Musters sind beruflich sehr ehrgeizig, verausgaben sich mittelmäßig stark und zeigen sehr hohe Distanzierungsfähigkeit. Es existiert von allen Profilen die geringste Resignationstendenz bei Misserfolgen. Die Dimensionen offensive Problembewältigung und innere Ruhe sind am stärksten von allen Mustern ausgeprägt. Höchste Werte erzielt dieses Muster in den Dimensionen berufliches Erfolgserleben, Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung. Damit steht das Bewältigungsmuster Gesundheit für die Identifikation mit dem Beruf, für die Freude am Beruf, für berufliches Kompetenzerleben und Wohlbefinden.

Muster Schonung (S)

Charakteristika: Es finden sich die geringsten Ausprägungen von allen Clustern in den Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben. Gering ausgeprägt ist die Resignationstendenz bei Misserfolg. Dieses Muster weist von allen anderen am meisten Distanz zur Arbeit auf. Angehörige dieses Musters erreichen relativ hohe Werte im Bereich innere Ruhe, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

Unterstützung. Das Bewältigungsmuster Schonung ist gekennzeichnet durch eine geringe Arbeitsmotivation und einer relativen Zufriedenheit.

Die anderen zwei Clustertypen sind als Risikotypen zu verstehen, da in beiden Fällen arbeitsbezogene Erlebens - und Verhaltensmuster auszumachen sind, die psychische Gefährdungen und Beeinträchtigungen anzeigen.

Risikotyp A (Anstrengung)

Charakteristika: Dieses Muster ist durch ein erhöhtes Engagement gekennzeichnet. Es werden die höchsten Werte von allen in den Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabebereitschaft und Perfektionsstreben erreicht. Gleichzeitig aber kann dieses Muster am wenigsten von allen Abstand zur Arbeit finden. Die verminderte Widerstandsfähigkeit wird durch die gering ausgeprägte Dimension Innere Ruhe und der relativ erhöhten Resignationstendenz deutlich. Geringe Werte finden sich in den Dimensionen Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung. Angehörige dieses Muster erhalten keine Anerkennung für ihren großen Arbeitseinsatz.

Risikotyp B (Burnout)

Charakteristika: der Risikotyp B zeichnet sich durch ein geringes berufliches Engagement mit gleichzeitiger geringer Distanzierungsfähigkeit aus. Verdeutlicht wird dies durch die geringen Werte in der Dimension Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz. Dieses Muster weist die höchste Resignationstendenz und die geringste Ausprägung in den Dimensionen offensive Problembewältigung und innere Ruhe auf. Des Weiteren ist dieses Risikomuster mit dem beruflichen Erfolgserleben, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben von sozialer Unterstützung am wenigsten glücklich. Generell ist dieses Profil durch die vorherrschende Resignation, Motivationseinschränkung, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit und Unzufriedenheit bestimmt. Es stimmt im Kern mit den Kennzeichen von Burnout u.a. nach Freudenberger, Maslach und Burisch überein: „Burnout ist vor allem durch reduziertes Engagement anderen Menschen und der Arbeit gegenüber sowie durch ein Bündel von emotionalen Beeinträchtigungen gekennzeichnet.“ Schaarschmidt

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

erklärt, dass der Risikotyp B dem fortgeschrittenen Stadium von Burnout entspricht (Schaarschmidt, et al., 1996 S. 11).

3.1.3 AVEM-Fragebogenauswertung

Im folgendem Kapitel wird die Auswertung des AVEM-Fragebogens nach Schaarschmid und Fischer unter der Verwendung des SPSS-Programmes beschrieben. Dazu wurden zunächst die Skalenrohwerte jeder einzelnen Frage für jede Person einzeln und danach für die jeweilige Berufsgruppe berechnet. Analog dazu wurden anschließend die Standardmittelwerte für jede der 11 Skalen ermittelt und durch Staninewerte beschrieben (Mossbrugger, et al., 2012 S. 181). Aus der Konstellation der gewonnenen Resultate hinsichtlich der Staninewerte in den 11-Dimensionen erfolgte die Bewältigungsmusterzuordnung. Die Ähnlichkeit mit den Referenzmustern wurde in Prozent angegeben.

Im Folgendem ist das Schema der Musterzugehörigkeit des AVEM-Fragebogen nach Schaarschmidt und Fischer dargestellt.

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

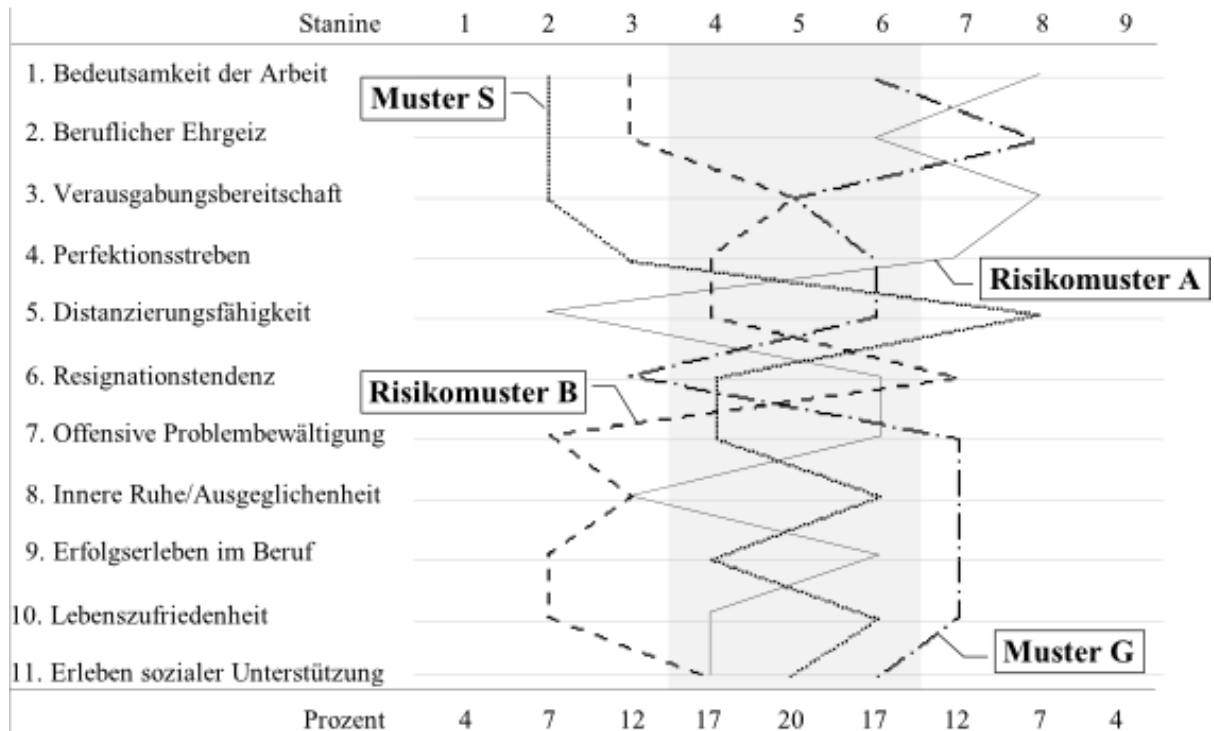


Abbildung 5: Schema der Musterzugehörigkeit nach Schaarschmidt und Fischer (Schaarschmidt U., 2006, S. 63)

Entsprechend der Diskriminanzfunktion von Fischer folgend, wurde mit Hilfe des SPSS-Programms 20.0 die Bewältigungsmusterzugehörigkeit ermittelt (Schaarschmidt, 1996, S.49):

$$f_j = \sum_{i=1}^{11} k_{ji} * D_{ji} + c_j \quad \text{mit } j = 1 \dots 4$$

k_{ji} : Koeffizienten der Muster 1 bis 4

c_j : Konstante der Muster 1 bis 4

D_{ji} : 11 Dimensionen des AVEM – Fragebogens (des Patienten)

mit $i = 1 \dots 11 \wedge j = 1 \dots 4$

3.1 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmuster (AVEM)

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit der Musterzugehörigkeit erfolgte mit Hilfe folgender Formel:

$$P_n = \frac{1}{\sum_{j=1}^4 e^{f_j - f_n}} \quad \text{mit} \quad n = 1 \dots 4 \quad (\text{Röhr et al., 1983, S.368f})$$

Die Wahrscheinlichkeit P_n sagt aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Patient dem Cluster n zugeordnet werden kann.

3.2 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

In dieser Studie fand neben dem AVEM-Fragebogen der ISR-Fragebogen Anwendung. Dieser dient in enger Anlehnung an die ICD-10 Kriterien der zeit- und ressourcenökonomischen Erfassung von Symptomen und Schweregraden häufiger psychischer Störungen.

Dafür beantwortet der Patient nach seinem subjektiven Empfinden 29 Fragen entsprechend eines fünfstufigen Antwortspektrums, das vom Wert 0 - trifft nicht zu - bis 5 - trifft extrem zu sich erstreckt (Tritt et al., 2008, S. 420-429). Die Fragen können nach einem bestimmten Schema folgenden 7 Skalen zugeordnet werden:

Skalenbezeichnung	Anzahl der Fragen
Depressionsskala	4
Angstskala	4
Zwangsskala	3
Somatisierungsskala	3
Essstörungsskala	3
Zusatzskala	12
Gesamtskala	29

**Tabelle 3: ISR-Skalen mit der dazugehörigen Anzahl von Fragen
(Tritt et al., 2008, S. 420-429)**

Nach Fischer et al. (2010) ergaben sich für die Syndromskalen Werte für die innere Konsistenz im Bereich von 0,78 und 0,86 und für die Gesamtskala ein Cronbach α von 0,92. Des Weiteren sind die verschiedenen syndromalen Einheiten als eigenständige Faktoren mit hoher gleichbleibender Varianzauflösung zu verstehen (Fischer, Tritt, Klapp, & Fliege, 2010, S. 307-315).

3.2 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Skalenberechnung:

Für jede Syndromskala und die Zusatzskala werden Mittelwerte aus der Summe der Zahlenwerte in den jeweiligen Items berechnet und durch die vorgegebene bzw. vorhandene Anzahl an Items – auch bei fehlender Item Beantwortung - dividiert. Für die Berechnung der Gesamtskala - die der Gesamteinschätzung der psychischen Beeinträchtigung dient - werden die Mittelwerte jeder Skala aufsummiert und durch die Anzahl der Items geteilt. Der Mittelwert der Zusatzskala wird dabei doppelt gewichtet.

Skaleninterpretation:

Anhand der folgenden skalenspezifischen Cut-Offs kann der Schweregrad für jede Syndrom-, Zusatz - und Gesamtskala eingeschätzt werden (Tritt et al., 2010a, S. 11). Es muss berücksichtigt werden, dass zum einem die Werte der Zusatzskala nur auf der Itemebene betrachtet werden und demnach keine Einstufung erfolgen kann. Die berechneten Zahlen von über eins bedürfen einer weiteren symptomatischen Abklärung. Zum anderen dient diese nur der Berechnung der Gesamtskala.

Skala	Verdacht auf	geringere Symptombelastung	mittlere Symptombelastung	schwerere Symptombelastung
Depression	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0
Angst	ab 0,75	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0
Zwang	ab 0,67	ab 1,0	ab 2,0	ab 3,0
Somatisierung	ab 0,33	ab 0,75	ab 1,25	ab 2,67
Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75
Zusatzskala	Werte von	eins und mehr	Müssen	beleuchtet werden
Gesamtskala	ab 0,5	ab 0,6	ab 0,9	ab 1,7

Tabelle 4: ISR Legende
(Tritt et al., 2010a, S. 11)

3.3 Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens (VEV - K)

Als weiteres Untersuchungsinstrument wurde der VEV-K (Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl & Raatz, 2001) mit 25 Items verwendet. Dieser dient am Ende einer Psychotherapie der direkten Veränderungsmessung durch die subjektive Einschätzung der Patienten: „...in welchem Ausmaß sie sich – im Vergleich zu dem Zeitpunkt vor Therapiebeginn – in verschiedenen Bereichen als positiv oder negativ verändert erleben...“ (Tokar, 2007 S. 44). Die Items befassen sich mit dem allgemeinen und sozialen Erleben und umfassen einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus. Dabei handelt es sich um qualitativ stabile Merkmale, die keine Stimmungsschwankungen abbilden.

Die Antwortskalen von -3 bis 3 geben die Richtung und Stärke der Veränderung an. Dabei stehen -3,-2,-1 für stimmt nicht, 0 entspricht weder/noch, 1,2,3 stehen für stimmt. Diese Zahlen werden für die Auswertung in ein siebenstufiges Werteschema transformiert: -1,-2,-3 bedeutet als Werte 1,2,3. 0 entspricht der Zahl 4 und 1,2,3 entsprechen 5,6,7. Für die Berechnung des Gesamtwertes werden diese Zahlen von allen 25 Items aufsummiert.

Wertebereich von:

- 25-85 Verschlechterung
- 85-115 keine deutliche Verbesserung
- >115 signifikante Verbesserung

Durch eine vielfache Anwendung in verschiedenen Kliniken und unterschiedlichen Fachbereichen konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe des VEV-K –Fragebogens valide und reliabel Aussagen über Veränderungen gemacht werden konnten und dieser eine Sensitivität aufweist. Die innere Konsistenz liegt bei $\alpha = 0,91$ (Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation., 2001 S. 20-23).

4 Fragestellungen

Hintergrund der vorliegenden Arbeit war, dass die in Gesundheitsberufen und im psychologischen Bereich Tätigen oftmals die belastenden Aspekte ihrer Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen - wie z.B. das empathische Miterleben von Leid, Schmerz und Tod - verdrängen. Durch eine Identifikation mit den Patienten können Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte psychisch so belastet werden, dass negative Gefühle ausgelöst werden, die Leistungsfähigkeit reduziert wird und sie selbst körperlich und psychisch krank werden. Mit dieser Arbeit wurde untersucht, welche soziodemographischen, arbeitsspezifischen und psychischen Merkmale bei den stationär aufgenommenen Berufsgruppen zum Klinikaufenthalt geführt haben und welche Veränderungen ein Jahr nach der Klinikentlassung nachgewiesen werden können. Diese Ergebnisse wurden einer berufsunabhängigen Testgruppe gegenübergestellt.

Daraus leiten sich folgende Arbeitsziele ab:

Zum einem wurde versucht, anhand der Angaben zu den soziodemographischen Merkmalen Rückschlüsse auf typische Konstellationen von Patientencharakteristika für die stationär aufgenommenen Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte zu ziehen.

Zum anderen sollte anhand der Patientenangaben in den drei angewendeten Fragebögen ermittelt werden, welche arbeitsspezifischen und psychischen Merkmale bei den untersuchten Berufsgruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung vorlagen. In Gegenüberstellung der Ergebnisse zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten in den spezifischen Fragebögen soll ein Therapieerfolg bemessen werden. Folgende Fragestellungen lassen sich für die vorliegende Arbeit formulieren:

3.3 Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens (VEV - K)

Frage 1:

Wie ist die Geschlechterverteilung bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe?

Frage 2:

Gibt es berufs - oder geschlechtsabhängige Altersunterschiede bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und Testgruppe?

Frage 3:

a) Gibt es Unterschiede bei der Aufteilung des Familienstandes bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe?

b) Gibt es Unterschiede bei der Aufteilung der Kinderanzahl bei den untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe?

Frage 4:

a) Unterscheiden sich die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe hinsichtlich arbeitsspezifischer Merkmale und Bewältigungsmuster bei der Klinikaufnahme?

b) Unterscheiden sich die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe hinsichtlich arbeitsspezifischer Merkmale und Bewältigungsmuster ein Jahr nach der Klinikentlassung?

c) Welche Veränderungen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Arbeitsverhaltensweisen konnten durch den Klinikaufenthalt bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe erzielt werden?

Frage 5:

a) Unterscheiden sich die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe hinsichtlich psychischer Symptome bei der Klinikaufnahme?

b) Unterscheiden sich die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe hinsichtlich psychischer Symptome ein Jahr nach der Klinikentlassung?

3.3 Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens (VEV - K)

c) Welche Veränderungen hinsichtlich des Vorhandenseins von psychischen Symptomen konnten durch den Klinikaufenthalt bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe erzielt werden?

Frage 6:

a) Empfinden die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe bei der Klinikentlassung eine deutliche Verbesserung des Verhaltens und Erlebens gegenüber der Klinikaufnahme?

b) Empfinden die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe ein Jahr nach der Klinikentlassung eine deutliche Verbesserung des Verhaltens und Erlebens gegenüber der Klinikaufnahme?

c) Welche Veränderungen hinsichtlich des Empfindens des Verhaltens und Erlebens konnten durch den Klinikaufenthalt bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe erzielt werden?

5 Methodik

Im Folgenden wird die Vorgehensweise, Repräsentativität und die statistische Methodik dieser Studie dargestellt.

Sammeln der Daten

Die Parkklinik Heiligenfeld in Bad Kissingen ist spezialisiert auf die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depression, Angststörung, Abhängigkeitsstörungen und Burnout. Im Rahmen des stationären Klinikaufenthaltes werden routinemäßig zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme, der Klinikentlassung, ein Jahr bzw. drei Jahre nach der Klinikentlassung der standardisierte AVEM - und ISR Fragebogen von den Patienten ausgefüllt. Der VEV-Fragebogen findet bei der Klinikentlassung und ein bzw. drei Jahre nach dem Therapieende Anwendung. Die Parkklinik Heiligenfeld stellte dankenswerterweise die vollständigen Daten von über 13000 Patienten bezüglich dieser Fragebögen sowie soziodemographische Merkmale aus dem Zeitraum von 2007 bis 2012 anonymisiert für diese Studie zur Verfügung.

Auswertung der Daten

Die Daten der ausgefüllten Fragebögen wurden von Herrn Prof. Dr. Hinterberger in Form eines Datensatzes übergeben. Dieser wurde in das standardisierte statistische Auswerteprogramm SPSS 20 importiert. Mit Hilfe dieses Programmes wurden die Daten von allen Ärzten, die in den Jahren 2007 bis 2012 in der Parkklinik Heiligenfeld in Bad Kissingen stationär aufgenommen waren für die Untersuchung ausgewertet. Zur besseren Vergleichbarkeit erfolgte dieselbe Vorgehensweise parallel mit den Patientendaten von Pflegekräften, Psychologen/Psychotherapeuten und einer berufsgruppenunspezifischen Testgruppe, die das ganze Untersuchungskollektiv umfasst. Die Ergebnisse der Auswertung der Fragebögen bezogen auf die Ärzte wurden dann den Resultaten der anderen oben aufgeführten Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen und der alle Patienten und berufsunabhängigen Testgruppe gegenüber gestellt.

5.1 Das Untersuchungskollektiv

Das Untersuchungskollektiv setzte sich folgendermaßen zusammen:

Gruppenbezeichnung	Klinikaufnahme/ Klinikentlassung	Ein Jahr nach der Klinikentlassung
Klinikärzte	227	14
Ärzte außerhalb der Klinik	196	21
Psychologen/Psychotherapeuten	224	27
Pflegekräfte	346	36
Testgruppe	12099	993
Gesamt	13092	1091

Tabelle 5: Anzahl der zu untersuchenden Patienten zu den Untersuchungszeitpunkten

Die stationär aufgenommenen Patienten der Parkklinik Heiligenfeld wurden routinemäßig gebeten, bei der Klinikaufnahme den AVEM- und ISR-Fragebogen nach ihrem subjektiven Empfinden auszufüllen und bei der Klinikentlassung Angaben hinsichtlich des VEV-K-Fragebogens zu machen. Ein Jahr nach der Klinikentlassung wurden diese Patienten über den Postweg angeschrieben und dazu motiviert, noch einmal alle drei Fragebögen auszufüllen und an die Klinik zurückzusenden.

In die Studie wurden Patienten einbezogen, von denen die AVEM-, ISR- und VEV-K-Fragebögen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme komplett ausgefüllt waren. Die Testgruppe umfasste alle Patienten der Parkklinik Heiligenfeld, unabhängig von ihrem Beruf.

Die Rücklaufquote verteilt sich folgendermaßen auf die zu untersuchenden Gruppen:

5.1 Das Untersuchungskollektiv

Gruppenbezeichnung	Rücklaufquote
Klinikärzte	6,17%
Ärzte außerhalb der Klinik	10,71%
Psychologen/Psychotherapeuten	12,05%
Pflegekräfte	10,40%
Testgruppe	8,21%
Gesamt	8,33%

Tabelle 6: Rücklaufquote bei den zu untersuchenden Gruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung

Die Rücklaufquote zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung mit ca. 10% ist auch im Hinblick auf das Überwiegen der Testgruppenanzahl als durchschnittlich für postalische Nachbefragungen anzusehen (Bortz, et al., 2006 S. 256). Es muss auch berücksichtigt werden, dass der Gegenstand der Befragung sehr persönlich ist (Rost, 1996 S. 81f). Dennoch könnte im Anschluss an diese Studie eine weiter greifende Befragung mit einer höheren Probandenzahl zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung in Erwägung gezogen werden, da eine höhere Fallzahl die Grundgesamtheit besser erfassen würde (Zöfel, 2003, S. 89; Bortz & Döring, 2006, S. 71). Insgesamt stellen die Resultate der Studie zu den Erhebungszeitpunkten repräsentative Aussagen bezüglich arbeitspsychologischer, demographischer und Verhaltensändernden Merkmale bezogen auf das Einzugsgebiet der Parkklinik Heiligenfeld dar.

5.2 Statistische Methodik

Im Rahmen der statistischen Methodik wurde folgendermaßen vorgegangen:

Betreffend der deskriptiven Statistik der soziodemographischen Merkmale wie das Geschlecht, das Alter, der Familienstand und die Kinderanzahl wurden die prozentualen Häufigkeiten angegeben. Für das Durchschnittsalter pro Gruppe und das bezogen auf das Geschlecht wurden jeweils die Mittelwerte und die Standardabweichungen berechnet. Der AVEM-, ISR- und VEV-K Fragebogen wurden nach ihren Schemata ausgewertet. Die komplette statistische Auswertung der Arbeit erfolgte ausschließlich mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 20.

Folgende statistische Test fanden in der Studie Anwendung und werden gemäß Du Prel, Röhrig, Hommel, & Blettner (2010, S. 343-348) erklärt:

Kruskal-Wallis-Test:

Dieser parametrische Test wird zur Untersuchung von Unterschieden bei ordinalen oder kontinuierlichen Daten bei unverbundenen Stichproben bei mehr als zwei Gruppen angewendet. In der Studie fand er Verwendung bei den Merkmalen Geschlecht, Alter, Kinderanzahl, AVEM-Dimensionen und ISR-Skalen

Chi-Quadrat-Test:

Dieser Test wird zur Überprüfung von Unterschieden bei kontinuierlichen Daten bei unverbundenen Stichproben von mehr als zwei Gruppen, sowie nominalverteilten Daten angewendet. In der Studie wurde er für das Merkmal Familienstand verwendet.

ANOVA oder Varianzanalyse:

Er dient der parametrischen Testung, ob bezüglich kontinuierlicher Daten die Erwartungswerte mehrerer Gruppen gleich sind unter der Annahme der Normalverteilung der Daten. Die Varianzanalyse wurde zur Untersuchung der Mittelwerte vom Alter, von den 11 AVEM-Dimensionen und den ISR-Skalen genutzt.

Student-Test:

Analoger Test wie die ANOVA, aber nur für zwei Gruppen geltend. Anwendung fand er bei der Untersuchung von Unterschieden einerseits zwischen den Ergebnissen der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung bei den 11-AVEM-Dimensionen und den ISR-Skalen andererseits zu den Erhebungszeitpunkten des VEV-K-Fragebogens.

Zur Testung von Signifikanzunterschiede bezüglich der Verteilung wurde bei skalierten Daten der Kruskal-Wallis Test und bei nominalen Daten der Chiquadrat-Test angewendet. Der T-Test fand Anwendung bei der Differenzierung von signifikanten Mittelwertunterschieden.

6 Auswertung

Im Folgendem werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt:

6.1 Fragen zur Person

Als erstes wurden die Angaben hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale bei den stationär aufgenommenen Patienten ausgewertet.

6.1.1 Aufteilung des Geschlechtes bei den zu untersuchenden Gruppen

In der folgenden Abbildung ist die Aufteilung der Geschlechter bei den zu untersuchenden Gruppen dargestellt. In dieser ist erkennbar, dass das weibliche Geschlecht sowohl bei den vier zu untersuchenden Berufsgruppen als auch bei der Testgruppe deutlich überwiegt. Demnach beträgt der Anteil des weiblichen gegenüber dem männlichen Geschlechtes bei den Ärzten außerhalb der Klinik 59,2%, bei den Klinikärzten 67,8%, bei den Pflegekräften 87,0%, bei den Psychologen/Psychotherapeuten 68,8% und bei der Testgruppe 71,8%.

6.1 Fragen zur Person

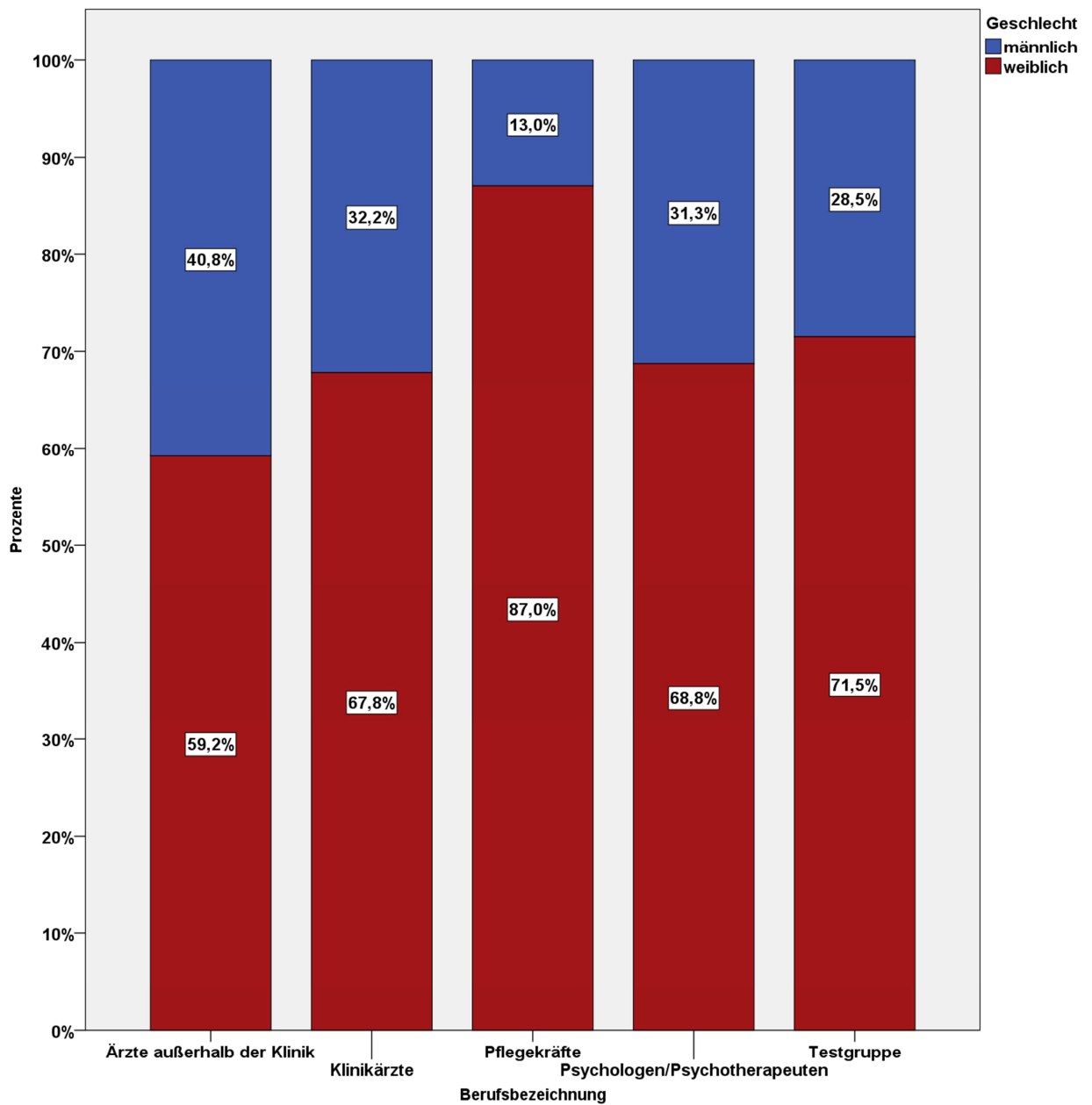


Abbildung 6: Aufteilung des Geschlechtes bei den zu untersuchenden Gruppen

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte aufgezeigt werden, dass sich die Geschlechterverteilung zwischen den zu untersuchenden Gruppen signifikant unterscheidet ($X^2 = 57,737$, $p = 0,000$).

6.1.2 Altersaufteilung bei den zu untersuchenden Gruppen

Bezüglich der Altersaufteilung sind zuerst in den folgenden Histogrammen die Häufigkeitsverteilungen des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht für jede zu untersuchende Gruppe dargestellt. Des Weiteren wurde das Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen berechnet.

6.1.2.1 Häufigkeitsverteilungen des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht für jede zu untersuchende Gruppe

Ärzte außerhalb der Klinik:

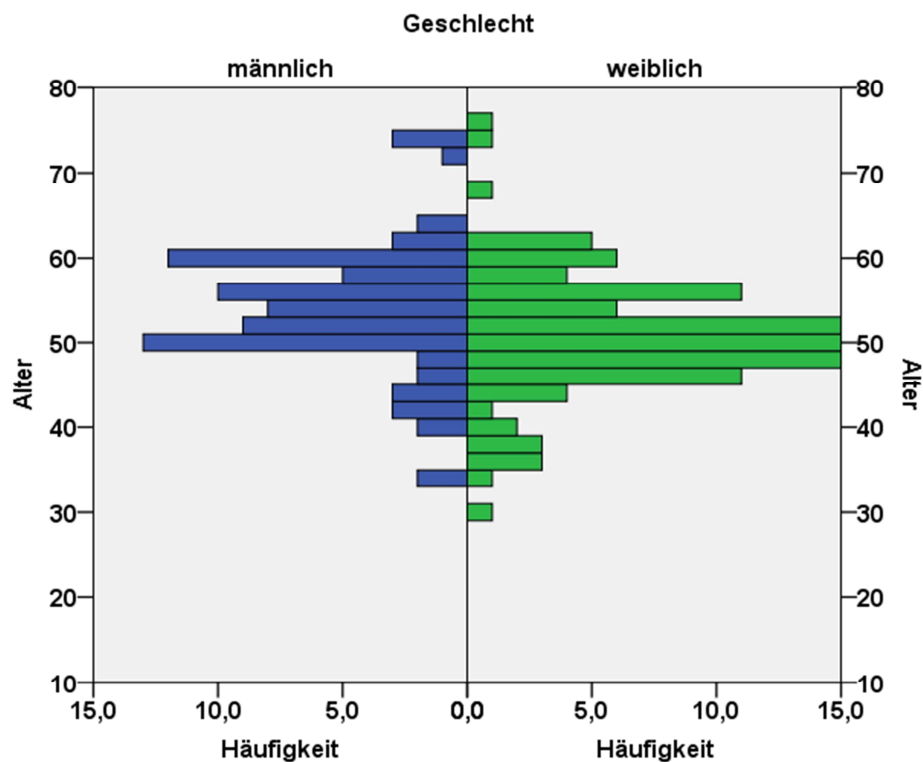


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Ärzten außerhalb der Klinik

Klinikärzte:

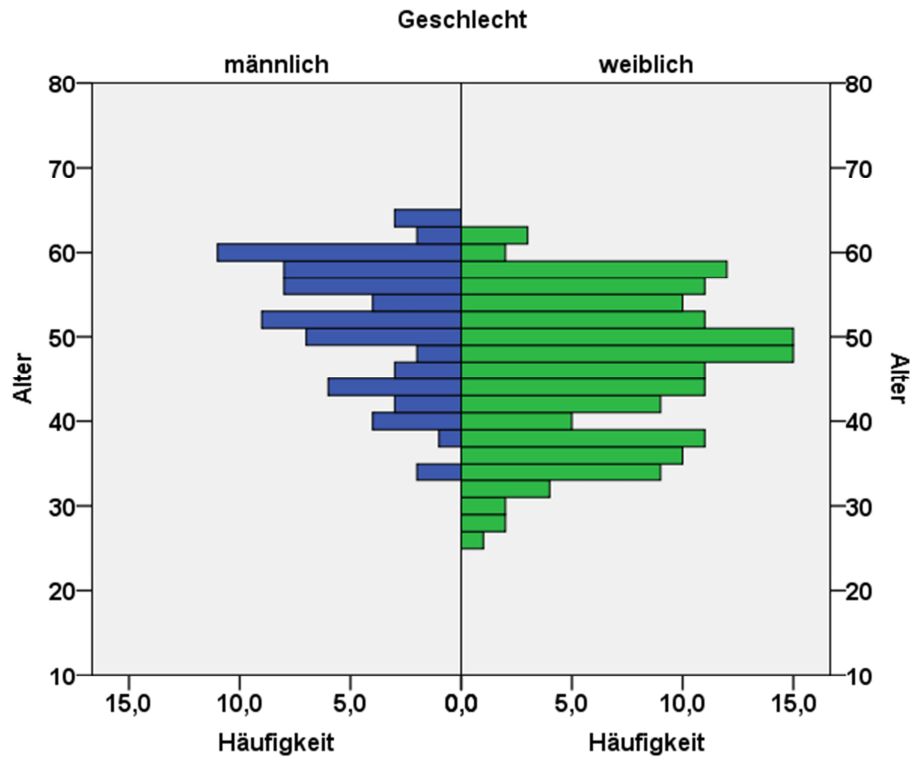


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Klinikärzten

Pflegekräfte:

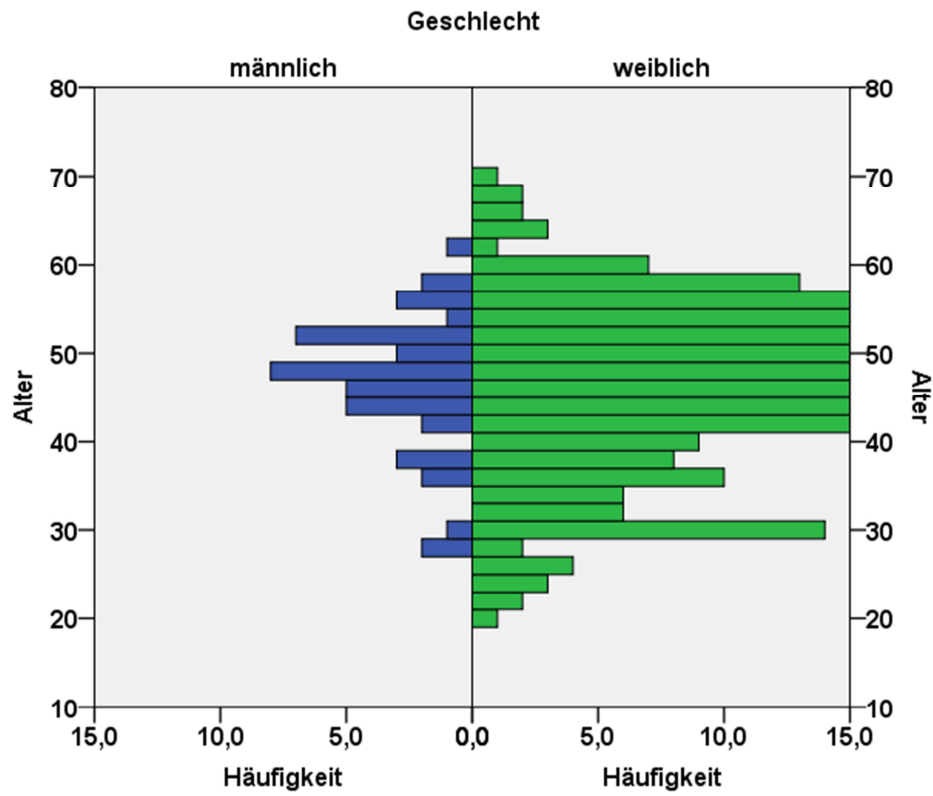


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Pflegekräften

Psychologen/Psychotherapeuten:

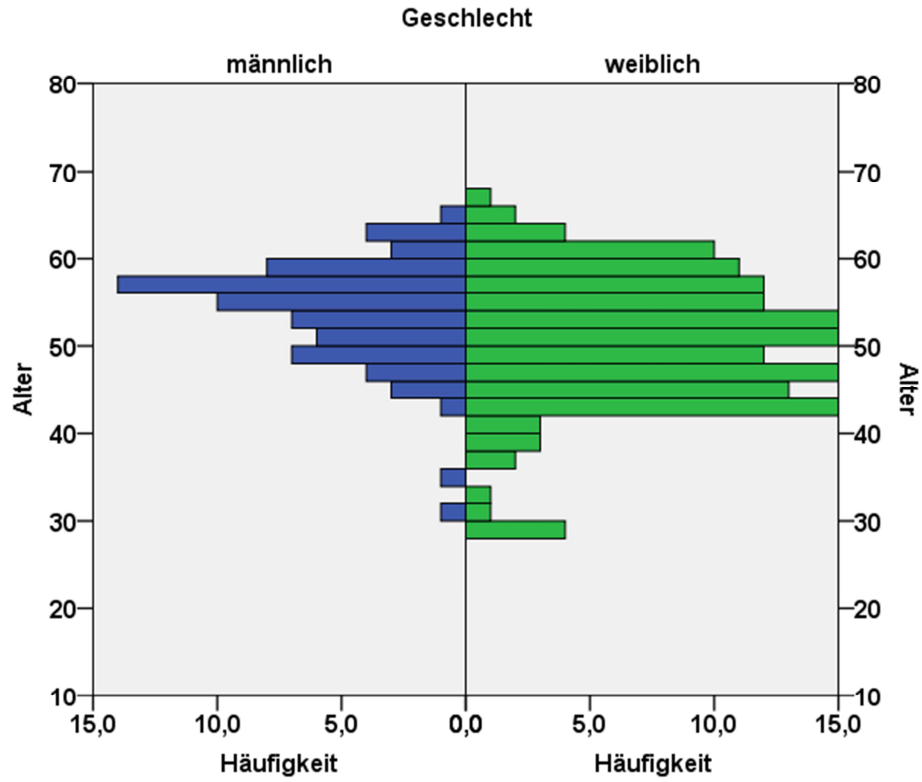


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei den Psychologen/Psychotherapeuten

Testgruppe:

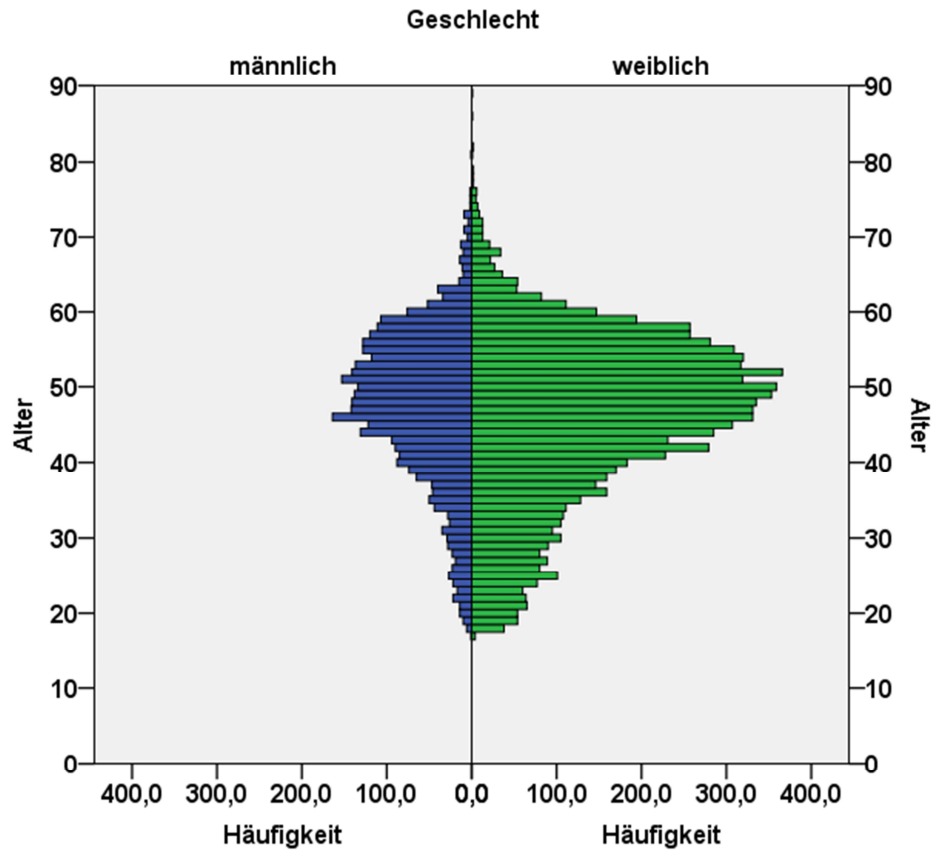


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung des Alters in Abhängigkeit vom Geschlecht bei der Testgruppe

6.1.2.2 Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen

Anschließend wurde das Durchschnittsalter für jede zu untersuchende Gruppe ermittelt. Gemäß der folgenden Tabelle und Abbildung liegt dieses bei den Ärzten außerhalb der Klinik bei 51,6, bei den Klinikärzten bei 47,6, bei den Pflegekräften bei 46,0, bei den Psychologen/Psychotherapeuten bei 51,1 und bei der Testgruppe bei 46,5 Jahren.

Berufsbezeichnung	Mittelwert	Standardabweichung	N
Ärzte außerhalb der Klinik	51,64	7,572	196
Klinikärzte	47,63	8,567	227
Pflegekräfte	46,00	8,932	346
Psychologen/Psychotherapeuten	51,08	7,373	224
Testgruppe	46,47	10,826	12099

Tabelle 7: Mittelwert und Standardabweichung des Durchschnittsalters bei den zu untersuchenden Gruppen

6.1 Fragen zur Person

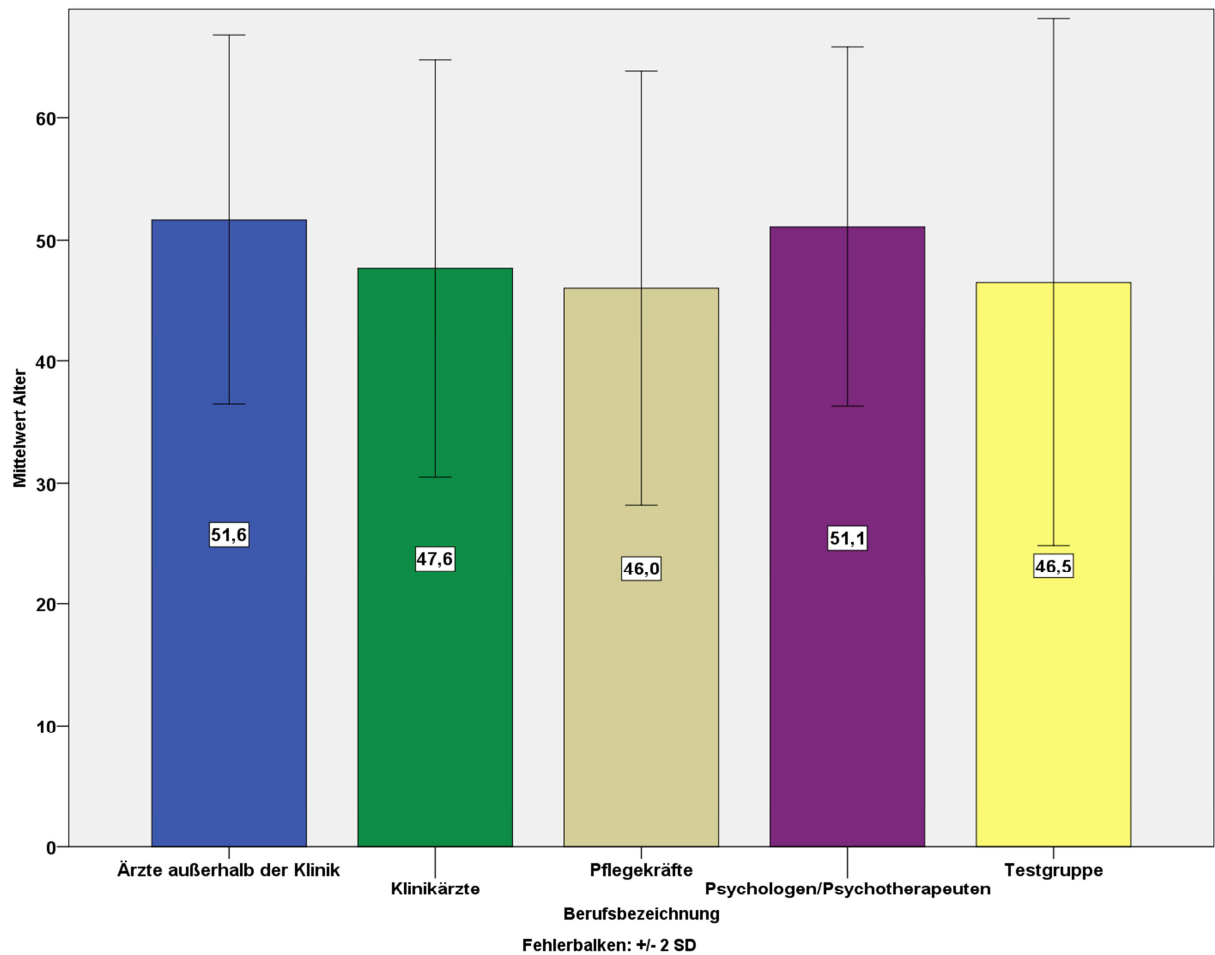


Abbildung 12: Durchschnittsalter bei den zu untersuchenden Gruppen

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte aufgezeigt werden, dass hinsichtlich der Mittelwerte des Durchschnittsalters zwischen den zu untersuchenden Gruppen, signifikante, aber nur schwach ausgeprägte Unterschiede vorliegen ($p = 0,000$, $\eta = 0,082$, $N = 13092$).

6.1.2.3 Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen nach der Geschlechtsaufteilung

Des Weiteren wurde das geschlechtsabhängige Durchschnittsalter der Stichprobe berechnet. Dieses ist bei den Männern zwischen 46,3 und 53,6 Jahren und bei den Frauen von 45,7 bis 50,3 Jahren einzuordnen. In der folgenden Tabelle und Abbildung sind der Mittelwert und die Standardabweichung der einzelnen Gruppen bezüglich des geschlechtsabhängigen Durchschnittsalters zu entnehmen:

Berufsbezeichnung	Mittelwert		Standardabweichung	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ärzte außerhalb der Klinik	53,6	50,3	7,8	7,2
Klinikärzte	51,7	45,7	7,5	8,4
Pflegekräfte	46,3	46,0	7,6	9,1
Psychologen/Psychotherapeuten	53,3	50,1	6,1	7,7
Testgruppe	47,5	46,0	10,2	11,0

Tabelle 8: Mittelwert und Standardabweichung des geschlechtsabhängigen Durchschnittsalters bei den zu untersuchenden Gruppen

6.1 Fragen zur Person

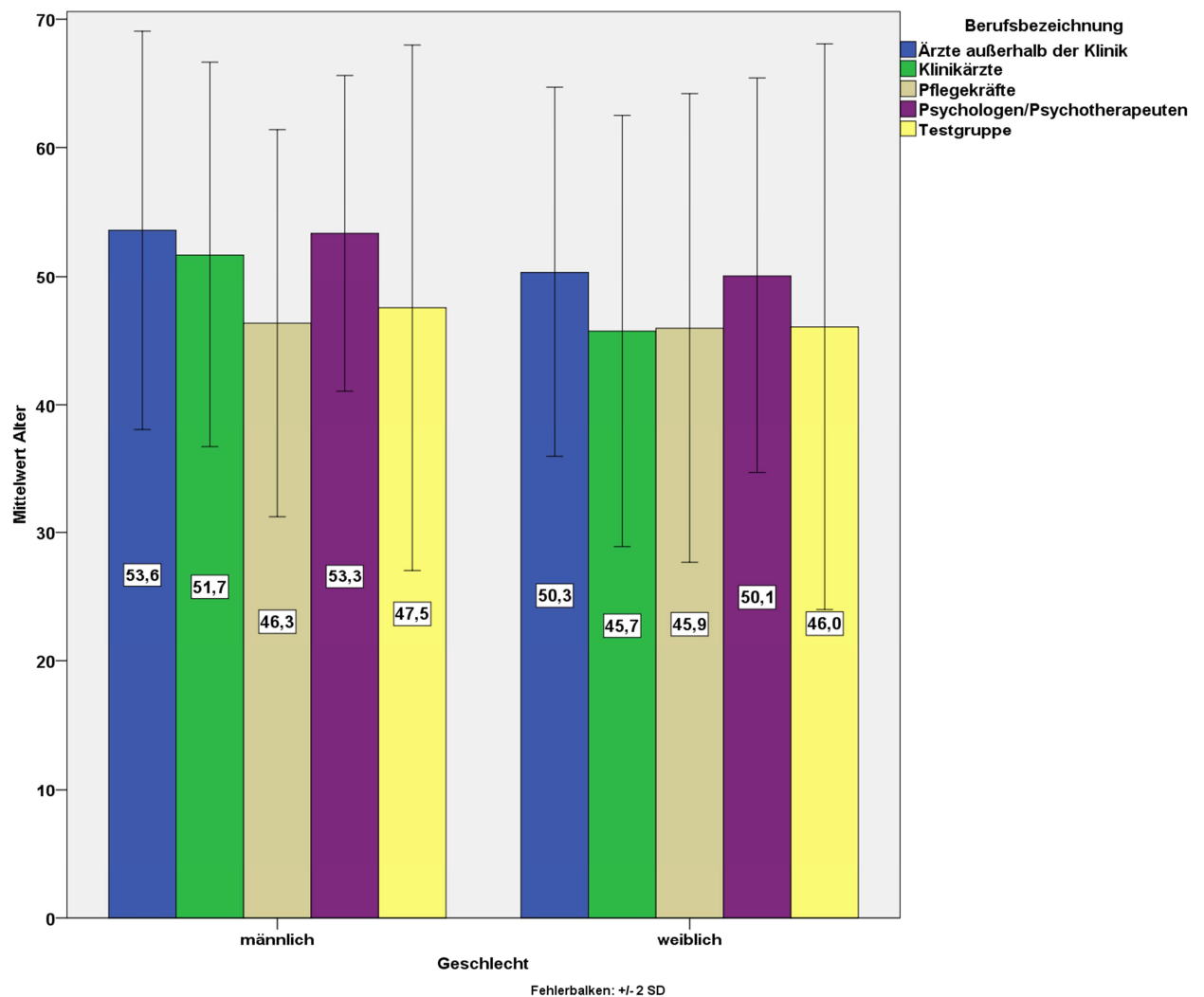


Abbildung 13: Durchschnittsalter der zu untersuchenden Gruppen nach Geschlechtsaufteilung

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich das geschlechtsabhängige Durchschnittsalter zwischen den zu untersuchenden Gruppen signifikant, aber nur schwach unterscheidet ($p = 0,000$, $\eta = 0,062$, $N = 13092$). Das geschlechtsabhängige Durchschnittsalter unterscheidet sich innerhalb der zu untersuchenden Gruppe mit Ausnahme bei den Pflegekräften signifikant, aber nur schwach ausgeprägt:

6.1 Fragen zur Person

Gruppe	N Anzahl	p Signifikanz	η Effektstärke
Klinikärzte	225	0,000	0,324
Ärzte außerhalb der Klinik	194	0,003	0,210
Psychologen/Psychotherapeuten	222	0,002	0,205
Pflegekräfte	344	0,787	0,015
Testgruppe	12094	0,000	0,062

Tabelle 9 Geschlechtsabhängiges Durchschnittsalter

6.1.3 Aufteilung des Familienstandes bei den zu untersuchenden Gruppen

Des Weiteren wurde der Familienstand der zu untersuchenden Gruppen hinterfragt. Es wurden dabei folgende Optionen des Familienstandes unterschieden und einander gegenüber gestellt: ledig, wechselnde Partner, verheiratet und zusammenlebend, verheiratet, aber in Trennung lebend, geschieden, verwitwet.

Von 2,3% (entspricht einer Anzahl von 302) der zu untersuchenden Patienten fehlte diesbezüglich eine Angabe und wurden deshalb nicht in die Auswertung einbezogen.

Der Darstellung ist zu entnehmen, dass 20,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 37,2% der Klinikärzte, 36,1% der Pflegekräfte, 39,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 37,7% der Testgruppe ledig sind. Demgegenüber befinden sich 46,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 34,1% der Klinikärzte, 31,6% der Pflegekräfte, 30,3% der Psychologen/Psychotherapeuten und 32,9% der Angehörigen der Testgruppe in wechselnden Partnerschaften. Es sind 10,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 11,9% der Klinikärzte, 7,9% der Pflegekräfte, 9,0% der Psychologen/Psychotherapeuten und 8,6% der Angehörigen der Testgruppe verheiratet und leben mit dem Ehepartner zusammen. Demgegenüber befinden sich 15,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 11,9% der Klinikärzte, 19,7% der Pflegekräfte, 14,5% der Psychologen/Psychotherapeuten und 15,0% der Angehörigen der Testgruppe in Trennung von ihren Ehepartnern. Ein geringer Prozentsatz ist bei den zu untersuchenden Gruppen jeweils geschieden oder verwitwet.

6.1 Fragen zur Person

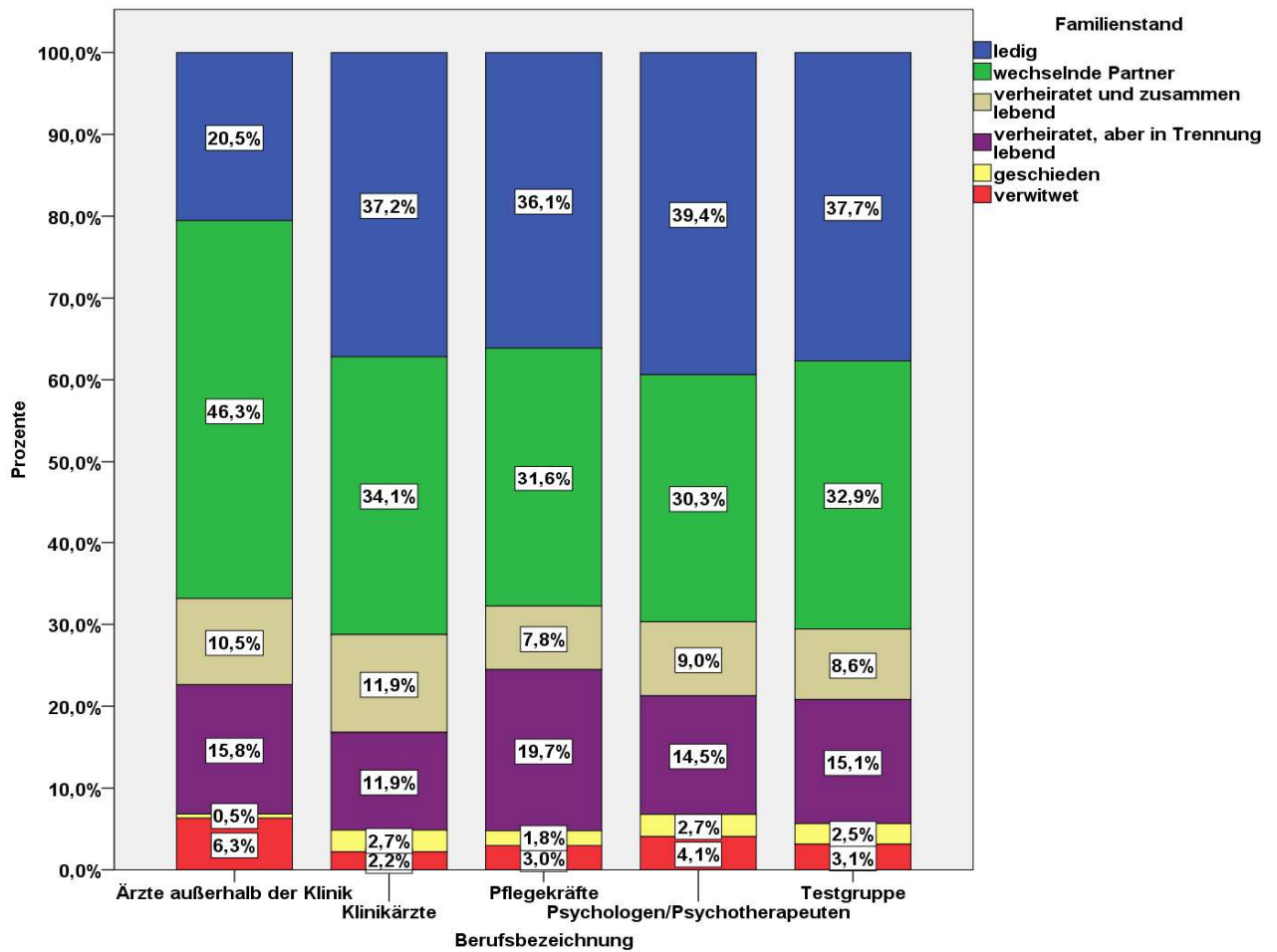


Abbildung 14: Aufteilung des Familienstandes bei den zu untersuchenden Gruppen

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte aufgezeigt werden, dass zwischen den zu untersuchenden Gruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Familienstandes gibt ($X^2 = 47, p = 0,001, N = 13092$).

6.1.4 Kinderanzahl bei den zu untersuchenden Gruppen

Aufgrund des soziodemographischen Hintergrundes wurden die zu untersuchenden Gruppen nach eigenen Kindern befragt. Von 13,8% (entspricht einer Anzahl von 1812) der zu untersuchenden Patienten fehlte eine Angabe dazu. Sie wurden deshalb von der Auswertung ausgeschlossen.

In der folgenden Abbildung sind diese Optionen dargestellt: kein Kind, ein Kind, zwei Kinder, drei Kinder, vier Kinder, mehr als vier Kinder.

Der Darstellung ist zu entnehmen, dass 23,2% der Ärzte außerhalb der Klinik, 46,2% der Klinikärzte, 28,2% der Pflegekräfte, 39,6% der Psychologen/Psychotherapeuten und 36,3% der Testgruppe kein eigenes Kind haben. Ein Kind haben 17,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 18,4% der Klinikärzte, 19,5% der Pflegekräfte, 23,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und 20,5% der Testgruppe. Zwei Kinder besitzen 37,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 24,1% der Klinikärzte, 32,8% der Pflegekräfte, 26,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und 29,3% der Testgruppe. Drei Kinder haben 18,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, 9,0% der Klinikärzte, 16,0% der Pflegekräfte, 6,1% der Psychologen/Psychotherapeuten und 10,9% der Testgruppe. Vier Kinder haben pro zu untersuchenden Gruppen ca. 3%. Da gruppenübergreifend der Anteil von mehr als vier Kindern unter einem Prozent wurde aus Gründen der Anschaulichkeit auf deren Auflistung in der Graphik verzichtet.

6.1 Fragen zur Person

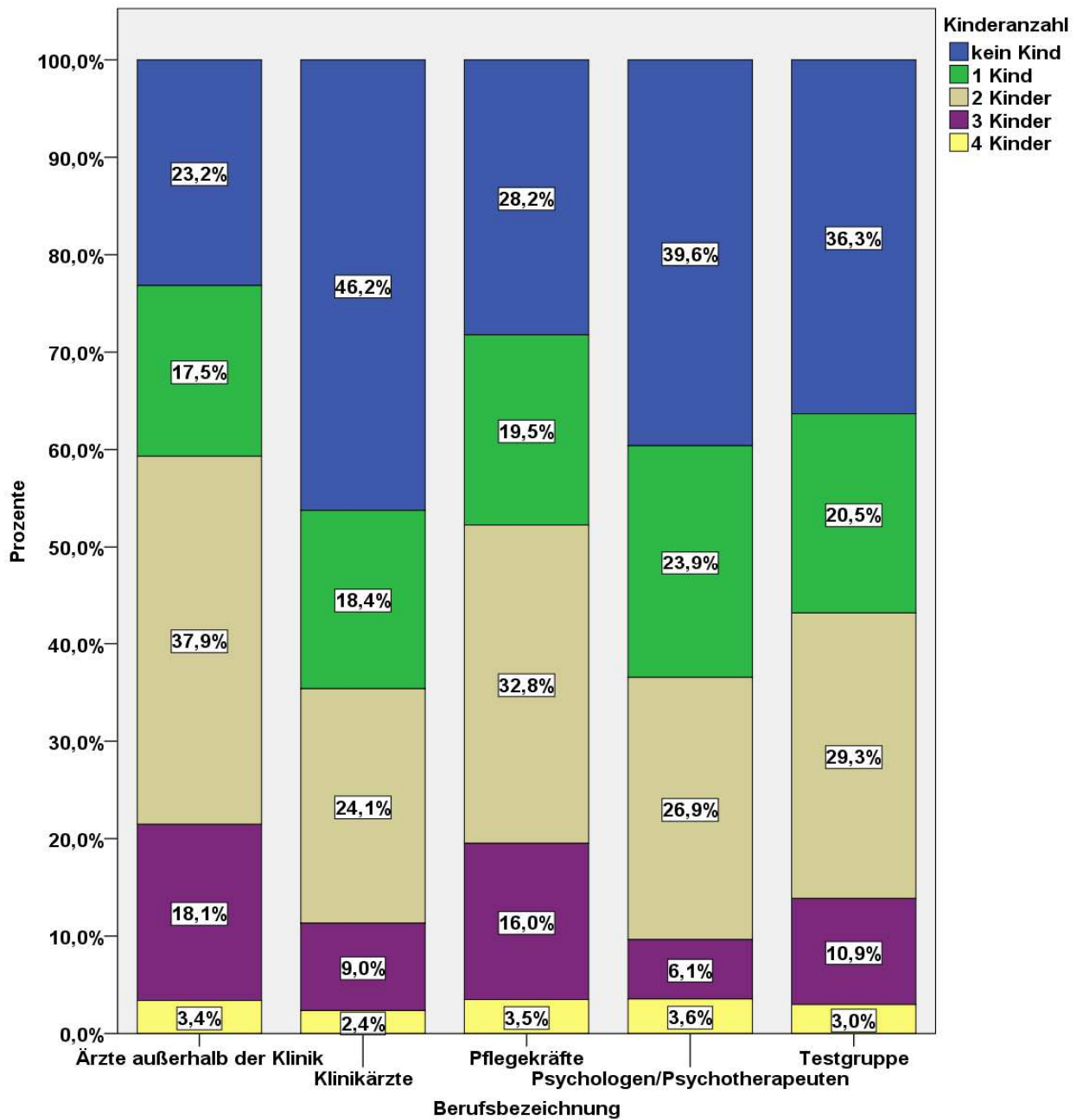


Abbildung 15: Kinderanzahl bei den zu untersuchenden Gruppen

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Kinderanzahl zwischen den zu untersuchenden Gruppen gefunden werden ($\chi^2 = 60,291; p = 0,007, N = 13092$).

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

An dieser Stelle werden die Ergebnisse des AVEM-Fragebogens zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme als auch ein Jahr nach der Entlassung aufgeführt.

Bei der Auswertung der Dimensionen des AVEM-Fragebogens zeigte sich anhand der Staninemittelwerte, dass bei der Klinikaufnahme alle untersuchten Berufsgruppen und die Testgruppe im Vergleich zu einem gesundheitsfördernden Arbeitsverhalten vermindertes berufliches Engagement - trotz einer gesteigerten Verausgabungsbereitschaft insbesondere bei den zu untersuchenden Arztgruppen – und reduzierte Widerstandsfähigkeit insbesondere in Form einer sehr hohen Resignationstendenz bei Misserfolg aufwiesen und verminderte Zufriedenheit im Leben und Beruf empfinden. Ebenso konnten die zu untersuchenden Berufsgruppen und die Testgruppe sich nur wenig von der Arbeit distanzieren.

Ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigt sich, dass das berufliche Engagement sich tendenziell in Richtung eines gesunden Maßes entwickelt. Insbesondere stieg gruppenübergreifend die Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit. Bezüglich der Widerstandsfähigkeit konnten nur geringe Verbesserungen herausgefunden werden. Des Weiteren kann den Ergebnissen entnommen werden, dass die untersuchten Berufsgruppen und die Testgruppe tendenziell mehr mit dem Leben und dem Beruf zufrieden sind.

Die Resultate der Dimensionen des AVEM-Fragebogens sind den folgenden Tabellen und Graphiken jeweils zu beiden Erhebungszeiten zu entnehmen.

6.2.1 AVEM-Dimensionen bei der Klinikaufnahme

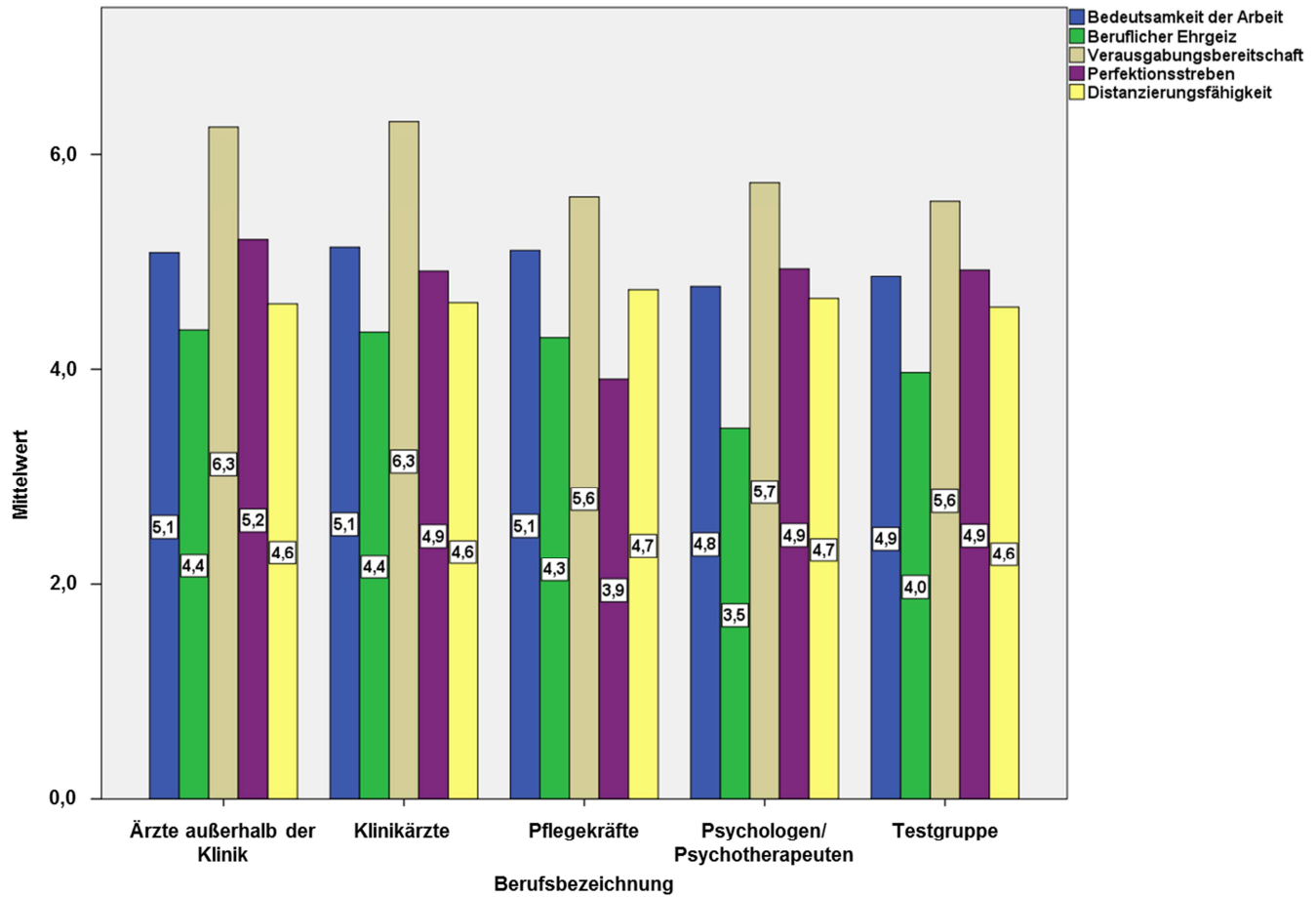


Abbildung 16: Staninemittelwerte in den Dimensionen des beruflichen Engagements bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

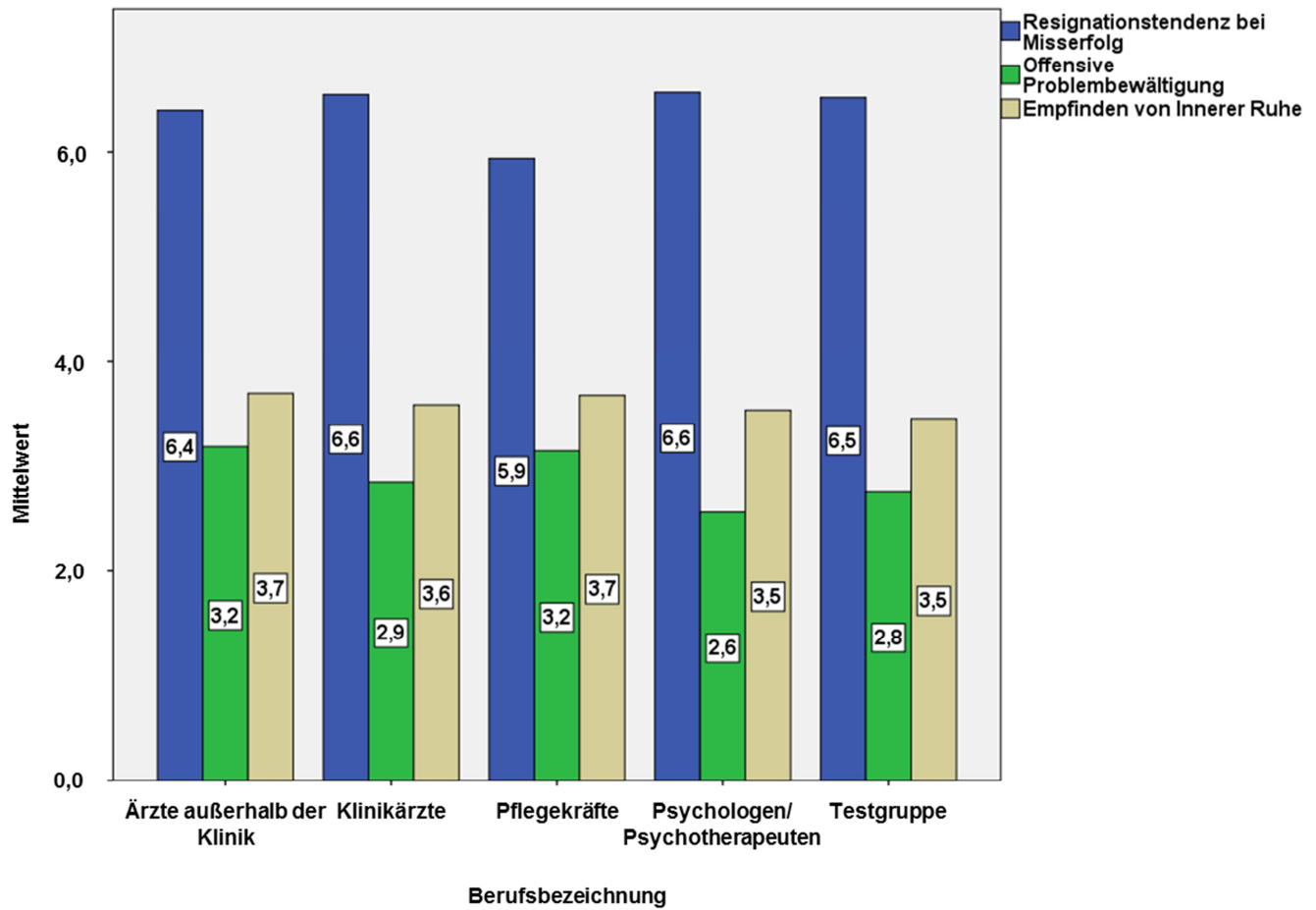


Abbildung 17: Staninemittelwerte in den Dimensionen der Widerstandsfähigkeit und dem Bewältigungsverhaltens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

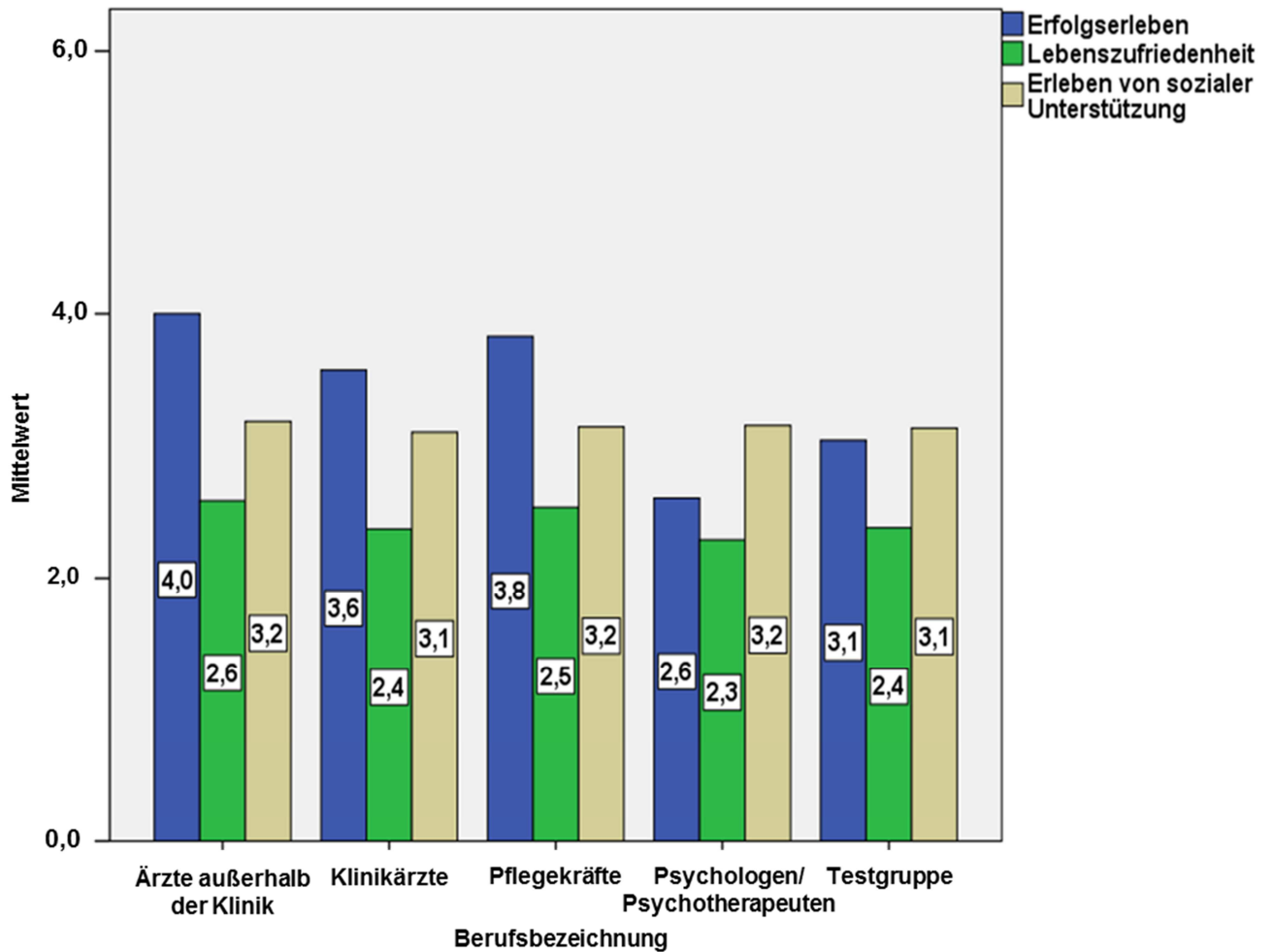


Abbildung 18: Staninmittelwerte der Dimensionen des Lebensgefühls bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich die untersuchenden Gruppen in der Verteilung der Dimensionen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme folgendermaßen signifikant zwischen den Gruppen unterscheiden:

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

Name der Dimension	p Signifikanz	η Effektstärke	N Anzahl
Bedeutsamkeit der Arbeit	0,02	0,036	13087
Beruflicher Ehrgeiz	0,00	0,69	13087
Verausgabungsbereitschaft	0,00	0,055	13087
Perfektionsstreben	0,00	0,68	13087
Resignationstendenz bei Misserfolg	0,01	0,039	13087
Offensive Problembewältigung	0,00	0,046	13087
Empfinden von Innerer Ruhe	0,22	0,03	13087
Erfolgserleben	0,00	0,094	13087
Lebenszufriedenheit	0,07	0,033	13087

Tabelle 10 AVEM-Dimensionen bei der Klinikaufnahme

6.2.2 AVEM-Dimensionen ein Jahr nach der Klinikentlassung

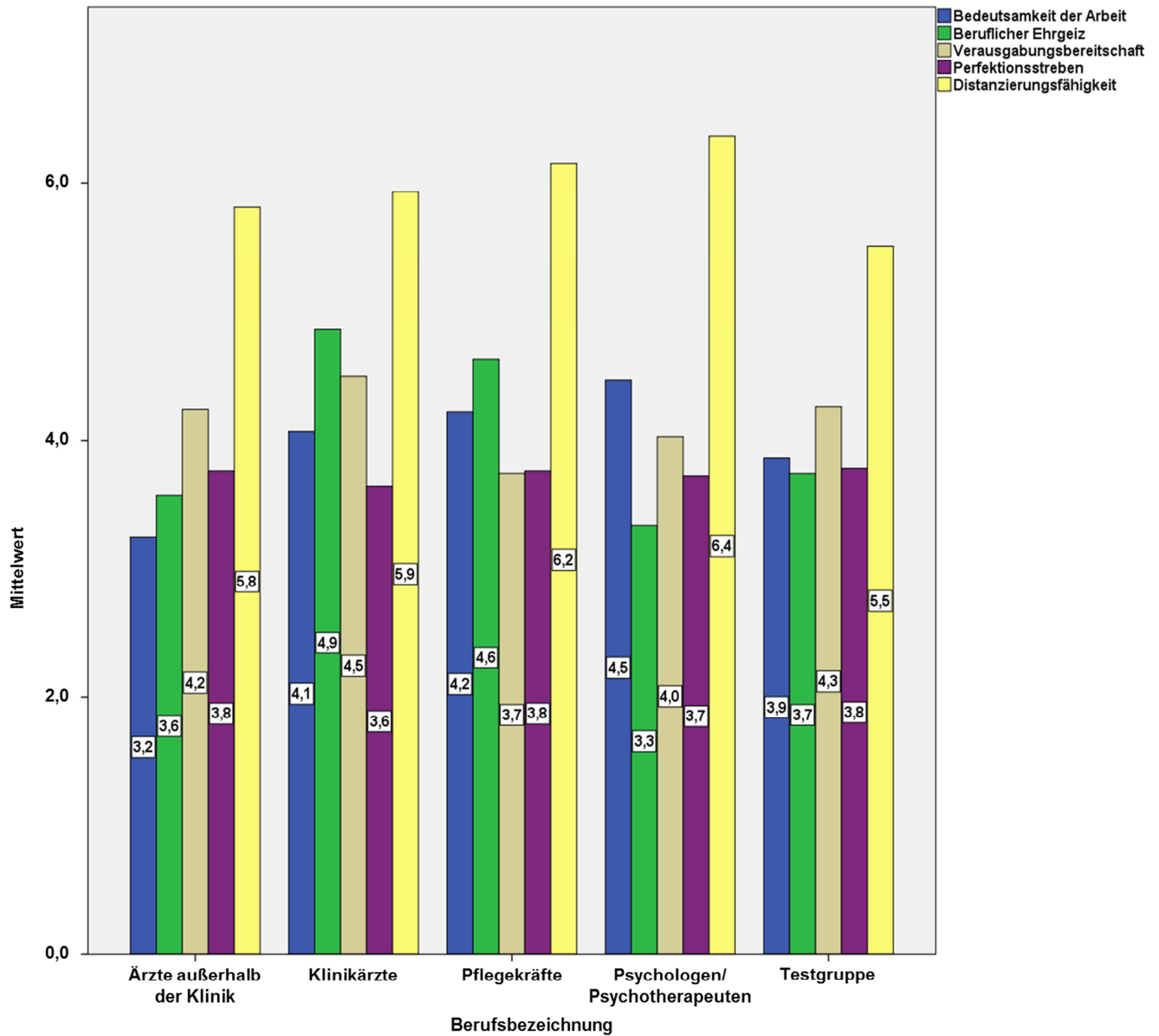


Abbildung 19: Staninmittelwerte der Dimensionen des beruflichen Engagements bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

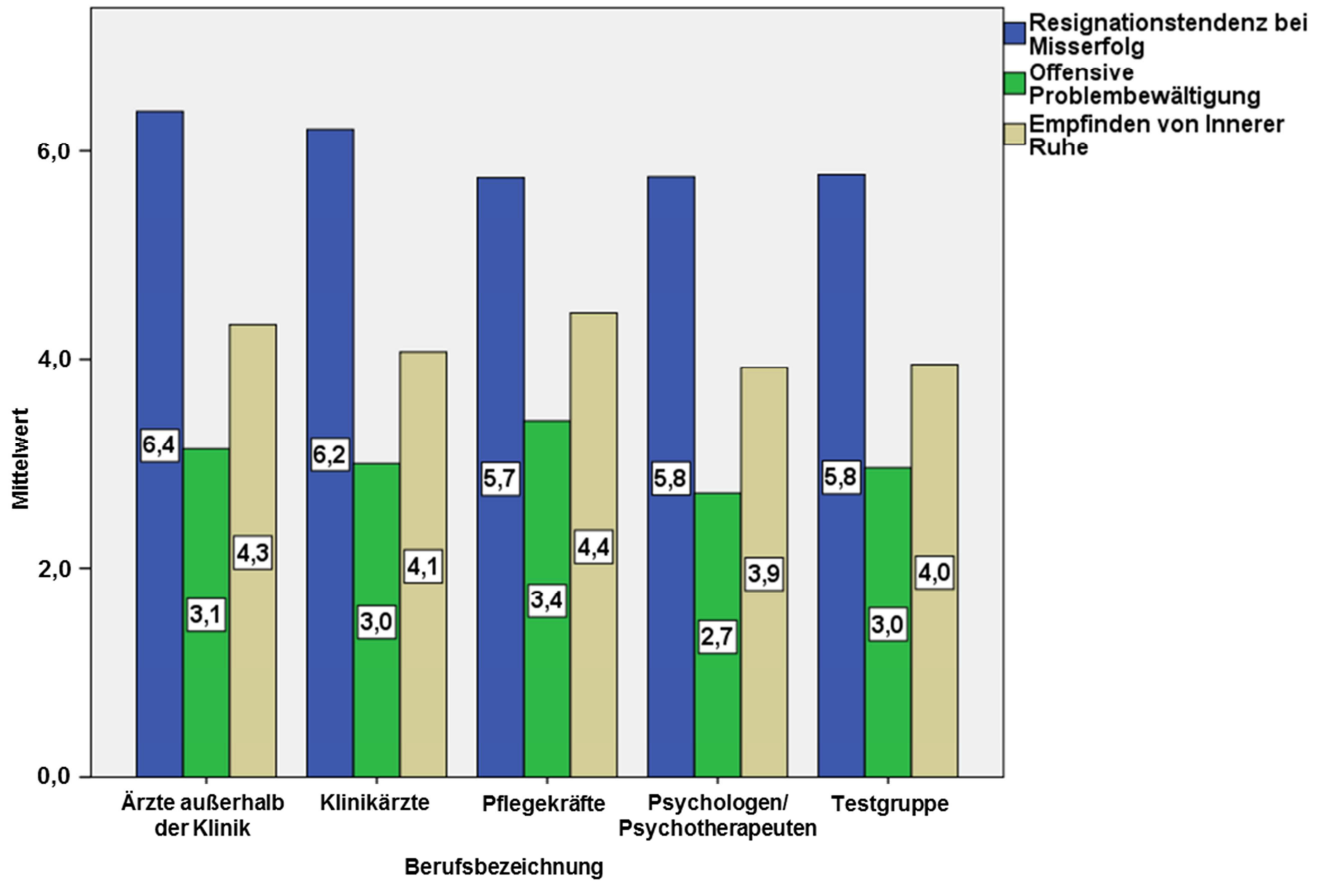


Abbildung 20: Staninemittelwerte der Dimensionen der Widerstandsfähigkeit und des Bewältigungsverhaltens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

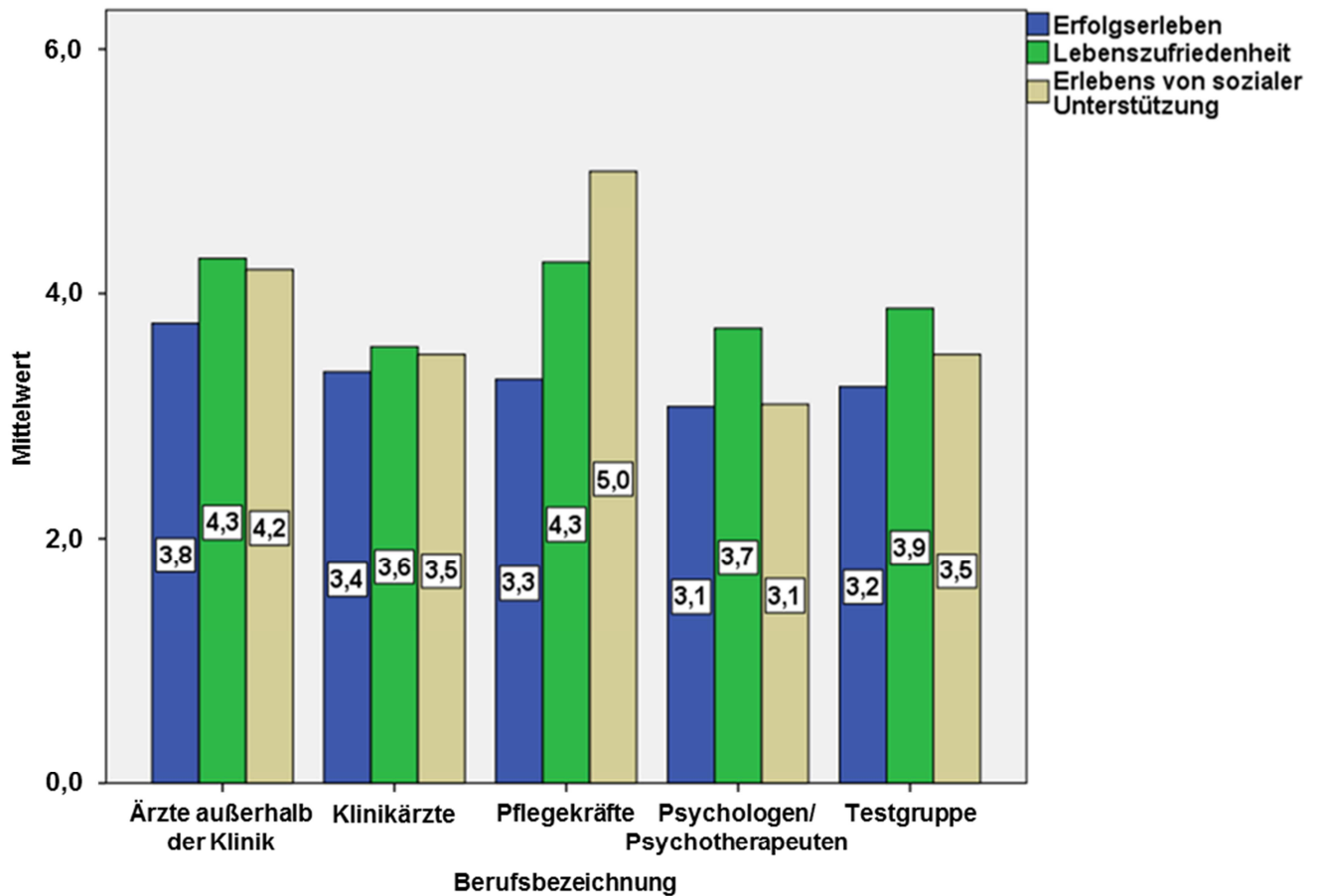


Abbildung 21: Staninemittelwerte des Lebensgefühls bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigt sich, dass zwischen den zu untersuchenden Gruppen sich die Verteilung nur in den folgenden Dimensionen signifikant unterschieden: Beruflicher Ehrgeiz ($N = 1086$, $p = 0,018$, $\eta = 0,14$), Distanzierungsfähigkeit ($N = 1086$, $p = 0,035$, $\eta = 0,097$) und Erfolgserleben ($N = 1086$, $p = 0,027$, $\eta = 0,1$).

6.2.3 Vergleich der AVEM – Dimensionen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Anschließend wurden die Veränderungen der Mittelwerte der AVEM-Dimensionen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten pro Gruppe mit Hilfe des T-Testes bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ausgewertet. Hierfür wird die Verteilung der

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

Mittelwerte approximativ als normalverteilt angenommen. In der Abbildung sind die signifikanten Veränderungen in den AVEM-Dimensionen bei allen zu untersuchenden Gruppen farbig hervorgehoben. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass bei allen untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe tendenziell gesundheitsförderliche Veränderungen in Bezug auf das berufliche Engagement nachgewiesen werden können. Mit Ausnahme bei den Klinikärzten konnte eine positive Entwicklung auf der emotionalen Ebene hinsichtlich der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung herausgefiltert werden.

	Ärzte außerhalb der Klinik N = 20	Klinikärzte N = 13	Psychologen/ Psychotherapeuten N = 26	Pflegekräfte N = 35	Testgruppe N = 992
Bedeutsamkeit der Arbeit	t(N)=0,45 p=0,00	t(N)=2,89 p=0,01	t(N)=3,12 p=0,00	t(N)=2,00 p=0,06	t(N)=23,77 p=0,00
Beruflicher Ehrgeiz	t(N)=1,54 p = 0,137	t(N)=0,73 p=0,476	t(N)=-0,58 p=0,563	t(N)=0,90 p=0,37	t(N)=3,50 p=0,00
Verausgabebereitschaft	t(N)=5,17 p=0,00	t(N)=2,66 p 0,02	t(N)=2,72 p=0,01	t(N)=3,38 p=0,00	t(N)=20,65 p=0,00
Perfektionsstreben	t(N)=2,14 p=0,02	t(N)=1,83 p=0,08	t(N)=2,03 p=0,05	t(N)=3,19 p=0,00	t(N)=18,71 p=0,00
Distanzierungsfähigkeit	t(N)=-1,15 p=0,263	t(N)=-2,06 p=0,05	t(N)=-2,84 p=0,00	t(N)=-5,0 p=0,00	t(N)=-12,18 p=0,00
Resignationstendenz bei Misserfolg	t(N)=1,44 p=0,16	t(N)=1,31 p=0,21	t(N)=0,045 p=0,96	t(N)=1,73 p=0,092	t(N)=-14,21 p=0,00
Offensive Problembewältigung	t(N)=-1,87 p=0,76	t(N)=-1,40 p=0,183	t(N)=0,32 p=0,75	t(N)=-1,73 p=0,25	t(N)=-5,65 p=0,00
Empfinden von Innerer Ruhe	t(N)=-2,18 p=0,04	t(N)=-1,52 p=0,15	t(N)=-3,16 p=0,04	t(N)=-0,61 p=0,54	t(N)=-11,53 p=0,00
Erfolgs erleben	t(N)=-2,24 P=0,03	t(N)=-1,47 p=0,16	t(N)=-2,45 p=0,02	t(N)=-0,50 p=0,61	t(N)=-8,90 p=0,00
Lebenszufriedenheit	t(N)=-2,76 p=0,01	t(N)=-1,15 p=0,27	t(N)=-1,42 p=0,16	t(N)=-0,80 p=0,42	t(N)=-10,60 p=0,00
Empfinden von sozialer Unterstützung	t(N)=-2,87 p=0,09	t(N)=0,79, p=0,44	t(N)=-2,91 p=0,00	t(N)=-2,44 p=0,02	t(N)=-13,63 p=0,00

Tabelle 11: Veränderungen der Staninewerte der AVEM-Dimensionen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe

6.2.4 Aufteilung der Bewältigungsmuster (Clustertypen) bei den zu untersuchenden Gruppen

Aus den Ergebnissen der AVEM-Dimensionen ergeben sich die Konstellationen der Bewältigungstypen in Bezug auf die Arbeit.

Mit Hilfe der Abbildungen wird die prozentuale Häufigkeit des Auftretens der vier Clustertypen nach der tendenziellen Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung für die zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe aufgezeigt.

6.2.4.1 Clustertypen bei der Klinikaufnahme

Bei der Klinikaufnahme ist zu erkennen, dass der Risikotyp B gruppenübergreifend am meisten vorliegt. Demnach sind 59,2% der Ärzte außerhalb der Klinik, 66,1% der Klinikärzte, 80,9% der Pflegekräfte, 64,3% der Psychologen/Psychotherapeuten und 73,0% der Testgruppe diesem Muster zuzuordnen. Am wenigsten stimmt die Stichprobe mit dem Profil Gesund überein.

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

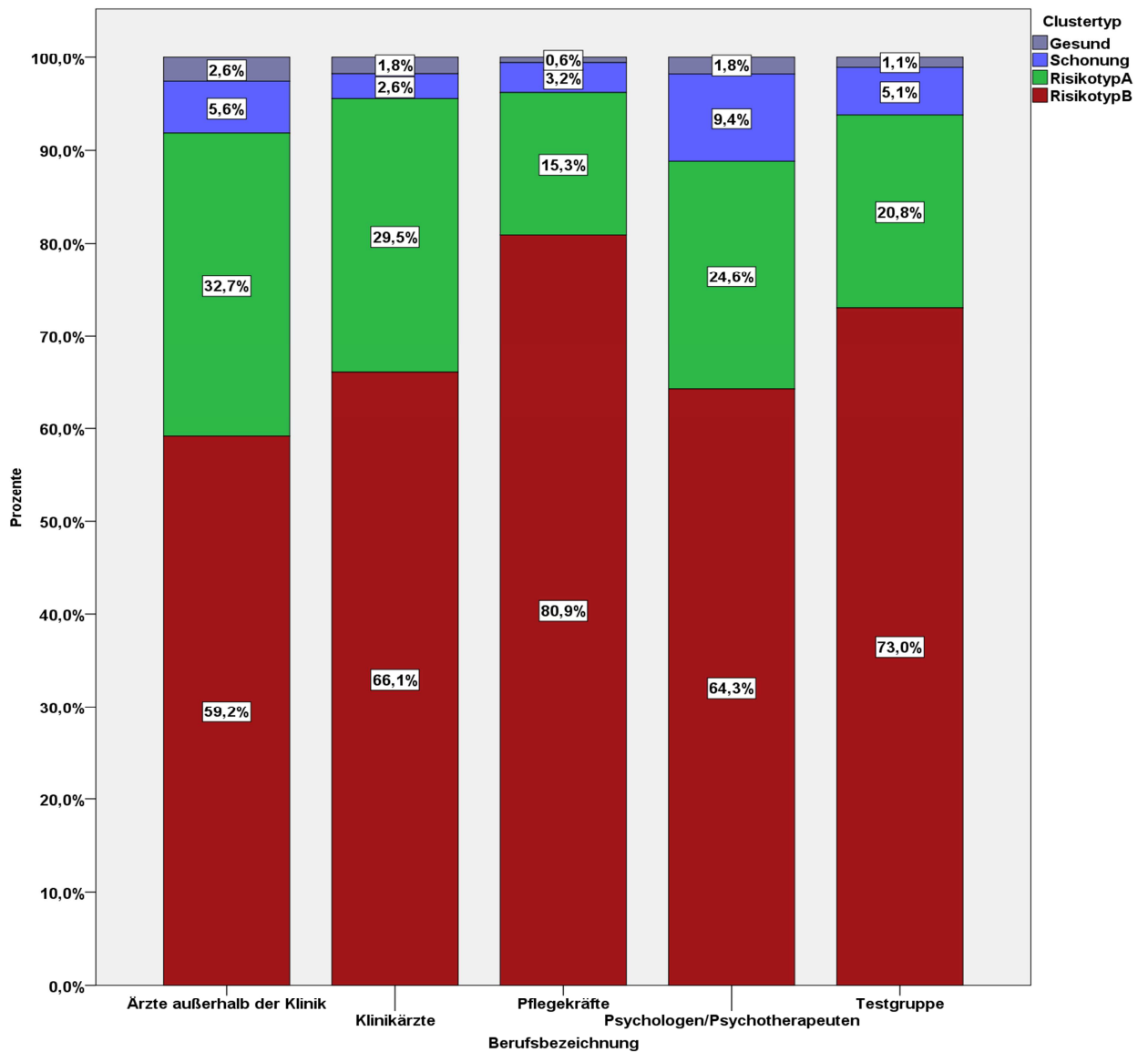


Abbildung 22: Clustertypenaufteilung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

Insgesamt lässt sich aus den Auswertungen schließen, dass die Stichprobe sich in der Aufteilung der Clustertypen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme signifikant voneinander unterscheidet.

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

	p Signifikanz	η Effektstärke	N Anzahl
Gesund	0,001	0,037	13087
Schonung	0,001	0,037	13087
Risikotyp A	0,001	0,059	13087
Risikotyp B	0,000	0,067	13087

Tabelle 12 Clustertypenaufteilung bei der Klinikaufnahme

6.2.4.2 Clustertypen ein Jahr nach der Klinikentlassung

Ein Jahr nach der Klinikentlassung können dem Risikotyp B 61,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 64,3% der Klinikärzten, 69,4% der Pflegekräfte, 40,7% der Psychologen/Psychotherapeuten und 61% der Angehörigen der Testgruppe zugeordnet werden. Des Weiteren ist zu entnehmen, dass 28,4% der Ärzte außerhalb der Klinik, 21,4% der Klinikärzte, 16,7% der Pflegekräfte, 40,7% der Psychologen/Psychotherapeuten und 27,5% der Testgruppe ein Schonverhalten eingenommen haben.

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

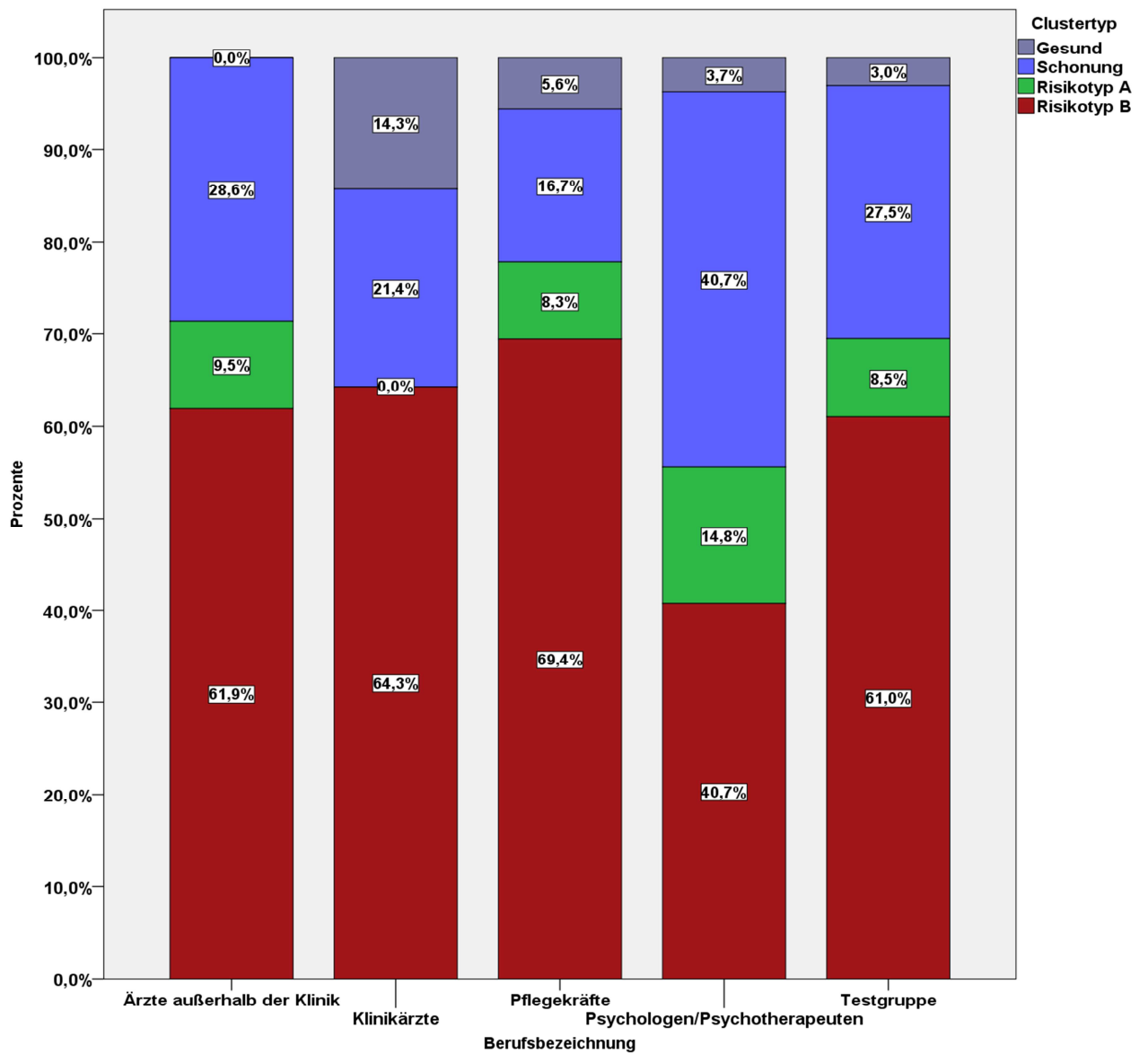


Abbildung 23: Clustertypenverteilung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Die Verteilung der Clustertypen ist zwischen den zu untersuchenden Gruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung nicht signifikant unterschiedlich:

6.2 Fragebogen des Arbeitsbezogenen Verhaltens - und Erlebensmusters (AVEM)

	p Signifikanz	η Effektstärke	N Anzahl
Gesund	0,214	0,073	1086
Schonung	0,553	0,053	1086
Risikotyp A	0,946	0,026	1086
Risikotyp B	0,281	0,068	1086

Tabelle 13 Clustertypenverteilung ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.2.4.3 Vergleich der Aufteilung der Clustertypen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten

Anschließend wurden die prozentualen Veränderungen bei der Aufteilung der Bewältigungsmuster zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten pro untersuchter Gruppe mit Hilfe des T-Testes bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ausgewertet. Hierfür wird die Verteilung approximativ als normalverteilt angenommen. In der Abbildung sind die signifikanten Veränderungen in Aufteilung der Clustertypen bei allen zu untersuchenden Gruppen farbig hervorgehoben. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass vor allem der prozentuale Anteil der Patienten, die dem Schonungstyp zuzuordnen ist, gruppenübergreifend zugenommen hat. Des Weiteren betreffen die Veränderungen der Aufteilung zu den Clustertypen insbesondere die Psychologen/Psychotherapeuten und am wenigsten die Klinikärzte.

	Ärzte außerhalb der Klinik N = 20	Klinikärzte N = 13	Psychologen/ Psychotherapeuten N = 35	Pflegekräfte N = 35	Testgruppe N = 992
Gesund	t(N)=-0,03 p=0,977	t(N)=-1,03 p=0,320	t(N)=-1,49 p=0,148	t(N)=-1,82 p=0,076	t(N)=-6,196 p=0,000
Schonung	t(N)=-3,47 p=0,002	t(N)=-2,58 p=0,023	t(N)=-3,61 p=0,001	t(N)=-4,32 p=0,000	t(N)=-21,24 p=0,000
Risikotyp A	t(N)=3,71 p=0,001	t(N)=1,74 p=0,105	t(N)=2,78 p=0,011	t(N)=1,26 p=0,213	t(N)=14,05 p=0,000
Risikotyp B	t(N)=1,24 p=0,230	t(N)=1,32 p=0,209	t(N)=2,53 p=0,019	t(N)=3,33 p=0,002	t(N)=11,07 p=0,000

Tabelle 14: Veränderung der Clustertypenverteilung zwischen den Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

In den folgenden Abbildungen ist die Symptombelastung und der Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung nach ihrer prozentualen Häufigkeit bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung aufgeführt. Es wird dabei für alle Syndromskalen und die Gesamtskala unterschieden: kein Verdacht, Verdacht auf, geringe Symptomatik, mittelschwere Symptomatik durch eine psychische Erkrankung. Da die Zusatzskala nur auf der Itemebene zu betrachten ist und nur der Berechnung der Gesamtskala dient, wird auf die Darstellung dieser Skala verzichtet.

6.3.1 Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

Es zeigt sich, dass 28,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 30% der Klinikärzte, 25,4% der Pflegekräfte, 35,8% der Psychologen/Psychotherapeuten und 27,4% der Testgruppe geringe depressive Symptome präsentierten. Bei der Klinikaufnahme leiden 38,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 40,8% der Klinikärzte, 40,6% der Pflegekräfte, 36,7% der Psychologen/Psychotherapeuten und 38,9% der Testgruppe an einer mittelschweren depressiven Symptomatik. 20,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 19,3% der Klinikärzte, 25,4% Pflegekräfte, 15,1% der Psychologen/Psychotherapeuten und 22% der Testgruppe sind schwer durch eine Depression belastet.

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

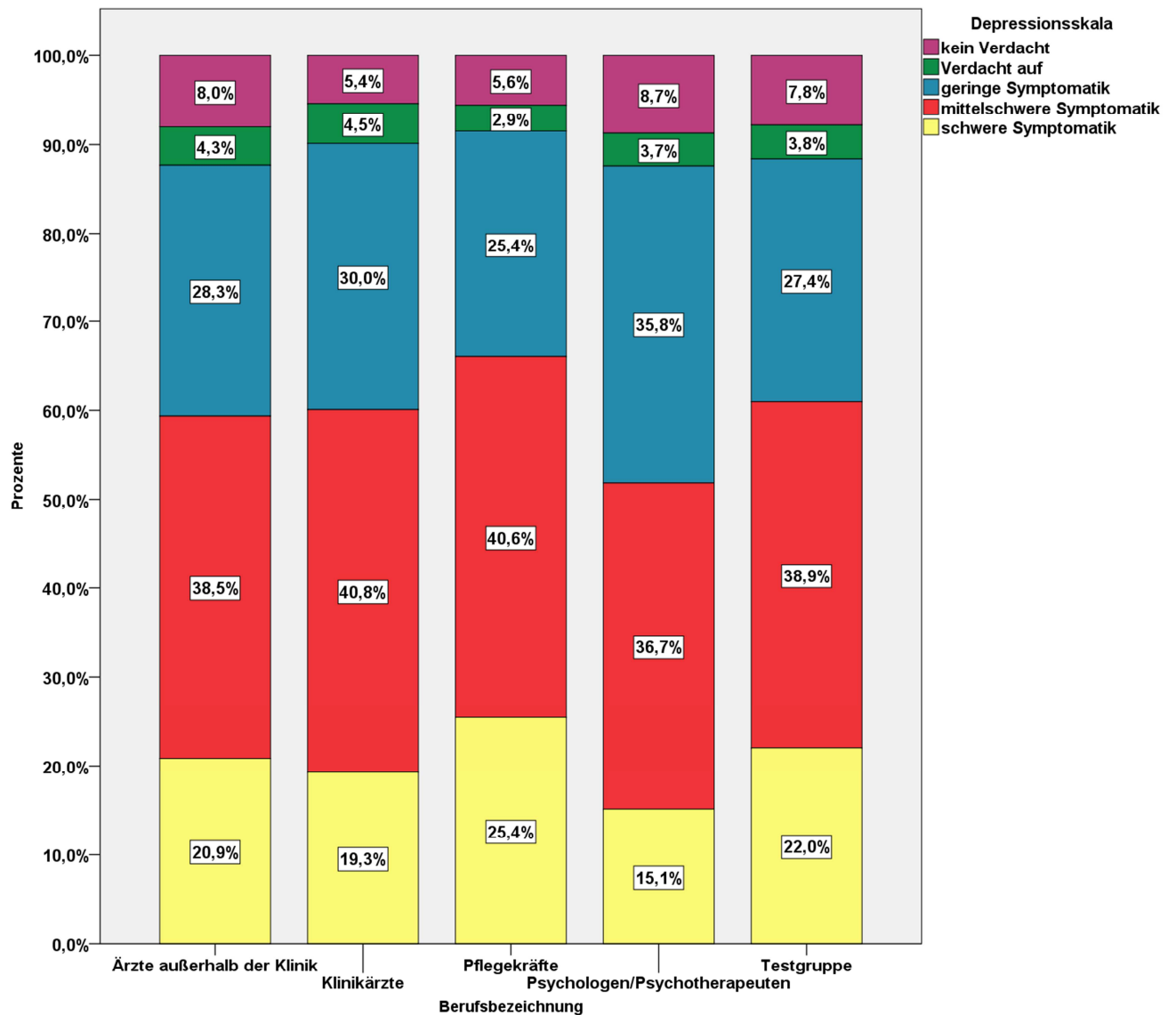


Abbildung 24: ISR-Skala Depression bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

In Bezug auf das Angstsyndrom zeigte sich, dass für 42,2% der Ärzte außerhalb der Klinik, 40,4% der Klinikärzte, 21,9% der Pflegekräfte, 53,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 29,1% der Testgruppe kein Verdacht belegt werden konnte. Dennoch konnte bei 22,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, bei 28,7% der Klinikärzte, bei 27,5% der Pflegekräfte und bei 28,6% der Testgruppe eine geringe Angstsymptomatik nachgewiesen werden. An einer mittelschwer ausgeprägten Angststörung litten 20,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 14,8% der Klinikärzte, 29,5% der Pflegekräfte, 11% der Psychologen/Psychotherapeuten und 23,1% der Testgruppe. Eine schwere Symptomatik konnte bei 7,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 7,2% der Klinikärzte, 14,0% der Pflegekräfte, 3,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 12% der Testgruppe erhoben werden.

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

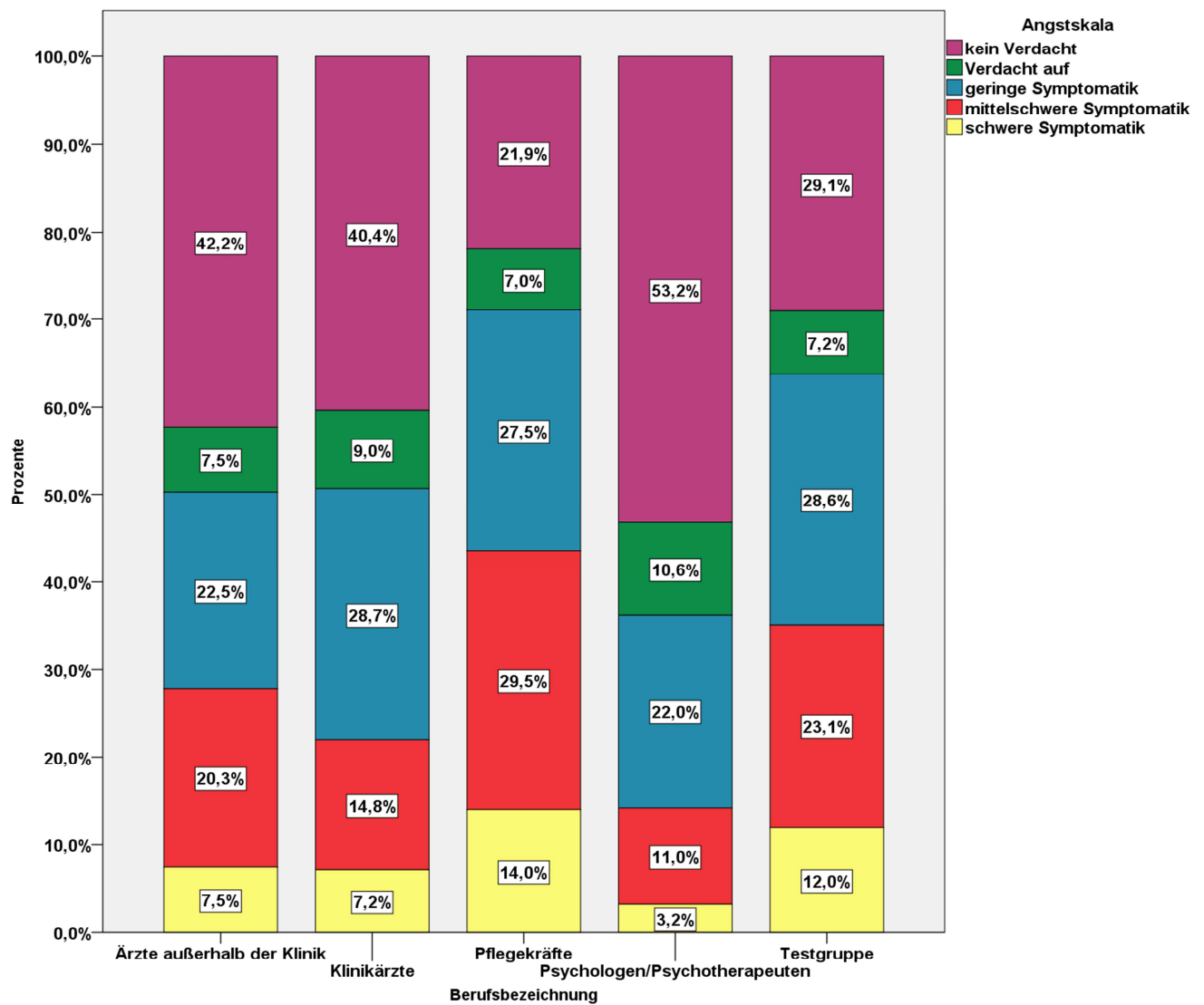


Abbildung 25: ISR-Skala Angst bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes konnte bei 65,2% der Ärzte außerhalb der Klinik, bei 65,9% der Klinikärzte und bei 68,8% der Psychologen/Psychotherapeuten gegenüber 48% bei den Pflegekräften und 45,3% bei der Testgruppe kein Hinweis auf ein Zwangssyndrom nachgewiesen werden.

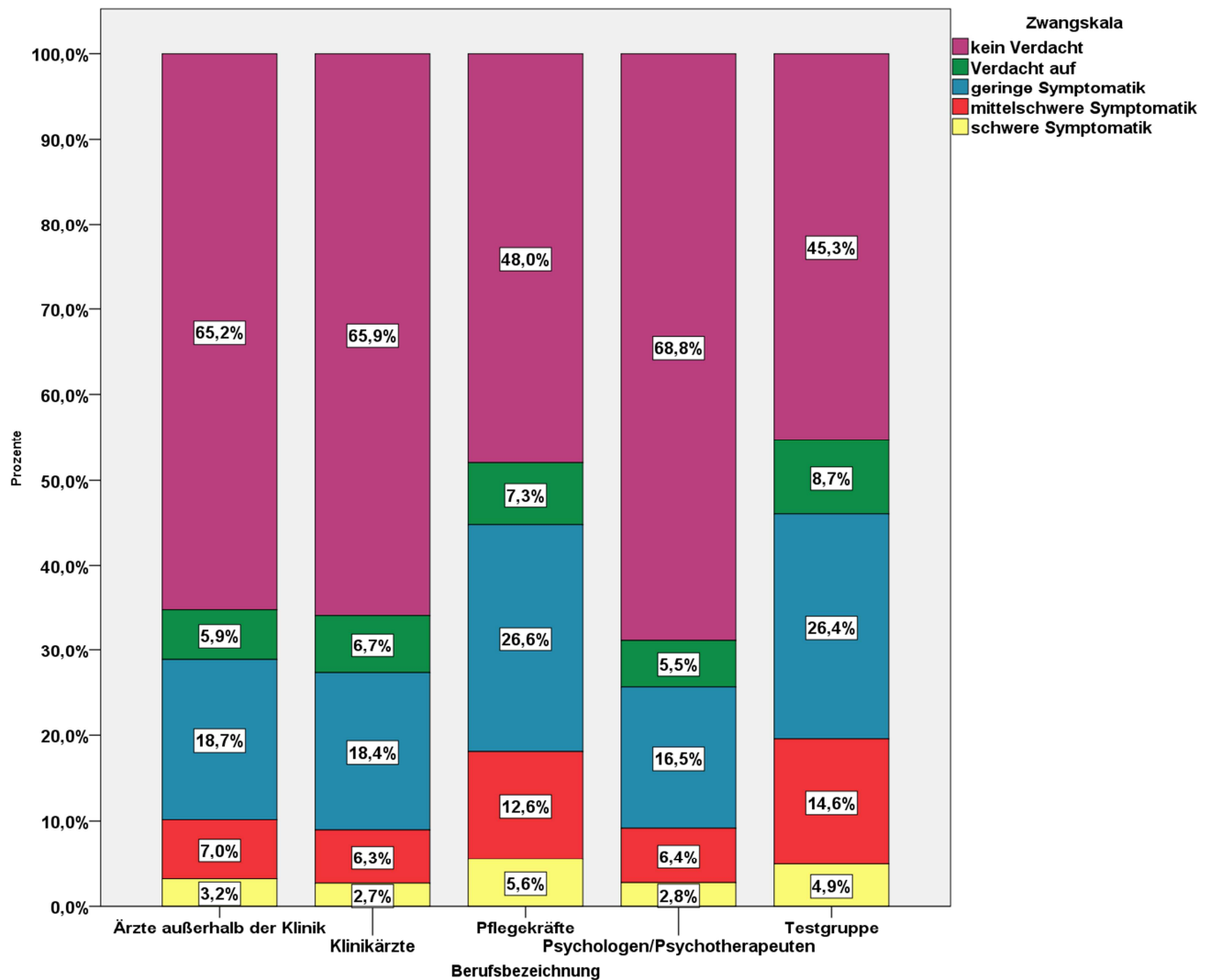


Abbildung 26: ISR-Skala Zwang bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Bei der Betrachtung des Somatisierungssyndrom zum Zeitpunkt des Therapiebeginns zeigte sich, dass mit 66,3% bei den Ärzten außerhalb der Klinik, mit 61,9% bei den Klinikärzten, mit 54,4% bei den Pflegekräften, mit 67,9% bei den Psychologen/Psychotherapeuten und mit 58,4% bei der Testgruppe die Mehrheit gruppenübergreifend keine Symptomatik aufwies.

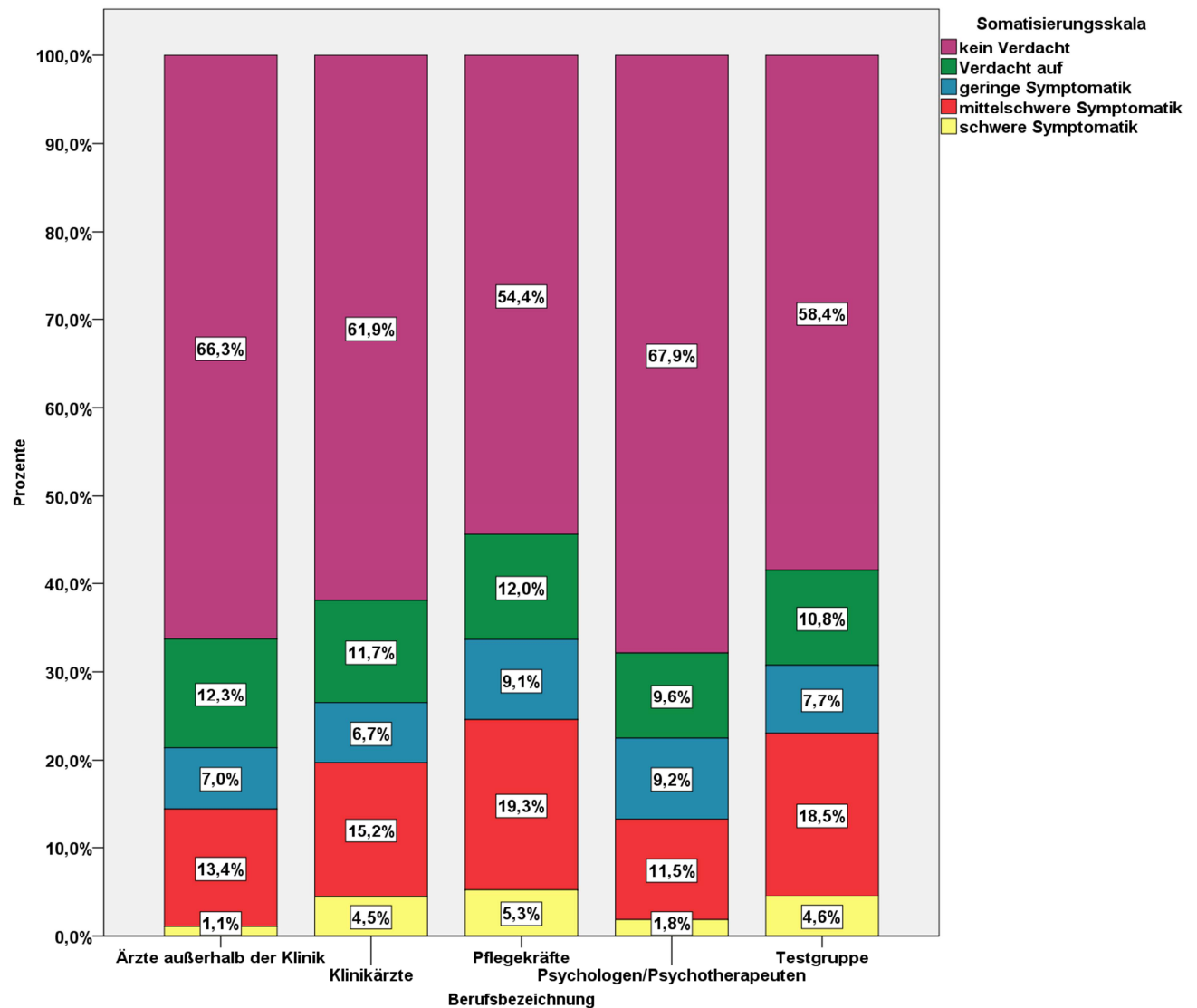


Abbildung 27: ISR-Skala Somatisierung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Bei 65,8% der Ärzte außerhalb der Klinik, bei 70,9% der Klinikärzte, bei 50% der Pflegekräfte, bei 71,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und bei 53,5% der Testgruppe lag zu Beginn der Therapie mehrheitlich kein Verdacht für eine Belastung durch eine Essstörung vor.

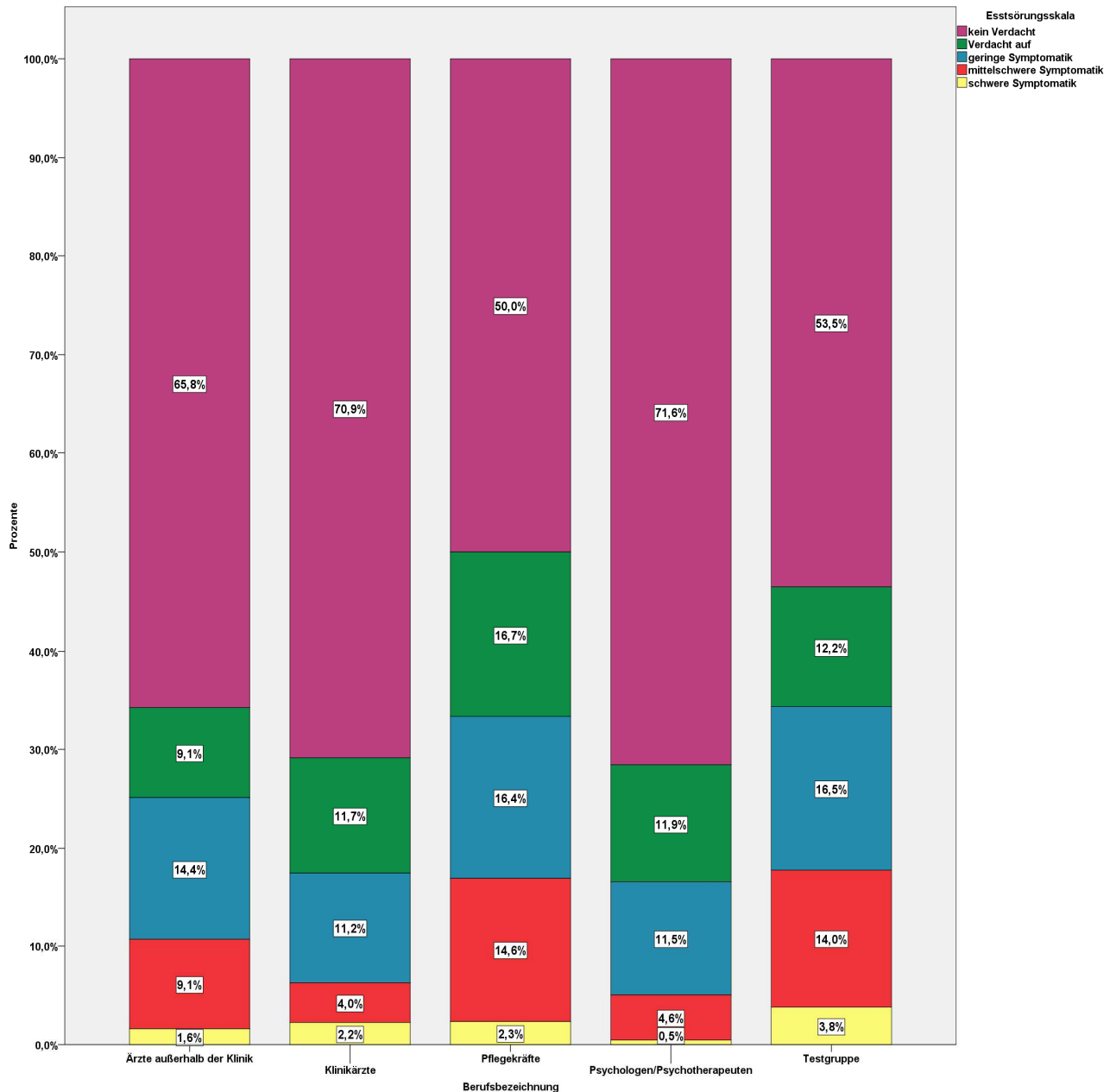


Abbildung 28: ISR-Skala Essstörung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, dass zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltsbeginn gemäß der Auswertung der Gesamtskala 27,8% der Ärzte außerhalb der Klinik, 25,1% der Klinikärzte, 14,3% der Pflegekräfte, 23,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 16,5% der Testgruppe geringfügig psychisch erkrankt waren. Demgegenüber waren 36,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 44,8% der Klinikärzte, 46,5% der Pflegekräfte, 37,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 47,5% der Testgruppe mittelschwer und 15,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 13,5% der Klinikärzte, 29,2% der Pflegekräfte, 11,5% der Psychologen/Psychotherapeuten und 23,3% der Testgruppe schwer von einer psychischen Erkrankung betroffen.

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

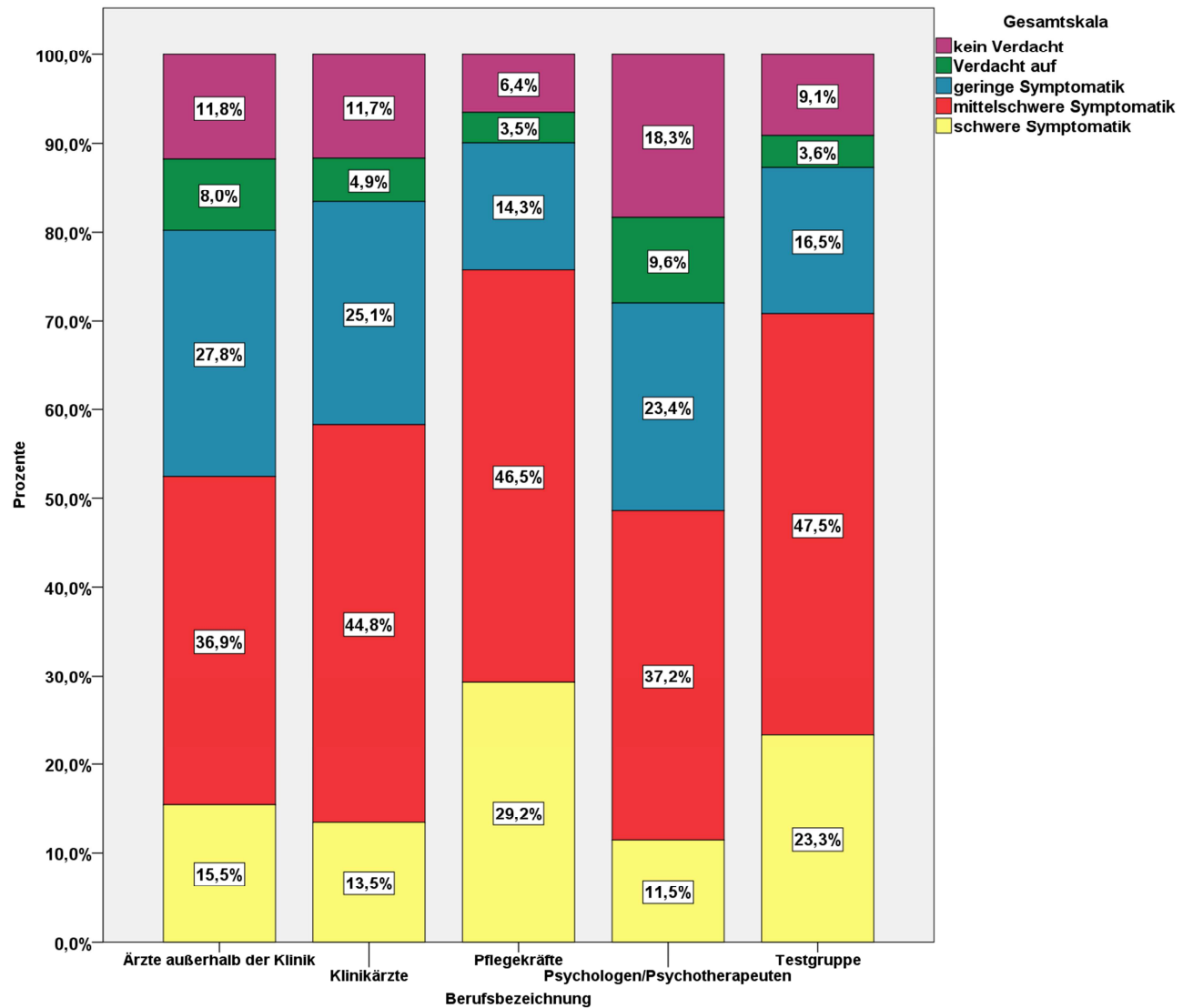


Abbildung 29: ISR-Skala Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Mit Hilfe der statistischen Test konnte gezeigt werden, dass zwischen den zu untersuchenden Gruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins von Symptomen psychischer Störungen vorliegen:

	p Signifikanz	η Effektstärke	N Anzahl
Depression	0,002	0,037	12621
Angststörung	0,000	0,098	12621
Zwangsstörung	0,000	0,091	12621
Essstörung	0,000	0,076	12621
Somatisierung	0,000	0,044	12621
Gesamtskala	0,000	0,093	12621

Tabelle 15 ISR-Skalen bei der Klinikaufnahme

6.3.2 Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Für 42,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, für 46,7% der Klinikärzte, für 60,5% der Pflegekräfte, für 51,6% der Psychologen/Psychotherapeuten und für 46,2% der Testgruppe konnte ein Verdacht für ein Depressionssyndrom widerlegt werden. Demnach waren 26,3 % der Ärzte außerhalb der Klinik, 26,7% der Klinikärzte, 16,3% der Pflegekräfte, 25,8% der Psychologen/Psychotherapeuten und 26,9% der Testgruppe geringfügig und 15,8% der Ärzte außerhalb der Klinik, 0% der Klinikärzte, 20,9% der Pflegekräfte, 3,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 13,0% der Testgruppe mittelschwer depressiv. Ferner litt ein Prozentanteil von jeweils unter 7% bei den zu untersuchenden Gruppen an einer schweren Symptomatik.

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

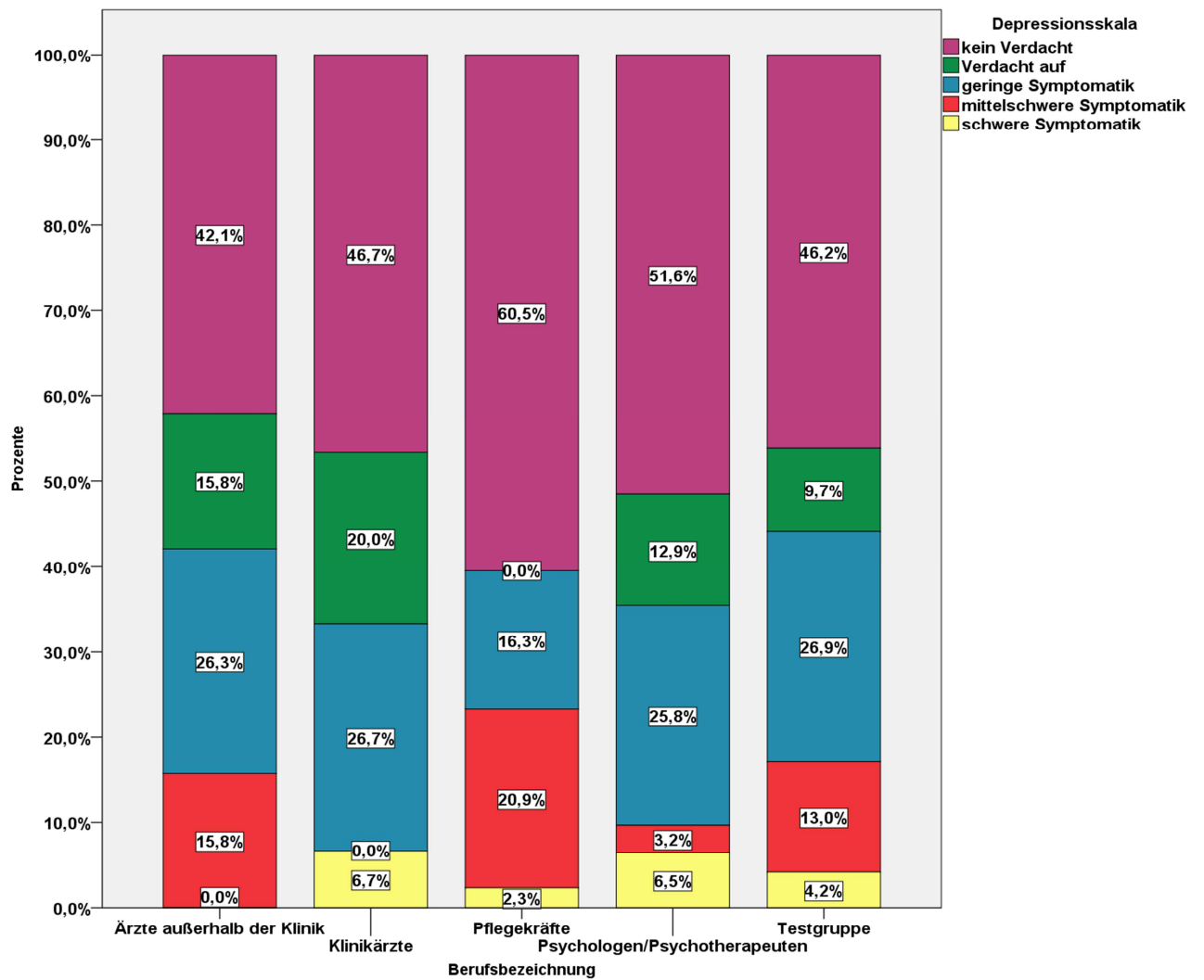


Abbildung 30: ISR-Skala Depression bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Nach der Therapie lagen für 78,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 73,3% der Klinikärzte, 53,5% der Pflegekräfte, 80,6% der Psychologen/Psychotherapeuten und 61,1% der Testgruppe keine Hinweise für eine psychische Belastung durch ein Angstsyndrom vor. Bei 5,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 20,0% der Klinikärzte, 27,9% der Pflegekräfte, 12,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und 18,4% der Testgruppe konnte eine geringe Angstsymptomatik nachgewiesen. Mit einem Anteil von jeweils 9,3% litten die Pflegekräfte und die Testgruppe an einer mittelschweren Angststörung. Ein Anteil von jeweils 9,3% litten die Pflegekräfte und die Testgruppe an einer mittelschweren Angststörung. Mit einem Anteil von jeweils 9,3% litten die Pflegekräfte und die Testgruppe an einer mittelschweren Angststörung.

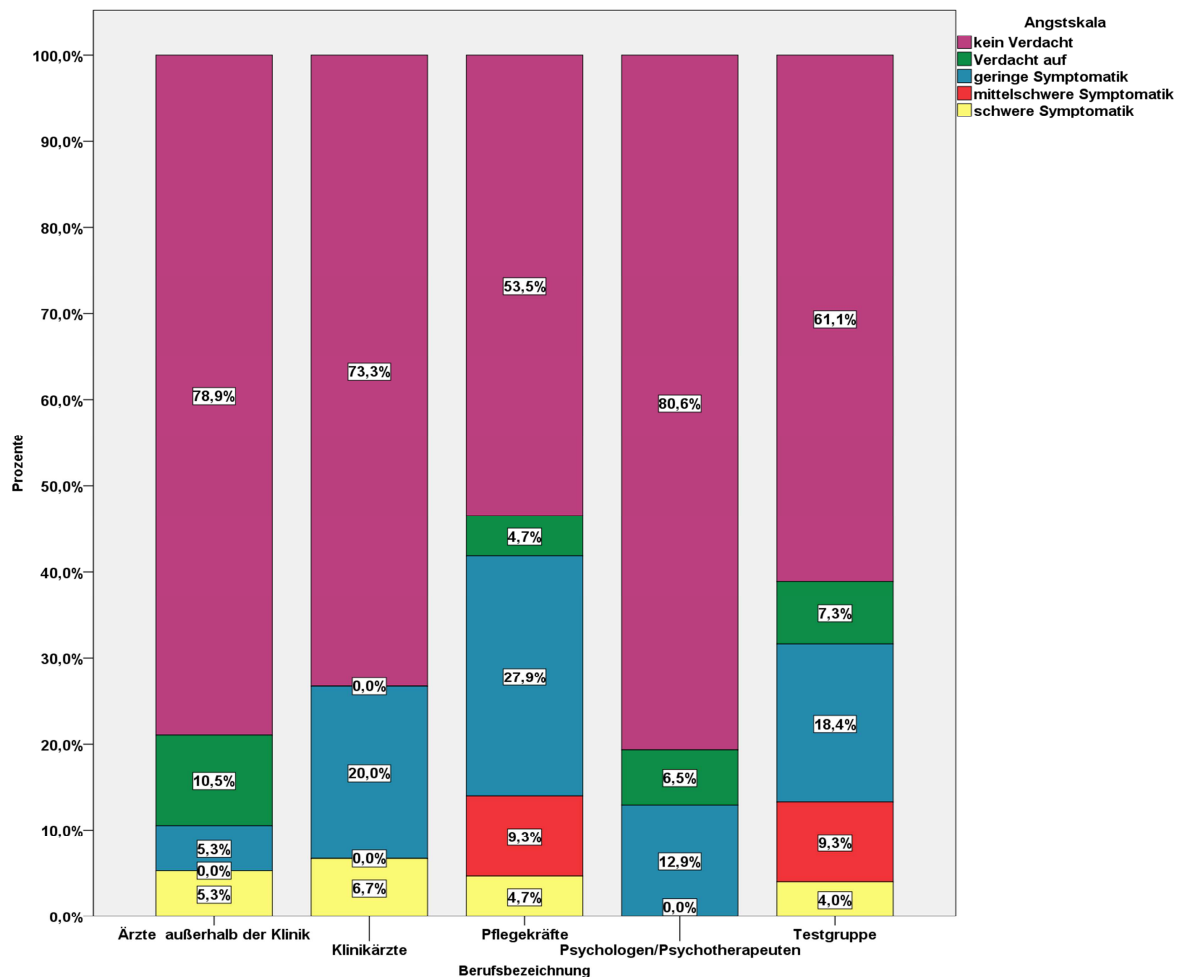


Abbildung 31: ISR-Skala Angst bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Ein Jahr nach der Klinikentlassung erhöhte sich mit 84,2% bei den Ärzten außerhalb der Klinik, 80% bei den Klinikärzten, 65,1% bei den Pflegekräften, 87,1% und 68% bei der Testgruppe der Prozentsatz, bei dem kein Zwangssyndrom vorhanden war.

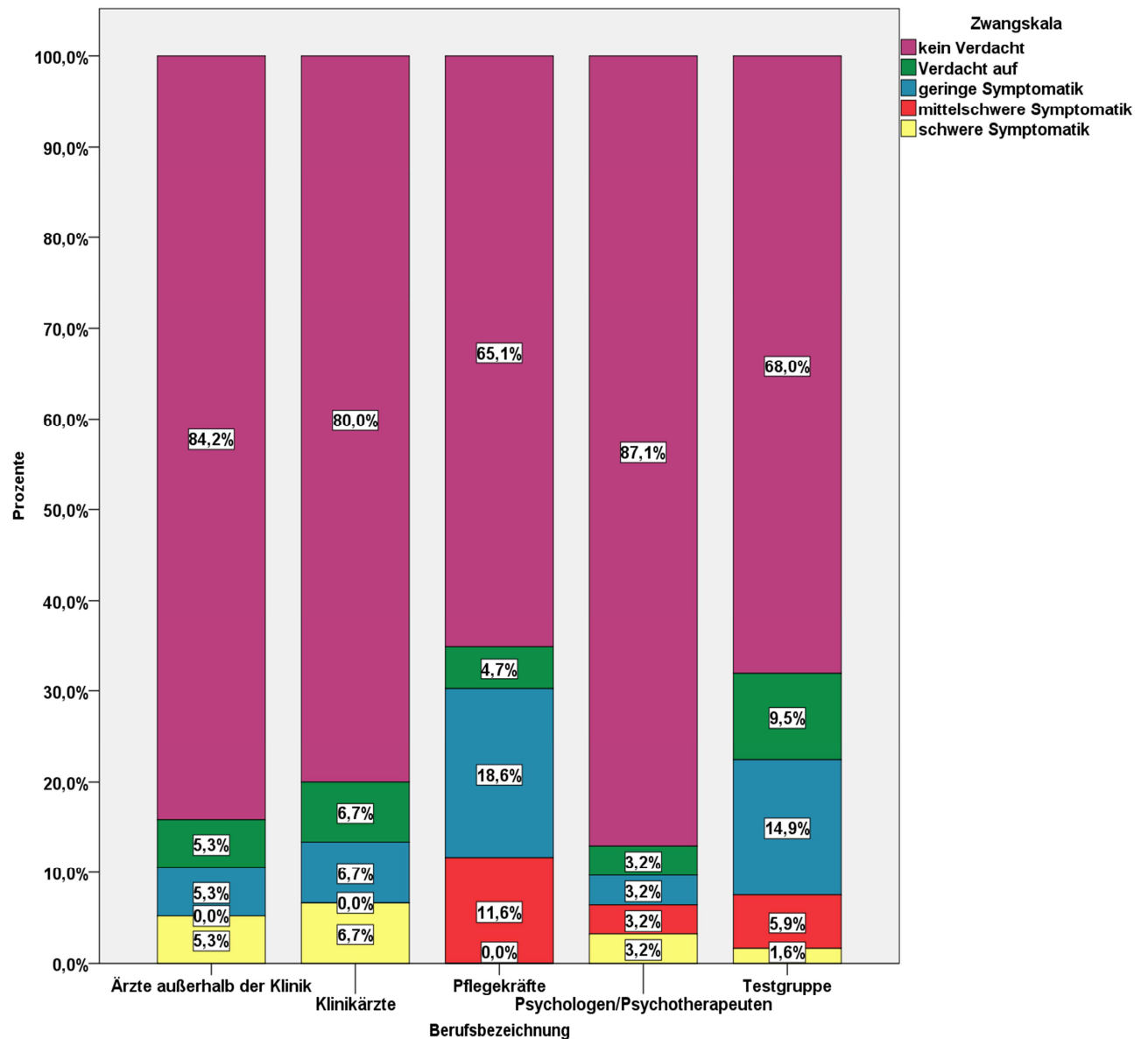


Abbildung 32: ISR-Skala Zwang bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Ein Jahr nach der Klinikentlassung lag mit 68,4% bei den Ärzten außerhalb der Klinik, 73,3% bei den Klinikärzten, 53,5% bei den Pflegekräften, 64,5% bei den Psychologen/Psychotherapeuten und 64,5% bei der Testgruppe kein Symptombelastungsmuster hinsichtlich einer Somatisierungsstörung vor. Unter einer geringfügigen Symptomatik litten 10,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, 6,7% der Klinikärzte, 16,3% der Pflegekräfte, 3,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 8,2% der Testgruppe. Von einer mittelschweren Somatisierungsstörung waren 21,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, 13,3% der Klinikärzte, 11,6% der Pflegekräfte, 19,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 14,5% der Testgruppe betroffen. Von einer mittelschweren Somatisierungsstörung waren 21,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, 13,3% der Klinikärzte, 11,6% der Pflegekräfte, 19,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 14,5% der Testgruppe betroffen.

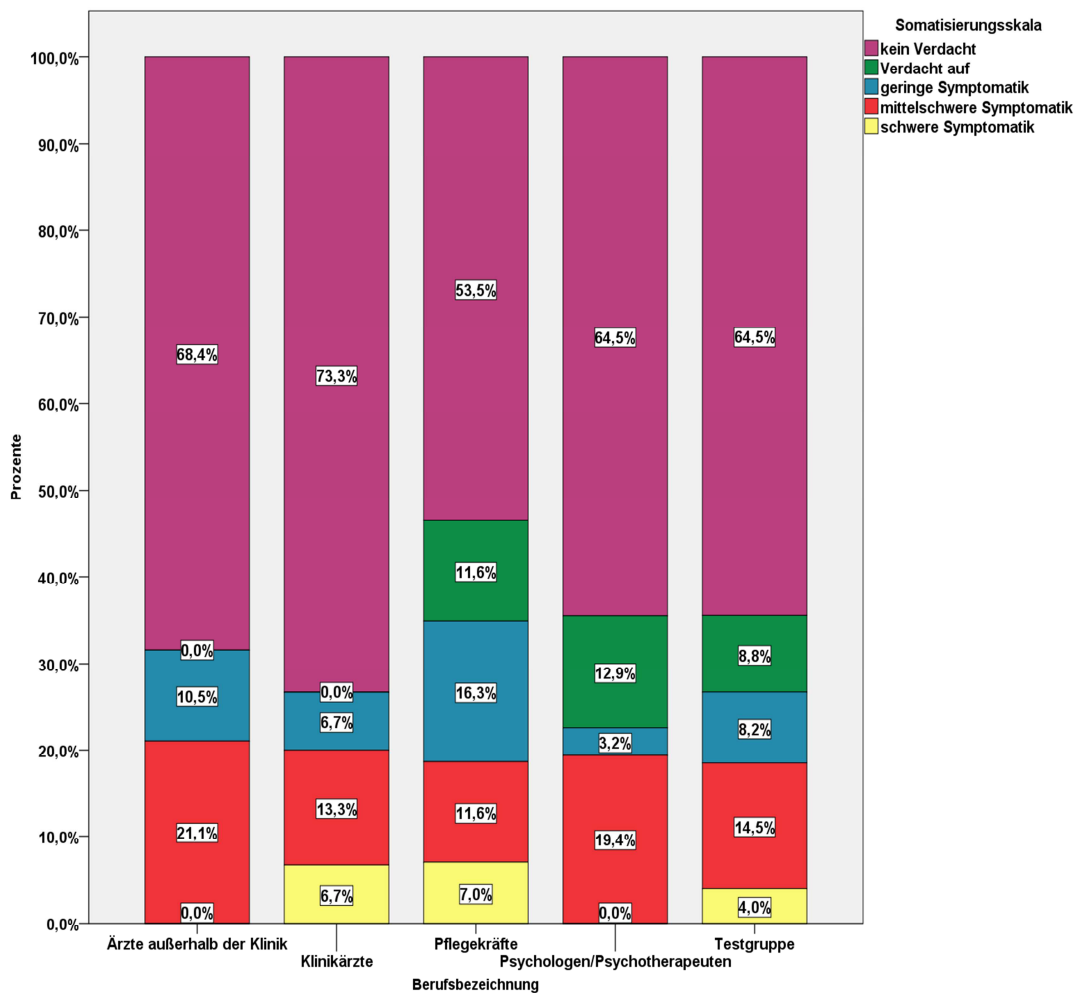


Abbildung 33: ISR-Skala Somatisierung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Ein Jahr nach der Klinikentlassung konnten Hinweise auf eine Essstörung für 89,5% der Ärzte außerhalb der Klinik, für 80% der Klinikärzte, für 81,4% der Pflegekräfte, für 93,5% der Psychologen/Psychotherapeuten und für 75% der Testgruppe mehrheitlich und gruppenübergreifend wiederlegt werden.

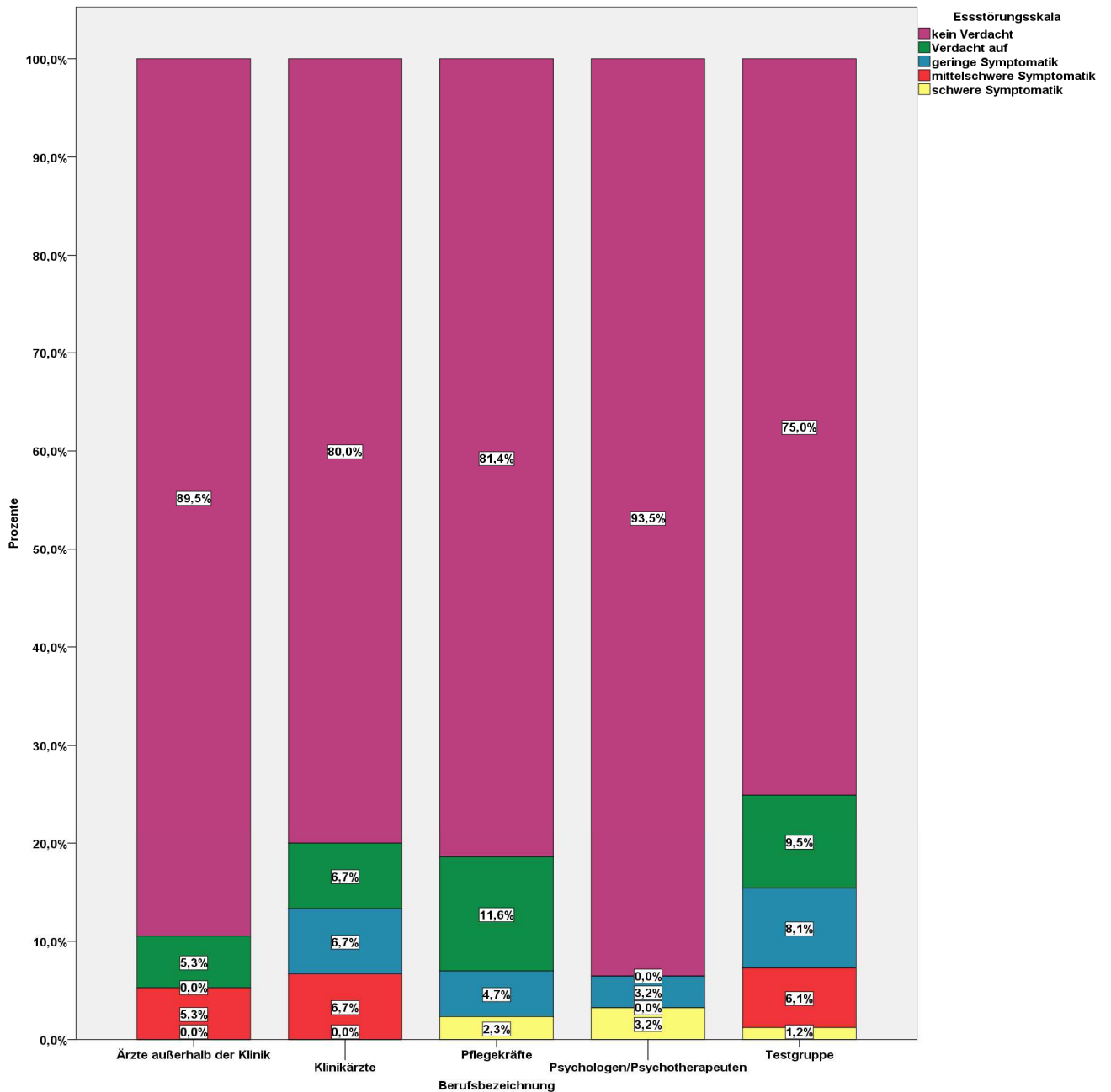


Abbildung 34: ISR-Skala Essstörung bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Ein Jahr nach dem Therapieende zeichnete sich ab, dass 52,6% der Ärzte außerhalb der Klinik, 53,3% der Klinikärzte, 46,5% der Pflegekräfte, 61,3% der Psychologen/Psychotherapeuten und 45,5% der Testgruppe nicht mehr an einer psychischen Erkrankung leiden. Bei 26,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 26,7% der Klinikärzte, 14,0% der Pflegekräfte, 16,1% der Psychologen/Psychotherapeuten, 17,5% der Testgruppe konnte eine geringe Symptomatik festgestellt werden. Eine mittelschwere psychische Belastung wurde bei 5,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 13,3% der Klinikärzte, 25,6% der Pflegekräfte, 12,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und 23,3% der Testgruppe herausgefunden. 5,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 6,7% der Klinikärzte, 14,0% der Pflegekräfte, 3,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 7,9% der Testgruppe waren schwer von einer psychischen Erkrankung betroffen.

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

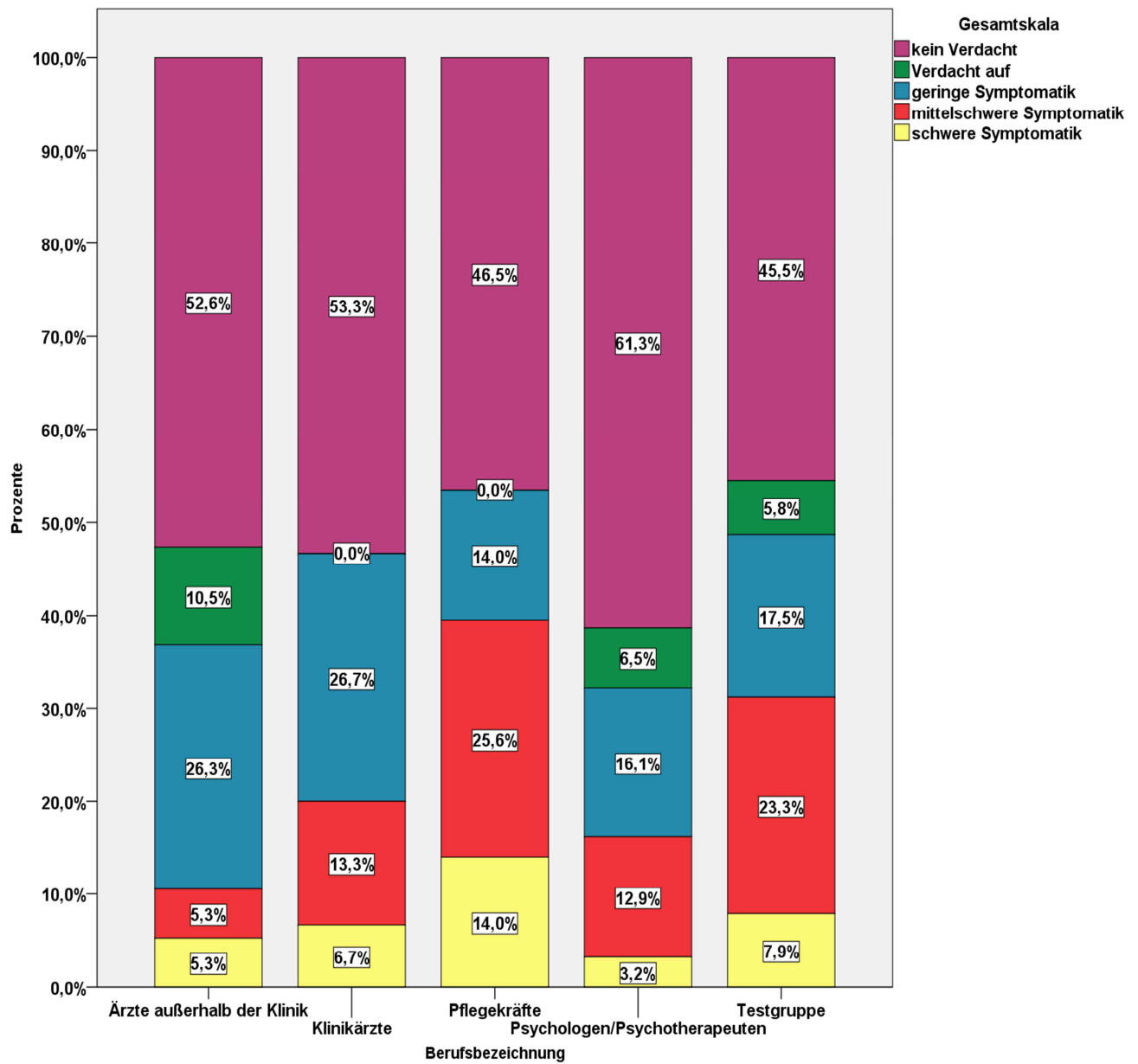


Abbildung 35: ISR-Skala Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Fragebogen

Mit Hilfe der statistischen Test konnte bei einem Signifikanzniveau von 0,05 für ein Jahr nach der Klinikentlassung aufgezeigt werden, dass sich die zu untersuchenden Gruppen nur in der Skala Angststörung signifikant unterscheiden.

	p Signifikanz	η Effektstärke	N Anzahl
Depression	0,893	0,036	1257
Angststörung	0,025	0,094	1257
Zwangsstörung	0,163	0,072	1257
Essstörung	0,157	0,072	1257
Somatisierung	0,701	0,042	1257
Gesamtskala	0,264	0,064	1257

Tabelle 16 ISR-Skalen ein Jahr nach der Klinikentlassung

6.3.3 Vergleich der Symptombelastung und Schweregrad einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bei den zu untersuchenden Gruppen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Anschließend wurden die prozentualen Veränderungen der ISR-Skalen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten pro Gruppe mit Hilfe des T-Testes bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ausgewertet. Hierfür wird die Verteilung der Mittelwerte approximativ als normalverteilt angenommen. In der Abbildung sind die signifikanten Veränderungen in den ISR-Skalen bei allen zu untersuchenden Gruppen farblich hervorgehoben. Den Ergebnissen sind bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe sehr deutliche Verbesserungen bezüglich der psychischen Belastung durch depressive Symptome zu entnehmen. Insbesondere konnte für die Psychologen/Psychotherapeuten und die Pflegekräfte aufgezeigt werden, dass durch die Therapie sie insgesamt signifikant weniger an psychischen Symptomen leiden.

	Ärzte außerhalb der Klinik N = 18	Klinikärzte N = 14	Psychologen/ Psychotherapeuten N = 29	Pflegekräfte N = 41	Testgruppe N = 1134
Depression	t(N)=5,2 p=0,000	t(N)=4,089 p=0,001	t(N)=6,19 p=0,000	t(N)=6,13 p=0,000	t(N)=34,57 p=0,000
Angst	t(N)=2,36 p=0,030	t(N)=1,45 p=0,169	t(N)=4,30 p=0,000	t(N)=2,98 0,006	t(N)=21,89 p=0,000
Zwang	t(N)=0,40 p=0,693	t(N)=2,091 p=0,055	t(N)=2,83 p = 0,008	t(N)=0,93 p=0,354	t(N)=14,21 p=0,000
Essstörung	t(N)=1,64 p=0,116	t(N)=1,605 p=0,131	t(N)=2,41 p = 0,022	t(N)=2,53 p=0,014	t(N)=13,88 p=0,000
Somatisierung	t(N)=0,62 p=0,539	t(N)=0,61 p=0,546	t(N)=- 0,60 p=0,997	t(N)=0,7 p=0,484	t(N)=3,08 p=0,002
Gesamtskala	t(N)=3,6 p=0,002	t(N)=4,01 p=0,001	t(N)=7,44 p=0,000	t(N)=4,78 p=0,000	t(N)=31,29 p=0,000

Tabelle 17: Veränderungen der ISR-Skalen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen

6.4 Veränderungsfragebogen des Verhaltens- und Erlebensmusters (VEV-K)

Die folgenden Abbildungen zeigen, inwiefern sich das Verhalten und Erleben zum Zeitpunkt der Klinikentlassung und nach einem Jahr gegenüber der Klinikaufnahme nach persönlicher Einschätzung verändert hat. Dabei wird unterschieden: Verschlechterung, keine deutliche Verbesserung und deutliche Verbesserung.

6.4.1 Veränderung des Verhaltens und Erlebens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikentlassung

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass 76,4% der Ärzte außerhalb der Klinik, 75,1% der Klinikärzte, 68,3% der Pflegekräfte, 70,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 72,4% der Testgruppe beschreiben, dass sich ihr Verhalten und Erleben gegenüber der Klinikaufnahme deutlich verbessert hat. Des Weiteren empfinden 14,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 17,3% der Klinikärzte, 21,7% der Pflegekräfte, 19,0% der Psychologen/Psychotherapeuten und 19,1% der Testgruppe keine deutliche Verbesserung. Demgegenüber gaben 8,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 10,0% der Klinikärzte, 10,6% der Pflegekräfte und 8,4% der Testgruppe eine Verschlechterung nach ihrem Empfinden an.

6.4 Veränderungsfragebogen des Verhaltens- und Erlebensmusters (VEV-K)

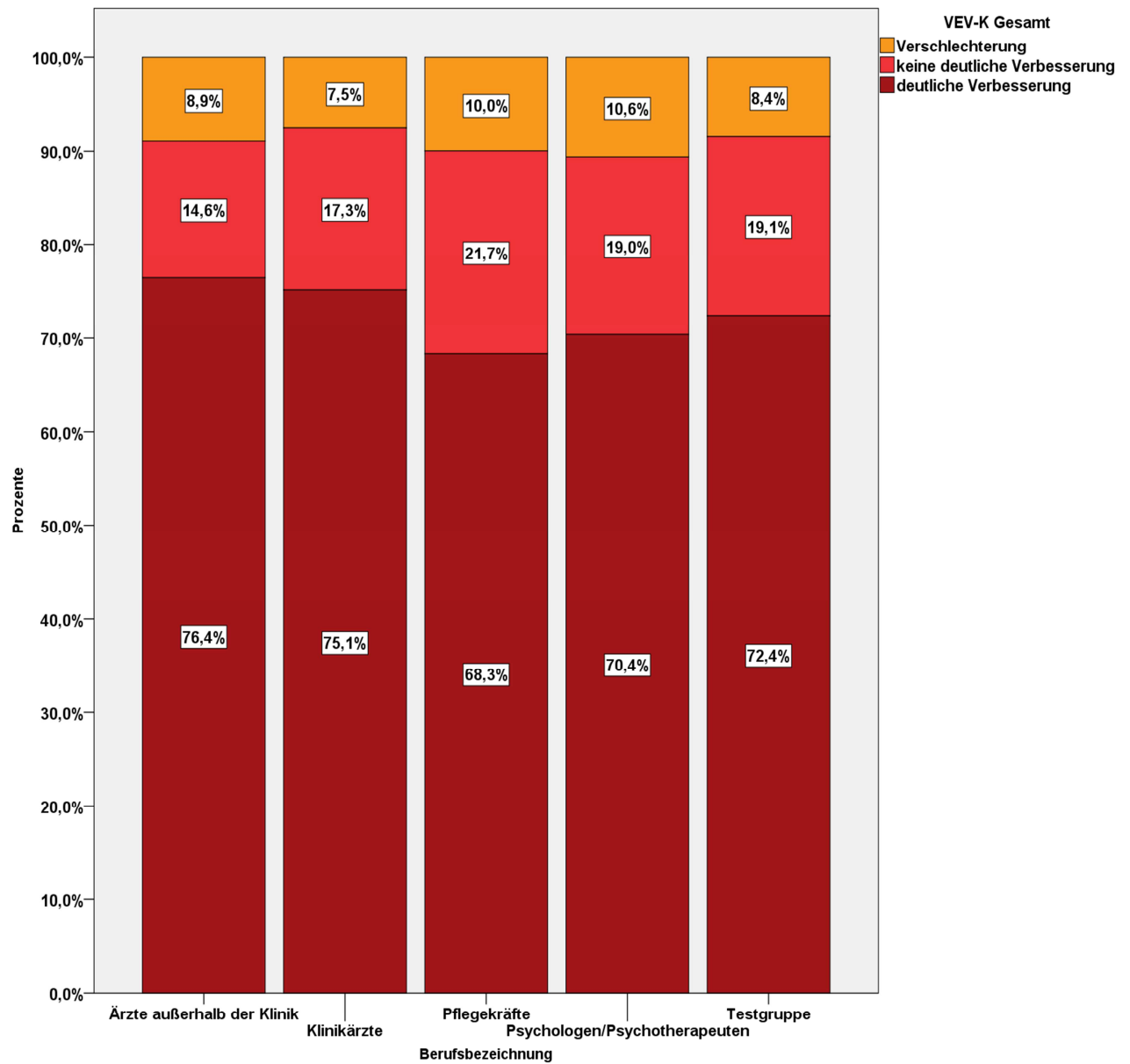


Abbildung 36: VEV-K-Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikentlassung

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich die untersuchten Gruppen in der Beantwortung des VEV-K-Fragebogens sich nicht signifikant unterscheiden. ($N = 10277$, $p = 0,684$, $\eta = 0,015$)

6.4.2 Veränderungen des Verhaltens und Erlebens bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Eine positive Veränderung in ihrem Verhalten und Erleben gegenüber der Klinikaufnahme und der Klinikentlassung empfanden 63,6% der Ärzte außerhalb der Klinik, 47,1% der Klinikärzte, 61,0% der Pflegekräfte, 54,8% der Psychologen/Psychotherapeuten und 63,4% der Testgruppe. Keine deutliche Verbesserung empfanden 27,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 35,5% der Klinikärzte, 19,5% der Pflegekräfte, 32,3% der Psychologen/Psychotherapeuten und 21,7% der Testgruppe an. Eine Verschlechterung erlebten 9,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, 17,6% der Klinikärzte, 19,5% der Pflegekräfte, 12,9% der Psychologen/Psychotherapeuten und 14,8% der Testgruppe.

6.4 Veränderungsfragebogen des Verhaltens- und Erlebensmusters (VEV-K)

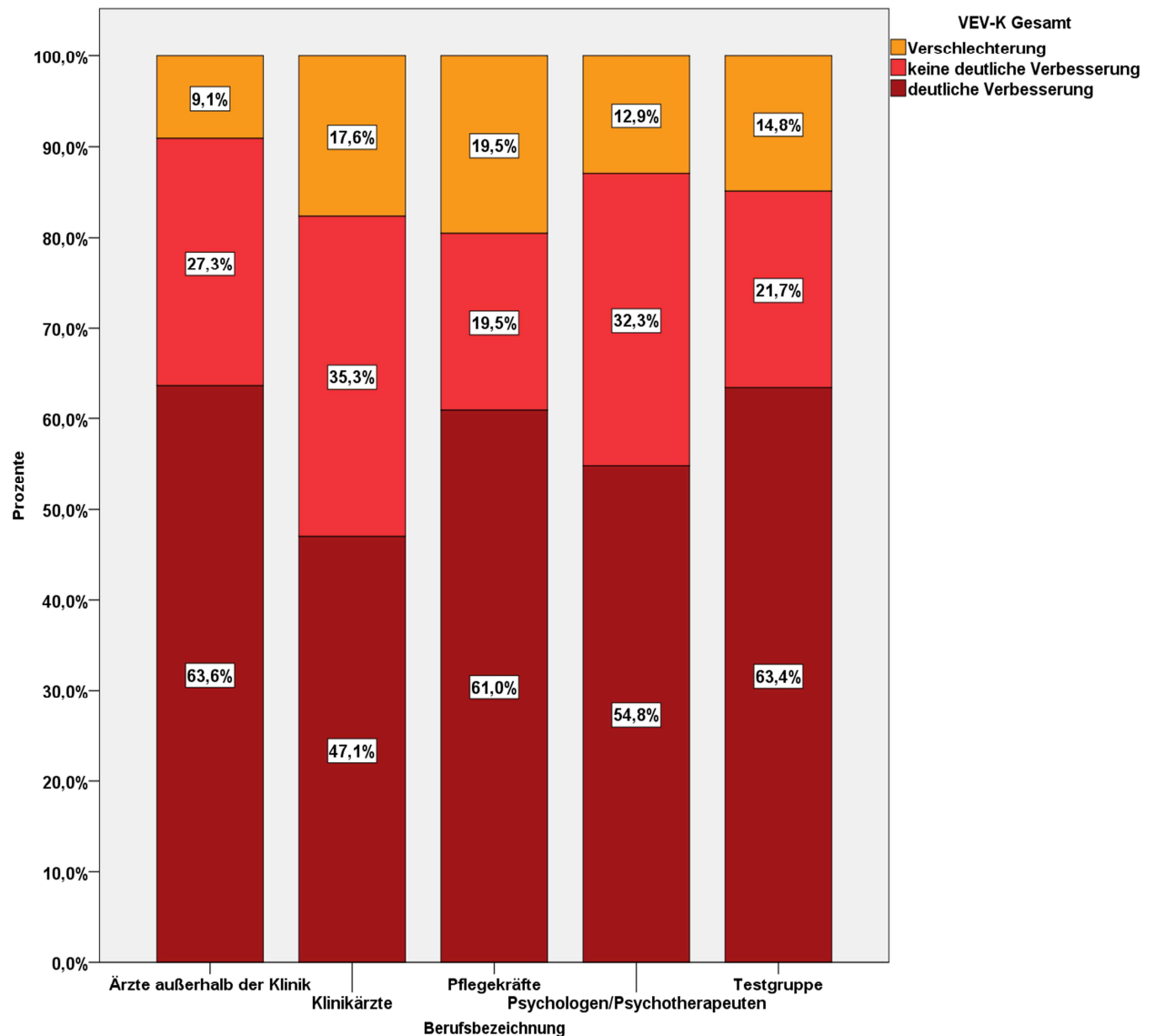


Abbildung 37: VEVK - Gesamt bei den zu untersuchenden Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Mit Hilfe der statistischen Auswertung konnte gezeigt werden, dass sich die untersuchten Gruppen in der Beantwortung des VEV-K-Fragebogens sich nicht signifikant unterscheiden. (N = 1324, $p = 0,756$, $\eta = 0,015$).

6.4.3 Vergleich der Veränderungen des Verhaltens und Erlebens zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Anschließend wurden die Veränderungen der Ergebnisse des VEV-K Fragebogens zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten pro Gruppe mit Hilfe des T-Testes bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ausgewertet. Hierfür wird die Verteilung approximativ als normalverteilt angenommen. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass sich nur signifikante Unterschiede bei den Pflegekräften und der Testgruppe.

Ärzte außerhalb der Klinik	N = 17 t(N) = -0,761 p = 0,457 η = 0,182
Klinikärzte	N = 14 t(N) = 1,29 p = 0,234 η = 0,315
Psychologen/Psychotherapeuten	N = 27 t(N) = 1,10 p = 0,281 η = 0,20
Pflegekräfte	N = 38 t(N) = 2,65 p = 0,011 η = 0,39
Testgruppe	N = 1106 t(N) = 8,47 p = 0,000 η = 0,247

Tabelle 18: Veränderungen der Mittelwerte des VEVK-Gesamt zwischen beiden Erhebungszeitpunkten bei den zu untersuchenden Gruppen

7 Diskussion

Hintergrund der vorliegenden Arbeit war, dass die in Gesundheitsberufen und im psychologischen Bereich Tätigen oftmals die belastenden Aspekte der Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen, wie z.B. das empathische Miterleben von Leid, Schmerz und Tod verdrängen. Durch eine gleichzeitige Identifikation mit den Patienten können Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte psychisch so belastet werden, dass negative Gefühle ausgelöst werden, die Leistungsfähigkeit reduziert wird und sie selbst körperlich und psychisch krank werden. Mit dieser Arbeit wurde untersucht, welche psychosomatischen Merkmale bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der berufsumfassenden Testgruppe zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen und inwiefern durch den stationären Aufenthalt eine Veränderung des Arbeitsverhaltens und des Vorhandenseins von psychischen Symptomen bemessen werden kann. Aus diesen Erkenntnissen sollen mögliche Rückschlüsse auf auslösende Faktoren gezogen werden, die zu einer stationären Aufnahme dieser Berufsgruppen führen.

7.1 Repräsentativität des Datensatzes

Der Datensatz und dessen Auswertung und Interpretation zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme kann aufgrund der hohen Patientenzahl pro Gruppe als repräsentativ für das Einzugsgebiet der Parkklinik Heiligenfeld angesehen werden.

Die Rücklaufquote zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung mit ca. 8,3% ist auch im Hinblick auf das Überwiegen der Testgruppenanzahl als unterdurchschnittlich für postalische Nachbefragungen anzusehen (Bortz, et al., 2006 S. 256). Es muss auch berücksichtigt werden, dass der Gegenstand der Befragung sehr persönlich ist (Rost, 1996 S. 81f). Im Anschluss an diese Studie könnte eine weiter greifende Befragung mit einer höheren Probandenzahl zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung in Erwägung gezogen werden, da eine höhere Fallzahl die Grundgesamtheit besser erfassen würde (Zöfel, 2003, S. 89; Bortz & Döring, 2006, S. 71).

7.2 Soziodemographische Faktoren

Der erste zu beantwortende Themenkomplex befasste sich mit der Frage, welche soziodemographischen Merkmale bei den stationär aufgenommenen Ärzten, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte vorlagen.

7.2.1 Geschlechtsspezifische Auswertung

Bei der Auswertung nach dem Geschlecht zeigt sich, dass der Anteil des weiblichen Geschlechtes bei den stationär aufgenommenen Ärzten außerhalb der Klinik bei 59,2%, den Klinikärzten bei 67,8%, den Psychologen/Psychotherapeuten bei 68,8%, den Pflegekräften bei 87,0% und der Testgruppe bei 71,8% lag und somit überwiegt. In Gegenüberstellung zu diesen Ergebnisse beträgt in Deutschland laut dem statistischen Bundesamt (2016, S. 10f) und der Bundesärztekammer (2015, S. 14) der Frauenanteil bei den Ärzten außerhalb der Klinik bei 45,5%, bei den Klinikärzten bei 51,8%, bei den Psychologen/Psychotherapeuten bei 72,5% und bei den Pflegekräften bei 81,4%. Setzt man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit denen des statistischen Bundesamtes und der Bundesärztekammer in Relation, so ergibt sich, dass insbesondere bei der vorliegenden Studie Ärztinnen prozentual häufiger vertreten sind in Relation zur Verteilung in ganz Deutschland. Bei den Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften stimmt dagegen die Geschlechterverteilung in der vorliegenden Studie mit der vom statistischen Bundesamt ermittelten annähernd überein.

Der überwiegende Frauenanteil berufsgruppenübergreifend und bei der berufsumfassenden Testgruppe kann hinweisend dafür sein, dass das weibliche Geschlecht tendenziell eher psychisch belastet ist. Dies könnte auf die höhere soziale Kompetenz von Frauen und die Doppelbelastung durch Beruf und Familie zurückgeführt werden, die sich in diesem Fall negativ in einer Form der Aufopferung für den Beruf und die Familie ausprägt. So auch Decker (2010, S. 51), Müller et.al (2007, S. 473), Tokar (2007, S. 65f), Jacobi et al. (2004, S. 1-15), Kämmerer (2001, S. 57) und Meyer et. al (2000,S.535-542).

7.2.2 Altersspezifische Auswertung

Die Auswertung bezüglich des Alters bei den untersuchten Gruppen zeigte, dass das berufsgruppenspezifische Durchschnittsalter bei den Ärzten außerhalb der Klinik bei 51,6, bei den Klinikärzten bei 47,6, bei den Pflegekräften bei 46,0, bei den Psychologen/Psychotherapeuten bei 51,1 und bei der Testgruppe bei 46,5 Jahren liegt. Aus diesen Ergebnissen ist zu entnehmen, dass:

- ab dem 46. Lebensjahr berufsgruppenunabhängig eine erhöhte Prävalenz für die Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu finden ist. Begründet werden kann dies durch die im zunehmenden Alter abnehmende Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen und veränderten Herausforderungen am Arbeitsplatz. Dafür sprechen auch die Ergebnisse von Fischer (2009, S.101f).
- die Klinikärzte im Vergleich zu den Ärzten außerhalb der Klinik zu einem früheren Zeitpunkt stationär aufgenommen wurden. Dies steht im Zusammenhang mit den extremen Belastungen wie dem Konkurrenzdruck und Fremdbestimmtheitsempfinden eines Hierarchiesystems, das insbesondere in Krankenhäusern vorzufinden ist. So auch Bergner (2010, S. 209f).
- die Pflegekräfte früher stationär aufgenommen wurden als die untersuchten Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Pflegekräfte durch den Ausbildungsberuf früher in das Berufsleben starten und somit schon länger der körperlich schweren Tätigkeit ihres Berufes und den psychischen Belastungen des Arbeitsumfeldes ausgesetzt sind im Vergleich zu den Ärzten und Psychologen/Psychotherapeuten. Als weiteres Argument kann angeführt werden, dass die Pflegekräfte aufgrund der Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen zu einem früheren Zeitpunkt psychisch belastet werden als die anderen untersuchten Gruppen. Diese sind beispielsweise durch eine geringe Anerkennung und einem geringen Handlungsspielraum bei gleichzeitig sehr emotional belastenden Situationen

7.2 Soziodemographische Faktoren

gekennzeichnet. Dafür sprechen auch die Erkenntnisse von Forschern (Fischer A., 2006, S. 10; Bruxel, 2011, A-946 / B-778 / C-778).

Bei der Betrachtung des Durchschnittsalters unterschieden nach Geschlecht zeigt sich, dass das Durchschnittsalter des weiblichen Anteils bei den Ärzten außerhalb der Klinik bei 50,3, bei den Klinikärzten bei 45,7, bei den Pflegekräften bei 45,9, bei den Psychologen/Psychotherapeuten bei 50,1 und bei der Testgruppe bei 46,0 Jahren liegt. Dieses ist somit niedriger als das bei den Männer, welches sich in einem Bereich von 46,3 bis 53,6 Jahren erstreckt. Das Ergebnis kann zum Beispiel durch die Doppelbelastung durch Beruf und Familie, das stärkere Gesundheitsbewusstsein und die häufigeren Arztbesuche bei den Frauen sowie das Schamgefühl gegenüber somatischen und psychischen Erkrankungen bei dem männlichen Geschlecht erklärt werden. So auch Decker (2010, S. 51), Müller et.al (2007, S. 473), Tokar (2007, S. 65f), Jacobi et al. (2004, S. 1-15), Kämmerer (2001, S. 57) und Meyer et. al (2000,S.535-542).

7.2.3 Lebensformspezifische Auswertung

a) Familienstand

Bei der Auswertung bezüglich der spezifischen Lebensform zeigte sich bei den untersuchten Gruppen, dass 26,4% der Ärzte außerhalb der Klinik, 23,8% der Klinikärzte, 27,5% der Pflegekräfte, 24,5% der Psychologen/Psychotherapeuten und 23,7% der berufsumfassenden Testgruppe verheiratet – sowohl zusammen als auch in Trennung lebend- sind. Demgegenüber sind 42,6% der Deutschen verheiratet (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 66f). Aus diesen Ergebnissen ist zu schließen, dass die Mehrheit der Angehörigen der untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe sich in keiner oder nicht festen Partnerschaft befinden. Daher kann angenommen, dass das Auftreten von psychischen Erkrankungen tendenziell eher mit dem Familienstand ledig, getrennt und geschieden einhergeht als mit dem Beziehungsstatus verheiratet. So kann gefolgert werden, dass eine Ehe als protektiver Faktor angesehen werden kann. So auch Tokar (2007, S. 65) und Meyer et al (2000, S. 535-542).

b) Kinderanzahl

Der Darstellung über die Aufteilung der Kinderanzahl bei den untersuchten Gruppen ist zu entnehmen, dass 22,8% der Ärzte außerhalb der Klinik, 46,0% der Klinikärzte, 39,4% der Psychologen/Psychotherapeuten, 28,2% der Pflegekräfte und 35,9% der Testgruppe kinderlos sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Angehörigen der zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe eigene Kinder hat. Die Resultate sind hinweisend dafür, dass den Ärzten außerhalb der Klinik die Vereinbarkeit eines Kindes mit dem Beruf am besten gelingt. Die im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe geringere Kinderanzahl bei den Klinikärzten kann mit den besonderen Arbeitsanforderungen in einem Krankenhaus, die beispielsweise ein hohes Maß an flexiblen und langen Arbeitszeiten einschließen, zusammenhängen. So behaupten auch Bestmann et al (2010, S.209-218) und Fischer (2006, S.10).

7.3 Arbeitsspezifische Faktoren

Der zweite zu beantwortende Themenkomplex beschäftigte sich mit der Frage, welche arbeitsspezifischen Verhaltensweisen bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe vorliegen und inwiefern sich diese gesundheitsschädigend auswirken. Darüber geben die mit dem AVEM – Fragebogen gewonnenen Ergebnisse Auskunft. Dieser wird seit Jahren standardmäßig als arbeitspsychologisches Instrument angewendet. Er dient dazu, eine Selbsteinschätzung über Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf zu erheben. Mit Hilfe der Ergebnisse in den einzelnen Dimensionen und in der Relation dieser zueinander können personenbezogene Aussagen über symptomatische Verhaltens - und Erlebensmuster in Bezug auf die Arbeit getroffen werden. Auf diese Weise erfolgt eine individuelle Zuordnung zu einem Bewältigungsmuster im Beruf. Darauf basierend können individuelle Therapieansätze entwickelt werden.

7.3.1 Aufteilung der Bewältigungsmuster und Dimensionen des AVEM-Fragebogens bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

Der Auswertung ist zu entnehmen, dass bei der Klinikaufnahme 59,2% der Ärzte außerhalb der Klinik, 66,1% der Klinikärzte, 64,3% der Psychologen/Psychotherapeuten, 80,9% der Pflegekräfte und 73,0% der berufsumfassenden Testgruppe mehrheitlich dem Risikomuster B zuzuordnen sind.

Dieses Muster stimmt im Kern mit dem Burnoutsyndrom überein (Schaarschmidt, 1996, S.11). Die Ergebnisse in den Einzeldimensionen des AVEM-Fragebogens spiegeln in der vorliegenden Studie bei den untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe einerseits eine reduzierte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen in der Arbeit und eine geringe Distanzierungsfähigkeit zur Arbeit wieder. Bei den in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen kann dies durch das empathischen Miterleben von Schmerz und Leid verursacht sein und mit einer daraus resultierenden Identifikation mit den Schicksalen der Patienten zusammen hängen. Die Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen kann negative Gefühle auslösen, die eigene

Leistungsfähigkeit herabsetzen und somit als insgesamt belastend empfunden werden. So auch Bergner (2010, S. 115) und Freudenberger et al. (1980, S. 33). Andererseits weißten die Resultate trotz der hohen Werte in den Einzeldimensionen Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben insbesondere bei den untersuchten Arztgruppen das für das Risikomuster Typ B kennzeichnende verminderte berufliche Engagement nach. Begründet kann der hohe prozentuale Anteil bei den untersuchten Arztgruppen dadurch, dass der Beruf einen großen Stellenwert in ihrem Leben einnimmt. Durch ihre Ausbildung weißten sie ein hohes Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihren Patienten auf. Aus diesem Grund sind diese sogar bereit, sich für ihren Beruf „aufzuopfern“, indem sie ihre individuelle Leistungsgrenze überschreiten. Irgendwann mündet dies in vermindertem beruflichem Engagement und reduzierter Effektivität. So im Übrigen auch Bergner (2010, S.24). Bei den Klinikärzten kommt noch ergänzend hinzu, dass das Ergebnis als Ausdruck der Fremdbestimmtheit, des Kontrolliertheitserlebens, der mangelnden Unterstützung, des fehlendes Feedbacks und der geringen Anerkennung ihrer Arbeit seitens der Vorgesetzten verstanden werden kann. Dies ist wesentlich verursacht durch das Hierarchiesystem in einer Klinik. So auch Bergner (2010, S. 129f), Schlein et al (2010, S. 257-259) Buddeberg et al. (2008, S. 2441-2447), Schmid (1998, A-2671 / B-2277 / C-2141) und Enzmann et al (1989, S. 173ff).

Im Vergleich zu den untersuchten Arztgruppen streben die Psychologen/Psychotherapeuten am wenigsten nach Perfektion in ihrer Arbeit. Im Hinblick auf den eigenen Schutz vor zu großer körperlicher und psychischer Belastung ist dies unter dem gesundheitlichen Aspekt als Stärke dieser Berufsgruppe zu bewerten. Dennoch könnte man davon ausgehen, dass diese Berufsgruppe im Rahmen ihrer Ausbildung Strategien erlernen, gegenüber psychischen Belastungen widerstandsfähig zu sein. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass sich diese Berufsgruppe durch das empathische Miterleben von psychischen Erkrankungen bei ihren Patienten psychisch belastet fühlen und oftmals keine Distanz zu ihrer Arbeit aufbauen können. So auch (Braun et al., 2008, S.800-804).

Die Pflegekräfte werden mit ca.81% dem Risikotyp B zugeordnet. Diese erzielen sehr geringe Werte in den AVEM-Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher

7.3 Arbeitsspezifische Faktoren

Ehrgeiz, Erfolgserleben und Lebenszufriedenheit. Darüber hinaus weisen sie verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen auf. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die eigene Energie und der Enthusiasmus für den Beruf bei diesen reduziert werden. Denn ihre beruflichen Anforderungen sind durch hohe emotionale Belastungen bei einem gleichzeitig geringen Handlungsspielraum aufgrund ihrer niedrigeren Stellung insbesondere in der Hierarchie der Klinik gekennzeichnet. Des Weiteren wirken sich bei dieser Berufsgruppe ein geringeres gesellschaftlichen Ansehen, ein geringer Verdienst und niedrig anzusetzende Erfolgsaussichten bezüglich eines beruflichen Aufstieges negativ aus. Diese Gründe verursachen eine Unzufriedenheit bei den Pflegekräften. So auch Hibbeler (2011, S. 108(41): A-2138 / B-1814 / C-1794), Schlein et al (2010, S. 257-259), Maslach et al (2001, S. 1) und Enzmann et al. (1989, S. 169).

Mit Hilfe der Ergebnisse der Testgruppe konnte einerseits gezeigt werden, dass der Anteil der Testgruppe, der dem Risikomuster B zugeordnet werden kann, über dem der untersuchten Arztgruppen und den Psychologen/Psychotherapeuten liegt. Andererseits liefern die Resultate Hinweise dafür, dass das Risikomuster B, das im Kern mit dem „Burnoutsyndrom“ übereinstimmt, berufs- und ausbildungsunabhängig auftreten kann.

7.3.2 Verteilung der Bewältigungsmuster und der Dimensionen des AVEM-Fragebogens bei den untersuchten Gruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung

Die Auswertung ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigt, dass 61,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 64,3% der Klinikärzte, 40,7% der Psychologen/Psychotherapeuten, 69,4% der Pflegekräfte und 61% der Testgruppe dem Risikomuster B zugeordnet werden. Es zeigt sich eine im statistischen Fehlertoleranzbereich liegende prozentuale Erhöhung von ca. 2,7 % bei den Ärzten außerhalb der Klinik, die dem Risikotyp B zugeteilt werden. Der Darstellung ist ferner zu entnehmen, dass ein Jahr nach der Klinikentlassung 28,4% der Ärzte außerhalb der Klinik, 21,4% der Klinikärzte, 40,7% der Psychologen/Psychotherapeuten, 16,7% der Pflegekräfte und 27,5% der Testgruppe dem Bewältigungsmuster Schonung zugewiesen werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass einerseits im Vergleich zu der Klinikaufnahme der prozentuale Anteil der dem Risikotyp B zugeordnet werden bei den Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräften im Gegensatz zu den zu untersuchenden Arztgruppen und der Testgruppe abgenommen hat. Andererseits ist eine Zunahme des Bewältigungstyps Schonung insbesondere bei den Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte zu erkennen. Diese Veränderungen gegenüber der Klinikaufnahme spiegeln sich zum einem in den geringen Werten der AVEM-Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben. Zum anderen können deutlich erhöhte Werte in der Dimension Distanz zur Arbeit nachgewiesen werden. Eine Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Leben kann insbesondere bei den untersuchten Arztgruppen gesehen werden.

7.3 Arbeitsspezifische Faktoren

Die Ergebnisse der untersuchten Berufsgruppen ein Jahr nach der Klinikentlassung können insofern bewertet werden, dass einerseits sich ein vermindertes Arbeitsengagement und eine reduzierte Motivation qualitativ auf den Umgang mit Patienten und deren Behandlung negativ auswirken kann. Andererseits kann die Veränderung in den Dimensionen insofern als positiv gewertet werden, dass vor allem Angehörige von emotional belastenden Berufen sich eine gewisse Schutzmauer vor zu starker emotionaler Belastung und Verausgabung aufbauen. So auch manche Autoren (Fischer A., 2006, S.97; Schaarschmidt & Fischer, 2008, S.15-21).

Die Ergebnisse der Testgruppe ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigen, dass die Therapie von gesundheitsschädigenden Arbeitsverhaltensweisen berufs- und ausbildungsunabhängig verbessert werden muss und angepasst werden, um noch bessere Resultate zu erzielen.

7.4 Psychische Faktoren

Der dritte Themenkomplex ging der Frage des Vorhandenseins und des Schweregrads von psychischen Symptomen wie einer Depression-, Angst-, Zwang-, Ess - und Somatisierungsstörung bei den untersuchten Gruppen nach. Mit Hilfe des reliabel und validen ISR-Fragebogen wurde dies nach subjektiver Empfindung der Patienten erfasst. Dabei werden folgende Fallgruppen unterschieden: Kein Verdacht, Verdacht auf, geringe Symptomatik, mittelschwere Symptomatik und schwere Symptomatik.

7.4.1 Symptomatik und Schweregrad von zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme

Die Auswertung zeigt, dass bei der Klinikaufnahme 87,7% der Ärzte außerhalb der Klinik, 90,1% der Klinikärzte, 91,4% der Psychologen/Psychotherapeuten, 87,5% der Pflegekräfte und 88,3% der Testgruppe eine depressive Symptomatik im Bereich von gering bis schwer aufweisen.

Die Ergebnisse zeigen, dass unabhängig von der jeweiligen Ausbildung und dem Beruf die untersuchten Berufsgruppen und die Testgruppe ähnlich gefährdet sind, an einer Depression zu erkranken. Dies ist als besorgniserregend anzusehen, da sich die Hauptsymptome einer Depression wie die reduzierte Leistungsfähigkeit und Antriebsminderung negativ sowohl auf die Gesundheit des an depressiven Symptomen Leidenden als auch auf die Qualität im Umgang und in der Behandlung von hilfsbedürftigen Menschen auswirken können.

7.4 Psychische Faktoren

Des Weiteren zeigten 50,3% der Ärzte außerhalb der Klinik, 50,7% der Klinikärzte, 71,0% der Pflegekräfte, 36,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 63,7% der Testgruppe Symptome einer Angststörung auf.

Die Resultate zeigen, dass die Pflegekräfte beispielsweise aus Gründen der Furcht vor einem Arbeitsverlust am meisten von allen zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe an einer Angststörung leiden.

Ein geringer prozentualer Anteil an Patienten gruppenübergreifend wies weitere Symptome von einer Zwangs-, Ess- und Somatisierungsstörung auf.

Insbesondere im Vergleich zu den Psychologen/Psychotherapeuten wird deutlich, dass tendenziell eher Pflegekräfte im Sinne einer Komorbidität von psychischen Erkrankungen an noch weiteren psychischen Erkrankungen wie der Angststörung und Somatisierungsstörung leiden. Dies ist als Ausdruck für die psychische Belastung durch die hohen physischen und psychischen Arbeitsanforderungen aufgrund beispielsweise des empathischen Miterlebens von Schmerzen, Leid und Tod zu verstehen. So auch Hallsten (1993, S. 99), Bergner (2010, S. 47) und Schulz et al. (2008, S. 9).

Die Ergebnisse der Testgruppe weisen daraufhin, dass Symptome psychischer Störungen berufs- und ausbildungsunabhängig auftreten können.

7.4.2 Symptomatik und Schweregrad zugrundeliegender psychischer Erkrankung bei den untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung

Die Auswertung zum Zeitpunkt ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigt, dass 42,1% der Ärzte außerhalb der Klinik, 33,4% der Klinikärzte, 35,5% der Psychologen/Psychotherapeuten, 39,5% der Pflegekräfte und 44,1% der Testgruppe depressive Symptome aufweisen.

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass berufs- und ausbildungsunabhängig die depressive Symptomatik sehr erfolgreich an behandelt werden konnte. Einen deutlichen Therapieerfolg bezüglich einer Depression ermittelten auch Seidel (2013, S.45), Amélie et al (2012, S. 734-743), Fischer (2006, S.12) und Hibbeler (2011, A-2138 / B-1814 / C-1794).

Ebenso konnten gruppenübergreifend geringere Skalenwerte für die anderen psychischen Störungen gegenüber der Klinikaufnahme ermittelt werden. Insgesamt litten noch 36,9% der Ärzte außerhalb der Klinik, 46,7% der Klinikärzte, 53,6% der Pflegekräfte, 32,2% der Psychologen/Psychotherapeuten und 48,7% der Testgruppe ein Jahr nach der Klinikentlassung an einer psychischen Störung.

Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass die Psychologen/Psychotherapeuten nach dem Klinikaufenthalt gegenüber den anderen untersuchten Gruppen am wenigsten noch von psychischen Störungen belastet sind. Dennoch haben sie trotz ihrer Ausbildung zu wenige Ressourcen, um ganz psychisch gesund zu sein.

7.5 Empfinden des Verhaltens und Erlebens nach der Therapie

Die vierte zu beantwortende Frage beschäftigte sich damit, inwiefern sich das Verhalten und Erleben nach der Therapie verändert hat. Dafür wurde der Veränderungsmessfragebogen VEV-K verwendet, der das subjektive Empfinden eines Individuums bezüglich der Veränderungen nach der Therapie gegenüber der Klinikaufnahme widerspiegelt.

Die Auswertung zum Zeitpunkt der Klinikentlassung ergab, dass 76,4% der Ärzte außerhalb der Klinik, 75,1% der Klinikärzte, 68,3% der Pflegekräfte, 70,4% der Psychologen/Psychotherapeuten und 72,4% der Testgruppe eine deutliche Verbesserung bezüglich ihres Verhaltens und Erlebens im Vergleich zur Klinikaufnahme empfinden.

Demgegenüber empfinden ein Jahr nach der Klinikentlassung 63,6% der Ärzte außerhalb der Klinik, 47,1% der Klinikärzte, 61,0% der Pflegekräfte, 54,8% der Psychologen/Psychotherapeuten und 63,4% der Testgruppe eine positive Veränderung in ihrem Verhalten und Erleben gegenüber der Klinikaufnahme an.

Aus den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass die Therapie im Ganzen erfolgreich und nachhaltig war, auch wenn ein Jahr nach der Klinikentlassung der prozentuale Anteil der Patienten die eine deutliche Verbesserung angegeben hat gegenüber der Klinikentlassung abgenommen hat. Begründet werden kann dies dadurch, dass zum Zeitpunkt der Klinikentlassung die untersuchten Berufsgruppen und die Testgruppe sich in einer deutlich besseren psychischen Verfassung befanden als bei der Klinikaufnahme. Aus diesem Grund hatte der subjektive Vergleichsmaßstab einen relativ niedrigen Ausgangspunkt. Der Unterschied zwischen den Ergebnissen bei der Klinikentlassung und ein Jahr nach der Klinikentlassung hängt wahrscheinlich mit der Rückkehr in den normalen Alltag und dem damit einhergehenden Konfrontieren mit Stress und Problemen zusammen. Dies zeigt sich insbesondere bei den Klinikärzten. Dafür spricht auch Decker (2010, S. 84) und Rost (1996, S. 264).

8 Resümee

Hintergrund der vorliegenden Arbeit war, dass die in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen oftmals die belastenden Aspekte ihrer Arbeit wie z. B. das empathische Miterleben von Leid, Schmerz und Tod verdrängen. Durch eine gleichzeitige Identifikation mit den Patienten können Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Pflegekräfte psychisch so belastet werden, dass negative Gefühle ausgelöst werden, die Leistungsfähigkeit reduziert wird und sie selbst körperlich und psychisch krank werden.

Mit dieser Arbeit wurde untersucht, welche psychosomatischen Merkmale bei den zu untersuchenden Berufsgruppen und der berufsunabhängigen alle Patienten umfassende Testgruppe zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen und inwiefern durch den stationären Aufenthalt eine Veränderung des Arbeitsverhaltens und des Vorhandenseins von psychischen Symptomen bemessen werden kann.

Im Zuge der Untersuchung zeigte sich bezüglich der soziodemographischen Merkmale, dass das weibliche Geschlecht im Geschlechtervergleich und berufsunabhängig bei allen zu untersuchenden Gruppen signifikant überwog, insbesondere mit 87% bei den Pflegekräften. In der Geschlechtergegenüberstellung war bei den zuntersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe das weibliche Durchschnittsalter – das von 45,7 bis 50,3 Jahren reicht – niedriger als das männliche. Diese Ergebnisse können hinweisend dafür sein, dass tendenziell das weibliche Geschlecht eher und mit einem niedrigerem Alter psychisch belastet ist. Dies könnte auf die höhere soziale Kompetenz von Frauen und die Doppelbelastung durch Beruf und Familie zurückgeführt werden, die sich in diesem Fall negativ in einer Form der Aufopferung für den Beruf und die Familie ausprägt.

Des Weiteren ergab die Auswertung, dass das Aufnahmealter der Klinikärzte durchschnittlich 47,6 Jahre beträgt und somit im Vergleich zu den Ärzten außerhalb der Klinik niedriger ist. Demgegenüber ist das Aufnahmealter der Pflegekräfte mit 46 Jahren niedriger als das der untersuchten Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten. Als Gründe hierfür könnten die extremen Belastungen durch die Rangordnung, den Konkurrenzdruck und das Fremdbestimmtheitsempfinden eines Hierarchiesystems in einem Krankenhaus angeführt werden.

Den Ergebnissen hinsichtlich der Lebensform ist zu entnehmen, dass mit ca. 75% die Mehrheit der Patienten der zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe nicht verheiratet war oder sich nicht in einer festen Partnerschaft befand. Im Gruppenvergleich haben mit 54% die Klinikärzte prozentual am wenigsten und die Ärzte außerhalb der Klinik mit 77% am meisten eigene Kinder. Die Resultate sind hinweisend dafür, dass den Ärzten außerhalb der Klinik die Vereinbarkeit eines Kindes mit dem Beruf von den untersuchten Berufsgruppen am besten gelingt. Die im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe geringere Kinderanzahl bei den Klinikärzten kann mit den besonderen Arbeitsanforderungen in einem Krankenhaus, die beispielsweise ein hohes Maß an flexiblen und langen Arbeitszeiten einschließen, zusammenhängen. Aus den Ergebnissen geht desweiteren hervor, dass berufsübergreifend die Mehrheit der untersuchten Patienten wenig sozialen Rückhalt, wie z. B. durch eine feste Partnerschaft oder Familie erfahren. Daraus könnte geschlossen, dass dies einen protektiven Faktor darstellen könnte. Auch die höhere Distanzierungsfähigkeit zum Beruf, die ein soziales Umfeld mit sich bringen kann, könnte einen zusätzlichen Schutz vor dem Auftreten von psychischen Erkrankungen darstellen.

Die Auswertung des AVEM-Fragebogens belegte, dass zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme mit 59,2% die Ärzte außerhalb der Klinik am wenigsten und die Pflegekräfte mit 80,9% am meisten prozentual gesundheitsschädliches Arbeitsverhalten aufwiesen, das in einem Burnout münden kann. Ein Jahr nach der Klinikentlassung hat sich dieser prozentuale Anteil bei den Pflegekräften und bei den Psychologen/Psychotherapeuten deutlich reduziert. Dieses gesundheitsschädliche Arbeitsverhalten äußerte sich bei der Klinikaufnahme bei zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe in einer verminderten Widerstands- und Distanzierungsfähigkeit, in einer allgemeinen Unzufriedenheit mit dem Leben und der Empfinden von mangelnder sozialer Unterstützung. Im Gegensatz zu den anderen untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe wiesen die untersuchten Arztgruppen anfangs eine vermehrte Bedeutsamkeit der Arbeit, eine zunehmende Verausgabungsbereitschaft und ein Perfektionsstreben auf. Ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigten sich positive Veränderungen darin, dass bei allen untersuchten Berufsgruppen und der Testgruppe die Distanzierungsfähigkeit zur Arbeit, die Lebenszufriedenheit und das Empfinden von sozialer Unterstützung sich verbessert hat. Ebenso nahmen insbesondere bei den untersuchten Arztgruppen die Bedeutsamkeit der Arbeit, die Verausgabungsbereitschaft und das Perfektionsstreben ein etwas gesundheitsförderliches Maß an. Das Hierarchiesystem eines Krankenhauses kann als Ursache für die Resultate bei den Klinikärzten und Pflegekräften aufgeführt werden. Gegenüber der Klinikaufnahme hat ein Jahr nach Klinikentlassung der prozentuale Anteil, der dem schonenden Arbeitsverhalten zugewiesen werden kann, zugenommen, insbesondere mit 40,7% bei den Psychologen/Psychotherapeuten. Die signifikante Steigerung des Schonverhaltens auch bei den anderen untersuchten Gruppen könnte ein Indiz dafür sein, dass das Bewusstsein der Patienten für ihre Krankheit hergestellt wird, jedoch speziell für die jeweiligen Bedürfnisse der Berufsgruppe oder des Geschlechts keine optimalen Unterschiede in der Behandlung vorliegen, die zu einer berufsspezifischen oder berufsunabhängigen Genesung führen würden. Anhand der Ergebnisse der Testgruppe kann aufgezeigt werden, dass gesundheitsschädliches Arbeitsverhalten auch in nicht Gesundheitsberufen und ausbildungsunabhängig auftreten kann.

Den Resultaten des ISR-Fragebogens ist zu entnehmen, dass bei der Klinikaufnahme mindestens 87% der Patienten der zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe eine depressive Symptomatik im Bereich von gering bis schwer aufwiesen. Im Gruppenvergleich litt ein Jahr nach der Klinikentlassung mit 44% tendenziell am meisten die Testgruppe an depressiven Symptomen. Das Vorhandensein der Depression könnte sehr wahrscheinlich auch eine Begleiterscheinung und teilweise Ursache des Burnouts sein. Insgesamt weißten bei der Klinikaufnahme und ein Jahr nach der Klinikentlassung – trotz deutlichen Therapieerfolg – die Pflegekräfte am meisten und die Psychologen/Psychotherapeuten am wenigsten Symptome von psychischen Störungen auf. Erklärung für die Ergebnisse könnte die Rangordnung der Pflegekräfte in einem Hierarchiesystem und der damit einhergehenden Unzufriedenheit sein. Die Psychologen/Psychotherapeuten können durch ihre Arbeit insofern psychisch belastet werden, da sie viel mehr in das Innere der Patienten sehen, was emotional belastender als „mechanische“ Arbeit beispielsweise eines Chirurgen ist. Die Ergebnisse ein Jahr nach der Klinikentlassung zeigen, dass sie sehr von der Therapie vermutlich aufgrund ihrer Ausbildung profitieren. Dennoch zeigen die Ergebnisse der berufsunabhängigen Testgruppe, dass Symptome psychischer Störungen ausbildungs- und berufsunabhängig auftreten können.

Bei der Auswertung des Fragebogens über Veränderung des Verhaltens und Erlebens zeigte sich bei der Klinikentlassung, dass mindestens 68% der Patienten der zu untersuchenden Berufsgruppen und der Testgruppe eine Verbesserung durch die Therapie empfanden. Ein Jahr nach der Klinikentlassung gaben mit Ausnahme der Klinikärzte immer noch über 55% der Patienten gruppenübergreifend eine Verbesserung des Verhaltens und Erlebens an. Begründet werden kann dies dadurch, dass zum Zeitpunkt der Klinikentlassung die untersuchten Berufsgruppen und die Testgruppe sich in einer deutlich besseren psychischen Verfassung befanden als bei der Klinikaufnahme. Aus diesem Grund hatte der subjektive Vergleichsmaßstab einen relativ niedrigen Ausgangspunkt.

Der Unterschied zwischen den Ergebnissen bei der Klinikentlassung und ein Jahr nach der Klinikentlassung hängt wahrscheinlich mit der Rückkehr in den normalen Alltag und dem damit einhergehenden Konfrontieren mit Stress und Problemen zusammen.

Zusammenfassend konnte in dieser Studie für das Untersuchungskollektiv eine positive Wirkung der Therapie auf das Bewusstsein für ein gesundheitsförderndes Arbeitsverhalten und auf die psychische Gesundheit aufgezeigt werden. Die Ergebnisse der Auswertung der vorliegenden Studie legen nahe, dass Präventionsprogramme hinsichtlich gesundheitsschädlichen Arbeitsverhalten und Symptomen von psychischen Erkrankungen insbesondere für Frauen, in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen notwendig wären. Mit Hilfe der berufsumfassenden Testgruppe konnten Hinweise angeführt werden, dass gesundheitsschädliches Arbeitsverhalten und psychischen Störungen berufs- und ausbildungsunabhängig auftreten können.

Die Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Studie könnte dazu beitragen, die psychische Gesundheit von in Gesundheitsberufen und im psychologischen Sektor Tätigen zu bewahren. Es muss im Interesse des Arbeitgebers sein, eine angemessene Arbeitssituation zu schaffen, die die besonderen Umstände der Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen berücksichtigt. Dazu muss die Quantität der Arbeitsanforderungen, die generelle und individuelle Arbeitsorganisation, das Zeitmanagement, aber auch die innerbetrieblichen sozialen Verhältnisse – hinsichtlich spezifischer Konkurrenzverhältnisse oder gestörter Kommunikationsbedingungen am Arbeitsplatz – reduziert bzw. verbessert werden. Voraussetzung dafür ist, dass ein Bewusstsein beim Arbeitgeber für psychische und psychosomatische Erkrankungen geschaffen wird. Die Symptomatik von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sollte zu dem allgemein und insbesondere innerbetrieblich nicht mehr tabuisiert und nicht als Ausdruck einer Unfähigkeit der Berufsausübung missverstanden werden. Ein wesentlicher Schritt hinsichtlich des nicht mehr Tabuisierens von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist eine Definierung und Anerkennung durch die WHO als eine Krankheit.

7.5 Empfinden des Verhaltens und Erlebens nach der Therapie

Dies wäre notwendig zur Etablierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen. Deren Ziel sollte eine Individualisierung von Therapiestrategien unter Berücksichtigung der speziellen und individuellen berufs-, persönlichkeits- und problembezogenen Risiken sein. Dies ist auch gesundheits- und sozialpolitisch sowie volkswirtschaftlich wünschenswert.

9 Literaturverzeichnis

- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Vorderholzer, U., Maier, W. (2012). Burnout. Veröffentlicht unter:
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf (28.10.214)
- Berger, M., Schneller, C., Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. Der Nervenarzt (83)
- Bergner, T. (2010). Burnout bei Ärzten: Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Schattauerverlag. Stuttgart. 2. Auflage
- Bestmann, B., Küchler, T., Henne-Bruns, D. (2010). Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten. Veröffentlicht in: Schwartz F., Angerer, P. (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag. Köln
- Bortz, J., Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Verlag. Heidelberg. 4.Auflage
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. Veröffentlicht in: Kreckel, R. (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt. Otto Schwartz Verlag. Göttingen. Sonderband 2
- Brenninkmeyer, V. (2001). Burnout and depression are not identically twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? Personality and individual Differences(30)
- Brühlmann, T. (2010). Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung. Swiss medical Forum (10)
- Bruxel, H. (2013). Arbeitsplatz Krankenhaus: Was Ärzte zufriedener macht. Deutsches Ärzteblatt (110)

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Klaghofer, R. (2008). Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Deutsche medizinische Wochenschrift (133)

Bundesärztekammer (2015). Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte. Veröffentlicht unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf (12.03.2016)

Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2013). Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2013. Nürnberg. Veröffentlicht unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/StatistischerContent/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2013-12.pdf> (20.10.2104)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bonifatius GmbH. Dortmund/Berlin/Dresden

Burisch, M. (2006). Das Burnoutsyndrom. Springer Verlag. Heidelberg. 3. Auflage

Burisch, M. (2010). Das Burnoutsyndrom. Springer Verlag. Berlin. 4. Auflage

Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in Human Services Organizations. Praeger Verlag. New York

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology(7)

Cordes, C., Dougherty, T. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. The Academy of Management Review(1)

Decker, P. (2010). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie/psychosomatik. Univ. Dissertation. LMU München

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (Hrsg.)(2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber/Hugrefe Verlag. Bern. 7. Auflage.
- Du Prel, J.-P., Röhrig, B., Hommel, G., Blettner, M. (2010). Auswahl statistischer Testverfahren. Deutsches Ärzteblatt international(107)
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1984). Ausgebrannt. Das Burnoutsyndrom in den Sozialberufen. AVM Verlag. Salzburg
- Enzmann, D. (1993). Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt. Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess. Erschienen in der Reihe: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung. Profil Verlag. München. 3. Band.
- Enzmann, D., Kleiber, D. (1989). Helfer-Leiden Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger Verlag. Heidelberg
- Fischer, A. (2006). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Univ. Dissertation. Universität Potsdam.urn:nbn:de:kobv:517-opus-7762.
- Fischer, H., Tritt, K., Klapp, B., Fliege, H. (2010). Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10–Symptom-Rating (ISR) in Stichproben psychosomatischer Patienten. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie (60)
- Fischer, H., Tritt, K., Schirmer, N., Klapp, B., Fliege, H. (2011). Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) an verschiedenen Stichproben psychosomatischer Patienten. Thieme Verlag. Stuttgart
- Freudenberger, H., North, G. (2008). Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebrannt seins. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt
- Freudenberger, H., Richelson, G. (1980). Ausgebrannt - Die Krise der Erfolgreichen-Gefahren erkennen und vermeiden. Kindler Verlag. München

- Gangl, E. (2011). Vergleich des ICD-10-Symptom-Ratings (ISR) Selbstbeurteilungsfragebogens mit den SCL-90-R an 319 ambulanten Patienten. Univ. Dissertation. Universität Regensburg
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine* (135).
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* Washington, D.C.: Taylor & Francis
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks and Schizophrenia. Veröffentlicht unter:
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/7/1/45.full.pdf+html>
(22.04.2016)
- Han, B.-C. (2010). *Müdigkeitsgesellschaft*. Matthes & Seitz Verlag. Berlin. 2.Auflage
- Henderson, S. (1981). A Development in Social Psychiatry: The Systematic Study of social Bonds. *Journal of Nervous and Mental Disease* (168)
- Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastungen von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Edition medizin. Weinheim.
- Hibbeler, B. (2011). Ärzte und Pflegekräfte: ein chronischer Konflikt. *Deutsches Ärzteblatt* (108)
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* (34)
- Kämmerer, A. (2001). Weibliches Geschlecht und psychische Störungen- Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In Franke, A., Kämmerer, A. *Klinische Psychologie der Frau*. Hogrefen Verlag. Göttingen
- Kapfhammer, H. (2012). Burnout-Krankheit oder Symptom ? *Der Internist* (11)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.(NAV-Virchow-Bund). (2014). Ärztemonitor 2014. Veröffentlicht unter:
http://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_5213_20140701.pdf (22.04.2015)

Kordt, M. (2013). DAK-Gesundheitsreport 2013. IGES Institut GmbH. Berlin

Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R., Glaesme (2013).
Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (63)

Kriebel, R., Paar, G., Schmitz-Buhl, S., Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (53)

Langenscheidt. (2009). Großes Schulwörterbuch lateinisch-deutsch, Klausurausgabe. Langenscheidtverlag.

Lazarus, S. (1976). Patterns of Adjustment. New York: McGraw-Hill Book Company.

Lohmann-Haislah, A. (2012). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bonifatius GmbH. Dortmund/Berlin/Dresden

Marcker, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. Springer Verlag. Heidelberg

Maslach, C. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Hrsg.). Applied Social Psychology Annual (5)

Maslach, C., Leiter, M. (2001). Die Wahrheit über Bournout. Springer Verlag. Wien

- Meßenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H., Hajak, G., Schreiber, W., Putzhammer, A. (2006). Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken. *Krankenhauspsychiatrie* (17.)
- Meyer, C., Rumpf, H., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* (71)
- Michaelsen A, Hillert A (2011) Burnout in Anästhesie und Intensivmedizin. *Der Anästhesist* (60)
- Mossbrugger, H., Kelava, A. (2012). Fragebogenkonstruktion und Testtheorie. Springer Verlag Berlin/Heidelberg. 2.Auflage
- Müller - Leimkühler, A. (2007). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. In: Rhode, A. (Hrsg.), Marneros, A. (Hrsg.). *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. W.Kohlhammer Verlag. Stuttgart
- Oberlander, W. (2010). Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In: Schwartz, F.; Angerer, P. (Hrsg.): *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*. Deutscher Ärzte Verlag. Köln
- Ommen, O., Driller, E. (2008). Burnout bei Ärzten-Sozialkapital im Krankenhaus als mögliche Ressource ?. In: Brähler, E., Alfermann, D., Stiller, J. *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag. Göttingen
- Payk, T. R. (2010). *Depression*. Ernst Reinhardt GmbH und KG Verlag. München
- Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (2000). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart
- Quesnel-Vallée, A., Taylor, M. (2012). Socioeconomic pathways to depressive symptoms in adulthood: Evidence from the National Longitudinal Survey of Youth 1979. *Social Science & Medicine* (74)

- Rahner, E. (2011). Das Burnout-Syndrom bei Ärzten. Univ. Dissertation. Universität Berlin.
- Röhr, M., Lohse, H., Ludwig, R. (1983). Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Harry Deutsch Verlag. Frankfurt am Main. Band 2
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Beltz Verlag. Weinheim
- Rost, J. (1996). Lehrbuch Testtheorie Testkonstruktion. Hans Huber Verlag. Toronto
- Russell, D. W., Altmaier, E., Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology* (72)
- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM- ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsgezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.). Psychologische Diagnostik-Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. Bonn
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (1996). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Swets Test Services. Frankfurt
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2008). Manual Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster(AVEM), 3.Auflage. Pearson PLC. London
- Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. Taylor & Francis. London
- Schlein, U., Hager-van der Laan, J. (2010). Karriereplanung- Erfolgreich im Beruf. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*(148)
- Schmid, K. (1998). Bayerischer Ärztetag – Der Arzt: Verantwortlich, aber zunehmend fremdbestimmt. *Deutsche Ärztezeitung*(95)
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer. Rowohlt Verlag. Hamburg

- Schmidbauer, W. (2002). Helfersyndrom und Bournout-Gefahr. Urban und Fischer Verlag. München
- Schönberger, A. (1995). Patient Arzt. Carl Ueberreuter Verlag. Wien
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. Journal of Social and Personal Relationships(8)
- Seidel, M. (2013). Vergleich der psychometrischen Fragebögen ICD-10-Symptom-Rating (ISR) und der Langform des Patient-Health-Questionnaire (PHQ). Univ. Dissertation. Universität Regensburg.
- Sendera, A., Sendera, M. (2013). Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Springer Verlag. Wien
- Sharon, E. (2008). Differences in psychological effects in hospital doctors with and without post-traumatic stress disorder. The British Journal of Psychiatry(193)
- St. Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C. (2011). Stress: Ärzte unter Strom. Notfallmanagement. Springer Verlag. Berlin/Heidelberg. 2. Auflage
- Statistisches Bundesamt (2016). Gesundheit Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden
- Tokar, M. (2007). Therapeutische Misserfolge in der stationären Psychotherapie – Bestimmung von Charakteristika und Katamnesen von verschlechterten Patientinnen und Patienten. Diplomarbeit. Landau
- Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens " ICR-10-Symptome-Rating" (ISR). Zeitschrift für psychosomatische Medizin(54)
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, F., Söllner, W., Klopp, B., Loew, T. (2010a). Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR). Kurzdarstellung der Normierung. Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie (IQP)

Wittchen, H., Jacob, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland ? Erste Ergebnisse der Zusatzuntersuchung psychischer Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt (55)

Zielke, M., Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Manual. Beltz Verlag. Weinheim:

Zöfel, P. (2003). Statistik für Psychologen. Pearson Studium Verlag. München

Danksagung

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen meines Humanmedizinstudiums an der Universität Regensburg.

Dem Professor für Angewandte Bewusstseinswissenschaften, Doktor der Physik und Neurowissenschaftler Herrn Thilo Hinterberger danke ich für die Anregung zum Thema der Arbeit. In Zusammenarbeit mit der Klinik Heiligenfeld sorgte er mit Hinweisen, konstruktiver Kritik und vor allem mit viel Geduld für eine hervorragende Arbeitsmöglichkeit.

Ihnen gilt mein besonderer Dank für die Betreuung dieser Arbeit.

Regensburg, 18.04.2017

Cornelia Lück

Erklärung zum Promotionsverfahren

nach § 3 Abs. 3 und 4 der Promotionsordnung
der Fakultät für Medizin der Universität Regensburg

Name: Lück

Vorname: Cornelia

geb. am: 26.02.1987

in: München

Ich erkläre,

- dass ich den Doktorgrad der Medizin nicht schon an einer Hochschule der Bundesrepublik Deutschland erworben habe
- dass ich nicht an anderer Stelle zu einem Promotionsverfahren zum Erwerb des medizinischen Doktorgrades zugelassen bin
- dass ich die medizinische Doktorprüfung nicht schon an einer Hochschule der Bundesrepublik Deutschland endgültig nicht bestanden habe

Außerdem erkläre ich,

- dass mir keine Tatsachen bekannt sind, die mich zur Führung eines akademischen Grades im Sinne des Gesetzes über die Führung akademischer Grade unwürdig erscheinen lassen
- dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, 18.04.2017

(Ort, Datum)

(Unterschrift)