

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

**ENTWICKLUNG EINES  
IDEALTYPISCHEN BEHANDLUNGSSETTINGS  
FÜR AVEM-BURNOUT-TYP-B**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Zahnmedizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Johanna Andrea Bielmeier

2016



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

**ENTWICKLUNG EINES  
IDEALTYPISCHEN BEHANDLUNGSSETTINGS  
FÜR AVEM-BURNOUT-TYP-B**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Zahnmedizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Johanna Andrea Bielmeier

2016

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

Erster Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Loew

Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. Karin Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 29.07.2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
1.1	Einführung .....	7
1.2	Problemstellung.....	8
1.3	Fragestellung .....	9
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>11</b>
2.1	Arbeit, Belastung, Beanspruchung und Stress .....	11
2.2	Coping und Ressourcen .....	15
2.3	Das Konzept <i>Burnout</i> .....	16
2.4	Die medizinische und psychosomatische Rehabilitation .....	20
2.5	Psychotherapeutische Verfahren .....	23
2.5.1	Verhaltenstherapeutische Psychotherapie.....	23
2.5.2	Psychodynamische Psychotherapie .....	25
2.5.3	Humanistische Psychotherapie .....	26
2.5.4	Gegenüberstellung der psychotherapeutischen Verfahren.....	28
2.5.5	Berufsbezogene Therapieangebote .....	29
<b>3</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen</b> .....	<b>35</b>
3.1	Verwendung des AVEM im klinischen Bezugsrahmen.....	36
3.2	Berufs- und Persönlichkeitsspezifik des Rehabilitationsbedarfs.....	39
3.3	Rehabilitationserfolg in Bezug auf das berufliche Bewältigungsverhalten.....	41
<b>4</b>	<b>Material und Methoden</b> .....	<b>43</b>
4.1	Das Messinstrument <i>AVEM</i> .....	43
4.1.1	Die Muster und <i>Burnout</i> .....	49
4.1.2	Validitätsnachweis im nicht-klinischen Kontext.....	51
4.2	Datenerhebung und Messungen .....	53
4.3	Verwendete Software zur Datenanalyse .....	53
4.4	Stichproben.....	54
4.4.1	Beschreibung der klinischen Stichprobe .....	54
4.4.2	Beschreibung der Stichprobe der repräsentativen Studie zur Thematik <i>Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster</i> .....	65
4.4.3	Vergleich der Stichproben.....	67
4.5	Ergebnisse der repräsentativen Studie zur Thematik <i>Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster</i> .....	68
4.5.1	Verwendung des AVEM im klinischen Kontext .....	68

4.5.2 Berufs- und Persönlichkeitsspezifik des Rehabilitationsbedarfs.....	75
4.5.3 Rehabilitationserfolg in Bezug auf das berufliche Bewältigungsverhalten .....	81
<b>5 Ergebnisse .....</b>	<b>89</b>
5.1 Konzept einer berufsbezogenen Therapie.....	89
5.1.1 Grundlegender Aufbau .....	90
5.1.2 Entwicklung eines idealtypischen Behandlungssettings für AVEM-Burnout- Typ-B.....	94
5.1.2.1 Allgemeine einführende Sitzung für alle Muster-B-Vertreter.....	94
5.1.2.2 Modul 1: Einführung in das Thema Stress sowie Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien .....	97
5.1.2.3 Modul 2: Lösungsorientierung sowie Motivation und Engagement im Beruf .	103
5.1.2.4 Modul 3: Soziale Konflikte am Arbeitsplatz .....	109
5.1.2.5 Modul 4: Kommunikation und Konfliktbewältigung .....	113
5.1.2.6 Modul 5: Individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung.....	117
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>121</b>
<b>7 Zusammenfassung.....</b>	<b>127</b>
<b>8 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>130</b>
<b>9 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>136</b>
<b>10 Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>138</b>
<b>11 Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>139</b>
<b>12 Anhang.....</b>	<b>141</b>
12.1 Fragebogen Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM).....	141
12.2 Danksagung.....	145
12.3 Lebenslauf.....	146
12.4 Eidesstattliche Erklärung.....	147

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung

Längst schon werden in der Diagnostik Beschwerde- und Symptomlisten herangezogen, um gesundheitsrelevante Auswirkungen beruflicher Tätigkeiten zu erfassen. Auch bei der Diagnostik des Burnout-Syndroms ist dies der Fall [Schaarschmidt, 2006: 60 f.]. Zieht man den Salutogeneseansatz von Antonovsky [Antonovsky, 1987: 12 ff.] heran, wird deutlich, dass die alleinige Identifizierung von Symptomen und Beeinträchtigungen für die Behandlung nicht ausreichend ist. Vielmehr sollten die jeweiligen individuellen und sozialen Ressourcen hinterfragt werden, um eine gesundheitsförderliche Bewältigung von Anforderungen zu ermöglichen. Jeder Mensch besitzt grundsätzlich die Fähigkeit, aktiv sein Leben und die verschiedenen Belastungen, die es mit sich bringt, zu gestalten. Hier zeigt sich der präventive Ansatz des Salutogenesegedankens: wenn von Beginn an auf persönliche Ressourcen zurückgegriffen wird und diese gestärkt werden, können mögliche, zum Beispiel durch Überforderung bedingte Erkrankungen verhindert werden. Dieses Ressourcenkonzept wurde durch Schaarschmidt und Fischer in eine konkrete diagnostische Strategie umgesetzt: der Entwicklung des psychodiagnostischen Verfahrens *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM) [Schaarschmidt & Fischer, 2008]. Der AVEM unterscheidet vier Mustertypen: Gesundheitstyp G, Schonungstyp S, Risikomustertyp A und Risikomustertyp B.

Anhand der Untersuchungsergebnisse ausgewählter Studien in dieser Arbeit soll auf die derzeitige problematische Lage in Rehabilitationseinrichtungen bezüglich der Vorbereitung der Patienten<sup>1</sup> auf die Rückkehr ins Berufsleben aufmerksam gemacht werden. Zwar existieren berufsbezogenen Therapieangebote, wie etwa sozialtherapeutische Beratungen oder berufliche Belastungserprobungen, jedoch fehlen weitere Evaluationsstudien zu spezifischen Gruppenprogrammen. Ein Hindernis für die Ausdehnung eines stationären psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalts auf berufsbezogene Therapieprogramme stellen fehlende klar definierte und verbindliche Standards

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit gilt die männliche Form als geschlechtsneutral. Auf die Verwendung der jeweiligen weiblichen oder männlichen Form wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichtet.

zur Indikationsstellung dar. Das Messinstrument AVEM kann hier eine Screening-Funktion übernehmen, mittels welcher gefährdete Patienten erkannt und adäquat therapiert werden könnten. Die berufsbezogene Rehabilitation muss verbessert werden, um zum Einen für eine längerfristige Beschäftigung der Patienten nach der stationären Therapie zu sorgen und zum Anderen, einem Rückfall und damit einem weiteren Klinikaufenthalt vorzubeugen. Zusätzlich soll eine weiterführende Einsicht in spezielle Charakteristika von Burnout-Patienten mittels der Betrachtung von begleitenden psychosomatischen Erkrankungen gewonnen werden.

## 1.2 Problemstellung

Die grundsätzliche Herausforderung bei der Diagnostik von Burnout-Patienten liegt in der schwierigen Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen wie der Depression. Da Burnout einen schleichenden Verlauf mit verschiedenen Stadien zeigt, die zudem auch noch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Reihenfolge auftreten können, ist die Abgrenzung zu einer Depression, welche zudem ein Stadium von Burnout darstellen kann, schwierig. In der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, German Modification, Version 2013 (ICD-10-GM)* fällt Burnout unter die Zusatzkategorie Z73.0 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, welche neben „Ausgebranntsein (Burnout)“ auch Diagnosen wie „Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung“, „Mangel an Entspannung oder Freizeit“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ beinhaltet [DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), 2013]. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, die Diagnose Z73.0 mit den deutschen Krankenkassen abzurechnen, kann davon ausgegangen werden, dass bei betroffenen Patienten häufig fälschlicherweise „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00 – F99, ICD 10) diagnostiziert werden. Dadurch besteht allerdings ein hohes Risiko, dass möglichen Burnout-Patienten aufgrund der aus praktischen Gründen nicht verwendeten Hauptdiagnose „Ausgebranntsein (Burnout)“ keine spezifische Therapie ihrer Krankheit zuteil wird.

Durch die Verwendung eines psychodiagnostischen Instruments wie dem AVEM können mittels der Identifizierung von Risikotypen Burnout-Patienten oder gefährdete Personen leichter erkannt und adäquat therapiert werden. Falls den betreffenden Kliniken die Notwendigkeit von berufsbezogenen Therapieprogrammen verständlich gemacht werden kann, sind positivere AVEM-Werte zum Therapieende und damit ein verbesserter Wiedereinstieg ins Berufsleben möglich.

### 1.3 Fragestellung

Bei der Analyse des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens von Patienten in psychosomatischen Reha-Einrichtungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung zeigen sich in den meisten Fällen kaum Verbesserungen dieser AVEM-Werte und somit selten Veränderungen hin zu einem positiveren Muster (s. Abschnitt 4.5.3 *Rehabilitationserfolg in Bezug auf das berufliche Bewältigungsverhalten*).

Den Gegenstand dieser Arbeit bildet somit die Beantwortung folgender Forschungsfrage:

#### Forschungsfrage

Wie lassen sich verhaltenstherapeutische Therapien ergänzen, um Patienten spezifisch berufsbezogen auf ihren Arbeitsalltag vorzubereiten?

Dazu wird anhand einer Studie das arbeitsbezogene Bewältigungsverhalten analysiert, welches Patienten bei ihrer Aufnahme in die Klinik, ihrer Entlassung ins Berufsleben sowie ein Jahr nach Beenden der stationären Therapie aufweisen. Zusätzlich zu der Untersuchung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters werden mögliche Zusammenhänge einer Musterzugehörigkeit mit psychosomatischen Beschwerden geprüft. Um einen Einblick in eine eventuelle Berufs- und Persönlichkeitsspezifik von Vertretern kritischer Muster zu gewinnen, erfolgt die Analyse eines Zusammenhangs zwischen ausgewählten Berufsbildern und genannter problematischer Musterzugehörigkeit. Schließlich sollen die kurz- und längerfristigen Effekte von bisherigen Therapien

in Rehabilitationseinrichtungen auf das berufliche Bewältigungsverhalten der Patienten genauer betrachtet werden.

Anhand der vorgefundenen Ergebnisse wird in der vorliegenden Arbeit ein Konzept entwickelt, welches der Verbesserung von berufsbezogenen Therapien in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken dienen soll.

Jene konstruktiven Vorschläge zu einer Reorganisation der bisherigen Therapie können anschließend in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen getestet werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Bei der Entstehung von Burnout ist das Zusammenspiel von *Arbeit*, *Stress* und *Coping* von zentraler Bedeutung. Diese Begriffe werden nachfolgend erläutert. Im nächsten Schritt wird der Einfluss von berufsbezogenen Problemen auf die psychosomatische Rehabilitation verdeutlicht. Dazu sind zuerst Begriffsbestimmungen der medizinischen Rehabilitation und im Besonderen der psychosomatischen Rehabilitation und ihrer verschiedenen Therapieformen vonnöten, um schließlich auf den hohen Stellenwert spezieller berufsbezogener Therapieangebote einzugehen.

### 2.1 Arbeit, Belastung, Beanspruchung und Stress

*Ich glaube, die Menschen haben in den letzten hundert Jahren ein Bedürfnis nach Arbeit in sich entwickelt und das sollten sie nicht wieder verkümmern lassen. Es ist ein ganz neues Bedürfnis. Sicher geht es Hand in Hand mit vielem Schlechten, aber an sich ist es etwas Gutes und hoffentlich wird nicht zu ‚arbeiten‘ für Frauen bald ebenso entsetzlich sein, wie es ‚nicht verheiratet zu sein‘ vor hundert Jahren war.*

E. M. Forster, *Wiedersehen in Howards End* (2004): 125 f.

Die Bedeutsamkeit der Arbeit hat sich im Laufe der Jahrhunderte verändert: Scheute im Altertum noch jeder, der es sich gestatten konnte, die Arbeit, wurde sie im Christentum als gottgewollt und heilsam angesehen. Überdies scheint der Stellenwert der Arbeit in den letzten Jahren noch einmal einen großen Wandel erfahren zu haben. Jahrhundertlang war Arbeit selbstverständlich; die Menschen identifizierten sich über ihren Beruf. Heutzutage gewinnen andere Lebensbereiche an Bedeutung. Die Selbstverständlichkeit der Arbeit ist nicht mehr gegeben, während gleichzeitig die Ansprüche an die selbige steigen [Semmer & Udris, 2007: 157 ff.].

In der Literatur ist der Begriff der Arbeit nicht einheitlich definiert; einerseits werden häusliche Tätigkeiten genauso als Arbeit erachtet wie das Ausüben eines Berufes, andererseits wird strikt zwischen einer Beschäftigung innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfelds unterschieden.

In dieser Abhandlung wird die berufliche Tätigkeit als eigentliche Arbeit mit den fünf positiven Komponenten [Vroom, 1967: 30]

- des finanziellen Verdienstes,
- des Verbrauches von physischer und psychischer Energie,
- des Beitrags zur Güter- und Dienstleistungsproduktion,
- der sozialen Interaktion
- und des sozialen Status definiert.

Hieraus ergeben sich folgende psychosoziale Funktionen [Semmer & Udris, 2007: 159]:

- **Aktivität und Kompetenz:** Durch die Bewältigung von Arbeitsaufgaben werden Fähigkeiten und Kenntnisse sowie zeitgleich das Wissen darum erworben; dies führt zu einem Gefühl von Handlungskompetenz.
- **Zeitstrukturierung:** Orientierung an Arbeitszeiten gibt vielen Menschen ein Gefühl von geordneten Lebensverhältnissen.
- **Persönliche Identität:** Der Beruf stellt die Grundlage für Selbstwertgefühl und Identitätsfindung dar.

Durch eine berufliche Tätigkeit wird nicht nur die materielle Basis geschaffen, sondern werden auch viele weitere menschliche Bedürfnisse erfüllt, wie z.B. die Pflege von sozialen Kontakten oder der Ausbau eigener Fähigkeiten. Zusätzlich erfolgt im optimalen Fall eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit des jeweiligen Individuums [Vroom, 1967: 43 f.].

Negative Auswirkungen von Arbeit beschreiben die Begriffe *Belastung*, *Beanspruchung* und *Stress*. Unter *Belastung* versteht man alle von außen auf den Organismus einwirkende Faktoren. Auswirkungen jener Belastung auf den Organismus werden als *Beanspruchung* bezeichnet [Semmer & Udris, 2007: 172]. Eine vergleichbare Belastung führt bei unterschiedlichen Personen zu einer verschiedenartigen Beanspruchung, da Personen in der Weise, in der sie Belastungen bewältigen, voneinander abweichen. Die *Bewältigung* von Belastungen ist demgemäß bedingt durch individuelle Charakteristika wie z.B. der physischen Konstitution, der Ausbildung und Qualifizierung sowie dem Wahrnehmungs- und Interpretationsstil. Insofern sind Belastung und Beanspruchung nicht als negativ zu begreifen, da jede Belastung bestimmte Funktionen im Organismus

beansprucht, ohne a priori eine schädliche Wirkung zu haben, sondern oft sogar förderlich für die persönliche Entwicklung ist.

Treten negative Emotionen auf, so ist dies maßgeblich für das Empfinden von *Stress* [Semmer & Udris, 2007: 177]. „Stress ist ein subjektiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, eine aversive Situation nicht ausreichend bewältigen zu können.“ [Zapf & Semmer, 2004: 1011] Die dazugehörigen Faktoren, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit von Stress erhöhen, werden als *Stressoren* bezeichnet [Semmer & Udris, 2007: 173].

Folgende wichtige Gruppe von Stressoren sind für diese Arbeit relevant [Semmer & Udris, 2007: 174]:

- die Aufgabe selbst: eintönige bzw. zu komplexe Aufgaben, emotional belastende Anforderungen
- die Arbeitsorganisation: hoher Zeitdruck, wenig Handlungsspielraum, unklare Anweisungen
- physische Bedingungen: Umgebung (z.B. Lärm), Schichtarbeit, ungünstige Körperhaltung
- soziale Bedingungen: schlechtes Arbeitsklima, Mobbing
- organisatorische Rahmenbedingungen: Status, Anerkennung, Aufstiegschancen, Sicherheit des Arbeitsplatzes

Eine breitere Definition von Stress lieferte Hans Selye, der Begründer der neueren Stressforschung: „Streß [sic] ist die unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung.“ [Selye, 1981: 170]

Allerdings unterscheidet Selye zwischen *Eustress* (gutem Stress) und *Distress* (schlechtem Stress). Nur *Distress* entspricht Stress im negativen Sinn, während *Eustress* die täglichen, unvermeidbaren Anforderungen des Lebens an den menschlichen Körper charakterisiert, welche die Energiereserven des Individuums nicht übersteigen [Selye, 1981: 171].

In seinem Stresskonzept definiert Selye das *Allgemeine Anpassungssyndrom (General Adaption Syndrome, GAS)*, welches zwischen drei Stadien einer Stressreaktion unter-

scheidet: die *Alarmreaktion (alarm reaction)*, das *Widerstandsstadium (stage of resistance)* und das *Erschöpfungsstadium (stage of exhaustion)* [Selye, 1981: 166 ff.].

Die Phase der Alarmreaktion wird durch einen Stimulus ausgelöst. Hält der Stress nun an, folgt unweigerlich das Widerstandsstadium. In dieser zweiten Phase treten, verglichen mit denen der Alarmreaktion, völlig andere, oft entgegengesetzte Symptome auf. Die Resistenz gegenüber äußeren Einflüssen ist erhöht. Wirken die Stressfaktoren nun zu stark und zu lange auf das Individuum ein, geht die erworbene Anpassung verloren und die dritte Phase, die Erschöpfung, tritt ein [Selye, 1981: 166 ff.]. Jene Erschöpfungsphase findet man in der Erkrankung Burnout wieder, wodurch sich diese von alleinigem Arbeitsstress abgrenzen lässt (s.a. Abschnitt 2.3 *Das Konzept Burnout*).

Eine andere Auffassung von Stress veranschaulicht das *Transaktionale Stressmodell* von Richard S. Lazarus [Lazarus, 1966: 30 ff.]. Dieses Modell wurde folgendermaßen von Susan Folkman beschrieben [Folkman, 1984]: Stress wird hier definiert als das Verhältnis zwischen der Person und ihrer Umgebung, welches von der Person als herausfordernd oder sogar die individuellen Ressourcen übersteigend und dadurch als Bedrohung ihres Wohlbefindens eingeschätzt wird. Durch dieses Beziehungssystem unterscheidet sich diese Theorie von jenen Ansätzen, die Stress als Stimulus (z.B. einem Stressor), als Produkt intrapsychischer Konflikte oder als Reaktion definieren.

Lazarus spricht von zwei wesentlichen Arten der Lageeinschätzung: der *Primärbewertung (Primary Appraisal)* und der *Sekundärbewertung (Secondary Appraisal)*. Unter Primary Appraisal wird die Einschätzung einer Situation als entweder positiv, neutral oder stressvoll verstanden. Die Beurteilung bezüglich der Bewältigungsmöglichkeiten der Situation (*Coping*) sowie der vorhandenen Ressourcen wird als Secondary Appraisal bezeichnet. Eine Situation wird dann als stressgeladen empfunden, wenn die Anforderungen so eingeschätzt werden, dass sie die vorhandenen Ressourcen übersteigen [Folkman, 1984]. Für die Burnoutforschung ist v.a. Lazarus Ansatzpunkt des Copings interessant, da der Umgang mit Stress erlernbar ist und in Therapien angewendet wird.

## 2.2 Coping und Ressourcen

Unter *Coping* werden in der Stressforschung Strategien der Stressbewältigung verstanden. Die Art und Weise, wie ein Individuum mit einer belastenden Situation umgeht, bestimmt ebenso wie die stressigen Umstände selbst, welche Auswirkungen von Stress sich zeigen können. Zu den wichtigsten Stressbewältigungsstrategien zählen das *problemorientierte Coping* und das *emotionsbezogene Coping*. Ersteres könnte ein Wechsel der Arbeitsstrategie, die Aneignung neuer Kompetenzen oder eine Aussprache nach Konflikten bedeuten. Zum emotionsbezogenen Coping zählen Entspannung, Ablenkung oder der Konsum von Alkohol, Nikotin oder Essen. Allerdings können kurzfristig wirksame Coping-Strategien auf die Dauer dysfunktional sein [Semmer & Udris, 2007: 178 f.]. Steigert eine Person beispielsweise ihr Arbeitstempo, verliert die erbrachte Leistung eventuell ihre Gründlichkeit. Zusätzlich steigt der Erschöpfungsgrad infolge des erhöhten Arbeitstempos.

*Individuelle Ressourcen* können als Entlastungsfaktoren betrachtet werden. Die Wahrnehmung von Stress sowie der Umgang damit sind nicht nur von Stressoren abhängig, sondern auch von den vorhandenen Ressourcen. Durch verfügbare Ressourcen kann der Umgang mit der jeweiligen Situation entschärft werden.

Es wird zwischen *situationsbezogenen* und *personenbezogenen Ressourcen* unterschieden. Als wichtigste situationsbezogene Ressourcen gelten der *Handlungsspielraum* und die *soziale Unterstützung* [Semmer & Udris, 2007: 179 f.]. Auch wenn für den Begriff Handlungsspielraum viele verschiedene Bezeichnungen wie z.B. Autonomie, Freiheitsgrad oder Kontrolle existieren, bedeuten sie im Grunde dasselbe: die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, was man tut und unter welchen Bedingungen man handelt [Semmer, 2000: 555]. Soziale Unterstützung durch Kollegen, Freunde oder Familie gilt ebenfalls als wichtige Ressource. Den personenbezogenen Ressourcen werden z.B. der Gesundheitszustand sowie verschiedene Merkmale wie Optimismus, Selbstvertrauen, berufliche Fähigkeiten und soziale Kompetenz zugerechnet [Semmer & Udris, 2007: 180].

Auch Antonovskys Konzept der Salutogenese [Antonovsky, 1987] fußt auf einem ressourcenorientierten Ansatz (siehe Abschnitt 1.1 *Einführung*). Der Mensch wird nicht als

krank oder gesund angesehen, vielmehr befindet er sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Davon ausgehend stellt sich die Frage, welche Faktoren beteiligt sind, um entweder die aktuelle Position auf diesem Kontinuum zu wahren oder sie sogar zum positiven, gesünderen Pol hin zu bewegen. Die Perspektive der Salutogenese liegt damit auf den gesunderhaltenden Bedingungen. Der Frage nach dem Auslöser der Krankheit, d.h. nach den auslösenden Stressoren, wird hingegen keine Aufmerksamkeit gewidmet. Sowohl Arbeitsbedingungen als auch Personen besitzen salutogenes, d.h. gesundheitsförderliches, Potential [Antonovsky, 1997: 29 f.].

Auch das diagnostische Verfahren AVEM (s. Abschnitt 4.1 *Das Messinstrument AVEM*) geht von einem ressourcenorientierten Ansatz aus, welcher ein positives Gesundheitsverständnis beinhaltet. Darin liegt auch der maßgebliche Nutzen dieses Diagnostikums begründet: die effektivere Frühdiagnostik durch das Aufzeigen von vorhandenen und fehlenden Ressourcen [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 8].

### **2.3 Das Konzept *Burnout***

Stress besitzt, so lange er bewältigbar ist, sprich ein funktionierendes Coping vorliegt, grundsätzlich salutogenes Potential. Gesundheitsschäden treten erst bei chronischem Stress auf [Semmer & Udris, 2007: 181]. Als eine besondere Art von anhaltendem Arbeitsstress bezeichnen Schaufeli und Enzmann das Syndrom *Burnout* [Schaufeli & Enzmann, 1998: 37].

Vom Begründer der *Burnout*-Forschung, Herbert Freudenberger, 1974 zum ersten Mal in einer Zeitschrift publiziert [Freudenberger, 1974], gibt es dafür bis heute zahlreiche Definitions- und Abgrenzungsversuche. In dieser Arbeit werden die am weitesten verbreiteten Beschreibungen dieses Syndroms verwendet.

*Burnout* wird in der Forschung einheitlich als multidimensionales Konzept betrachtet, dessen Entstehung und Aufrechterhaltung einerseits durch spezifische und unspezifische arbeitsbedingte Belastungen und andererseits durch die individuelle Vulnerabilität der Person begründet wird [Hillert, Koch & Hedlund, 2007: 11; Rösing, 2008: 71].

Freudenberger, der selbst Erfahrungen mit *Burnout* gemacht hatte, sieht als auslösendes Element die Diskrepanz zwischen Erwartungen an den Beruf und der Realität

[Burisch, 2010: 50]. Die anfälligsten Personen seien die passionierten und engagierten Individuen, die vom Berufsleben enttäuscht werden [Freudenberger, 1974].

Wie Freudenberger erachtet eine andere Mitbegründerin der Burnout-Forschung, Christina Maslach, Burnout als sogenanntes *Helfer-Syndrom*, welches nur in sozialen Berufen auftreten kann: „Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do 'people work' of some kind.“ [Maslach & Jackson, 1986: 1] Sinngemäß auf Deutsch übersetzt: Burnout ist ein Syndrom, welches gekennzeichnet ist von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und verringerter Leistungsfähigkeit und bei Individuen auftreten kann, die eine Art von sozialer Arbeit verrichten, also mit anderen Menschen arbeiten.

Das von ihr und Susan E. Jackson im Jahre 1981 entwickelte Messinstrument *Maslach Burnout Inventory (MBI)* wurde bis heute in mehr als 90% der veröffentlichten Studien zum Thema Burnout verwendet [Burisch, 2010: 36]. Dieses Instrument umfasst drei Skalen, die laut Maslach als Kernsymptome des Burnout-Syndroms verstanden werden können: *Emotionale Erschöpfung (Emotional Exhaustion)* als Reaktion auf beruflichen Stress und Überbeanspruchung, *Depersonalisation (Depersonalization)* bzw. *Zynismus* mit reduzierter Anteilnahme als Versuch des Selbstschutzes und *Reduzierte Leistungsfähigkeit (Personal Accomplishment)* bzw. *Ineffizienz* mit Überforderungserleben und Verlust von Selbstvertrauen [Maslach & Leiter, 2001: 18 f.]. Bestehend aus diesen drei Komponenten wird das Syndrom Burnout nicht als aktueller Zustand einer Person angesehen, sondern als chronische Entwicklung mit physischem, emotionalem und mentalem Niedergang [Rösing, 2008: 72].

Als Resümee für die Vielzahl von Konzepten und Umschreibungen schlagen Schaufeli und Enzmann folgende Definition vor:

Burnout ist ein anhaltender, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand »normaler« Individuen, der vor allem von Erschöpfung gekennzeichnet ist, einhergehend mit Unruhe und Anspannung (*distress*), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Dieser psychische Zustand entwickelt sich schrittweise, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Er resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen unzulänglicher Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom einhergehen, oft selbst aufrecht. [Schaufeli & Enzmann, 1998: 36]

Zusätzlich zu der Entwicklung von negativen, dysfunktionalen Einstellungen und Verhaltensweisen in der Arbeit lässt sich Burnout durch den Zustand der Erschöpfung von bloßem Arbeitsstress abgrenzen [Schaufeli & Enzmann, 1998: 38].

Anfangs auf soziale Berufe wie Krankenschwestern, Lehrer oder Sozialarbeiter beschränkt, gibt es inzwischen Studien zu Burnout bei mehr als 60 Berufs- und Personengruppen [Burisch, 2010: 21 ff.]. Die Interaktion mit Klienten oder Patienten gilt nicht mehr als Voraussetzung für die Entstehung von Burnout. Mittlerweile wurde der große Einfluss von herkömmlichen Stressoren und organisationalen Rahmenbedingungen wie mangelnde soziale Unterstützung und Arbeitsüberlastung auf die Krankheitsentwicklung erkannt [Schaufeli & Enzmann, 1998: 84, 98].

Eine weitere Erklärung für das Auftreten dieses Syndroms sehen Semmer und Udris in einer nicht gegebenen Reziprozität zwischen Person und Organisation, d.h. in einem unausgeglichenen Geben und Nehmen [Semmer & Udris, 2007: 175]. Dies wird mit Siegrists *Effort-reward model* veranschaulicht: In diesem Modell werden psychomentele Gesundheitsrisiken im Arbeitsleben durch eine Diskrepanz zwischen hohen Arbeitsanforderungen (*high demand*) und wenig Belohnung (*low reward*) erklärt. Durch diese Fehlpassung entsteht eine sogenannte *Gratifikationskrise* (s.a. Abschnitt 2.5.5 *Berufsbezogene Therapieangebote*) [Siegrist, 1991].

Die Relevanz von Burnout für die psychosomatische Rehabilitation ist aufgrund seiner zahlreichen möglichen Folgeerkrankungen offensichtlich. Burisch listet dazu eine Synopse von potenziellen Begleiterscheinungen auf, die er in sieben Oberkategorien gliedert.

Diese Einteilung entspricht einem typischen Krankheitsverlauf [Burisch, 2010: 24 ff.]:

1. *Symptome der Anfangsphase* (überhöhter Energieeinsatz, Erschöpfung)
2. *Reduziertes Engagement* (für Klienten, Patienten, die Arbeit etc.; gleichzeitig erhöhte Ansprüche mit dem Gefühl mangelnder Anerkennung)
3. *Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung* (Depression oder Aggression)
4. *Abbau* der kognitiven Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentrationsschwäche oder Entscheidungsunfähigkeit), der Motivation („Dienst nach Vorschrift“), der Kreativität sowie Entdifferenzierung (z.B. Widerstand gegenüber Veränderungen)

5. *Verflachung* des emotionalen Lebens (z.B. Gleichgültigkeit) sowie des sozialen (z.B. weniger persönliche Anteilnahme) und geistigen (z.B. das Aufgeben von Hobbys)
6. *Psychosomatische Reaktionen* (z.B. Schlafstörungen, Alpträume, sexuelle Probleme, „Engegefühl“ in der Brust, Atembeschwerden, beschleunigter Puls, erhöhter Blutdruck, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Verdauungsstörungen, Magen-Darm-Geschwüre etc.)
7. *Verzweiflung* (Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit)

Laut Burisch müssen bei einem Erkrankten nicht alle der genannten Symptome auftreten, allerdings erhöht das Vorhandensein eines Symptoms die Wahrscheinlichkeit der Ausprägung weiterer Symptome. Hypothetisch sind außerdem die moderierenden Faktoren im Individuum bzw. seiner Umwelt, welche die Abfolge des Symptommusters bestimmen. Die Symptome müssen auch nicht unweigerlich in der genannten Reihenfolge auftreten. So können sich beispielsweise psychosomatische Begleiterscheinungen schon viel früher im Krankheitsprozess zeigen.

Die Problematik der Burnout-Diagnostik liegt vor allem in der Abgrenzung zu anderen Erkrankungen. Insbesondere die von vielen Forschern als Kernvariable betrachtete Dimension der *Emotionalen Erschöpfung* zeigt Zusammenhänge zu anderen Stresssymptomen sowie zu Depressivität, Neurotizismus und psychosomatischen Beschwerden [Schaufeli & Enzmann, 1998: 54, 98]. Als diskriminierendes Merkmal betonen Schaufeli und Enzmann, dass Burnout *arbeitsbezogenes* Befinden widerspiegelt und eine Komponente *arbeitsbezogener* Attitüden (Zynismus, Distanzierung) beinhaltet. [Schaufeli & Enzmann, 1998: 33].

Problematisch ist weiterhin der Umstand, dass in der medizinischen Diagnostik der Ist-Zustand, also das aktuelle Befinden einer Person und ihrer gegenwärtigen Symptome, beurteilt wird. Der prozesshafte Charakter von Burnout wird dabei kaum oder gar nicht berücksichtigt [Schaarschmidt, 2012]. Dadurch kann es leicht zu Fehleinschätzungen gegenüber Betroffenen kommen. Auch in der medizinischen bzw. psychosomatischen Rehabilitation werden Burnout-Betroffene oft nach ihren aktuellen, oft depressiven

Symptomen diagnostiziert, während die Diagnose Z73.0 „Ausgebranntsein“ allenfalls als Nebendiagnose gestellt wird.

## 2.4 Die medizinische und psychosomatische Rehabilitation

Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. [Haupt & Delbrück, 1998: 37]

Dies ist die Definition der World Health Organization (WHO) für den Begriff der *medizinischen Rehabilitation*, dessen Grundlage 1980 in einem Modell zur Analyse individueller chronischer Gesundheitsstörungen entwickelt wurde.

Neben der Prävention, der Krankenbehandlung und der Pflege ist die Rehabilitation eine zusätzliche Stütze des Gesundheitssystems [Paar & Grohmann, 2008a: 27].

Drei Ebenen von Krankheitsfolgen können laut WHO unterschieden werden [Haupt & Delbrück, 1998: 37]:

- *Ebene des Gesundheitsschadens (Impairment)*  
Diese Ebene bezieht sich auf die Krankheit selbst (z.B. Schlaganfall).
- *Ebene der Funktionseinschränkung (Disability)*  
Darunter werden die funktionellen Folgen der Schädigung, die zu einer eingeschränkten Belastbarkeit führen, verstanden (z.B. halbseitige Lähmung nach Schlaganfall).
- *Ebene der sozialen Beeinträchtigung (Handicap)*  
Sie betrifft die Auswirkungen des Gesundheitsschadens bzw. der Funktionseinschränkung auf das soziale Leben. Weil jene Ebene u.a. das Berufsleben des Betroffenen tangiert, sind diese Folgen bedeutsam für die vorliegende Abhandlung.

Die Aufgabe der Rehabilitation ist es, den Erkrankten bei der Akzeptanz seines Leidens zu unterstützen und ihm zu helfen, mit dieser Erkrankung zu leben [Paar & Grohmann, 2008a: 29]. Wichtig hierbei ist, dass der Betroffene trotz seiner Einschränkung weiterhin fähig bleibt, seine berufliche Tätigkeit auszuführen und seine Rolle in der Familie bzw. in seinem sozialen Umfeld beizubehalten.

Demgemäß werden folgende konkrete Rehabilitationsaufgaben vom *Verband Deutsche Rentenversicherung* formuliert ["Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung," 2009: 11 f.]:

1. Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörungen
2. Erstellung eines Rehabilitationsplans
3. Fortführung bzw. Anpassung der medizinischen Therapie
4. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten
5. Bereitstellen von Informationen über die Erkrankung und ihre Folgen
6. Förderung einer akzeptablen Einstellung zur Erkrankung
7. Anleitung und Schulung zum „Selbstmanagement“ (eigenverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung)
8. Verhaltensmodifikation: Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens und Abbau gesundheitsschädlicher Lebensweise
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen
10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit
11. Beratung bezüglich der beruflichen Tätigkeit und des Alltagslebens
12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (z.B. Nachsorge)

Neben der medizinischen Rehabilitation ist die *psychosomatische Rehabilitation* ein spezifischer Angebotstyp der Rehabilitation. Im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts erweisen sich psychotherapeutische Interventionen hier als besonders bedeutsam [Schulz et al., 2008: 78].

Chronische Verläufe, rezidivierende Verschlechterung und ein hohes Komorbiditätsspektrum charakterisieren häufig psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Wenn krankheitsbedingte Schädigungen nicht nur temporär zu

Funktionseinschränkungen geführt haben, so ist eine Rehabilitationsbehandlung angezeigt, insbesondere, wenn auch die sogenannte *Teilhabe* eingeschränkt wird [Paar & Grohmann, 2008b: 55]. Das Konzept der *Teilhabe* begreift „den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt“ [Schuntermann, 2008: 16]. Demnach bedeutet *Teilhabe*, dass eine Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich, wie den des Erwerbslebens, involviert ist. Dieses Konzept ist essentiell für sozialrechtliche Fragestellungen und die Bewilligung von Leistungen zur *Teilhabe* [Schuntermann, 2008: 16].

Die Ziele der psychosomatischen Rehabilitation können in folgende Kategorien aufgeteilt werden [Paar & Grohmann, 2008b: 59]:

- *psychosozial*: Anstoßen eines Bewältigungsprozesses, Aktivierung von sozialen Ressourcen
- *somatisch*: Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Körperfunktionen und -strukturen
- *edukativ*: Bereitstellen von Informationen bzw. Motivation und Schulung zu gesundheitsförderlichem Verhalten
- *Aktivität und Partizipation*: Prüfung der Leistungsanforderungen bzw. der Funktionsfähigkeit, Verbesserung der Funktion in Beruf und Alltag

Bei allen Rehabilitanden sind berufsbezogene Problemstellungen vorhanden [Paar & Grohmann, 2008b: 60]. Obwohl Arbeit sowohl salutogenetische wie auch pathogenetische Elemente enthält, überwiegen bei weniger belastbaren Arbeitnehmern oft die krankmachenden Effekte des Berufslebens, vor allem wenn eine Anfälligkeit für psychische Erkrankungen mit einer erhöhten Belastung durch Stress einhergeht.

Dies ist primär auf einen Wandel der Anforderungen im Arbeitsleben zurückzuführen. Wenn früher vor allem physische Fähigkeiten gefragt waren, müssen Arbeitnehmer heute mehr denn je psychomental belastbar sein [Semmer & Mohr, 2001]. Psychosomatische Symptome werden durch neue Informationstechnologien, Flexibilisierung von Arbeitsstrukturen, drohender Arbeitslosigkeit und Qualifikationsdruck verstärkt [Paar & Grohmann, 2008b: 60].

Die Arbeitswelt als zentraler Lebensbereich ist daher mitursächlich für das Ansteigen von psychosomatischen Erkrankungen [Walter, Bramesfeld & Plaumann, 2008: 25]. Die

beiden häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden stellen muskuloskeletale Erkrankungen sowie Stress, Depressionen und Angststörungen dar [Kommission, 2002: 182].

Die Aufgabe der Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen wiederherzustellen oder zu verbessern sowie die drohende Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. Dies impliziert Folgendes [Paar & Grohmann, 2008b: 60]:

- eine enge Verzahnung von rehabilitativ-therapeutischen Leistungen und Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben
- Schwerpunkt auf berufs- und arbeitsbezogene Probleme des Patienten im Sinne einer aktiven Therapie

## **2.5 Psychotherapeutische Verfahren**

Die aktive Therapie in Rehabilitationseinrichtungen kann mittels verschiedener psychotherapeutischer Verfahren erfolgen, welche im folgenden Abschnitt kurz vorgestellt und bewertet werden. Die gängigen Behandlungsweisen umfassen neben der Verhaltenstherapie auch die psychodynamische und die humanistische Psychotherapie. Nachfolgend wird auf die für diese Abhandlung wichtigen spezifischen berufsbezogenen Therapieverfahren eingegangen.

### **2.5.1 Verhaltenstherapeutische Psychotherapie**

Eines der angewendeten psychotherapeutischen Verfahren in der psychosomatischen Rehabilitation ist die verhaltenstherapeutische Psychotherapie. Die aktuelle Verhaltenstherapie wird durch einen Methodenkatalog charakterisiert, welcher sich aus verschiedenen lernpsychologischen, motivationspsychologischen und naturwissenschaftlichen Ausgangspunkten und Forschungsmethoden ableitet [Meermann, Borgart & Okon, 2008: 101].

Margraf (2009) definiert die Praktiken moderner Verhaltenstherapie als

störungsspezifische und –unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüftem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele [...], leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an [Margraf, 2009: 6].

Eine bedeutsame Komponente der behavioralen Therapie ist die Verhaltensanalyse der Patientenproblematik. Dadurch können therapeutische Ansatzpunkte und daraus resultierende Behandlungsstrategien gewonnen werden. Das Ziel ist, den Patienten zum selbstverantwortlichen Spezialisten seiner eigenen Krankheit zu machen und ihn zu eigenen Problemlösungen anzuleiten [Meermann et al., 2008: 101].

Typische verhaltenstherapeutische Interventionen sind z.B. Psychoedukation, Rollenspiele, Training von sozialen Kompetenzen, kognitive Verfahren, Kommunikationstraining, Problemlösetraining, Biofeedback und Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation) [Meermann et al., 2008: 102].

Für einige Störungsbilder, wie etwa Agoraphobie, Panikstörung, Zwangsstörungen, Depressionen, Somatoforme Störungen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen, sind störungsspezifische Modelle vorhanden [Meermann et al., 2008: 102]. Es werden sowohl einzel-, als auch gruppentherapeutische Maßnahmen durchgeführt. Etwa zwölf psychosomatische Fach- bzw. Schwerpunktkliniken arbeiten derzeit in der Bundesrepublik Deutschland auf verhaltenstherapeutischer Basis.

Zu den Hauptindikationen für die Behandlung in einer verhaltenstherapeutisch-orientierten Klinik zählen multimorbide Patienten und psychisch erkrankte Personen mit starken sozialen Beeinträchtigungen. Eine stationäre Verhaltenstherapie ist ebenfalls angezeigt, wenn die Therapie die Herausnahme aus dem gewohnten sozialen Umfeld oder die Regelung von sozialmedizinischen Fragestellungen erfordert [Meermann et al., 2008: 102].

## 2.5.2 Psychodynamische Psychotherapie

Im Rahmen der Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren nach dem Psychotherapeutengesetz 1999 (PsychThG) wurde die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in die Kategorie der „psychoanalytisch begründeten Verfahren“ eingeordnet [Paar & Wiegand-Grefe, 2008: 95].

Eine Definition des Verfahrens der psychodynamischen Psychotherapie existiert seit dem Jahre 1967 und lässt sich folgendermaßen formulieren:

Die psychodynamischen Verfahren stellen Ableitungen von oder Modifikationen der psychoanalytischen Theorie dar. Konzepte des Unbewussten, der Konflikt- und Objektpsychologie, der Übertragung und Gegenübertragung werden berücksichtigt und in der Therapie unterschiedlich realisiert. [Paar & Wiegand-Grefe, 2008: 95]

Das Ziel dieser Therapierichtung liegt in der Herstellung eines Zusammenhangs zwischen den Symptomen des Patienten, seiner Biographie, den auslösenden Konflikten und den dysfunktionalen Beziehungsmustern durch den Therapeuten [Diagnostik, 2006: 32 f.].

Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen (enges Zeitfenster, geringe Behandlungsmotivation, etc.) in der psychosomatischen Rehabilitation liegt der Fokus in der Beschäftigung mit aktuellen intrapsychischen und interpersonalen Problemen bei gleichzeitiger Beachtung unbewusster Konflikte im biographischen Kontext.

Verglichen mit der psychoanalytischen Standardtherapie zeigt sich eine stärkere interpersonelle Ausrichtung und Symptomorientierung der angewandten Behandlungsmaßnahmen:

Die psychodynamische Betrachtungsweise geht davon aus, dass die Probleme und Symptome des Patienten auf Konflikte verweisen, die zwischen bewussten und unbewussten Persönlichkeitsanteilen bestehen. Sie nimmt an, dass diese Konflikte sich im Umgang mit entwicklungspsychologisch frühen wichtigen Bezugspersonen gebildet haben und in den aktuellen Symptomen, Konfliktthemen wie den maladaptiven interpersonellen Beziehungsmustern wirksam sind. [Paar & Wiegand-Grefe, 2008: 95 f.]

Vergleicht man nun die Grundgedanken der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie mit denen der psychodynamischen Psychotherapie, zeigt sich, dass erstere ihren Fokus auf das störungsspezifische Arbeiten mit Schwerpunkt auf der gegenwärtigen

Problem- und Symptomebene im Sinne einer Symptomspezifität legt. In der psychodynamischen Therapie hingegen steht ein intrapsychisch oder interpersonal fokussiertes Arbeiten am bewussten oder unbewussten Konflikt im Sinne einer Konfliktspezifität im Vordergrund [Wiegand-Grefe & Paar, 2008: 105].

### **2.5.3 Humanistische Psychotherapie**

Neben der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Therapie beschreibt die humanistische Psychotherapie eine dritten Therapierichtung [Eberwein, o. J.]. In ihrer Tradition steht die enge Verknüpfung mit der Philosophie, mittels derer die Bedeutung von Werten sowie der Sinn für das menschliche Leben akzentuiert wird [Mestel & Oppl, 2008: 135].

Die *Association for Humanistic Psychology* hat vier Thesen zur humanistischen Psychotherapie aufgestellt [Bühler & Allen, 1974: 7]:

1. Die erlebende Person steht im Zentrum der Betrachtung. Der Fokus liegt auf der subjektiven Erfahrung, während theoretische Erklärungen gegenüber dem inneren Erleben und der Wahrnehmung von Gefühlen nur sekundär sind.
2. Die Betonung liegt auf spezifischen, typisch menschlichen Eigenschaften, wie der Fähigkeit frei zu wählen und verantwortlich zu handeln, sowie der Kreativität und Selbstverwirklichung.
3. Forschungsmethoden und Fragestellungen werden sinnvoll gewählt, wobei die Objektivität durch die Sinnhaftigkeit ersetzt wird.
4. Das wichtigste Anliegen der humanistischen Psychotherapie ist die Bewahrung von Wert und Würde des Menschen. Zusätzlich wird die Entwicklung von immanenten Kräften und Fähigkeiten betont.

Die therapeutischen Verfahren sind gekennzeichnet durch ein „erlebensaktivierendes Vorgehen im Hier und Jetzt im Rahmen einer empathischen Beziehung“ [Mestel & Oppl, 2008: 136], welches als heilsam gilt. Die Ganzheitlichkeit der Therapie besteht in der Aktivierung von körperlichen, emotionalen und mentalen Erfahrungen. Der Therapeut urteilt und interpretiert wenig, während dem Patienten viel Raum geboten wird, individuelle Lösungen zu finden [Mestel & Oppl, 2008: 136].

Der Schwerpunkt dieses Behandlungskonzepts liegt in der Umgestaltung dysfunktionaler emotionaler Schemata durch neue, konkrete, emotional berichtigte Erfahrungen. Vollzogen wird diese Veränderung in den therapeutischen Sitzungen und in der therapeutischen Gemeinschaft, indem emotionale Muster erlebnisaktiviert und reorganisiert bzw. ergründet und neu bewertet werden. Zusätzlich wird an konkreten, problemspezifischen Aufgaben gearbeitet [Mestel & Oppl, 2008: 137].

Folgende Methoden werden beispielsweise angewendet [Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004: 493]:

- personenzentrierte Psychotherapie
- Gestalttherapie
- emotionsfokussierte Therapie
- Psychodrama
- Prozess-Erfahrungs-Ansatz
- Focusing
- körperorientierte Therapie

In den beiden psychosomatischen Rehabilitationskliniken, aus welchen die vorliegende Patientenpopulation stammt, bestimmt am stärksten die humanistische Methode die psychotherapeutische Praxis [Mestel & Oppl, 2008: 140]. Ihr Therapiekonzept liegt in einem integrativen Ansatz der Psychotherapie, welcher verschiedene Körpertherapien, kreative Therapien, Psychoedukation, Milieu- und Sozialtherapie mit weiteren Ansätzen verbindet. Die Therapie soll den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit umfassen. Dafür werden Einzel- und Gruppentherapien sowie Körperarbeit mit Fokus auf Atmung, Bewegung und Wahrnehmung angeboten. Meditation als spirituelles Element kommt eine besondere Bedeutung zu. Das zentrale Therapieelement bildet die Kerngruppe, welche eine Art Ersatzfamilie darstellt, wobei der Klinikalltag der Patientengemeinschaft das sogenannte soziale Lernfeld bildet [Böckem, 2009].

#### **2.5.4 Gegenüberstellung der psychotherapeutischen Verfahren**

Mitte der 1990er Jahre existierte eine Vierteilung der therapeutischen Orientierung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Diese vorhandene Gliederung wurde mittels der im Zusammenhang des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger entwickelten Taxonomie therapeutischer Verfahren festgestellt [U. Koch, Tiefensee, Kawski & Arentewicz, 2000].

Im Einzelnen sind dies:

- Kliniken mit psychodynamischem Schwerpunkt
- verhaltenstherapeutisch arbeitende Kliniken
- kombiniert psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch arbeitende Kliniken
- Restkategorie mit eher humanistischen Ansätzen

Kliniken mit psychodynamischem Schwerpunkt berücksichtigen in ihrer Behandlungsplanung auch verhaltensmodifizierende bzw. psychoedukative Elemente. Gearbeitet wird in analytisch begründeter Einzel- oder Gruppentherapie, wobei auch Spezialgruppen, in denen störungs- und symptom-spezifische Komponenten behandelt werden, zum Einsatz kommen. Sogenannte Core-Gruppen, in denen die therapeutische Gruppenarbeit organisiert ist, setzen sich aus Patienten mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen zusammen [Wiegand-Grefe & Paar, 2008: 107].

In verhaltenstherapeutischen Kliniken werden die Patienten zunächst in meist diagnostisch heterogene Basisgruppen eingeteilt. Je nach Diagnose wird die Behandlung um störungsspezifische Kurzgruppen ergänzt [Zielke, 1994: 356].

In Kliniken mit kombiniertem Schwerpunkt werden beide Behandlungsansätze berücksichtigt. Die störungsunspezifische Einzel- bzw. Gruppentherapie, in Basis- oder Core-Gruppen, wird um störungsspezifische Gruppen ergänzt.

Der Hauptunterschied von Kliniken verschiedener Behandlungsansätze liegt in dem Ausmaß bzw. der Gewichtung der symptom-spezifischen Therapie. In hauptsächlich psychodynamisch arbeitenden Kliniken wird der symptomorientierte Ansatz oft als Ergänzung angesehen, während vorrangig verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kliniken vor allem symptomorientiert und störungsspezifisch therapieren [Wiegand-Grefe

& Paar, 2008: 108]. Begründet liegt dies darin, dass sich die Behandlung in psychodynamischen Schwerpunktkliniken auf „die aktuelle Symptom- und Konfliktebene im Kontext der aktuellen Beziehungserfahrungen [...], die [...] vor dem Hintergrund der vergangenen Erfahrungen verstanden werden“ [Wiegand-Grefe & Paar, 2008: 108] bezieht. Hingegen will man in vornehmlich verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kliniken eine Verhaltensmodifikation erzielen, welche sich in einem Wandel der konkreten Symptom- und Problemebene zeigt [Wiegand-Grefe & Paar, 2008: 108].

Eine Verhaltenstherapie ist dann indiziert, wenn die symptomorientierte Überwindung der Störung und/oder die Bewältigung der Funktionseinschränkung im Fokus der Behandlung stehen. Eine psychodynamische Therapie sollte hingegen bevorzugt werden, wenn hauptsächlich Konflikte und Beziehungsprobleme die Funktionseinschränkung und Störung beeinflussen. Die Behandlungseffekte unterscheiden sich zwischen den beiden Methoden kaum, wie in der vergleichenden empirischen Forschung gezeigt werden konnte [Paar & Grohmann, 2008b: 57 f.]. Eine Metanalyse von 111 Studien zur Effektivität von humanistischen Therapieformen, durchgeführt von Elliott und Mitarbeiter, ergibt vergleichbare Therapieeffekte von Verhaltenstherapie und humanistischer Therapie [Elliott et al., 2004: 509].

Allerdings spielt die grundsätzliche differenzielle Indikation in der Rehabilitation keine größere Rolle; meist haben individuelle Erfahrungen mit den entsprechenden Einrichtungen aus dem privaten Umfeld mehr Gewicht [Rüddel, 2008: 267 f.].

### **2.5.5 Berufsbezogene Therapieangebote**

Ein primäres Ziel der psychosomatischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. die Prävention vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit. Psychosomatische Erkrankungen korrelieren oft mit beruflichen Problemen, was sich unter anderem aus geringeren beruflichen Bewältigungsressourcen psychosomatischer Patienten verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ableiten lässt [S. Koch & Hillert, 2008: 232]. Ein Hauptgrund für die Notwendigkeit von berufsbezogenen Interventionen ist das vermehrte Ausscheiden psychosomatischer Patienten aus dem Erwerbsleben [S. Koch, Hedlund, Rosenthal & Hillert, 2006]. Daher sollten berufsbezogene Therapieangebote Teil jeder Rehabilitationsbehandlung sein.

Es existieren verschiedene Modelle bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit: Die von Siegrist beschriebene *Gratifikationskrise* (s.a. Abschnitt 2.3 *Das Konzept Burnout*) erläutert eine Verbindung von hohem Arbeitseinsatz und fehlender Anerkennung (Bezahlung, beruflicher Status), welche letztlich sogar zu einem höheren Risiko für das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen kann, falls dieses Verhältnis nicht ausgeglichen ist [Siegrist, 1991].

Auch das von Karasek entwickelte *demand-control-model* (*Anforderungs-Kontroll-Modell*), welches die Entstehung von sogenannten *Stress-Jobs* (*high-strain jobs*) durch einen geringen Handlungsspielraum bei gleichzeitig hohen Arbeitsanforderungen erklärt, wird in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen gebracht [Theorell & Karasek, 1996].

Als Diagnostikum zur Unterscheidung von gesundheitsrelevanten Formen der Arbeitsbewältigung eignet sich der von Schaarschmidt und Fischer entwickelte Fragebogen *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM) [Schaarschmidt & Fischer, 2008], welcher unter Abschnitt 4.1 *Das Messinstrument AVEM* beschrieben wird.

Eine Schwierigkeit in der psychosomatischen Rehabilitation stellt die fehlende Übertragung der während der Behandlung erzielten Therapieerfolge auf die reale berufliche Situation nach dem stationären Aufenthalt dar [Bürger, 1997: 190 f.]. Daraus ergeben sich neue Konsequenzen für die stationäre Therapie, die unter Abschnitt 5.1 *Konzept einer berufsbezogenen Therapie* genauer ausgeführt werden sollen.

Indiziert sind berufsbezogene Behandlungsmaßnahmen insbesondere bei Patienten mit:

- drohender oder bereits eingetretener Arbeitslosigkeit,
- längeren Episoden von Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit,
- einem hohen beruflichen Belastungserleben und
- einer negativen Erwerbsprognose [S. Koch & Hillert, 2008: 233].

Derzeit werden ergänzend zur psychotherapeutischen Standardtherapie folgende berufsbezogene Behandlungsmaßnahmen durchgeführt [S. Koch & Hillert, 2008: 234]:

- sozialtherapeutische Beratung
- berufliche Belastungserprobungen (BE) bzw. Arbeitserprobungen
- berufsbezogene Gruppenkonzepte

Die sozialtherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie gehört zum Standardangebot der psychosomatischen Rehabilitationskliniken und wird von Diplom-Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern betreut [Czikkely & Limbacher, 1998]. Die Sozialtherapie gilt gemeinhin als „Hilfe zur Selbsthilfe“. Ergänzt wird sie oft durch Informationsveranstaltungen oder ein Bewerbungstraining, welches auch in einem Modul des verhaltenstherapeutisch fundierten berufsbezogenen Gruppentherapieprogramms „Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)“ [Hillert et al., 2007] enthalten ist. Allerdings beurteilen Patienten eine bloße sozialtherapeutische Behandlung oft als weniger hilfreich [S. Koch & Hillert, 2008: 234].

Ein anderes berufsbezogenes Therapieangebot stellen berufliche Belastungserprobungen (BE) dar, die unabhängig von der Diagnose parallel zur stationären Rehabilitationsbehandlung an externen Praktikumsplätzen durchgeführt werden. Diese sind vor allem bei Patienten mit erhöhter beruflicher Belastung und bedrohter Erwerbssituation indiziert. Meist erfahren berufliche Belastungserprobungen große Akzeptanz durch die Patienten [S. Koch & Hillert, 2008: 234 f.]. Eine signifikante Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der sozialkommunikativen Fähigkeiten wird mittels Selbst- und Fremdeinschätzung durch Vorgesetzte bestätigt [Hillert, Staedtke & Cuntz, 2002]. Allerdings gibt es bisher kaum gesicherte Standards hinsichtlich der Indikationsstellung, Dauer, Intensität und Art der Praktikumsstellen bzw. der Ein- und Ausschlusskriterien [S. Koch & Hillert, 2008: 234].

Berufsbezogene Therapiegruppen können alternativ oder zusätzlich zur beruflichen Belastungserprobung eingesetzt werden. Hinsichtlich der Akzeptanz durch die Patienten und der berufsbezogenen Behandlungszufriedenheit wird eine Aufwertung stationärer Rehabilitationskonzepte mittels mehrerer kontrollierter Evaluationsstudien nachgewiesen [S. Koch, Geissner & Hillert, 2007; S. Koch et al., 2006]. Durch die An-

wendung der verhaltenstherapeutisch fundierten berufsbezogenen Therapiegruppe „Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)“ [Hillert et al., 2007] werden bis 12 Monate nach Entlassung günstigere berufliche Prognosen als bei Patienten nach stationärer Standardtherapie beobachtet [S. Koch et al., 2007]. Ziel dieser Therapiegruppe ist es, das berufliche Belastungserleben zu verringern und die berufliche Reintegration zu fördern. Therapeutische Ausgangspunkte sind dabei die Reduktion gesundheitsgefährdender Bewältigung (z.B. Überengagement und Perfektionismus) sowie der Ausbau von Bewältigungsressourcen (z.B. Distanzierungsfähigkeit und Ausgleichsaktivitäten) [S. Koch & Hillert, 2008: 236].

Das von Bürger und Koch vorgeschlagene *Rahmenkonzept* [Bürger, 1999] gibt Impulse, inwieweit solche berufsbezogenen Behandlungseinheiten kombinierbar sind, um nicht nur eine ökonomische Tragbarkeit durch die Klinik, sondern auch eine ausreichende Behandlungsintensität für den Patienten zu gewährleisten. Ziel ist die Integration verschiedener berufsbezogener Behandlungsbausteine unter Miteinbeziehung mehrerer Abteilungen und Berufsgruppen einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik.

Das als Phasenmodell gestaltete Rahmenkonzept lässt sich in vier Abschnitte unterteilen:

1. Phase (*Diagnostik*): gezielte Indikationsstellung
2. Phase (*Training*): zunächst Teilnahme an einer Motivationsgruppe, danach an spezifischen Kompetenzgruppen (z.B. soziale Kompetenz, Stressbewältigung und Bewerbungstraining)
3. Phase (*Erprobung und Ausbau*): Umsetzung gelernter Strategien in internen und externen Belastungserprobungen
4. Phase (*Transfer*): Nachsorge mittels gegebenenfalls notwendigen weiterführenden Maßnahmen.

Folgende Behandlungsprinzipien gelten für eine berufsbezogene Therapie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation [S. Koch & Hillert, 2008: 237 f.]:

1. *Akzeptanz*: Rücksichtnahme auf das subjektive Erleben beruflicher Probleme des Patienten
2. *Therapeutisches Bündnis*: Schaffung einer tragfähigen therapeutischen Verbundenheit zwischen Patient und Behandler (besonders wichtig aufgrund der oft nach der Therapie erforderlichen Beurteilung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit)
3. *Individuelle Exploration*: spezifische Verhaltens- und Bedingungsanalyse aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Problemkonstellationen
4. *Multikausaler Ansatz*: Berücksichtigung von mehreren möglichen Ursachenbereichen bei der Erarbeitung von Erklärungs- und Veränderungsansätzen
5. *Zielorientierung*: Vereinbarung von individuellen, realitätsnahen und angemessen hohen Rehabilitationszielen für den stationären Aufenthalt wie auch für die Umsetzung im Arbeitsalltag danach
6. *Motivation*: Erarbeitung spezifischer Therapieziele und Informationsbereitstellung über die Bedeutung von erhaltener Erwerbsfähigkeit für die eigene psychosomatische Gesundheit; kein Erzwingen der Behandlung bei nicht motivierbaren Patienten
7. *Transfersicherung*: Berücksichtigung des sich häufig als schwierig erweisenden Transfers des während der stationären Behandlung Gelernten auf den Arbeitsalltag; Vorbeugung durch entsprechende Maßnahmen wie z.B. berufliche Belastungserprobungen, telefonische Nachbetreuung und „Booster Sessions“
8. *Kompetenzansatz*: Angebot von beruflichem Kompetenztraining (z.B. Stressbewältigung) mittels berufsbezogener Behandlungstherapien
9. *Interdisziplinarität*: Zusammenarbeit des ärztlichen, psychologischen, sozialpädagogischen und ergotherapeutischen Fachpersonals
10. *Forschungsbezug*: Förderung der Durchführung systematischer Katamnese-studien und deren Publikation durch die beteiligten Institutionen; Orientie-

rung der berufsbezogenen Angebote an den jeweiligen Patientenrückmeldungen und Bedarfsanalysen der spezifischen Zielgruppe.

Die Eingangsbefragung der Patienten zu ihrem arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster mittels des instrumentellen Diagnostikums AVEM sowie dessen nachfolgende Auswertung würde bereits die Prinzipien der Akzeptanz, der individuellen Exploration und des multikausalen Ansatzes erfüllen. Eine bei Bedarf nachfolgende berufsbezogene Gruppentherapie käme den Forderungen nach Zielorientierung, Motivation, Transfersicherung und Kompetenztraining nach. Auch der Forschungsbezug ist mit der Verwendung des AVEM gegeben.

### 3 Fragestellung und Hypothesen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, „Wie lassen sich verhaltenstherapeutische Therapien ergänzen, um Patienten spezifisch berufsbezogen auf ihren Arbeitsalltag vorzubereiten?“, wurden ausgewählte Ergebnisse einer repräsentativen Studie (*Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg* [Heitzmann, 2007]) zur Thematik *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* herangezogen.

Zu Beginn wurde eine Stichprobe aus zwei psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Bayern ausgewertet, welche Übereinstimmungen im durchschnittlichen Patientenalter, Frauenanteil, Anteil älterer Rehabilitanden und Familienstand mit der repräsentativen Studie aufweist. Aufgrund der ähnlichen Stichprobe der repräsentativen Studie [Heitzmann, 2007] kann angenommen werden, dass die AVEM-Ergebnisse der klinischen Stichprobe aus den zwei psychosomatischen Rehabilitationskliniken ähnlich wie die AVEM-Resultate der genannten Studie von Heitzmann ausfallen.

Die Studie *Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg* [Heitzmann, 2007] wurde als Längsschnittuntersuchung durchgeführt (Datenerhebung zu Rehabeginn, Rehaende und zur Katamnese nach einem Jahr). Diese Untersuchung basiert auf dem Anliegen der Ausrichtung von Diagnostik und Interventionsmaßnahmen auf individuelle Ressourcen zur angemessenen Anforderungsbewältigung sowie deren Stärkung. Die alleinige Identifizierung von Beeinträchtigungen und Beschwerden ist für die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht ausreichend.

Anhand der Studien-Ergebnisse können einerseits Aussagen zum Rehabilitationserfolg im Hinblick auf das arbeitsbezogene Bewältigungsverhalten ohne vorheriger spezifisch berufsbezogener Therapie getroffen werden. Andererseits ist ein Einblick in individuelle Persönlichkeitsmerkmale der Risikomuster-Vertreter in Rehakliniken möglich. Dies beinhaltet gesundheitliche Begleit- oder Folgeerkrankungen sowie indikations- und berufstypische AVEM-Tendenzen. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wird im Anschluss ein Konzept für eine verbesserte berufsbezogene Therapie in Rehabilitations-einrichtungen entwickelt, welche noch stärker als bisher existierende Therapien auf

die individuelle Persönlichkeit des Erkrankten eingeht. Gleichzeitig wird eine ökonomische Durchführbarkeit für die Kliniken angestrebt, indem Patienten gezielt nur an denjenigen Therapiesitzungen teilnehmen, in welchen individuelle AVEM-Defizite behandelt werden. Von dem vorgeschlagenen Konzept wird erwartet, positivere und zugleich längerfristig gültige AVEM-Ergebnisse als bisher zu erzielen und somit die arbeitsbezogene Bewältigungskompetenz zu steigern.

### 3.1 Verwendung des AVEM im klinischen Bezugsrahmen

Um den Fragebogen AVEM im klinischen Kontext gezielter einsetzen zu können und damit einen Beitrag zur gestellten Forschungsfrage zu leisten, stellen sich folgende Fragen:

Welche Auffälligkeiten der drei AVEM-Bereiche **Berufliches Engagement**, **Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen** und **Berufsbegleitende Emotionen** sind bei Rehabilitanden zu Rehabeginn vorzufinden?

Welche Interventionsschwerpunkte können aus diesen Ergebnissen entwickelt werden? [Heitzmann, 2007: 80 ff.]

A) Zur Beantwortung dieser Fragen wird zunächst die Reliabilität des AVEM untersucht. Dessen Zuverlässigkeit als Verfahren für berufsbezogene Fragestellungen im klinischen Kontext soll belegt werden.

**Hypothese 1.1:** Bezüglich des diagnostischen Potenzials des AVEM im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen wird erwartet, dass sich die Faktorenstruktur für die klinische Stichprobe replizieren lässt. Hinsichtlich der Einzelskalen wird mit akzeptablen Reliabilitäten gerechnet [Heitzmann, 2007: 80].

B) Anhand einer Symptomliste wird nun die Validität des AVEM bezüglich rehabilitationsbezogener Fragestellungen zunächst auf Musterebene geprüft [Heitzmann, 2007: 81]. Die mittels AVEM durchgeführte Musterunterscheidung ist von großer

gesundheitlicher Relevanz (s. dazu auch Abschnitt 4.1.2 *Validitätsnachweis im nicht-klinischen Kontext*), wie in einigen vorhergehenden Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben bereits gezeigt werden konnte [vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001: 33 ff.; Schaarschmidt & Fischer, 2008: 40 ff.]. Zum Beispiel liegen die günstigsten Werte für psychische und physische Beschwerden bei Vertretern des Musters G vor. Hingegen heben sich die Risikomuster A und B mit deutlich erhöhtem Beschwerdeniveau sichtlich von den anderen Mustertypen ab, wobei die Werte von Muster B noch einmal erheblich ungünstiger ausfallen als die von Muster A. Damit die inhaltliche Validität des Instruments gegeben ist, wird vorausgesetzt, dass sich musterspezifische Unterscheidungen in der Ausprägung gesundheitsrelevanter Charakteristika auch innerhalb der Rehabilitandenstichprobe zeigen [Heitzmann, 2007: 81].

Als Fragebogen zur Überprüfung der oben genannten Validität wurde die Symptomcheckliste von L. R. Derogatis [Franke, 1995] herangezogen. Die 90-Item-Liste von Derogatis (1977) wurde hier in seiner revidierten und übersetzten Form, der SCL-90-R angewandt. Erfragt wird die Stärke der psychischen Belastung durch körperliche und seelische Empfindungen bzw. Symptome innerhalb der letzten sieben Tage mittels 90 Items und einer fünfstufigen Antwortskala. Es existieren neun Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus [Glöckner-Rist, 2011]. Eine Relation zwischen AVEM-Mustertypen und der Ausprägung der Skalen wird erwartet [Heitzmann, 2007: 81].

**Hypothese 1.2:** Vermutet wird ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Symptomerleben, erfasst durch die Symptomcheckliste nach Derogatis, und gleichzeitigem Auftreten eines AVEM-Risikomusters [Heitzmann, 2007: 81].

**Hypothese 1.2.1:** AVEM-Muster-B-Vertreter zeigen ein noch höheres Symptomerleben, erfasst durch die Symptomcheckliste nach Derogatis, als AVEM-Muster-A-Vertreter [Heitzmann, 2007: 81].

**Hypothese 1.2.2:** Die günstigsten und damit geringsten Ausprägungen im Symptomerleben, erfasst durch die Symptomcheckliste nach Derogatis, werden für AVEM-Muster-G-Vertreter angenommen [Heitzmann, 2007: 81].

- C) Auch auf Skalenebene soll die Gültigkeit des AVEM für den Bereich der Rehabilitation belegt werden. Dieser Untersuchung liegt ebenfalls der Nachweis eines deutlichen Zusammenhangs von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern mit gesundheitsrelevanten Merkmalen auf der Stufe der einzelnen AVEM-Skalen zugrunde. Dafür wurden Korrelationen mit verschiedenen Fragebögen errechnet [Heitzmann, 2007: 82], wobei für die vorliegende Abhandlung aufgrund der unterschiedlich gewählten Patientenstichproben wiederum die Wechselbeziehungen zwischen der Symptomcheckliste nach Derogatis und den AVEM-Skalen von Interesse sind.

**Hypothese 1.3:** Es werden sinnvolle Korrelationen zwischen AVEM und Skalen der Symptomcheckliste nach Derogatis angenommen, welche den Validitätsanspruch der elf Einzeldimensionen des AVEM untermauern [Heitzmann, 2007: 82].

**Hypothese 1.3.1:** Für Zusammenhänge von Skalen der Symptomcheckliste nach Derogatis mit AVEM-Dimensionen, welche charakteristische Aspekte des AVEM-Bereichs **Berufliche Widerstandskraft** innehaben, sind größere Ausprägungen zu erwarten, als mit AVEM-Dimensionen, die dem Bereich des **Beruflichen Engagements** angehören [Heitzmann, 2007: 82].

**Hypothese 1.3.2:** Für Zusammenhänge von Skalen der Symptomcheckliste nach Derogatis mit AVEM-Dimensionen, welche charakteristische Aspekte des AVEM-Bereichs **Berufsbegleitende Emotionen** innehaben, sind größere Ausprägungen zu erwarten, als mit AVEM-Dimensionen, die dem Bereich des **Beruflichen Engagements** angehören [Heitzmann, 2007: 82].

D) Im Anschluss soll der Nachweis erfolgen, dass mittels des AVEMs die Notwendigkeit von berufsbezogenen Rehabilitationsinhalten aufgezeigt werden kann. Infolge dessen könnten aus den AVEM-Ergebnissen ressourcenorientierte Schwerpunkte der Rehabilitationsbehandlung in den AVEM-Bereichen **Arbeitsengagement**, **Widerstandskraft** und **Emotionen** entwickelt werden.

**Hypothese 1.4:** Es wird eine durchgängig erheblich ungünstigere Verteilung der AVEM-Muster sowie der einzelnen AVEM-Skalen innerhalb der Rehabilitandenstichprobe verglichen mit der nicht-klinischen Stichproben erwartet [Heitzmann, 2007: 83].

**Hypothese 1.4.1:** Die Muster betreffend zeigen sich die ungünstigeren AVEM-Ergebnisse innerhalb der Rehabilitandenstichprobe verglichen mit der nicht-klinischen Stichprobe zum einen an einem größeren Risikomusteranteil und zum anderen an einem geringeren G-Muster-Anteil der klinischen Studienteilnehmer [Heitzmann, 2007: 83].

**Hypothese 1.4.2:** Bezüglich der AVEM-Skalen werden bei den Rehabilitanden vor allem in den AVEM-Bereichen **Widerstandskraft** und **Emotionen** niedrige Werte vermutet [Heitzmann, 2007: 83].

### 3.2 Berufs- und Persönlichkeitsspezifik des Rehabilitationsbedarfs

Die mögliche Berufs- und/oder Persönlichkeitsspezifik von Patienten, welche AVEM-Risikogruppen angehören, ist bedeutsam für denkbare Interventionsschwerpunkte während der Rehabilitation und wird mittels der nachstehenden Fragen untersucht:

Korreliert ein erhöhtes bzw. spezifisches Erkrankungsrisiko mit der Ausübung eines bestimmten Berufsbildes? Falls ja, existiert dadurch ein spezifischer Interventionsbedarf?

Die alternative Vermutung lautet: Die Berufswahl ist die Konsequenz aus individuellen Variablen, welche persönlichem Beeinträchtigungserleben und damit der Entstehung bestimmter Erkrankungen Vorschub leisten. Dadurch könnte sich eine mögliche Be-

rufs- und Persönlichkeitsspezifisch der Indikationsstellung ergeben: Heben sich innerhalb der Rehabilitationsstichprobe Berufsgruppen bzw. Indikationsbereiche bezüglich der AVEM-Musterverteilung voneinander ab [Heitzmann, 2007: 83 ff.]?

Zur Klärung dieser Fragen wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

A)

**Hypothese 2.1.1:** Im Berufsvergleich der klinischen Stichprobe sind berufstypische AVEM-Tendenzen zu erwarten, allerdings mit weniger starken Ausprägungen der Verteilungsunterschiede als im nicht-klinischen Bezugsrahmen [Heitzmann, 2007: 84].

**Hypothese 2.1.2:** Da bei den untersuchten Patienten in der klinischen Stichprobe eine Übertretung des Schwellenwertes bezüglich gesundheitlicher Gefährdung bereits eingetreten ist, wird voraussichtlich in jeder Berufsgruppe ein beträchtlicher Anteil an Risikomustern vorliegen [Heitzmann, 2007: 84].

B)

**Hypothese 2.2:** In Bezug auf die Relation von Persönlichkeit und Erkrankungsspezifität [vgl. z.B. Friedman & Rosenman, 1974] ist anzunehmen, dass sich in Abhängigkeit von der Indikationsstellung voneinander abweichende Musterverteilungen zeigen. Hinsichtlich der Gruppe der psychosomatischen Patienten bedeutet dies, dass in dieser Teilstichprobe das Risikomuster B am häufigsten auftreten wird [Heitzmann, 2007: 84 f.].

### 3.3 Rehabilitationserfolg in Bezug auf das berufliche Bewältigungsverhalten

Der dritte Hypothesenblock beschäftigt sich mit dem tatsächlichen Rehabilitationserfolg bezüglich des arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben bzw. der Nachhaltigkeit möglicher positiver Therapieergebnisse. Folgende Fragen veranschaulichen die diesbezüglichen Annahmen:

Wird durch einen Rehabilitationsaufenthalt tatsächlich die berufliche Belastbarkeit wiederhergestellt bzw. erhalten, welches als eines der Ziele der stationären Rehabilitation gilt? Und: Falls Erfolge vorliegen, erweisen sich diese als nachhaltig [Heitzmann, 2007: 86 ff.]?

Zur Klärung dieser Fragen wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

A)

**Hypothese 3.1.1:** Es wird erwartet, dass der Nachweis von kurzfristigen Erfolgen (definiert durch einen Rückgang des Symptomerlebens und eine Steigerung des Wohlbefindens) beim Vergleich von Behandlungsbeginn und Behandlungsende erbracht werden kann [Heitzmann, 2007: 86].

**Hypothese 3.1.2:** Längerfristig gesehen wird damit gerechnet, dass die zur Entlassung gemessenen Effekte im Zeitraum eines Jahres zur Katamnese deutlich abnehmen [Heitzmann, 2007: 86 f.].

B) Während ein Teil der Patienten die Behandlung eher passiv über sich ergehen lassen und keine Initiative ergreifen wird, am persönlichen Befinden etwas zu verändern, werden sich andere Patienten aktiv um die Verbesserung ihres Zustandes und folglich einen Zugewinn an Bewältigungskompetenzen bemühen. Die Nachhaltigkeit berufsbezogener Behandlungseffekte soll nun anhand von Zunahmen des G-Musteranteils bzw. Abnahmen des B-Musteranteils im Katamnesezeitraum ermittelt werden. Als Behandlungserfolg wird die Zunahme des G-Anteils oder die Ab-

nahme des B-Anteils einer Person festgelegt. Fernerhin wird auch die Zunahme eines A- oder S-Anteils als Erfolg gewertet, wenn sie mit einer Abnahme des B-Anteils einhergeht. Begründet wird dies mit einer erhöhten Aktivitätskomponente des A-Musters respektive einer erhöhten Widerstandskraft des S-Musters, wodurch beide Mustertypen eine bessere Ausgangslage für positive Veränderungen bereitstellen als das B-Muster [Heitzmann, 2007: 87 f.].

**Hypothese 3.2:** Es ist anzunehmen, dass sich bezüglich der individuell vollzogenen Veränderungen der Rehabilitanden während der Therapie Unterschiede abzeichnen. Je nach Mustertyp sind unterschiedliche Entwicklungsprozesse zu erwarten [Heitzmann, 2007: 87].

C) Die erhaltene oder wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit eines Patienten wird als besonders wichtiges Erfolgskriterium von Rehabilitationsmaßnahmen erachtet. Die subjektive Selbsteinschätzung der Patienten wird dabei vermutlich stark voneinander abweichen, abhängig von dem Ausmaß, in dem sie ihr persönliches Engagement und ihre berufliche Widerstandsfähigkeit erleben. Diese unterschiedliche Selbstbeurteilung offenbart sich auf Musterebene.

**Hypothese 3.3:** Es wird angenommen, dass eine positive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit häufiger bei Angehörigen des Muster G (großes Engagement und hohe Handlungsbereitschaft), S (wenig Engagement bei hoher Widerstandsfähigkeit) und A (hohe Motivation, jedoch ohne ausreichende Widerstandskraft) auftreten wird, als bei Vertretern des Muster B (kaum Motivation und keine Widerstandsfähigkeit) [Heitzmann, 2007: 88 f.].

## 4 Material und Methoden

Für diese Arbeit wurden Routinedaten von etwa 2700 Patienten aus zwei hauptsächlich psychosomatisch ausgerichteten Einrichtungen analysiert. Aus den Routinedaten konnten neben den soziodemographischen Daten (s. Abschnitt 4.4.1 *Beschreibung der klinischen Stichprobe*) die ICD-10-Diagnosen erhoben werden: Bei knapp 2500 Patienten aus der Stichprobe wurde F32 „Depressive Episode“, F33 „Rezidivierende depressive Störung“ bzw. F34 „Anhaltende affektive Störungen“ als Erst-, Zweit- oder Dritt-diagnose gestellt. Bei der Analyse wurden außerdem die jeweilige Komorbidität des Patienten sowie hilfreiche ICD-10-Diagnosen, die auf psychosomatische Folgeerkrankungen von Burnout hindeuten, berücksichtigt. Eine Verwendung der Ergebnisse des AVEM-Fragebogens aus den beiden psychosomatischen Kliniken war für diese Arbeit aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Bei den AVEM-Daten aus der ausgewählten Studie handelt es sich um Routinedaten, welche durch viele Kliniken erhoben werden.

Aufgrund der Ähnlichkeit zu der repräsentativen Stichprobe [Heitzmann, 2007] (s. Abschnitte 4.4.2 *Beschreibung der Stichprobe der repräsentativen Studie zur Thematik Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* und 4.4.3 *Vergleich der Stichproben*) konnte hier von der gleichen Problematik bezüglich der Ergebnisse des arbeitsbezogenen Bewältigungsverhaltens ausgegangen werden. Darauf basierend wird eine im klinischen Alltag umsetzbare Therapieergänzung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ausgearbeitet.

### 4.1 Das Messinstrument AVEM

Der Fragebogen AVEM gliedert sich in elf Dimensionen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens. Die miteinbezogenen Merkmale spiegeln wichtige Seiten der Einstellung und des seelischen Zustandes bezüglich der Arbeit und damit verknüpfter Bereiche wider.

In Tabelle 1 werden die AVEM-Dimensionen erläutert und jeweils ein Beispielitem angeführt:

**Tabelle 1: Die elf Dimensionen des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters (AVEM) [Schaarschmidt, 2006: 62 f.]**

<b>Dimension</b>	<b>Inhalt mit Beispielitem</b>
1. <i>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (BA)</i>	Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben Beispielitem: <i>Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.</i>
2. <i>Beruflicher Ehrgeiz (BE)</i>	Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf Beispielitem: <i>Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.</i>
3. <i>Verausgabebereitschaft (VB)</i>	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen Beispielitem: <i>Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.</i>
4. <i>Perfektionsstreben (PS)</i>	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung Beispielitem: <i>Was immer ich tue, es muss perfekt sein.</i>
5. <i>Distanzierungsfähigkeit (DF)</i>	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit Beispielitem: <i>Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.</i>
6. <i>Resignationstendenz bei Misserfolgen (RT)</i>	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben Beispielitem: <i>Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.</i>
7. <i>Offensive Problembewältigung (OP)</i>	Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen Beispielitem: <i>Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.</i>
8. <i>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (IR)</i>	Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts

	Beispielitem: <i>Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.</i>
9. Erfolgserleben im Beruf (EE)	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten Beispielitem: <i>Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.</i>
10. Lebenszufriedenheit (LZ)	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation Beispielitem: <i>Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.</i>
11. Erleben sozialer Unterstützung (SU)	Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit Beispielitem: <i>Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.</i>

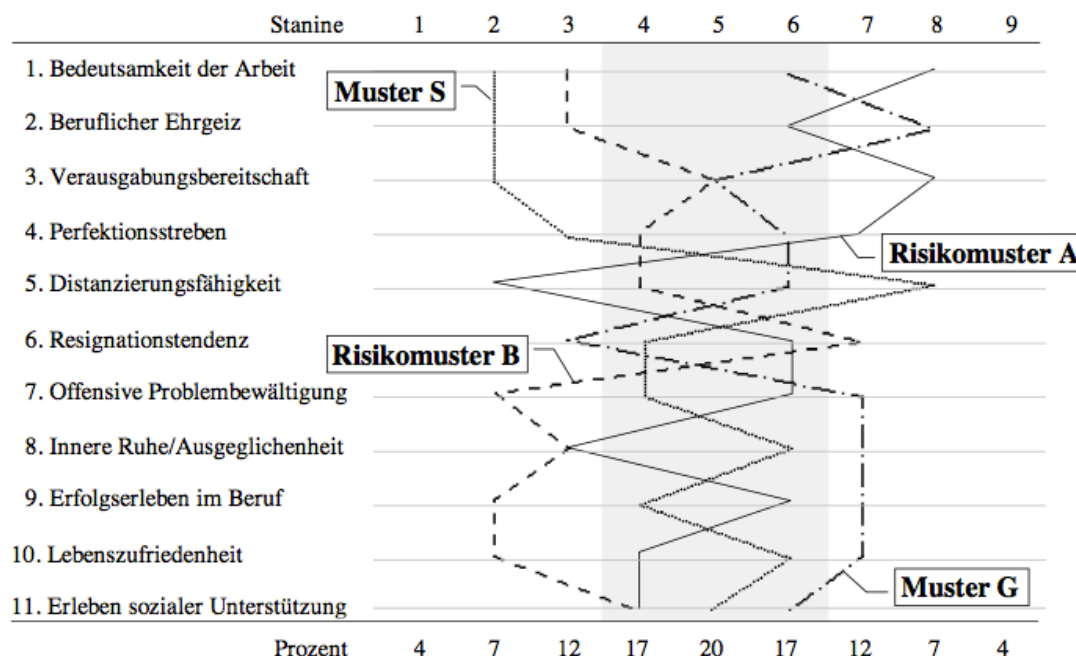
Diese elf Dimensionen können zu drei inhaltlichen Bereichen zusammengefasst werden: dem Bereich des **Beruflichen Engagements**, dem Bereich der **Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen** und dem Bereich der **Berufsbegleitenden Emotionen**.

Zum **Beruflichen Engagement** gehören die Dimensionen 1 bis 5, d.h. die *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*, der *Berufliche Ehrgeiz*, die *Verausgabebereitschaft*, das *Perfektionsstreben* und die *Distanzierungsfähigkeit*.

Die *Distanzierungsfähigkeit* ist auch gleichzeitig Bestandteil des zweiten Bereiches, der **erlebten Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen** (Dimensionen 5 – 8). Zu diesem Bereich zählen außerdem die *Resignationstendenz bei Misserfolgen*, die *Offensive Problembewältigung* und die *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*.

Dem dritten Bereich, dem der **Berufsbegleitenden Emotionen** (Dimensionen 9 – 11), werden die Dimensionen *Erfolgserleben im Beruf*, die *Lebenszufriedenheit* und das *Erleben sozialer Unterstützung* zugeordnet [Schaarschmidt, 2006: 63].

**Vier Muster arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster** können nun cluster-analytisch bestimmt werden, welche nachfolgend näher erläutert werden sollen [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 12 f.]:



**Abbildung 1: Die vier Mustertypen des AVEM**

Ergänzung des Autors: „(Muster G: Strich-Punkt-Linie, Muster S: gepunktete Linie, Muster A: dünne durchgezogene Linie, Muster B: gestrichelte Linie). Die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1–9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt. Aus der unteren Zeile ist zu ersehen, mit welcher prozentualen Häufigkeit die jeweiligen Skalenwerte in der Normstichprobe vorkommen.“ [Quelle: Schaarschmidt, 2006: 65]

### Muster G

Muster G steht für **G**esundheit, d.h. Vertreter dieses Musters besitzen ein gesundheitsförderliches Verhältnis zu ihrer Arbeit.

Im Bereich des beruflichen Engagements finden sich auffällig hohe, aber keine exzessiven Ausprägungen mit den höchsten Werten in der Dimension *Beruflicher Ehrgeiz*. In den Dimensionen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Verausgabebereitschaft* und *Perfektionsstreben* werden etwas erhöhte bis mittlere Werte erreicht. Bedeutend für dieses Muster ist die trotz hohem Arbeitsengagement erhaltene *Distanzierungsfähigkeit*.

Das Muster G weist auch im Bereich der Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen zusätzlich zur Distanzierungsfähigkeit vorteilhafte Werte auf: Die *Resignationstendenz* ist gering ausgeprägt, die *Offensive Problembewältigung* und die *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* verfügen über hohe Werte.

Auch im Bereich der berufsbegleitenden Emotionen finden sich durchwegs hohe Ausprägungen.

Somit ist das Muster G insgesamt gekennzeichnet durch eine gesundheitsförderliche Balance zwischen einem hohen (aber nicht exzessivem) Engagement, einer ausgeprägten Belastbarkeit, Zufriedenheit sowie Wohlbefinden.

## **Muster S**

Mustervertreter des Musters S zeigen ein Schonungsverhalten bezüglich des Berufslebens.

Im Bereich des Arbeitsengagements weisen die Dimensionen *Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Verausgabebereitschaft* und *Perfektionsstreben* ausnahmslos geringe Werte auf. Allerdings ist die *Distanzierungsfähigkeit* bei Muster-S-Typen sehr ausgeprägt.

Das reduzierte berufliche Engagement ist allerdings kein Ausdruck einer resignativen Haltung des S-Musters, wie sich durch niedrige Werte in der *Resignationstendenz* aufzeigen lässt. Dazu kommt eine relativ hohe Ausprägung von *Innere Ruhe und Zufriedenheit*. Insgesamt ist damit eine stabile Widerstandsfähigkeit bezüglich der Arbeit gegeben.

Zusätzlich verfügt dieser Mustertyp über ein positives Lebensgefühl als Konsequenz einer relativ hohen *Lebenszufriedenheit*. Dies lässt sich allerdings eher durch außerberufliche Tätigkeiten erklären, betrachtet man die niedrigen Werte im *Beruflichen Erfolgserleben*.

Von Interesse ist das Muster S weniger unter dem Gesundheits-, sondern vor allem unter dem Motivationsaspekt. Ein Arbeitnehmer, der kein Interesse am beruflichen Weiterkommen hat, wird häufig auch weniger leisten. Kollabiert nun der Bereich der Emotionen, etwa durch eine missglückte Beziehung, vollzieht sich schnell ein Übergang

zum Risikomuster B (s.u.). Bei defizitären Arbeitsbedingungen kann das Muster S eventuell auch eine Schutzfunktion für den Berufstätigen darstellen.

## **Risikomuster A**

Im Vergleich mit den anderen Mustern zeigen Vertreter des Risikomusters A eine (zu) hohe **Anstrengung**.

Hier findet man die stärksten Ausprägungen in der *Bedeutsamkeit der Arbeit* und im *Perfektionsstreben*. Ihre *Verausgabebereitschaft* ist immens. Die Kombination mit einer kaum vorhandenen *Distanzierungsfähigkeit* charakterisiert die Problematik dieses Musters: Ein Abstand zu beruflichen Inhalten ist kaum oder gar nicht vorhanden.

Das überhöhte Engagement geht einher mit einer verminderten Widerstandskraft: Muster-A-Typen zeigen wenig *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*, resignieren aber relativ schnell, wenn ein Problem auftritt.

Begleitet wird dieser Zustand von eher negativen Emotionen mit relativ geringer Ausprägung in der *Lebenszufriedenheit* und kaum *Sozialer Unterstützung*.

Schlussendlich findet die hohe Anstrengung keine positive emotionale Entsprechung. Dies entspricht einer *Gratifikationskrise* [Siegrist, 1991] (s. Abschnitt 2.5.5 *Berufsbezogene Therapieangebote*).

Ein enger Bezug besteht auch zum *Typ-A-Verhaltenskonzept* [Friedman & Rosenman, 1974: 82 ff.], an welchem sich die Namensgebung des Risikomusters A orientiert. Dieses Verhaltenskonzept postuliert einen Zusammenhang zwischen koronarer Herzkrankheit und einem Verhaltensmuster, welches gekennzeichnet ist durch ein ständiges Gefühl von Zeitdruck, übermäßigem Wettbewerbsverhalten, Ruhelosigkeit, aggressiver Stimmung und der Unfähigkeit, zu entspannen. Allerdings ist im Muster A nicht nur wie im ursprünglichen Konzept das Verhaltensmuster des „Workaholics“ enthalten; die hier auftretende Kombination mit einer eingeschränkten Widerstandskraft und negativen Emotionen ist entscheidend für das erhöhte Risiko von Erkrankungen.

## Risikomuster B

Das Risikomuster B ist gekennzeichnet durch geringe Werte im Bereich des Arbeitsengagements, vor allem in der *Bedeutsamkeit der Arbeit* und im *Beruflichen Ehrgeiz*. Diese Merkmale werden auch beim Schonungsmuster S beobachtet. Der bedeutendste Unterschied zum Muster S ist die verminderte Distanzierungsfähigkeit von Risikomuster-B-Vertretern.

Im Bereich der Widerstandsfähigkeit liegen besonders kritische Werte vor mit der höchsten Ausprägung aller Muster hinsichtlich der *Resignationstendenz* und den geringsten Ausprägungen bezüglich der *Offensiven Problembewältigung* und der *Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit*.

Darüber hinaus werden im Bereich der berufsbegleitenden Emotionen ausnahmslos niedrige Werte vorgefunden.

Damit stellt sich der typische Risikomuster-B-Typ als resigniert, erschöpft, wenig widerstandsfähig und unzufrieden dar. Laut Freudenberg [Freudenberg, 1974] machen diese Eigenschaften das Wesentliche des **Burnout**-Syndroms aus (s. dazu auch Abschnitt 2.3 *Das Konzept Burnout*). Burnout weist einen prozesshaften Verlauf mit einer Steigerung seiner Symptome auf. Gleichzeitig nimmt deren Diversität zu. In einem deutlich ausgeprägten Risikomuster B entsprechen die Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten den Symptomen eines fortgeschrittenen Burnout-Stadiums.

### 4.1.1 Die Muster und Burnout

Schaarschmidt [Schaarschmidt, 2012] geht davon aus, dass eine sich verschärfende Gratifikationskrise, also die Diskrepanz zwischen investierter Arbeit und ausbleibender Wertschätzung, der Schlüsselreiz für die Entwicklung von Burnout ist.

Er vertritt den Standpunkt, dass „Ausbrennen“ über „Brennen“ geführt haben muss. Dies bedeutet, dass nur derjenige, der einmal für seine Arbeit „gebrannt“ hat, das heißt, sich mit hohen Erwartungen für etwas engagiert hat, auch im Sinne von Burnout „ausbrennen“ kann. Jene differentialdiagnostische Auffassung ist sowohl für die Prävention, wie auch für die Behandlung von Burnout von Bedeutung. Die Reaktivierung

von Energien sowie die Förderung von Initiative und Eigenaktivität der Betroffenen sind eher realisierbar bei Personen, die einst „entflammt“ waren.

Schaarschmidt [Schaarschmidt, 2012] möchte der Diagnostik dieser Erkrankung besser gerecht werden, indem nicht nur die momentanen Krankheitssymptome beurteilt werden, sondern Burnout auch im Kontext komplexerer arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster betrachtet wird. Die Möglichkeit besteht, dass sich zum einen persönliche Ressourcen zur Belastungsbewältigung in den Mustern widerspiegeln und sich zum anderen individuelle Denk- und Verarbeitungsweisen sowie Reaktionstendenzen offenbaren, die für die Entstehung von Burnout bedeutsam sind.

Insbesondere die Risikomuster A und B des unter den genannten Gesichtspunkten entwickelten diagnostischen Instruments AVEM sind für die Burnout-Diagnostik relevant. Während Muster A durch die Charakterisierung „hohe Anstrengung – keine positive emotionale Entsprechung“ ein Gesundheitsrisiko darstellt und maßgeblich Einfluss auf die Burnout-Entwicklung hat, beinhaltet Muster B bereits die wesentlichen Merkmale der Erkrankung selbst: Resignation, Motivationsdefizit, reduzierte Widerstandsfähigkeit gegenüber Beanspruchungen und negative Emotionen.

Allerdings wird das Auftreten des Risikomusters B nicht gleichgestellt mit Burnout. Nur falls ein Musterwechsel von Risikomuster A zu Risikomuster B auftritt, kann von Burnout gesprochen werden. Dies entspricht dem Übergang von „Brennen“ zu „Ausgebranntsein“. Nicht immer muss sich der Musterwechsel in dieser Weise vollziehen. Eine Person kann vielmehr ihr ganzes Arbeitsleben lang ein Muster-A-Typ bleiben (meist mit sich verstärkenden körperlich-funktionellen Leiden). Auch ein Wechsel zum Gesundheitsmuster G ist im günstigsten Falle möglich, obgleich hier meist gezielte gesundheitsförderliche Maßnahmen vonnöten sind. Der Weg vom Schonungsmuster S zum Risikomuster B vollzieht sich ebenfalls häufig, wobei auch in diesem Fall nicht von einem vorliegenden Burnout-Fall gesprochen werden kann [Schaarschmidt, 2012].

Oft ist keine eindeutige Musterzuordnung (entspricht einer vollen Musterausprägung) möglich. Meist tritt der Fall auf, dass ein Muster vorherrscht bzw. sich zwei Muster zu etwa gleichen Teilen finden.

Es werden fünf Stufen der Musterausprägung unterschieden:

- Erste Stufe: volle Ausprägung (uneingeschränkte Gültigkeit der o.g. Musterbeschreibung)
- Zweite Stufe: akzentuierte Ausprägung (klare Musterzugehörigkeit, nur geringfügige Abweichungen von o.g. Musterbeschreibung)
- Dritte Stufe: tendenzielle Ausprägung (vorherrschende Charakteristik eines Musters, aber Merkmale anderer Muster ebenfalls nachweisbar)
- Vierte Stufe: Musterkombination (Merkmale zweier Muster im Vordergrund)
- Fünfte Stufe: nicht zuordenbar (in Ausnahmefällen keine Musterauswertung möglich, da kein Muster im Vordergrund steht)

Am häufigsten tritt der Fall der akzentuierten Ausprägung auf [Schaarschmidt & Fischer, 2008].

#### **4.1.2 Validitätsnachweis im nicht-klinischen Kontext**

Für das Verfahren wurden von Schaarschmidt [Schaarschmidt & Fischer, 2008] mehrere Validitätsnachweise erbracht: Die Items besitzen fast durchgängig eine hohe Trennschärfe mit Werten zwischen .48 bis .79 [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 24]. Mittels Faktorenanalyse wurde eine klare, inhaltlich gut begründbare Struktur ausgewiesen. Cluster- und Diskriminanzanalysen erbrachten Ergebnisse, die eine zuverlässige Musterdifferenzierung ermöglichten. Außerdem wurden eine hohe innere Konsistenz des Verfahrens sowie eine Veränderungssensibilität der abgeleiteten Skalen und Muster nachgewiesen. Die Ergebnisse der Faktoren- und Clusteranalyse konnten an weiteren Stichproben repliziert werden.

Bei der kriterienbezogenen Validierung setzte man zwei Schwerpunkte: Zum einen wurden die Beziehungen auf Skalenebene unter Berücksichtigung von inhaltlich verwandten Merkmalen aus anderen Persönlichkeitsverfahren betrachtet, zum anderen wurde die Gesundheitsrelevanz der Muster mittels Prüfung auf Musterebene belegt.

Bei der Untersuchung auf Skalenebene wurden ausgewählte Skalen anderer Fragebögen (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R [Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989], Maslach Burnout Inventory MBI [Maslach & Jackson, 1986], Berliner Verfahren zur

Neurosendiagnostik BVND [Hänsgen, 1985], Stressverarbeitungsfragebogen SVF [Janke, Erdmann & Boucsein, 1985] und Big-Five-Adjektivliste [Henss, 1998]) verwendet. Signifikante Korrelationen ( $p < .05$ ) der AVEM-Skalen mit verwandten Merkmalen fand man bei den Skalen 1 – 5 (Arbeitsengagement) mit einbezogenen Merkmalen der Leistungsmotivation, bei den Skalen 6 – 8 (Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen) mit Merkmalen der Stressverarbeitung, welche die emotionale Stabilität und das Belastungserleben wiedergeben, sowie bei den Skalen 9 – 11 (Lebensgefühl) mit Merkmalen der Lebenszufriedenheit, der Grundstimmung und der Befindlichkeit [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 37 f.].

Unter dem Aspekt der Gesundheitsrelevanz der Muster wurden u.a. Zusammenhänge mit Befindensbeeinträchtigungen, Erholungserleben, dem Typ-A-Verhalten und dem Burnout-Syndrom untersucht.

Wie erwartet, waren Vertreter des Musters G am wenigsten im physischen und psychischen Befinden beeinträchtigt, während Muster A und Muster B die höchsten Werte aufwiesen. Dabei lag bei letzterem das psychische Beschwerdeniveau sogar noch höher als bei Muster A [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 40].

Im Erholungserleben, welches als wichtiger Gesundheitsindikator erachtet wird, fand man, wie angenommen, bei Muster G die geringsten Werte in den Belastungs- und die höchsten in den Erholungsmerkmalen vor. Das umgekehrte Bild zeigte sich bei den Mustern A und B, wobei wiederum Muster B noch ungünstigere Werte aufwies als Muster A [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 44].

Auch beim Typ-A-Verhalten konnte Schaarschmidts Annahme bestätigt werden [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 46 f.]: Merkmale der Typ-A-Phänomenologie wie übersteigertes Engagement, Unfähigkeit zur Erholung und Entspannung, Ruhelosigkeit und konkurrierender Ehrgeiz (s. auch Beschreibung von Muster A) zeichneten sich deutlich im Muster A des AVEM ab. Vor allem in der Erholungsunfähigkeit sowie im Dominanzstreben (entspricht dem konkurrierenden Ehrgeiz) unterschied sich dieses Muster deutlich von den anderen. Dabei kommt dem Erholungserleben eine besondere Bedeutung zu, wird es doch als der „wichtigste Prädiktor für erhöhte sympathikotone Aktivierungszustände und gestörte Rehabilitationsverläufe bei kardiovaskulären Erkrankungen“ [Richter, Hille & Rudolf, 1999] betrachtet.

Bezogen auf die Relation von Muster B mit dem Burnout-Syndrom wurde schließlich geprüft, in wie weit sich das Burnout-Erleben in diesem Muster abbildet. Wiederum entspricht das sich ergebende Bild den Erwartungen: Muster B sticht deutlich durch eine stärkere emotionale Erschöpfung, eine niedrigere Motivation, einen höheren Grad der Unzufriedenheit und eine verstärkte Aversion gegenüber anvertrauten Personen heraus. Die Distanzierungsfähigkeit, sprich die Unfähigkeit zum Abschirmen, ist bei Muster A entsprechend der Mustercharakterisierung noch stärker ausgeprägt [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 48].

## **4.2 Datenerhebung und Messungen**

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Therapie haben zwei psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen in Bayern Patientendaten im Zeitraum von Januar 2007 bis Januar 2013 zum Zwecke einer Längsschnittstudie erhoben.

Die Studie *Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg* [Heitzmann, 2007] bezieht drei Erhebungszeitpunkte (Therapiebeginn, Therapieende und Katamnese nach zwölf Monaten) mit ein. Den Patienten wurden zur Wahrung der Anonymität ein sechstelliger Zahlencode zugeteilt, welcher gleichzeitig eine spätere Zuordnung bei Wiederholungsmessungen zuließ, um Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten feststellen zu können [Heitzmann, 2007: 90].

## **4.3 Verwendete Software zur Datenanalyse**

Die für die Erfassung der Primärdaten in den Rehabilitationseinrichtungen eingesetzten Softwaresysteme sind nicht bekannt. Studiendaten wurden in Form von Excel Dateien zur Verfügung gestellt. Die Datenanalyse erfolgte mittels der Statistik-Software IBM SPSS Statistics Version 21 für Max OS X.

## 4.4 Stichproben

### 4.4.1 Beschreibung der klinischen Stichprobe

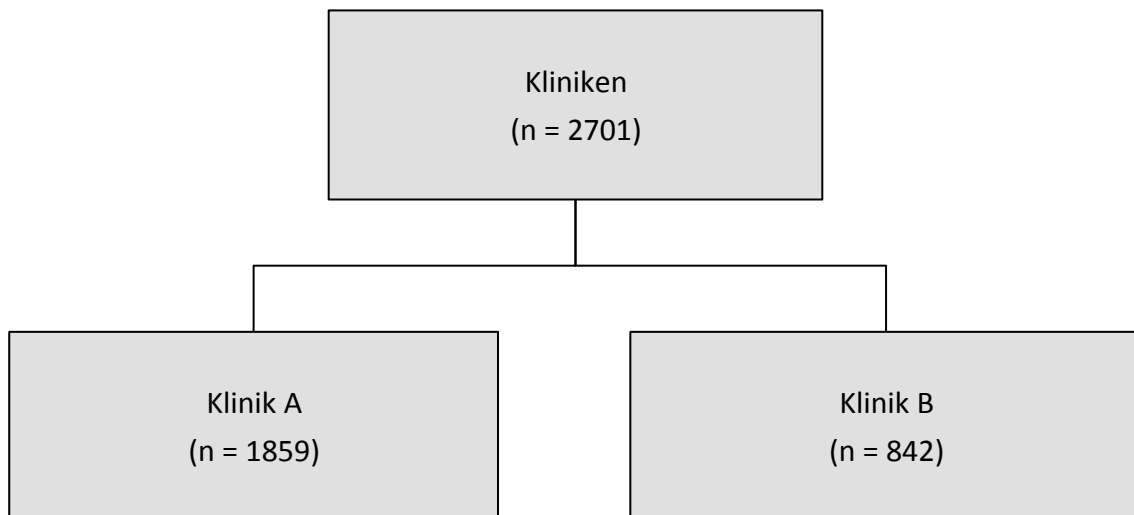
Die in dieser Arbeit verwendeten Daten stammen aus zwei psychosomatischen Rehabilitationskliniken aus Bayern. Beide Einrichtungen beruhen auf einem integrativen und wertorientierten Therapieprinzip.

Für diese Untersuchung wurden aus Gründen der Behandlungsindikationen (Psychosomatik, Erwachsene) nur die Daten von Rehabilitationseinrichtungen miteinbezogen. Die Patienten stammen größtenteils aus der Bundesrepublik Deutschland, jedoch werden auch Patienten aus den Nachbarländern Österreich und Luxemburg aufgenommen. Bekannt ist auch, dass die Kliniken seit Jahren sowohl ein umfassendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement als auch eine multizentrische Qualitätsentwicklung und externe Qualitätssicherung mittels des Instituts für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) betreiben. Um eine von der Universität Regensburg unterstützte multizentrische Forschung zu ermöglichen, wird dabei das standardisierte Basisdokumentations- und Basisevaluationssystem für die stationäre Psychosomatik (Psy-BADO-PTM) benutzt. Diese Basisdokumentation ist therapieschulen- und trägerübergreifend [Mestel, 2008: 279]. Im Rahmen der obengenannten Qualitätssicherung in der Therapie haben die Kliniken Patientendaten im Zeitraum von Januar 2007 bis Januar 2013 im Rahmen einer Längsschnittstudie erhoben.

Das Gesamtkollektiv umfasste ca. 24000 Datensätze. Die endgültige Stichprobe beinhaltet etwa 2700 Patienten. Von der Auswertung ausgeschlossen wurden Patienten mit folgenden Kriterien:

- Patienten aus Kliniken mit anderer Behandlungsindikation
- kurze Behandlungszeiten von < 14 Tagen
- Alter > 60 Jahre
- Hausfrauen/-männer
- Schüler, Auszubildende und Studenten
- nie Erwerbstätige

Die klinische Stichprobe umfasst 2701 Patienten (s. Abbildung 2). Gut zwei Drittel der 2701 Patienten stammen aus Klinik A (1859 Patienten, 68,8%) und etwa ein Drittel der Stichprobe wird von Patienten aus Klinik B (842 Patienten, 31,2%) gestellt.



**Abbildung 2:** Verteilung der Gesamtstichprobe auf die Kliniken

Im Hinblick auf die klinische Stichprobe liegen folgende soziodemographische Daten vor:

- Aufnahmenummer: Mittels dieser Nummer können Patienten bei der Wiederholungsmessung eindeutig einem Fall zugeordnet werden.
- Klinikart, Aufnahmejahr, Aufenthaltsdauer in Tagen
- Alter, Geschlecht, Familienstand
- Schulabschluss, Berufsabschluss, Berufstätigkeit
- Arbeitsunfähigkeit bis zur Aufnahme in Wochen (zusammenhängend)
- Arbeitslosigkeit bis zur Aufnahme in Monaten (zusammenhängend)

Außerdem wurden folgende Vitalparameter erhoben:

- Gewicht bei der Aufnahme und Entlassung
- Body Mass Index (BMI) bei der Aufnahme
- Puls, diastolischer und systolischer Blutdruck

Zusätzlich sind die von den behandelnden Ärzten gestellten ICD-10-Diagnosen der Patienten vorhanden.

Bei 80,5% der Patienten (1974 Personen) wurde als Hauptdiagnose eine Diagnose aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30 – F39) gestellt, darunter v.a. die Störungen F32 „Depressive Episode“ und F33 „Rezidivierende depressive Störung“ (bei mehr als der Hälfte der Patienten). Lediglich ein einziger Patient wurde mit der Diagnose Z73.0 „Ausgebranntsein“ erfasst. Genauere Übersicht dazu gibt Tabelle 2:

**Tabelle 2: Psychische Hauptdiagnose (n = 2446), ICD-10 Kapitel V, F00 – F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) sowie Z73.0 (Ausgebranntsein)**

<i>Psychische Hauptdiagnose</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Gültige Pro- zente</i>
F20.0 Paranoide Schizophrenie	3	.1
F32.0 Leichte depressive Episode	1	.0
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	635	26.0
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	11	.4
F32.8 Sonstige depressive Episoden	1	.0
F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	4	.2
F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1289	52.7
F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	24	1.0
F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	2	.1
F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	1	.0
F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen	1	.0
F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	1	.0
F34.0 Zykllothymia	1	.0
F34.1 Dysthymia	3	.1
F40.0 Agoraphobie	13	.5
F40.1 Soziale Phobien	3	.1
F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	30	1.2
F41.1 Generalisierte Angststörung	23	.9
F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	1	.0
F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	1	.0
F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	4	.2
F43.0 Akute Belastungsreaktion	4	.2
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	229	9.4

F43.2 Anpassungsstörungen	4	.2
F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	1	.0
F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen	1	.0
F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	.0
F44.9 Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet	1	.0
F45.0 Somatisierungsstörung	3	.1
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung	4	.2
F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	8	.3
F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	1	.0
F50.0 Anorexia nervosa	7	.3
F50.1 Atypische Anorexia nervosa	1	.0
F50.2 Bulimia nervosa	18	.7
F50.3 Atypische Bulimia nervosa	5	.2
F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen	1	.0
F50.8 Sonstige Essstörungen	1	.0
F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	.0
F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	40	1.6
F60.5 Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung	1	.0
F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	9	.4
F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörungen	10	.4
F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung	4	.2
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	28	1.1
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	8	.3
F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	1	.0
F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	.0
Z73.0 Ausgebranntsein	1	.0
<b>Gesamt</b>	<b>2446</b>	<b>100.0</b>

Bei der Analyse der Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass ca. 78% des Patientenkollektivs weiblich sind. Diese Verteilung trifft auf beide Kliniken zu. Das mittlere Alter der Patientenstichprobe beträgt 45 Jahre (SD: 8,6) und besitzt eine Spannweite von 18 - 60 Jahren, wobei der weitaus größte Teil (etwa 75%) der klinischen Stichprobe in der Altersgruppe der 41- bis 60-jährigen liegt. Im Geschlechtsvergleich zeigt sich der weibliche Anteil (durchschnittliches Alter: 45,1 Jahre, SD: 8,7) an der Gesamtstichprobe etwas jünger als der männliche Anteil (mittleres Alter: 45,8 Jahre, SD: 8,0). Frauen sind deutlich seltener (29,0% vs. 43,6%) verheiratet und häufiger

geschieden als Männer (17,5% vs. 13,7%). Sie haben durchschnittlich etwas öfter Abitur, Fachabitur oder Matura bzw. einen Haupt-, Volksschul- oder Grundschulabschluss. Männer hingegen schlossen etwas häufiger ihre Schulbildung mit der Mittleren Reife ab. Insgesamt betrachtet hat der größte Anteil an der Gesamtstichprobe mit 56,2% einen höheren Abschluss (Abitur, Fachabitur oder Matura). Männer haben etwas häufiger (43,3%) als Frauen (41,4%) einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss vorzuweisen. Stattdessen schlossen fast 10% mehr Frauen (49,7%) als Männer (40,1%) eine Lehre oder Fachschule ab. Eine abgeschlossene Lehre bzw. ein Fachschulabschluss machen somit auch den größten Anteil der abgeschlossenen Berufsausbildungen an der Gesamtstichprobe aus. An zweiter Stelle folgt der Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. Die meisten Patienten der klinischen Stichprobe üben einen Sozialberuf aus (28,7%). Die Berufsgruppe der Lehrer wird, obwohl eigentlich auch den Sozialberufen zugehörig, aufgrund des großen prozentualen Anteils (8,2%) separat aufgeführt. Im Anschluss an die Gruppe der Sozialberufe folgen die kaufmännischen Angestellten mit 18,2%. Die Handwerker stellen den drittgrößten Anteil mit 17,0% dar. Der hohe Anteil der Gruppe der Sozialberufe leitet sich von der mehr als doppelt so hohen Quote an Frauen in dieser Sparte (32,4%) als an Männern (15,4%) ab. Auch der Frauenanteil in der Berufsgruppe der Lehrer ist mehr als doppelt so hoch (9,2% vs. 4,4%).

Einen genaueren Überblick über Geschlechts- und Altersverteilung sowie über die soziale Situation und die Berufsgruppen vermitteln

Tabelle 3 bis Tabelle 12:

**Tabelle 3: Geschlechtsverteilung**

<i>Geschlecht</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
männlich	586	21.7
weiblich	2115	78.3
<b>Gesamt</b>	2701	100.0

**Tabelle 4: Altersverteilung**

<i>Alter in Jahren</i>	<i>Statistik</i>
Gesamt	2701
Mittelwert	45.2
Spannweite	42.0
Minimum	18.0
Maximum	60.0

**Tabelle 5: Altersgruppenverteilung**

<i>Altersgruppe</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
bis 20 Jahre	6	.2
21 bis 30 Jahre	195	7.2
31 bis 40 Jahre	488	18.1
41 bis 50 Jahre	1209	44.8
51 bis 60 Jahre	803	29.7
<b>Gesamt</b>	<b>2701</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 6: Alters- und Geschlechtsverteilung**

<i>Geschlecht</i>		<i>Statistik</i>	
<i>Alter in Jahren</i>	<b>männlich</b>	Mittelwert	45.8
		Standardabweichung	8.0
		Minimum	23.0
		Maximum	60.0
<b>weiblich</b>	Mittelwert	45.1	
	Standardabweichung	8.7	
	Minimum	18.0	
	Maximum	60.0	

**Tabelle 7: Aktuelle Partnersituation im Geschlechtsvergleich**

<i>Geschlecht</i>		<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
<b>männlich</b>	kurzfristig kein Partner (bis zu 3 Jahre)	94	16.3
	langfristig kein Partner (über 3 Jahre)	93	16.1
	wechselnde Partner (unverbindliche Beziehungen ohne sozialen Rückhalt)	28	4.8
	fester Partner (verheiratet)	252	43.6
	fester Partner (unverheiratet)	111	19.2
	fehlende Angaben	8	1.4
	<b>Gesamt</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>
<b>weiblich</b>	kurzfristig kein Partner (bis zu 3 Jahre)	336	16.2
	langfristig kein Partner (über 3 Jahre)	528	25.4
	wechselnde Partner (unverbindliche Beziehungen ohne sozialen Rückhalt)	99	4.8
	fester Partner (verheiratet)	602	29.0
	fester Partner (unverheiratet)	511	24.6
	fehlende Angaben	39	1.8
	<b>Gesamt</b>	<b>2115</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 8: Aktueller Familienstand im Geschlechtsvergleich**

<i>Geschlecht</i>		<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
<b>männlich</b>	ledig/alleinstehend/nicht eheliche Gemeinschaft	204	34.8
	verheiratet	224	38.2
	verheiratet, aber getrennt lebend	54	9.2
	geschieden	80	13.7
	verwitwet	6	1.0
	wieder verheiratet	15	2.6
	fehlende Angaben	3	.5
	<b>Gesamt</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>
<b>weiblich</b>	ledig/alleinstehend/nicht eheliche Gemeinschaft	994	47.0
	verheiratet	514	24.3
	verheiratet, aber getrennt lebend	142	6.7
	geschieden	370	17.5
	verwitwet	36	1.7
	wieder verheiratet	49	2.3
	fehlende Angaben	10	.5
	<b>Gesamt</b>	<b>2115</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 9: Schulabschlussarten im Geschlechtsvergleich**

<i>Geschlecht</i>		<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
<b>männlich</b>	kein Schulabschluss	3	.5
	Sonderschulabschluss	4	.7
	Mittlere Reife	111	18.9
	Haupt-/Volks-/Grundschulabschluss	141	24.1
	Abitur/Fachabitur/Matura	313	53.4
	sonstiger Abschluss (z.B. im Ausland)	14	2.4
	<b>Gesamt</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>
<b>weiblich</b>	kein Schulabschluss	6	.3
	Sonderschulabschluss	1	.0
	Mittlere Reife	346	16.4
	Haupt-/Volks-/Grundschulabschluss	519	24.5
	Abitur/Fachabitur/Matura	1206	57.0
	sonstiger Abschluss (z.B. im Ausland)	37	1.7
	<b>Gesamt</b>	<b>2115</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 10: Ausbildungsrichtungen im Geschlechtsvergleich**

<i>Geschlecht</i>		<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
<b>männlich</b>	abgeschlossene Lehre/Fachschulabschluss	235	40.1
	Meister	45	7.7
	Universitäts-/Fachhochschulabschluss	254	43.3
	kein Abschluss	27	4.6
	sonstiger Abschluss	25	4.3
	<b>Gesamt</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>
<b>weiblich</b>	abgeschlossene Lehre/Fachschulabschluss	1051	49.7
	Meister	37	1.7
	Universitäts-/Fachhochschulabschluss	876	41.4
	kein Abschluss	58	2.7
	sonstiger Abschluss	93	4.4
	<b>Gesamt</b>	<b>2115</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 11: Berufsgruppen**

<i>Berufsgruppen</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>
Verwaltungsangestellter im öffentlichen Dienst/sonstiger Angestellter	36	1.3
kaufmännischer Angestellter	491	18.2
Beamter im öffentlichen Dienst/Finanzbeamter/Vollzugsbeamter	34	1.3
Arzt/ärztlicher Therapeut	83	3.1
Psychotherapeut	59	2.2
sonstiger Therapeut	147	5.4
Lehrer	221	8.2
Sozialberuf	775	28.7
Geistlicher/Pfarrer/Seelsorger/Gemeinde- oder Pastoralreferent	25	.9
Jurist/Anwalt/Richter	11	.4
Manager	29	1.1
Freiberufler/selbständig	113	4.2
kreativer Bereich	62	2.3
Medienbereich	46	1.7
Handwerker	459	17.0
technischer Bereich	101	3.7
Landwirt	9	.3
<b>Gesamt</b>	<b>2701</b>	<b>100.0</b>

**Tabelle 12: Berufsgruppen im Geschlechtsvergleich**

<i>Geschlecht</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in %</i>	
<b>männlich</b>	Verwaltungsangestellter im öffentlichen Dienst/sonstiger Angestellter	8	1.4
	kaufmännischer Angestellter	86	14.7
	Beamter im öffentlichen Dienst/Finanzbeamter/Vollzugsbeamter	16	2.7
	Arzt/ärztlicher Therapeut	20	3.4
	Psychotherapeut	19	3.2
	sonstiger Therapeut	19	3.2
	Lehrer	26	4.4
	Sozialberuf	90	15.4
	Geistlicher/Pfarrer/Seelsorger/Gemeinde- oder Pastoralreferent	17	2.9
	Jurist/Anwalt/Richter	3	.5
	Manager	14	2.4
	Freiberufler/selbständig	30	5.1
	kreativer Bereich	14	2.4
	Medienbereich	11	1.9
	Handwerker	152	25.9
	technischer Bereich	55	9.4
	Landwirt	6	1.0
	<b>Gesamt</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>

weiblich	Verwaltungsangestellter im öffentlichen Dienst/sonstiger Angestellter	28	1.3
	kaufmännischer Angestellter	405	19.1
	Beamter im öffentlichen Dienst/Finanzbeamter/Vollzugsbeamter	18	.9
	Arzt/ärztlicher Therapeut	63	3.0
	Psychotherapeut	40	1.9
	sonstiger Therapeut	128	6.1
	Lehrer	195	9.2
	Sozialberuf	685	32.4
	Geistlicher/Pfarrer/Seelsorger/Gemeinde- oder Pastoralreferent	8	.4
	Jurist/Anwalt/Richter	8	.4
	Manager	15	.7
	Freiberufler/selbständig	83	3.9
	kreativer Bereich	48	2.3
	Medienbereich	35	1.7
	Handwerker	307	14.5
	technischer Bereich	46	2.2
	Landwirt	3	.1
	<b>Gesamt</b>	<b>2115</b>	<b>100.0</b>

#### 4.4.2 Beschreibung der Stichprobe der repräsentativen Studie zur Thematik *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*

Heitzmanns Arbeit *Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg* [Heitzmann, 2007] aus der Schriftenreihe Studien zur Stressforschung ist an eine Studie aus dem Jahre 2005 (*Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation* [Heitzmann, Schaarschmidt & Kieschke, 2005]) angelehnt. Die Stichprobe setzt sich aus mehr als 2300 (n = 2320 [Heitzmann, 2007: 114]) Patienten zur Erstmessung, knapp 1800 zur Postmessung und über 800 Personen zur Katamnese zwölf Monate nach Entlassung zusammen, was Rücklaufquoten von etwa 75% bzw. 35% gleichkommt. Sieben Kliniken mit unterschiedlichen Indikationsbereichen wurden

mit in die Datenerhebung einbezogen. Diese sind im Einzelnen die Heinrich-Heine-Klinik Neu Fahrland (Psychosomatik), das Rehazentrum der BfA Bad Salzuflen (Orthopädie und Psychosomatik), das Rehazentrum der BfA Bad Steben (Herz-Kreislauf), die Rehabilitationskliniken „Bellevue“ in Bad Soden-Salmünster, „Nahetal“ in Bad Kreuznach und „Nordfriesland“ in St. Peter Ording (Onkologie) und ferner die Rehaklinik „Albrecht“ in Bad Tölz (vorwiegend psychosomatisch erkrankte Lehrkräfte und Polizeibeamte) [Heitzmann, 2007: 96 f.].

Die Teilnahme der Rehabilitanden an der Untersuchung erfolgte freiwillig und anonym. Jeder teilnehmenden Person wurde aus Gründen der Anonymität sowie zur Zuordnungserleichterung bei Wiederholungsmessungen ein sechstelliger Zahlencode zugeteilt. Da es nicht allen Einrichtungen möglich war, die Studie in vollem Ausmaß zu unterstützen, unterschied sich das Untersuchungsmaterial in den verwendeten Instrumenten von Klinik zu Klinik. Sowohl zu Rehabeginn wie auch zu Rehaende kam ein umfassendes Fragebogenpaket zum Einsatz. In allen Rehabilitationseinrichtungen wurden soziodemographische Daten und Angaben zur beruflichen Tätigkeit, von den Rehabilitanden selbst vermutete Erkrankungsursachen und Erwartungen an die stationäre Behandlung erfragt. Etwaige vorangegangene Maßnahmen sollten angegeben und bewertet werden. Im Anschluss folgten Fragen zur individuellen Zufriedenheit in den Bereichen Arbeit und Freizeit. Verschiedene Instrumente wurden verwendet, darunter der Fragebogen AVEM [Schaarschmidt & Fischer, 2008] und Listen zur Erfassung beruflicher Motive und erlebter Beschwerden, welche beide in allen Kliniken zum Einsatz kamen. In der Rehaklinik „Albrecht“ in Bad Tölz wurden die eingesetzten Fragebögen für einen berufsbezogenen Kontrollgruppenvergleich von Lehrkräften und Polizeiangehörigen entsprechend berufsbezogen verfasst. Bei der Messung zum Rehaende wurden zusätzlich die Behandlungszufriedenheit sowie die Krankheitsbewältigung der Rehabilitanden erfragt. Auch die Befragung zur Katamnese zwölf Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung ähnelte den vorhergehenden Untersuchungen. Hier wurden ergänzend Fragen zur aktuellen Arbeits- und Lebenssituation gestellt [Heitzmann, 2007: 90 ff.].

Der Anteil an Frauen bei den Psychosomatik-Patienten ( $n = 1219$ ) aus der Studie von 2007 überwiegt deutlich mit 71,5%. Das Alter dieser Stichprobengruppe beträgt im

Mittel 47,8 Jahre und rangiert zwischen 18 und 79 Jahren. Im Geschlechtsvergleich sind die Männer mit durchschnittlich 49,9 Jahren älter als die Frauen mit 46,9 Jahren. Insgesamt dominiert eindeutig der Anteil an älteren Rehabilitanden, was durch ein steigendes Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter erklärt werden kann [Heitzmann, 2007: 97 f.].

Für die Untersuchungen zum Vergleich von klinischen mit nicht-klinischen Studienteilnehmern für die Hypothesen **Hypothese 1.4**, **Hypothese 1.4.1**, **Hypothese 1.4.2** (s. Abschnitt 4.5.1 *Verwendung des AVEM im klinischen Kontext*) wurden Vergleichsdaten aus dem Projekt *Beanspruchungserleben in Berufen mit erhöhter psychosozialer Belastung* [Schaarschmidt, 2005: 41] eingesetzt. Diese Daten setzen sich aus Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen und wurden im nicht-klinischen Bezugsrahmen gewonnen. Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wurde die Teilstichprobe weitgehend an die Zusammensetzung der verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitandenstichprobe aus der Studie von 2007 angepasst [Heitzmann, 2007: 99 f.].

In Tabelle 13 wird die Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht-klinischen Stichprobe dargestellt:

**Tabelle 13: Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht-klinischen Vergleichsstichprobe (n = 3811)**  
[Quelle: Heitzmann, 2007: 100]

	<i>Anzahl</i>	<i>Range</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>Männer</i>	1952	19-64	42,6	9,0
<i>Frauen</i>	1684	18-64	38,3	10,2
<i>fehlende Angaben</i>	175	31-57	45,3	6,9
<b>Gesamt</b>	<b>3811</b>	<b>19-68</b>	<b>40,65</b>	<b>8,7</b>

#### 4.4.3 Vergleich der Stichproben

Sowohl in der Stichprobe der psychosomatischen Patienten der Rehabilitationskliniken A und B (n = 2701) als auch in der Stichprobengruppe der Psychosomatik-Patienten (n = 1219) der Studie von Heitzmann [Heitzmann, 2007] überwiegt bei weitem der Anteil der Frauen mit jeweils über 70%. Das durchschnittliche Patientenalter ähnelt sich mit 45,2 Jahren und 47,8 Jahren ebenfalls; der etwas niedrigere Altersdurchschnitt bei der Stichprobe der Kliniken A und B erklärt sich durch den Ausschluss von allen Patienten

über 60 Jahren, welcher aus Gründen der Zweckmäßigkeit von berufsbezogenen Interventionen durchgeführt wurde. In beiden Stichproben sind Frauen im Schnitt jünger als Männer. Eine weitere Gemeinsamkeit zeigt sich im deutlich überwiegenden Anteil an älteren Rehabilitanden, welcher aus dem hohen Mittelwert ersichtlich wird.

#### **4.5 Ergebnisse der repräsentativen Studie zur Thematik *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster***

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Darstellung der für die vorliegende Untersuchung signifikanten Ergebnisse der ausgewählten Studie zur Thematik *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* aus dem Jahr 2007 [Heitzmann, 2007]. Die von Heitzmann aufgestellten Hypothesen sollen mit diesen Ergebnissen geprüft werden. Hierzu wird im ersten Abschnitt auf die Frage nach der Validität des AVEM im Kontext einer Rehabilitationsbehandlung eingegangen. Im zweiten Abschnitt werden spezifische Berufs- und Persönlichkeitsmerkmale von Rehabilitanden analysiert. Im dritten und letzten Abschnitt wird der Rehabilitationserfolg im Hinblick auf das arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster, d.h. auf das berufliche Bewältigungsverhalten überprüft.

##### **4.5.1 Verwendung des AVEM im klinischen Kontext**

A) Als erstes soll die psychometrische Güte des AVEM für den Rehabilitationsbereich belegt werden. **Hypothese 1.1** formuliert die Replikation der Faktorenstruktur für die klinische Stichprobe sowie akzeptable Reliabilitäten bezüglich der Einzelskalen. Die 11-Faktorenlösung des AVEM kann mittels einer Überprüfung der Faktorenstruktur (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) bestätigt werden. Die Varianzaufklärung beträgt mit 59,7% etwas weniger als die im AVEM-Manual genannte (63,7%) [Schaarschmidt & Fischer, 2008: 23]. Abweichungen von der Originallösung liegen nur für das Item 40 „Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann“, welches der Skala 7 *Offensive Problembewältigung* angehört, vor.

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird, belegen Standardmessfehler, Vertrauensgrenzen und Standardfehler von Rohwerten sowie kritische Differenzen zweier Rohwer-

te (berechnet für eine 5%ige Fehlerwahrscheinlichkeit) eine geringe Messfehleranfälligkeit des AVEM. Dies bedeutet, dass mittels des Fragebogens AVEM für den Rehabilitationsbereich von einer zuverlässigen Messung nicht nur auf individueller sondern auch auf Gruppenebene ausgegangen werden kann [Heitzmann, 2007: 100 ff.].

Mittels dieser Ergebnisse kann **Hypothese 1.1** bestätigt werden.

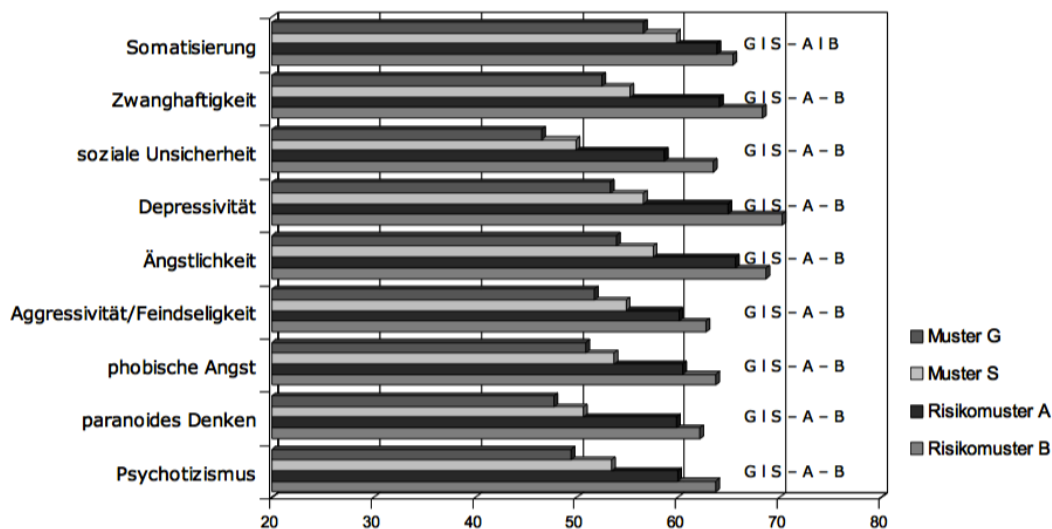
**Tabelle 14: Standardmessfehler, Vertrauensgrenzen, Standardfehler und kritische Differenzen der AVEM-Skalen-Rohwerte auf dem 5%-Fehlerniveau (n = 2320) [Quelle: Heitzmann, 2007: 104]**

<i>Skala</i>	<i>Standardmessfehler der Rohwerte</i>	<i>Vertrauensgrenzen der Rohwerte</i>	<i>Standardfehler der Differenz zweier Rohwerte</i>	<i>Kritische Differenz zweier Rohwerte</i>
<i>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</i>	1,98	±3,88	2,80	5,49
<i>Beruflicher Ehrgeiz</i>	2,14	±4,19	3,03	5,94
<i>Verausgabungsbereitschaft</i>	2,10	±4,12	2,97	5,82
<i>Perfektionsstreben</i>	1,78	±3,49	2,52	4,94
<i>Distanzierungsfähigkeit</i>	1,88	±3,68	2,66	5,21
<i>Resignationstendenz</i>	1,96	±3,84	2,77	5,43
<i>Offensive Problembewältigung</i>	1,98	±3,88	2,80	5,49
<i>Innere Ruhe &amp; Ausgeglichenheit</i>	2,16	±4,23	3,05	5,98
<i>Erfolgserleben im Beruf</i>	1,76	±3,45	2,49	4,88
<i>Lebenszufriedenheit</i>	1,98	±3,88	2,79	5,47
<i>Erleben sozialer Unterstützung</i>	2,30	±4,51	3,25	6,37

B) Für den Nachweis der Validität des AVEM auf Musterebene wurden die Patienten u.a. nach der Symptombelastung befragt. Dies erfolgte mittels der Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R) [Franke, 1995]. **Hypothese 1.2** formuliert einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Symptomerleben und gleichzeitigem Auftreten eines AVEM-Risikomusters.

Es ergeben sich sichtliche Zusammenhänge zwischen den vier AVEM-Mustern und den angegebenen Symptomen der Patienten. Die jeweils höchsten Werte im Symptomerleben wurden bei Muster-B-Vertretern ermittelt [Heitzmann, 2007: 105].

In Abbildung 3 (aufgrund der besseren grafischen Darstellung an dieser Stelle aus der Studie von 2005 entnommen) sind Mittelwerte für die Skalen der SCL-90-R im Vergleich mit den AVEM-Mustern dargestellt:



**Abbildung 3:** Mittlere Ausprägung in den Skalen der SCL-90-R im AVEM-Muster-Vergleich (n = 847)

Ergänzung der Autoren: „Es liegt hier die T-Wert-Skala (mit dem Mittelwert 50) zugrunde. Die Signifikanz der Gruppenunterschiede ist folgendermaßen gekennzeichnet: „ - “ =  $p < .05$ ; „ | “ =  $p > .05$ .“ [Quelle: Heitzmann et al., 2005]

Die Risikomuster A und B weisen deutlich höhere Werte als die Muster G und S auf. Für alle Skalen der SCL-90-R lassen sich mittlere bis große Effekte ( $d = .53$  bis  $d = 1.69$ ) für Unterschiede zwischen Mustern A und B sowie G und S belegen (alleinige Ausnahme: Der Unterschied in der Skala „Somatisierung“ zwischen Muster S und A mit  $d = .33$ ) [Heitzmann, 2007: 106]. Damit kann **Hypothese 1.2** bestätigt werden.

**Hypothese 1.2.1** formuliert ein höheres Symptomerleben für Risikomuster-B-Vertreter als für Risikomuster-A-Vertreter. Bei der Analyse zeigt sich, dass die Ausprägung der Symptome von Muster B bis auf die der Skala „Somatisierung“ signifikant größer als für Muster A ausfallen. Es wurden jeweils kleine bis mittlere Effekte festgestellt ( $d = .21$  bis  $d = .54$ ) [Heitzmann, 2007: 106]. Hiermit zeigt sich **Hypothese 1.2.1** als erwiesen.

Eine weitere Auffälligkeit beim Risikomuster B zeigt sich, wenn man die Ausprägung der Symptome in der Skala Depression mit der in allen anderen Skalen der

SCL-90-R vergleicht: Das Symptom der Depression erreicht hier die höchste Ausprägung überhaupt im Vergleich zu allen anderen Symptomausprägungen.

Für die Muster G und S liegen die niedrigsten und zweitniedrigsten Werte vor, indes sich aber kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Mustern zeigen lässt [Heitzmann, 2007: 105]. **Hypothese 1.2.2**, welche die geringsten Ausprägungen der Symptome bei Muster G erwartet, kann somit bestätigt werden.

C) Zur Überprüfung der Validität wurde nicht nur der Zusammenhang zwischen AVEM-Mustern und Symptomen untersucht, sondern auch die Beziehung der elf AVEM-Dimensionen zu den Symptommerkmalen. **Hypothese 1.3** formuliert sinnvolle Korrelationen zwischen AVEM-Skalen und Symptom-Skalen. Zu diesem Zwecke erfolgte die Berechnung von Korrelationen, welche ausnahmslos Zusammenhänge zeigen, die den Gültigkeitsanspruch der entsprechenden AVEM-Dimension belegen [Heitzmann, 2007: 111 f.].

Aus Tabelle 15 sind die Ergebnisse zu entnehmen (wiederum aufgrund der besseren grafischen Darstellung aus der Studie von 2005 entnommen):

**Tabelle 15: Korrelationen (Pearson-Koeffizienten) zwischen den AVEM-Skalen und den Merkmalen der SCL-90-R (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005]**

AVEM-Skalen	Symptombereiche								
	Som	Zwa	Unsic	Depr	Äng	Aggr	Phob	Paran	Psych
Bedeutsamkeit der Arbeit	.01	-.04	-.06	-.02	-.02	-.05	-.01	.01	.03
Beruflicher Ehrgeiz	-.05	-.12**	-.05	-.11**	-.10**	-.06	-.04	.05	-.01
Verausgabungsbereitschaft	.20**	.20**	.16**	.17**	.21**	.16**	.11**	.21**	.16**
Perfektionsstreben	.11**	.20**	.18**	.17**	.20**	.13**	.18**	.15**	.14**
Distanzierungsfähigkeit	-.16**	-.31**	-.33**	-.32**	-.32**	-.27**	-.21**	-.33**	-.25**
Resignationstendenz	.22**	.40**	.43**	.43**	.35**	.30**	.33**	.35**	.37**
Offensive Problembewältigung	-.14**	-.31**	-.33**	-.38**	-.27**	-.23**	-.25**	-.23**	-.27**
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	-.16**	-.32**	-.31**	-.33**	-.37**	-.30**	-.28**	-.25**	-.28**
Erfolgs erleben im Beruf	-.18**	-.30**	-.33**	-.35**	-.29**	-.23**	-.29**	-.25**	-.30**
Lebenszufriedenheit	-.31**	-.47**	-.50**	-.60**	-.47**	-.41**	-.39**	-.47**	-.50**
Erleben sozialer Unterstützung	-.19**	-.27**	-.35**	-.26**	-.23**	-.23**	-.20**	-.37**	-.33**

Anmerkungen: Som = Somatisierung; Zwa = Zwanghaftigkeit; Unsich = soziale Unsicherheit; Depr = Depressivität; Äng = Ängstlichkeit; Aggr = Aggressivität/Feindseligkeit; Phob = phobische Angst; Paran = paranoides Denken; Psych = Psychotizismus; \*; p < .05; \*\*; p < .01

**Hypothese 1.3.1** und **Hypothese 1.3.2** formulieren stärkere Ausprägungen von Zusammenhängen der Symptom-Skalen mit AVEM-Dimensionen, welche dem AVEM-Bereich der **Beruflichen Widerstandskraft** sowie dem AVEM-Bereich der **Berufsbegleitenden Emotionen** angehören, als mit AVEM-Dimensionen, die dem Bereich des **Beruflichen Engagements** zugehörig sind. Die höchsten Korrelationen zeigen die Skalen, die in die AVEM-Bereiche **Widerstandskraft gegen berufliche Belastungen** (Skalen 5 – 8) und **Berufsbegleitende Emotionen** (Skalen 9 – 11) eingeordnet

werden, wodurch **Hypothese 1.3.1** und **Hypothese 1.3.2** bestätigt werden [Heitzmann, 2007: 111 f.].

- D) **Hypothese 1.4** formuliert eine durchgängig erheblich ungünstigere Verteilung der AVEM-Muster sowie der einzelnen AVEM-Skalen innerhalb der Rehabilitandenstichprobe verglichen mit der nicht-klinischen Stichprobe. Für die Untersuchung der vermuteten unterschiedlichen AVEM-Ergebnisse zwischen beiden Studienteilnehmergruppen wurde eine Zufallsstichprobe aus der Gesamtstichprobe des Projekts „Beanspruchungserleben in Berufen mit erhöhter psychosozialer Belastung“ [Schaarschmidt, 2005: 41] gewonnen. In dieser nicht-klinischen Stichprobe sind unterschiedliche Berufsgruppen vertreten. Mittels der Vereinigung von AVEM-Daten aus der klinischen und nicht-klinischen Stichprobe können anschließend Kreuztabellen berechnet werden, welche Aussagen zum Zusammenhang der Merkmale *Musterverteilung* und *Stichprobenzugehörigkeit* ermöglichen.

Für die Rehabilitandenstichprobe ergibt sich folgende Musterverteilung: Muster G 8,6%, Muster S 16,5%, Risikomuster A 30,8% und Risikomuster B 44,1%.

In der nicht-klinischen Stichprobe verteilen sich die AVEM-Ergebnisse wie folgt: Muster G 29,8%, Muster S 31,1%, Risikomuster A 19,4% und Risikomuster B 19,7%. Diese Resultate zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben bezüglich der AVEM-Muster-Verteilung respektive einen bedeutenden mittelstarken Zusammenhang der Merkmale *Musterverteilung* und *Stichprobenzugehörigkeit*:

$$\chi^2(3) = 793.42, p < .01; C = .34, p < .01.$$

75% aller Rehabilitanden werden einem Risikomuster zugeordnet, wobei das problematischere B-Muster überwiegt. Bei den befragten nicht-klinischen Studienteilnehmern hingegen tendieren nur etwa knapp 40% zu einem der beiden Risikomuster, welche beide zudem einen etwa gleich großen Anteil aufweisen [Heitzmann, 2007: 113 f.]. Damit wird **Hypothese 1.4.1**, welche einen größeren Risikomusteranteil und gleichzeitig einen geringeren G-Muster-Anteil bei klinischen Studienteilnehmern formuliert, bestätigt.

In Abbildung 4 finden sich die deutlich unterschiedlichen Verteilungen illustriert:

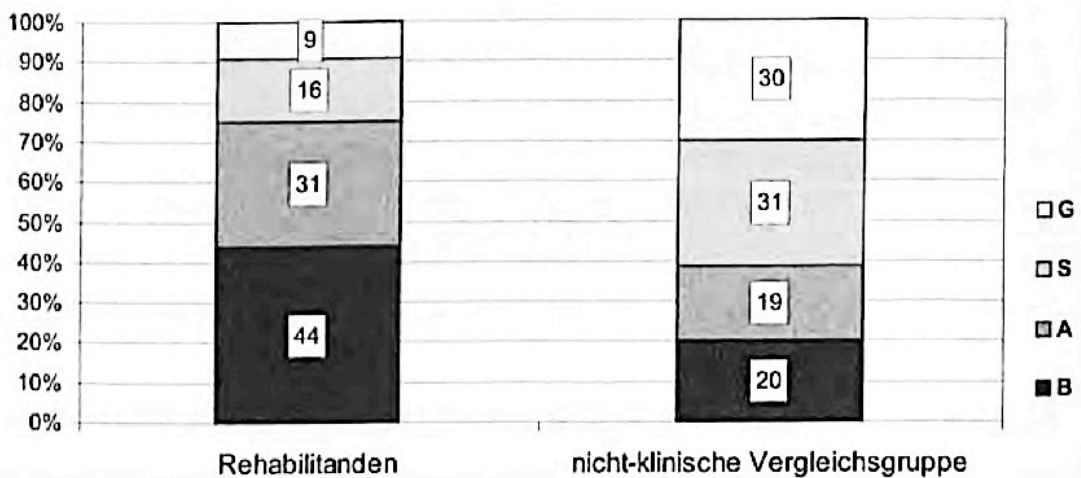


Abbildung 4: AVEM-Musterverteilung im Stichprobenvergleich (n = 6131) [Quelle: Heitzmann, 2007: 114]

Anmerkung: Die 6131 Probanden werden aus der Rehabilitandenstichprobe (n = 2320) und der nicht-klinischen Vergleichsstichprobe (n = 3811) gebildet [Heitzmann, 2007: 114].

Anschließend wurden die Einzelskalen der AVEM-Ergebnisse näher betrachtet, um Rückschlüsse über die Gründe des hohen Risikoanteils bei klinischen Studienteilnehmern zu ziehen, aus welchen Interventionsansätze entwickelt werden können. **Hypothese 1.4.2** formuliert hinsichtlich der AVEM-Skalen bei Rehabilitanden vor allem niedrige Werte in den Bereichen **Widerstandskraft** (Dimensionen 1 – 5) und **Emotionen** (Dimensionen 5 – 8). Die Prüfung der Unterschiede zwischen der klinischen und nicht-klinischen Stichprobe erfolgte per t-Test für unabhängige Stichproben [Heitzmann, 2007: 116].

In Abbildung 5 sind die unterschiedlichen Ergebnisse der AVEM-Skalen für die beiden Stichproben abgebildet:

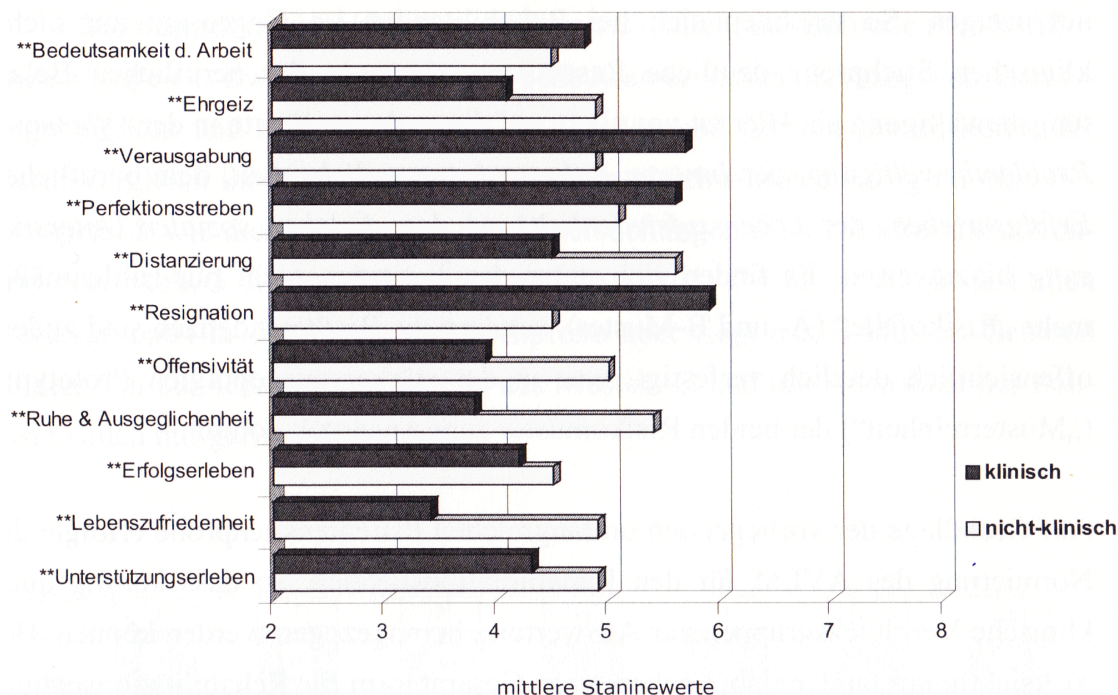


Abbildung 5: AVEM-Skalen im Stichprobenvergleich (n = 6131) [Quelle: Heitzmann, 2007: 117]

Die Ergebnisse zeigen hochsignifikante Unterschiede zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe in allen AVEM-Dimensionen:

- *Bedeutsamkeit der Arbeit*:  $t(4442.49) = 6.06, p < .01$
- *Beruflicher Ehrgeiz*:  $t(5010.05) = -15.67, p < .01$
- *Verausgabungsberetschaft*:  $t(4155.96) = 15.42, p < .01$
- *Perfektionsstreben*:  $t(4518.78) = 8.91, p < .01$
- *Distanzierungsfähigkeit*:  $t(4317.71) = -20.83, p < .01$
- *Resignationstendenz*:  $t(4296.69) = 25.75, p < .01$
- *Offensive Problembewältigung*:  $t(4277.16) = -20.79, p < .01$
- *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*:  $t(4221.12) = -30.23, p < .01$
- *Erfolgserleben*:  $t(4416.88) = -6.57, p < .01$
- *Lebenszufriedenheit*:  $t(4204.75) = -29.13, p < .01$
- *Soziale Unterstützung*:  $t(4623.02) = -11.31, p < .01$

Auffallend sind vor allem die hohen Werte der Rehabilitanden in den AVEM-Skalen *Verausgabungsberetschaft*, *Perfektionsstreben* und *Resignationstendenz*. Eine pa-

thogene Wirkung entsteht dadurch, dass zu diesen Werten geringe Ausprägungen in den Dimensionen *Offensive Problembewältigung*, *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* und *Lebenszufriedenheit* kommen. **Hypothese 1.4.2** kann somit bestätigt werden.

#### 4.5.2 Berufs- und Persönlichkeitsspezifik des Rehabilitationsbedarfs

A) Um Kenntnisse über die Beziehung von arbeitsbezogenem Bewältigungsmuster und Krankheitsgeschehen zu erlangen, erfolgt nun die Gegenüberstellung verschiedener Berufsgruppen. Für die nicht-klinischen Probanden offenbaren die AVEM-Musteranteile eine Berufsspezifität. Ob solch je nach Berufsspartenzugehörigkeit unterschiedliche Belastungsprofile auch für Rehabilitanden zutreffen, soll mittels Kontingenztafelstatistiken und der Berechnung von Kreuztabellen mit den Variablen *AVEM-Muster  $\chi$  Berufsgruppe* respektive *AVEM-Muster  $\chi$  Berufsgruppe klinisch vs. Berufsgruppe nicht-klinisch* untersucht werden. **Hypothese 2.1.1** formuliert berufstypische AVEM-Tendenzen der klinischen Stichprobe, die jedoch weniger stark ausgeprägt sind als im nicht-klinischen Bezugsrahmen. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese: Sie zeigen zwar einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Berufsgruppe und AVEM-Musterzugehörigkeit in der Rehabilitationsstichprobe, allerdings fällt dieser lange nicht so deutlich aus wie in der nicht-klinischen Stichprobe:  $X^2(18) = 47.76, p < .01$ ;  $C = .14, p < .01$ .

Abbildung 6 veranschaulicht die AVEM-Ergebnisse der Rehabilitanden unterschiedlicher Berufsgruppen:

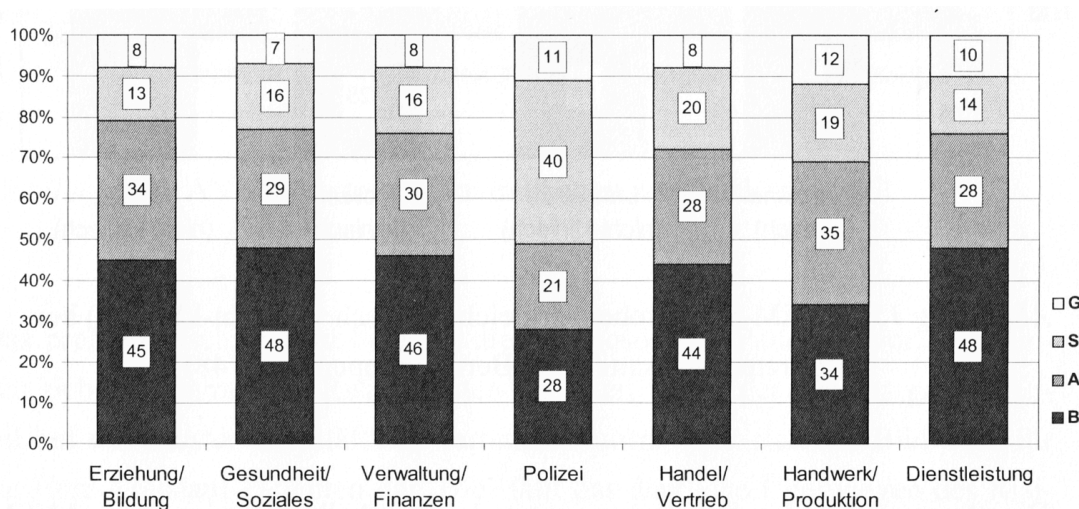
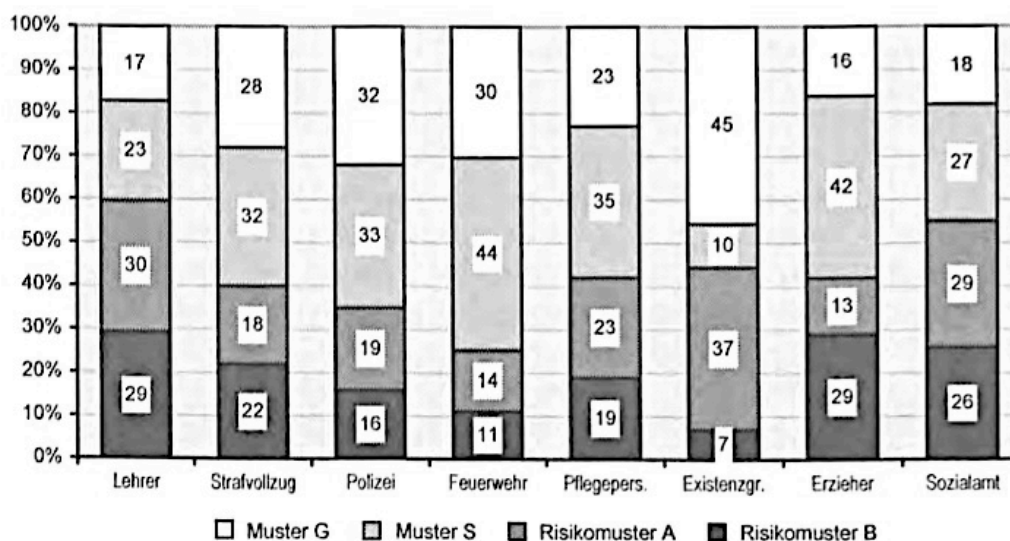


Abbildung 6: AVEM-Musteranteile der klinischen Stichprobe im Berufsgruppenvergleich (n = 2261) [Quelle: Heitzmann, 2007: 119]

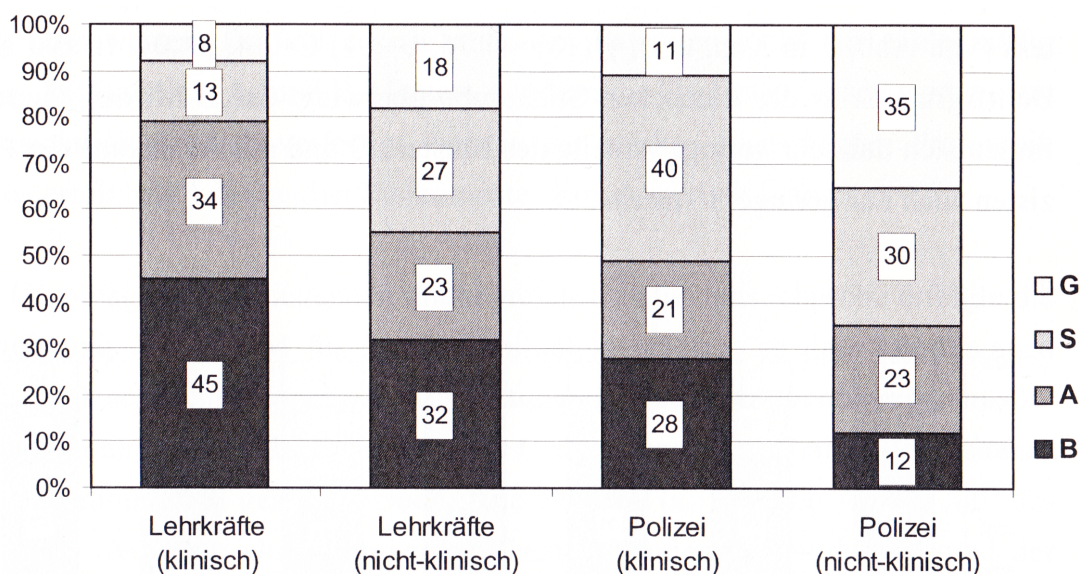
**Hypothese 2.1.2** formuliert einen beträchtlichen Anteil an Risikomustern in jeder Berufsgruppe innerhalb der klinischen Stichprobe. Die Ergebnisse zeigen, dass das Risikomuster B in nahezu allen Berufssparten dominiert. Nur in der Gruppe Handwerk/Produktion überwiegt das Risikomuster A knapp. Am stärksten sind diejenigen Berufe betroffen, welche den Sparten Gesundheit/Soziales und Dienstleistung angehören, dicht gefolgt von Berufen in den Branchen Verwaltung/Finanzen und Erziehung/Bildung. Das Muster G ist durchwegs nur zu einem sehr geringen Anteil vertreten (7 – 12%). Für das Muster S zeigt sich abgesehen von der Berufsgruppe der Polizeibeamten dasselbe Bild. Somit kann **Hypothese 2.1.2** bestätigt werden.

Abbildung 7 zeigt die AVEM-Musteranteile der nicht-klinischen Probanden im Berufsgruppenvergleich:



**Abbildung 7: AVEM-Musteranteile der nicht-klinischen Stichprobe im Berufsgruppenvergleich [Quelle: Schaarschmidt, 2005: S. 42]**

Eine direkte Gegenüberstellung von klinischer und nicht-klinischer Stichprobe ist für die AVEM-Ergebnisse der Lehrkräfte und Polizeibeamten möglich. Wie Abbildung 8 zeigt, kann auch im klinischen Bezugsrahmen ein bedeutsamer Zusammenhang von Stichprobenzugehörigkeit und AVEM-Musterverteilung belegt werden: *Lehrkräfte*:  $\chi^2(3) = 76.08, p < .01; C = .24, p < .01.$ ; *Polizeibeamte*:  $\chi^2(3) = 17.39, p < .01; C = .20, p < .01.$  Ungeachtet der kritischeren Musterverteilung bei Rehabilitanden im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe können demnach ebenfalls Verteilungsunterschiede bezüglich der Berufszugehörigkeit in der klinischen Stichprobe nachgewiesen werden. Auch in der nicht-klinischen Stichprobe zeigen die AVEM-Musterkonstellationen der Lehrkräfte ein problematischeres Bild als die der Polizeibeamten [Heitzmann, 2007: 119 f.].

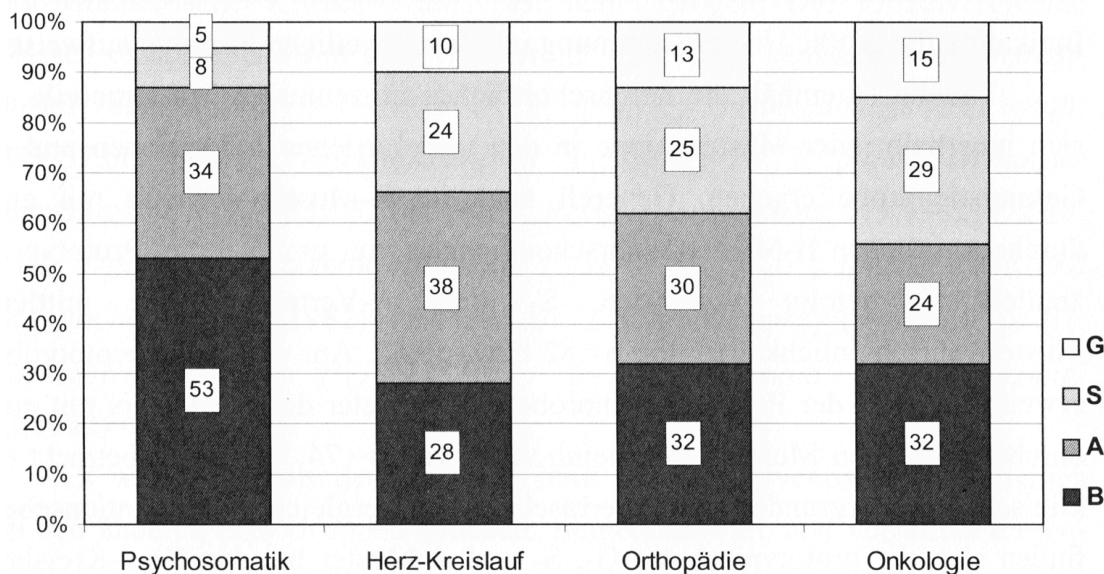


**Abbildung 8:** Vergleich der AVEM-Ergebnisse (klinisch vs. nicht-klinisch) bei Lehrkräften und Polizeibeamten (n = 1748) [Quelle: Heitzmann, 2007: 120]

Innerhalb der einzelnen AVEM-Muster kann mittels der Auswertung von Berufsgruppenanteilen im Bereich eines Musters keine Häufung einer bestimmten Berufssparte nachgewiesen werden. Folglich werden in der untersuchten Stichprobe alle vier Muster einheitlich durch Vertreter der erfassten Berufszweige repräsentiert [Heitzmann, 2007: 120].

- B) Die Untersuchung der einzelnen Indikationsbereiche in den Rehabilitationskliniken (Psychosomatik, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Orthopädie und Onkologie) ergibt, konsistent zu **Hypothese 2.2**, folgendes Resultat: Ein Zusammenhang zwischen Indikation und AVEM-Musterzugehörigkeit kann bestätigt werden ( $\chi^2(9) = 208.57$ ,  $p < .01$ ;  $C = .31$ ,  $p < .01$ ). Die Überprüfung erfolgte per Kontingenztafelstatistiken.

Eine Übersicht über die Musteranteile innerhalb der Indikationsbereiche findet sich in Abbildung 9:



**Abbildung 9:** AVEM-Musteranteile innerhalb der vier Indikationsbereiche (n = 1986) [Quelle: Heitzmann, 2007: 121]

**Hypothese 2.2** formuliert innerhalb der Teilstichprobe der Psychosomatik-Patienten den größten Anteil an Risikomuster-B-Vertretern. Die Ergebnisse bestätigen diese Vermutung: Insgesamt kann in dieser Gruppe ein Anteil von 87% Risikomuster-Vertreter (53% Risikomuster B, 34% Risikomuster A) und gleichzeitig der geringste Anteil am Gesundheitsmuster G (5%) ermittelt werden [Heitzmann, 2007: 121].

Die Analyse der Einzelskalen des AVEM demonstriert ebenfalls, dass je nach Rehabilitationsindikation unterschiedliche arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster auftreten. In zehn der elf Skalen können signifikante Unterschiede zwischen den Indikationsbereichen nachgewiesen werden. Die statistische Prüfung erfolgte mittels einfaktorierter Varianzanalysen (ANOVA) bzw. bei Vorliegen von Varianzhomogenität per nicht-parametrischem Kruskal-Wallis-Test. Analog dazu wurden die Einzelvergleiche mittels Bonferroni- bzw. Tamhane-Test durchgeführt:

- *Bedeutsamkeit der Arbeit:*  $F(3,1982) = 18.39, p < .01,$
- *Verausgabungsbereitschaft:*  $\chi^2(3) = 37.06, p < .01,$
- *Perfektionsstreben:*  $F(3,1982) = 10.77, p < .01,$

- *Distanzierungsfähigkeit*:  $F(3,1982) = 32.68, p < .01,$
- *Resignationstendenz*:  $F(3,1982) = 72.92, p < .01,$
- *Offensive Problembewältigung*:  $\chi^2(3) = 67.54, p < .01,$
- *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*:  $F(3,1982) = 75.44, p < .01,$
- *Erfolgserleben*:  $\chi^2(3) = 74.60, p < .01,$
- *Lebenszufriedenheit*:  $\chi^2(3) = 278.91, p < .01,$
- *Soziale Unterstützung*:  $F(3,1982) = 9.40, p < .01$  [Heitzmann, 2007: 122 f.].

Abbildung 10 vermittelt einen Überblick über die elf AVEM-Dimensionen im Indikationsvergleich:

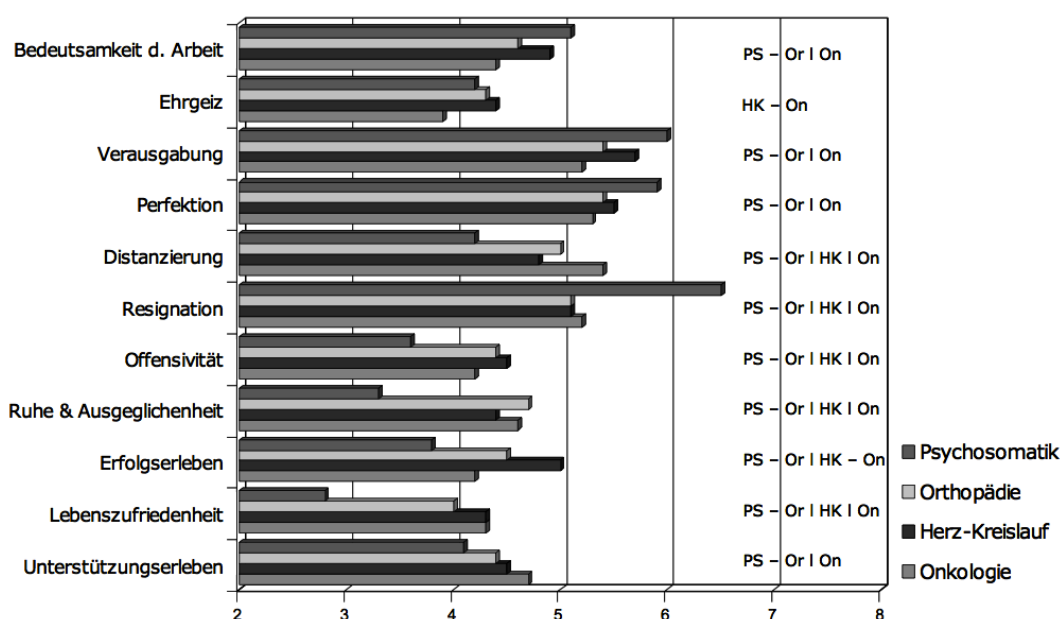


Abbildung 10: AVEM-Dimensionen im Indikationsvergleich (n = 1986)

Anmerkung der Autorin: „Es liegt hier die Stanine-Skala zugrunde. Die Signifikanz der Gruppenunterschiede ist folgendermaßen gekennzeichnet: „-“ =  $p < .05$ ; „|“ =  $p > .05$ .“  
 [Quelle: Heitzmann et al., 2005]

Werden die Mittelwerte der Einzelskalen betrachtet, zeigt sich abermals, wie sehr sich die Psychosomatik-Patienten von den anderen Indikationsbereichen abheben. Vor allem die Einschränkungen im zweiten und dritten AVEM-Bereich (**Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen** und **Berufsbegleitende Emotionen**) sind massiv. Die Psychosomatik-Patienten weisen die niedrigsten Werte in den Skalen *Distanzierungsfähigkeit*, *Offensive Problembewältigung* und *Innere Ruhe*

he und Ausgeglichenheit sowie den höchsten Wert in der Skala *Resignationstendenz bei Misserfolgen* (Skalen 5 – 8 im Bereich der **Widerstandskraft**) auf. Gleichzeitig verfügen sie über die geringsten Ausprägungen in den Skalen *Erfolgs erleben im Beruf*, *Lebenszufriedenheit* und *Erleben sozialer Unterstützung*, welche die Skalen 9 – 11 im Bereich der **Emotionen** darstellen. Mittels der Betrachtung auf Skalenebene kann der hohe Anteil am Risikomuster B innerhalb der Gruppe der psychosomatischen Patienten gut nachvollzogen werden [Heitzmann, 2007: 123].

### 4.5.3 Rehabilitationserfolg in Bezug auf das berufliche Bewältigungsverhalten

A) In Abbildung 11 ist das gesundheitliche Befinden der Rehabilitanden im längsschnittlichen Vergleich zu sehen. Zur statistischen Kontrolle wurden Messwiederholungsvarianzanalysen (ALM) eingesetzt. Da eine Sphärizität nur bei der Variable *körperliche Verfassung* gegeben ist, wurden zur Berechnung und Signifikanzprüfung der F-Werte von der Variable *psychische Verfassung* die Greenhouse-Geisser-Kennwerte herangezogen: *körperliche Verfassung*:  $F(2,810) = 250.31, p < .01$ ; *psychische Verfassung*:  $F(1.9,793.3) = 211.59, p < .01$  [Heitzmann, 2007: 126 f.].

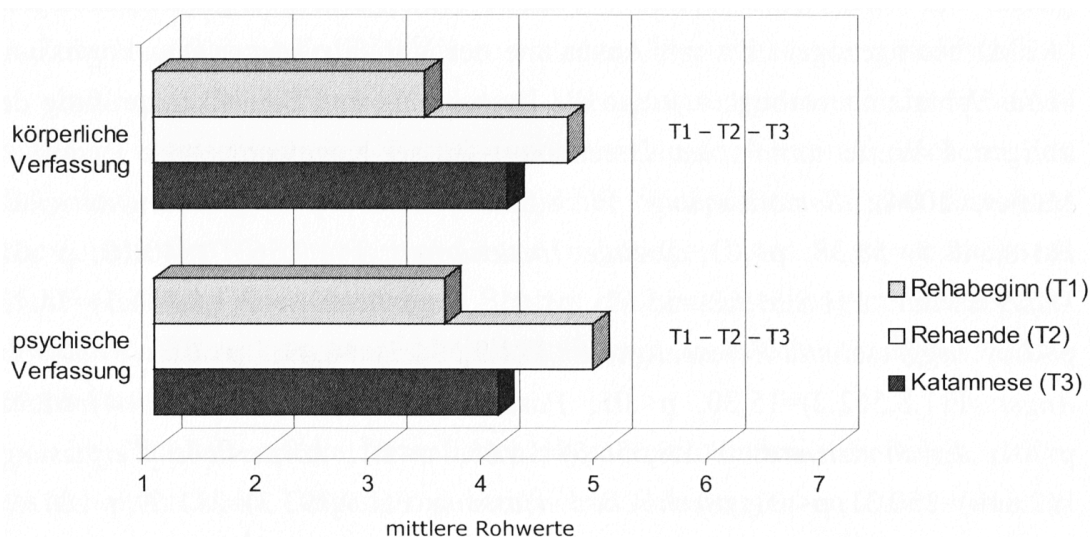


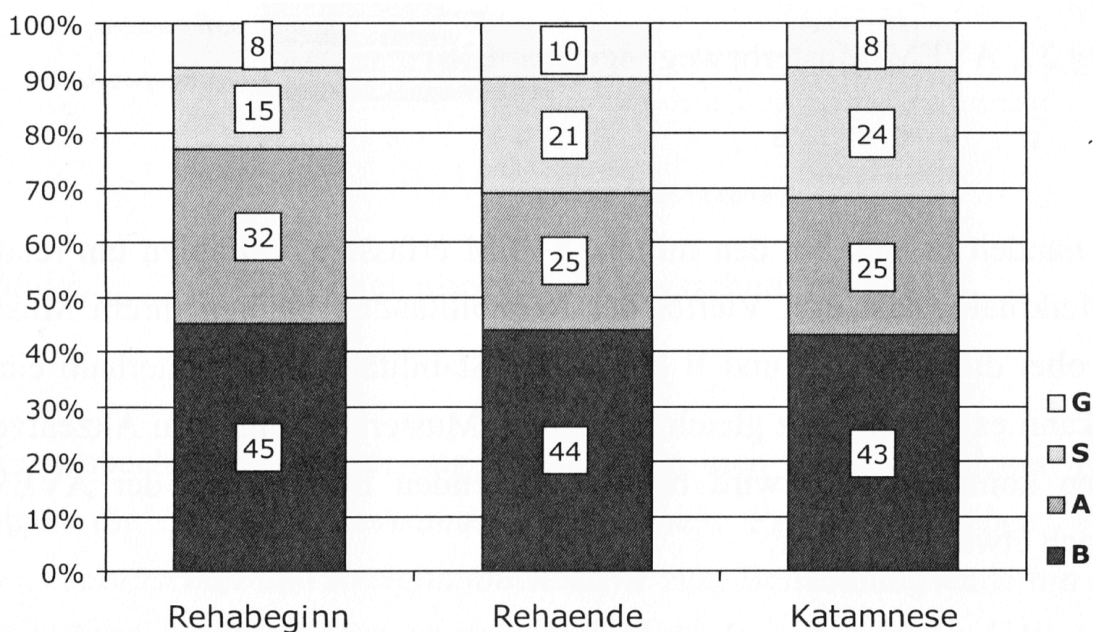
Abbildung 11: Gesundheitszustand im Längsschnitt (n = 408) [Quelle: Heitzmann, 2007: 128]

**Hypothese 3.1.1** prognostiziert einen Rückgang des Symptomerlebens und eine Steigerung des Wohlbefindens beim Vergleich von Behandlungsbeginn und –ende. Die Ergebnisse verzeichnen zwischen Anfang und Ende der stationären Therapie einen deutlichen Rückgang der gesundheitlichen Beschwerden. Sowohl physische

als auch psychische Defizite nahmen ab. Diesbezüglich kann demnach von einem Rehabilitationserfolg mit einer entsprechend hohen Effektstärke von bis zu  $d = .88$  in der *psychischen Verfassung* gesprochen [Heitzmann, 2007: 128] und die Hypothese angenommen werden.

**Hypothese 3.1.2** formuliert eine deutliche Abnahme der zur Entlassung gemessenen Effekte, wenn zum Zeitpunkt der Katamnese erneut gemessen wird. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese: Bei Miteinbeziehung jenes dritten Erhebungszeitpunkts zwölf Monate nach Entlassung offenbart sich eine nahezu durchgängige Tendenz zu einem Rückgang der Werte auf das Ausgangsniveau. Zum Zeitpunkt der Katamnese zeigen sich zwar noch immer merklich günstigere Einschätzungen als zu Beginn der Therapie, die Effektstärken reduzieren sich indes auf Werte zwischen  $d = .09$  bis maximal  $d = .56$  [Heitzmann, 2007: 128]. Aus diesen Werten kann gefolgert werden, dass die Therapie keine langanhaltenden Erfolge zeigt.

Zusätzlich zu den herkömmlichen Merkmalen wurden die zu drei Messzeitpunkten ermittelten Ergebnisse des AVEM als Marker für den Rehabilitationserfolg herangezogen. Eine erfolgreiche Therapie bezogen auf ein verbessertes berufliches Bewältigungsverhalten müsste sich sowohl in den AVEM-Mustern als auch in den einzelnen AVEM-Skalen ausdrücken. Wie in Abbildung 12 zu erkennen ist, haben sich die AVEM-Musteranteile in erster Linie zwischen den Messzeitpunkten Therapiebeginn und Therapieende verändert: Muster G verzeichnet einen Zuwachs um 2 Prozentpunkte von 8% auf 10%, der Anteil am Muster S wächst von 15% auf 21%, Muster A fällt von 32% auf 25% und Muster B nimmt lediglich um einen Prozentpunkt ab auf 44%. Innerhalb des Zeitraumes Therapieende und Katamnese blieb die Konstellation überwiegend konstant [Heitzmann, 2007: 128 f.].



**Abbildung 12: AVEM-Musteranteile im Längsschnitt (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 129]**

Sowohl während des Rehabilitationsaufenthaltes als auch in den zwölf Monaten nach Entlassung kann eine Abnahme des Risikomusters A sowie eine Zunahme des Schonungsmusters S beobachtet werden. Der hohe Anteil des Risikomusters B und der geringe Anteil des Gesundheitsmusters G blieben sowohl in der kurzfristigen wie auch in der längerfristigen Beobachtung weitgehend konstant. Allerdings vollziehen sich die Musterverschiebungen nicht direkt von A nach S, sondern vielmehr über einen indirekten Weg, z.B. mittels Abwanderungen von A nach B oder G nach S [Heitzmann, 2007: 129].

Genauerer Verständnis über die kurzfristigen (während des Rehabilitationsaufenthaltes) und langfristigen (innerhalb des Katamnesezeitraumes) Musterverschiebungen werden in Abbildung 13 vermittelt:

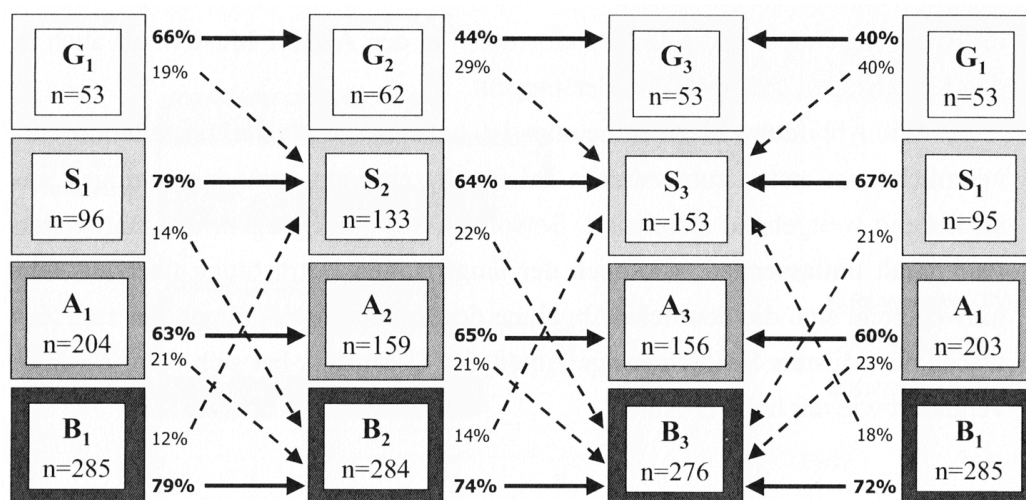


Abbildung 13: AVEM-Musterverschiebungen (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 130]

Die AVEM-Musterzugehörigkeit einer Person ist grundsätzlich ein sehr stabiles Merkmal. Nahezu dreiviertel aller Rehabilitanden behalten ihr Muster bei. Muster G und Risikomuster B zeigen sich dabei am stabilsten. Indes kann es ungeachtet einer unveränderten Musterzugehörigkeit zu Akzentverschiebungen im Bereich eines Musters kommen. Betrachtet man die AVEM-Ergebnisse auf Ebene der Einzeldimensionen, werden diese Veränderungen sichtbar (s. Abbildung 14). Bis auf die Dimension *Beruflicher Ehrgeiz* weisen alle AVEM-Skalen signifikante Veränderungen auf. Zu diesem Zweck wurden wiederum Messwiederholungsvarianzanalysen (ALM) berechnet. Die Berechnung und Signifikanzprüfung der F-Werte erfolgte ebenfalls aufgrund der fehlenden Sphärizität per Greenhouse-Geisser-Korrektur:

- *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*:  $F(1.8,1360.6) = 36.04, p < .01,$
- *Verausgabungsbereitschaft*:  $F(1.9,1416.3) = 81.21, p < .01,$
- *Perfektionsstreben*:  $F(1.9,1430.2) = 61.44, p < .01,$
- *Distanzierungsfähigkeit*:  $F(1.8,1344.9) = 68.25, p < .01,$
- *Resignationstendenz bei Misserfolgen*:  $F(1.9,1397.5) = 33.77, p < .01,$
- *Offensive Problembewältigung*:  $F(1.9,1401.7) = 9.82, p < .01,$
- *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*:  $F(1.9,1377.4) = 48.52, p < .01,$

- *Erfolgserleben im Beruf*:  $F(1.9,1378.8) = 7.36, p < .01,$
- *Lebenszufriedenheit*:  $F(1.9,1391.2) = 21.07, p < .01,$
- *Erleben sozialer Unterstützung*:  $F(1.9,1258.4) = 9.82, p < .01$  [Heitzmann, 2007: 130].

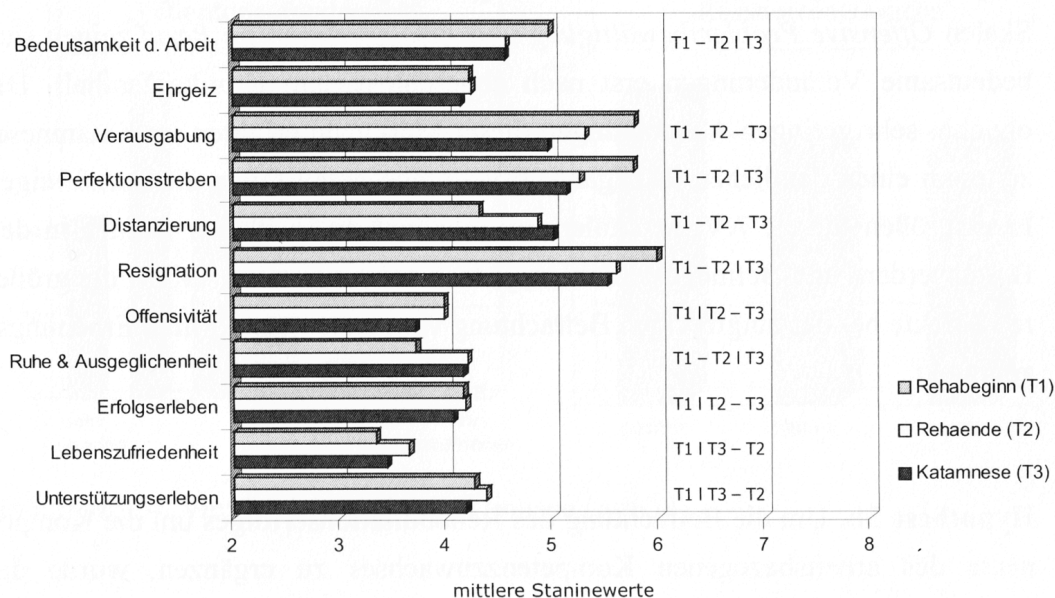


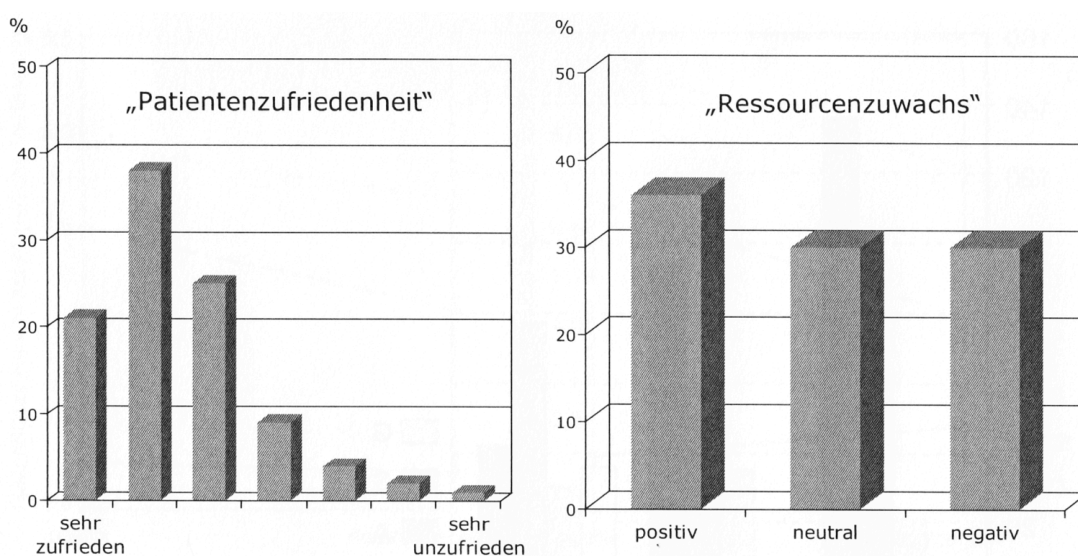
Abbildung 14: AVEM-Skalen im Längsschnitt (n = 748) [Quelle: Heitzmann, 2007: 131]

Die kurzfristigen Effektstärken der AVEM-Dimensionen fallen mit maximal  $d = .36$  geringer aus als die der Merkmale des Gesundheitszustandes. Stattdessen zeigen die AVEM-Ergebnissen jedoch die größeren Effekte in der längsschnittlichen Untersuchung [Heitzmann, 2007: 131 f.].

B) **Hypothese 3.2** formuliert bezüglich der individuell vollzogenen Veränderungen der Rehabilitanden während der Therapie Unterschiede, welche durch den Mustertyp bedingt sind. Zur Vervollständigung der Untersuchung des Rehabilitationserfolgs erfolgte nun eine Analyse jener individuellen Musterveränderungen, um eine Aussage über berufsbezogene Behandlungseffekte treffen zu können. Hierzu wurde die Stichprobe auf Basis der spezifischen Musterzuordnungswahrscheinlichkeit zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn und Katamnese in drei Gruppen mit verschiedenen Behandlungsergebnissen aufgeteilt (der Messzeitpunkt Therapieende wurde nicht berücksichtigt, da primär die langfristigen Ergebnisse von Relevanz sind). Jede der drei Gruppen entspricht einem bestimmten Entwicklungsprozess:

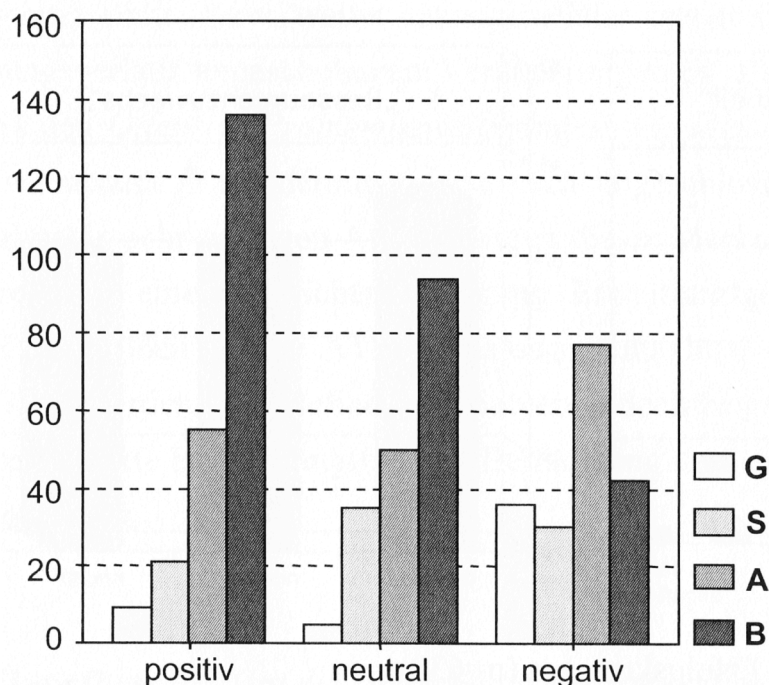
„positiv“, falls sich vom ersten zum dritten Messzeitpunkt der G-Anteil erhöht und/oder der B-Anteil erniedrigt; „neutral“ bei weniger als 5%iger Musterveränderung innerhalb dieses Zeitraumes; „negativ“, falls bis zum Zeitpunkt der Katamnese der G-Anteil sinkt und/oder der B-Anteil steigt.

Abbildung 15 zeigt die Häufigkeitsverteilung der drei Gruppen im Gegensatz zum Merkmal der Patientenzufriedenheit. Während mehr als drei Viertel der Rehabilitanden zum Ende des stationären Aufenthalts mit der Therapie zufrieden waren, konnten nur etwa 36% einen beruflichen Ressourcenzuwachs erzielen [Heitzmann, 2007: 132].



**Abbildung 15: Gegenüberstellung der Erfolgskriterien "Patientenzufriedenheit" und "Ressourcenzuwachs" (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 133]**

Für jedes der vier Muster sind verschiedene Entwicklungsrichtungen möglich, wie Abbildung 16 veranschaulicht. Sowohl von einem positiven wie auch negativen Ausgangszustand sind Gewinn- oder Verlustentwicklungen denkbar [Heitzmann, 2007: 133]. Damit kann **Hypothese 3.2** angenommen werden.



**Abbildung 16: Individueller Therapieerfolg unter dem Aspekt des Ausgangsmusters (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 134]**

C) Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurden die Patienten zum Abschluss ihrer Therapie gebeten, sich selbst entweder als arbeitsfähig oder –unfähig einzustufen. Damit liegt eine subjektive Einschätzung der Erwerbsfähigkeit vor.

**Hypothese 3.3** formuliert einen Zusammenhang zwischen Musterzugehörigkeit und Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit: Eine positive Einschätzung wird häufiger bei Muster-G-, Muster-S- und Muster-A-Vertretern vorgenommen als bei Muster-B-Vertretern. Um nun einen Zusammenhang zwischen *AVEM-Musterzugehörigkeit* und *Arbeitsfähigkeitseinschätzung* zu prüfen, wurden Kontingenztafelstatistiken (Berechnung von Kreuztabellen) herangezogen. Übereinstimmend mit der Hypothese zeigt sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen:  $\chi^2(3) = 14.93, p < .01$ ;  $C = .11, p < .01$  [Heitzmann, 2007: 135 f.].

Diese Beziehung wird in Abbildung 17 illustriert:

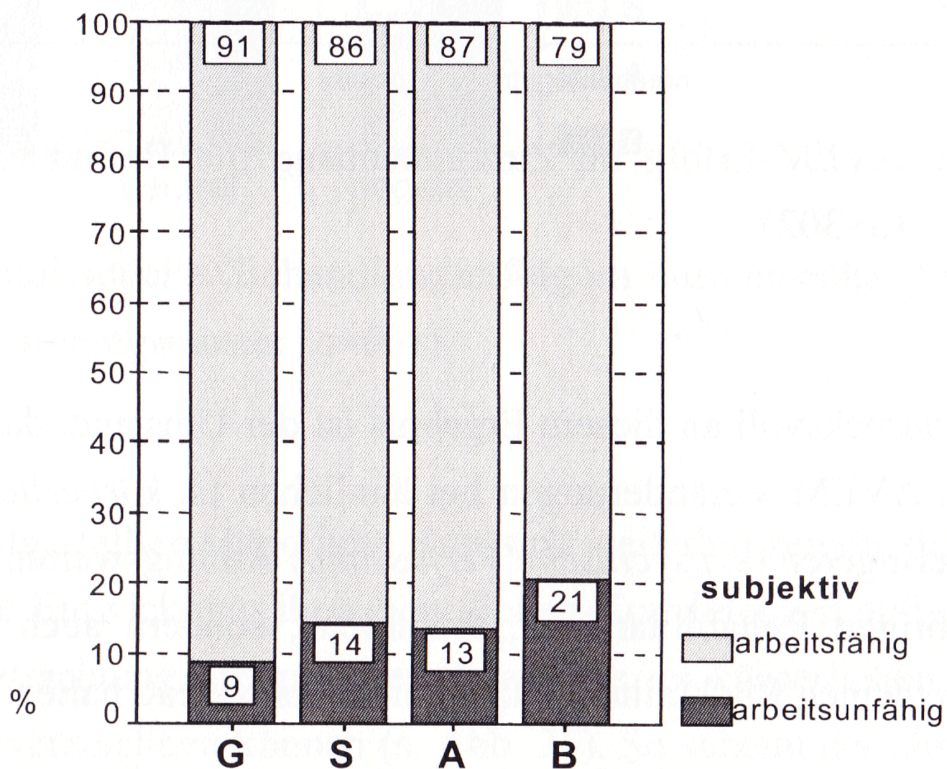


Abbildung 17: Subjektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf das AVEM-Muster (n = 1194) [Quelle: Heitzmann, 2007: 136]

[Anmerkung: Die angegebenen Zahlen entsprechen Prozentwerten.]

Zwar stufte sich in allen vier Mustern der überwiegende Anteil an zugehörigen Patienten als arbeitsfähig ein, jedoch ist der Anteil an Patienten, die sich als arbeitsunfähig einschätzen, innerhalb der Vertreter von Muster B am größten (21%) und innerhalb der Vertreter von Muster G am geringsten (9%) [Heitzmann, 2007: 136].

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Konzept einer berufsbezogenen Therapie

Im folgenden Abschnitt wird ein idealtypisches Behandlungssetting einer berufsspezifischen Therapie bei Rehapatienten beschrieben, welche sich an individuellen AVEM-Ergebnissen orientiert und Werte einzelner AVEM-Skalen miteinbezieht.

Ausgehend von einer allgemeinen Sitzung, in welcher die Diagnostik des AVEM besprochen wird, werden die Patienten je nach ihrem Defizitbereich speziellen Modulen zugewiesen. Die Patienten besuchen nur diejenigen Module, welche sie laut ihren individuellen AVEM-Ergebnissen auch benötigen – ein Vorgehen, welches zudem aus ökonomischer Perspektive sinnvoll ist.

In Abbildung 18 wird das Behandlungssetting illustriert:

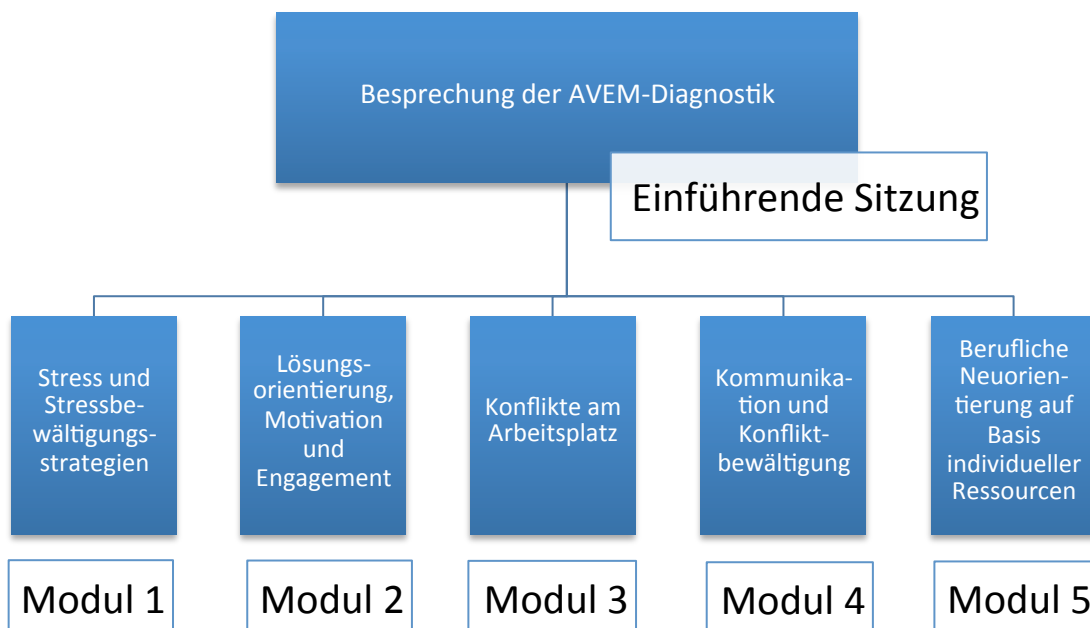


Abbildung 18: Idealtypisches Behandlungssetting für AVEM-Burnout-Typ-B

### 5.1.1 Grundlegender Aufbau

Aus bereits existierenden berufsspezifischen Therapieprogrammen wie z.B. „Fit für den Beruf“ [Heitzmann, Helfert & Schaarschmidt, 2008a] und „Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)“ [Hillert et al., 2007] soll im Folgenden ein idealtypisches Behandlungssetting für den AVEM-Burnout-Typ-B entwickelt werden. Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung der beiden Therapieprogramme sowie eine Erläuterung, auf welcher Erkenntnisgrundlage das im Anschluss beschriebene Behandlungssetting für AVEM-Typ-B fußt.

Das Therapieprogramm „Fit für den Beruf“ mit fünf jeweils zweieinhalbstündigen Sitzungen innerhalb von zwei Wochen wird in einer aus acht bis zwölf Personen bestehenden Gruppe durchgeführt. Ausgehend von einer Einführung in die Thematik des AVEM-Konzepts folgen drei weitere Sitzungen mit den Inhalten „Individuelle Ressourcen“, „Berufliche Motivation“ und „Kommunikation & Umgang mit Konflikten“ an. Die fünfte Sitzung widmet sich der „Zielformulierung“ und schließt das Programm ab [Heitzmann et al., 2008a: 10 f.].

Das stationäre berufsbezogene Gruppenprogramm „Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)“ [Hillert et al., 2007] besteht aus acht Doppelstunden, welche inhaltlich zu vier Modulen zusammengefasst sind. Auf Modul 1 „Berufliches Wohlbefinden/Motivation“ mit einführendem Charakter schließt Modul 2 „Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten“ an, in welchem die Handhabung von Konflikten am Arbeitsplatz erörtert wird. Im dritten Modul „Stressbewältigung“ werden Techniken zur Verringerung von Stress erarbeitet. Im optionalen Modul 4 „Berufliche Perspektiven und Bewerbungstraining“ richtet sich der Fokus schließlich auf eine mögliche berufliche Neuorientierung und die Zeit nach der stationären Therapie [Hillert et al., 2007: 28 f.].

Um eine Verbesserung der AVEM-Werte von Rehabilitanden zu erreichen, sollte möglichst eine Kombination aus beiden Programmen erfolgen. Während „Fit für den Beruf“ dem Problem *Motivation* größere Bedeutung beimisst, liegt bei „SBA“ der Fokus auf dem Thema *Stressbewältigung*. Beide Sachverhalte müssen in eine fundierte berufsbezogene Therapie integriert werden, da bei Burnout- (gefährdeten) Patienten meist weder ein angemessener Umgang mit Stresssituationen noch genügend innerer An-

trieb für die Bewältigung des täglichen Arbeitslebens vorliegen (s. dazu auch Abschnitt 2.3 *Das Konzept Burnout*).

Daher folgt im Anschluss die Beschreibung eines idealtypischen Behandlungssettings für AVEM-Typ-B, welches durch die Integration beider Therapieprogramme auf die Verbesserung der AVEM-Werte abzielt. Ziel ist es, die AVEM-Ergebnisse durch spezifisch auf die jeweilige defizitäre AVEM-Skala zugeschnittene Therapieinhalte positiv zu beeinflussen.

Der Fokus liegt dabei auf der Grundvoraussetzung einer effektiven Interventionstherapie: der Motivation des Patienten selbst, um notwendige Veränderungen zuzulassen und auch eigenhändig mitzugestalten. Diese ist als typisches Symptom bei Burnout vor allem bei Vertretern des Risikomusters B oft nicht gegeben. Maßgebliche Hilfe von außen ist bei diesen Patienten gefragt, um die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen [Schaarschmidt, 2006: 73]. Bei schwerwiegenden Fällen bietet es sich zunächst an, den betreffenden Patienten mittels arbeitsferner Ziele emotional zu stabilisieren, bevor der Fokus auf die eigentliche berufliche Problematik gelegt wird [Heitzmann et al., 2008a: 21 f.]. Kann bei jenen Patienten ihr innerer Antrieb nicht genügend aktiviert werden, bleiben die positiven Auswirkungen einer Rehabilitationsbehandlung gering, da wesentliche Elemente einer berufsspezifischen Therapie vermutlich kaum verarbeitet werden konnten.

Wie Abbildung 19 (entspricht Abbildung 3 aus Abschnitt 4.5.1 *Verwendung des AVEM im klinischen Kontext*) verdeutlicht, sticht das Risikomuster B in zweierlei Hinsicht heraus: Es besitzt die höchste Ausprägung in allen Skalen der SCL-90-R und gleichzeitig stellt sein Wert in der Skala der *Depressivität* (s. Markierung) den höchsten in allen Skalen der Symptomcheckliste nach Derogatis dar. Hier zeigt sich die heikle Situation vieler Muster-B-Vertreter: Ein (weiteres) Abrutschen in das Krankheitsbild der Depression verhindert jegliche Motivation, an berufsspezifischen Therapieprogrammen teilzunehmen. Auch sollte bei depressiven Patienten zuallererst die genannte Grunderkrankung therapiert werden, um ihnen überhaupt einen Zugang zu einem (berufs-)spezifischen Therapieprogramm zu ermöglichen.

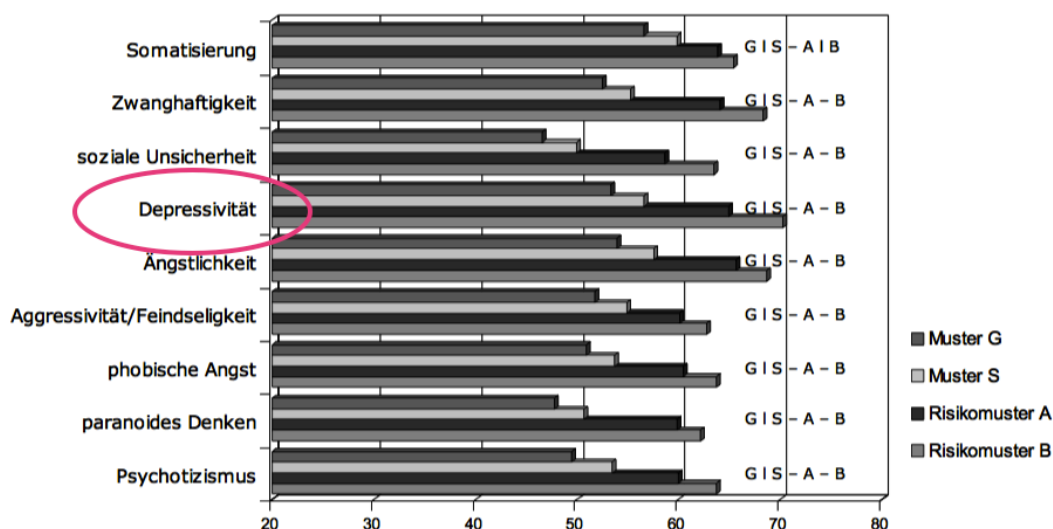


Abbildung 19: Mittlere Ausprägung in den Skalen der SCL-90-R im AVEM-Muster-Vergleich (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005]

Tabelle 16 (entspricht Tabelle 15 aus Abschnitt 4.5.1 *Verwendung des AVEM im klinischen Kontext*) offenbart hohe Korrelationen zwischen der SCL-90-R-Skala der *Depressivität* und einigen AVEM-Skalen: Die Markierung zeigt diejenigen sechs AVEM-Skalen mit den höchsten positiven oder negativen Korrelationen.

Tabelle 16: Korrelationen (Pearson-Koeffizienten) zwischen den AVEM-Skalen und den Merkmalen der SCL-90-R (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005]

AVEM-Skalen	Symptombereiche								
	Som	Zwa	Unsich	Depr	Äng	Aggr	Phob	Paran	Psych
Bedeutsamkeit der Arbeit	.01	-.04	-.06	-.02	-.02	-.05	-.01	.01	.03
Beruflicher Ehrgeiz	-.05	-.12**	-.05	-.11**	-.10**	-.06	-.04	.05	-.01
Verausgabungsbereitschaft	.20**	.20**	.16**	.17**	.21**	.16**	.11**	.21**	.16**
Perfektionsstreben	.11**	.20**	.18**	.17**	.20**	.13**	.18**	.15**	.14**
Distanzierungsfähigkeit	-.16**	-.31**	-.33**	-.32**	-.32**	-.27**	-.21**	-.33**	-.25**
Resignationstendenz	.22**	.40**	.43**	.43**	.35**	.30**	.33**	.35**	.37**
Offensive Problembewältigung	-.14**	-.31**	-.33**	-.38**	-.27**	-.23**	-.25**	-.23**	-.27**
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	-.16**	-.32**	-.31**	-.33**	-.37**	-.30**	-.28**	-.25**	-.28**
Erfolgsereben im Beruf	-.18**	-.30**	-.33**	-.35**	-.29**	-.23**	-.29**	-.25**	-.30**
Lebenszufriedenheit	-.31**	-.47**	-.50**	-.60**	-.47**	-.41**	-.39**	-.47**	-.50**
Erleben sozialer Unterstützung	-.19**	-.27**	-.35**	-.26**	-.23**	-.23**	-.20**	-.37**	-.33**

Anmerkungen: Som = Somatisierung; Zwa = Zwanghaftigkeit; Unsich = soziale Unsicherheit; Depr = Depressivität; Äng = Ängstlichkeit; Aggr = Aggressivität/Feindseligkeit; Phob = phobische Angst; Paran = paranoides Denken; Psych = Psychotizismus; \*: p < .05; \*\*: p < .01

Die höchste Wechselwirkung findet sich zwischen der Dimension der *Lebenszufriedenheit* und der Skala der *Depressivität*. Zusammen mit der Skala *Erfolgsereben im Beruf* finden sich hier zwei von drei Skalen aus dem AVEM-Bereich der **berufsbegleitenden Emotionen**. Die weiteren Skalen *Distanzierungsfähigkeit*, *Resignationstendenz*, *Offen-*

*sive Problembewältigung* und *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*, welche in hoher Korrelation zur Depressivität stehen, stammen alle aus dem AVEM-Bereich der **erlebten Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen**. Das folgende Therapiekonzept setzt an diesen ausgewählten AVEM-Skalen an, um eine Verbesserung der Therapieergebnisse während der Rehabilitationsbehandlung zu erzielen. Die Abfolge der einzelnen Sitzungen orientiert sich an den nummerierten Skalen des AVEMs, muss aber nicht zwingend eingehalten werden.

Vor Beginn der berufsbezogenen Therapie ist das Messinstrument AVEM von den neu aufgenommenen stationären psychosomatischen Patienten auszufüllen. Nach der Analyse der jeweiligen AVEM-Werte erfolgt eine sorgfältige Indikationsstellung.

Hierfür nennen Hillert und Mitarbeiter folgende objektive Einschlusskriterien [Hillert et al., 2007: 26]:

- Arbeitslosigkeit oder bevorstehende Arbeitslosigkeit
- erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten (mehr als zwölf Wochen während der vorangegangenen zwölf Monate)

Als Ausschlusskriterien führen Hillert und Mitarbeiter an [Hillert et al., 2007: 27]:

- nicht vorhandener Wille zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit (z.B. Hausfrauen/-männer)
- gegenwärtiges Rentenverfahren
- hoher Schweregrad der Grunderkrankung, wodurch eine Gruppenteilnahme ausgeschlossen werden muss
- kaum Berufserfahrung (z.B. Auszubildender)

## 5.1.2 Entwicklung eines idealtypischen Behandlungssettings für AVEM-Burnout-Typ-B

### 5.1.2.1 Allgemeine einführende Sitzung

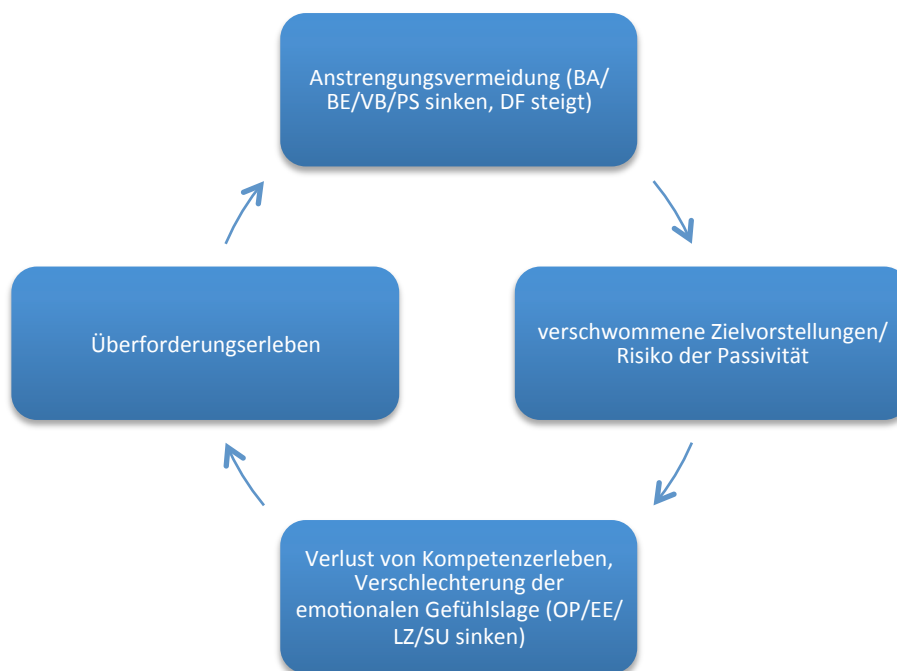
Im Anschluss an die Analyse der AVEM-Werte der neu aufgenommenen Patienten und der Indikationsstellung (s. Abschnitt 5.1.1 *Grundlegender Aufbau*) findet für alle teilnehmenden Patienten eine einführende Sitzung statt, in der zuerst die Ressourcenfunktion des AVEM und anschließend die individuellen AVEM-Ergebnisse und –Typen der Patienten erläutert werden. Diese einführende Sitzung orientiert sich an der ersten Sitzung von „Fit für den Beruf“: „Einstieg & AVEM“.

**Tabelle 17: Inhalt der einführenden Sitzung**

<b>Teilnehmer an der Einführung</b>	<b>Inhalt (Allgemeine Einführung)</b>
Patienten mit Muster-B-typischen defizitären Stanine-Werten	Darstellung des AVEM-Konzepts
	Kreislauf der Anstrengungsvermeidung
	Kreislauf ausgewogenen Berufsengagements
	Interpretation des individuellen AVEM-Profiles

Zu Beginn der Sitzung wird Patienten mit Muster-B-typischen defizitären Stanine-Werten das Konzept des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters vorgestellt (s. dazu die Erläuterungen unter Abschnitt 4.1 *Das Messinstrument AVEM* bzw. das Manual zu „Fit für den Beruf“ [Heitzmann et al., 2008b: 2-12]). Die Patienten werden angeregt, sich auf das Thema „Beruf“ zu konzentrieren, das heißt ihre Aufmerksamkeit wird weg von ihrer Erkrankung hin zum Alltag außerhalb der Rehabilitation gelenkt [Heitzmann et al., 2008a: 23].

Zusätzlich wird der „Teufelskreis“ der Anstrengungsvermeidung erläutert, welcher in Abbildung 20 illustriert ist:



**Abbildung 20: Kreislauf der Anstrengungsvermeidung [vgl. Heitzmann et al., 2008b]**

Anstrengungsvermeidung entspricht einem geringen **beruflichen Engagement**, d.h. Werte der Skalen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit* (BA), *Beruflicher Ehrgeiz* (BE), *Verausgabungsbereitschaft* (VB) und *Perfektionsstreben* (PS) verringern sich, indes verzeichnet die *Distanzierungsfähigkeit* (DF) einen Zuwachs. Diese Veränderungen stellen einen typischen Verlauf während einer stationären Therapie dar [Heitzmann et al., 2008a: 42 f.]. In der repräsentativen Studie vollzog sich zwar während der Therapie ein Wechsel vom Risikomuster A vor allem zum Schonungsmuster S, was jedoch nicht als positives Ergebnis gewertet werden kann. Es ist lediglich vielmehr ein weniger negatives Resultat, da Patienten nun vor allem ein geringeres berufliches Engagement aufweisen. Ein verringerter *beruflicher Ehrgeiz* (BE) führt nicht zu mehr Kompetenzerleben oder Zufriedenheit. Sinkt das Engagement, entsteht schnell die Gefahr von Passivität mit gleichzeitigem Absinken von Kompetenzerleben bzw. dem Verlust *offensiver Bewältigungsfähigkeiten* (OP) und einer Abnahme der Arbeits- und Lebenszufriedenheit (*Erfolgserleben im Beruf/ Lebenszufriedenheit/ Erleben sozialer Unterstützung*). Schließlich kommt es zu einem Überforderungserleben, was wiederum das berufliche

Engagement weiter sinken lässt [Heitzmann et al., 2008a: 25 ff.] und eine ungünstige Voraussetzung für das weitere Berufsleben darstellt.

Dem wird der Kreislauf des ausgewogenen Berufsengagements gegenübergestellt (s. Abbildung 21):



**Abbildung 21: Kreislauf ausgewogenen Berufsengagements [vgl. Heitzmann et al., 2008b]**

Ein Arbeitnehmer, der sich im Job zwar engagiert, aber trotzdem eine gewisse Distanzierungsfähigkeit bewahrt, stellt sich aktiv seinen täglichen Herausforderungen. Dadurch setzt ein Verantwortungsgefühl ein, welches seine Motivation fördert und schließlich zu einem ausgewogenen Engagement im Beruf führt.

Entsprechend der jeweiligen Defizite erfolgt im Anschluss an diese gemeinsame Sitzung eine Zuordnung der Patienten zu unterschiedlichen Modulen.

### 5.1.2.2 Modul 1: Einführung in das Thema Stress sowie Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien

Am Modul 1 nehmen diejenigen Rehabilitanden teil, welche im AVEM-Fragebogen entweder in der Skala 5 *Distanzierungsfähigkeit* (DF) Stanine-Werte  $\leq 4$  (eingeschränkte Distanzierungsfähigkeit) und/oder in der Skala 8 *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* (IR) Stanine-Werte von  $\leq 3$  (innere Unruhe und Unausgeglichenheit, psychische Instabilität) erzielten.

Zur Verbesserung der beiden Skalen DF und IR werden zwei Sitzungen aus „SBA“ herangezogen: Sitzung 5 mit „Grundlagen der Stressbewältigung“ [Hillert et al., 2007: 76 ff.] als Inhalt und Sitzung 6, in welcher die „Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien“ [Hillert et al., 2007: 88 ff.] behandelt werden. Aufgrund der umfangreichen Thematik und Relevanz der Sitzungsinhalte kann Modul 1 auch auf zwei Termine aufgeteilt werden.

#### MODUL 1, TEIL 1

Tabelle 18: Inhalt von Modul 1, Teil 1

Teilnehmer an Modul 1, Teil 1	Inhalt (Grundlagen zur Stressbewältigung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanine-Werte <math>\leq 4</math> in der AVEM-Skala 5 <i>Distanzierungsfähigkeit</i> (DF)</li> <li>• Stanine-Werte <math>\leq 3</math> in der AVEM-Skala 8 <i>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</i> (IR)</li> </ul>	Erläuterung des Begriffs Stress
	Persönliche Stressanalyse
	Erkennen von Stressoren am Arbeitsplatz
	Strategien zur Stressbewältigung

Zu Beginn wird den Teilnehmern der Begriff „Stress“ erläutert (s. dazu auch die Ausführungen unter Abschnitt 2.1 *Arbeit, Belastung, Beanspruchung und Stress*). Dazu führt der Sitzungsleiter die Begriffe *Transaktionales Stressmodell*, *primary* und *secondary appraisal* [Lazarus, 1966: 30 ff.], *Stressoren* [Semmer & Udris, 2007: 173], *Stressreaktionen* und *Eustress* [Selye, 1981: 166 ff.] ein. Es wird erklärt, weshalb Personen Stress unterschiedlich stark wahrnehmen und auf Stress reagieren: Das Empfinden von Belastungssituationen variiert von negativ bedrohlich bis angenehm herausfor-

dernd. Der Fokus während der Therapiesitzung richtet sich dabei auf die Unterscheidung zwischen Stressoren (Stressauslösern), Stressreaktionen (physische und psychische Reaktionen auf berufliche Belastungen) und persönlicher Stressbewältigung (individuelle Bewertung und unterschiedliches Verhalten in der jeweiligen Situation) [Hillert et al., 2007: 78 f.].

Im nächsten Abschnitt wird den Teilnehmern mittels einer persönlichen Stressanalyse vermittelt, welche Art von Stressoren im jeweiligen Fall Stress auslösen und auf welche Weise ihr Körper im Sinne von „Warnsignalen“ reagiert. Hierzu werden Arbeitsblätter („Meine Stressreaktionen“ sowie „Typische Stressreaktionen“) ausgeteilt und bearbeitet: Der Therapeut bespricht die Ebenen der Stressreaktion (Gedanken, Gefühle, Körper und Verhalten) beim Individuum und stellt weitere charakteristische Reaktionen (meist einhergehend mit einer erhöhten körperlichen Aktivität, d.h. einer Sympathikus-Aktivierung) dar [Hillert et al., 2007: 79 f.].

Im weiteren Verlauf der Sitzung wird den Teilnehmern u.a. mittels der Folie und des Arbeitsblattes „Stressquellen bei der Arbeit“ erläutert, wie sie Stressauslöser im täglichen Job identifizieren können: Das Wissen um diese Ursachen von Stress ist als Prämisse für eine adäquate Stressreaktion zu werten [Hillert et al., 2007: 81 f.].

Im letzten Abschnitt des ersten Modulteils werden Strategien zur Stressbewältigung erarbeitet: Man unterscheidet zwischen kurzfristigen Strategien für akute Belastungssituationen und langfristigen Strategien zum Abbau bzw. zur Verhinderung von Chronifizierungen. Zu den kurzfristigen Strategien bei akutem Stress zählen [Hillert et al., 2007: 82 f.]:

- Spontane Erleichterung (z.B. *Progressive Muskelentspannung* (PMR) nach Jacobson [Jacobson, 1990: 121 ff.]
- Wahrnehmungsumlenkung (z.B. mittels Imaginationsbildern bzw. einem Gang an die frische Luft)
- Positive Selbstgespräche
- Abreaktion (z.B. durch Sport)

Eine weitere Möglichkeit zur akuten Stressreduktion bietet das Entspannungsverfahren *Short Universal Regulative Exercise* (SURE) mittels kreisenden oder schwingenden

Bewegungen [Kutz, 2010]. Der Autor beschreibt in seiner Studie eine Abnahme der Pulsfrequenz sowie eine Reduzierung des subjektiv empfundenen Stresslevels. Dieses Verfahren zeichnet sich zudem durch seine einfache und dadurch schnelle Erlernbarkeit aus.

Bei chronischem Stress führen Hillert und Mitarbeiter folgende Beispiele für langfristige Strategien an [Hillert et al., 2007: 83 f.]:

- Entspannung (z.B. durch PMR, Autogenes Training, Meditation)
- Zufriedenheitserlebnisse (durch Ausführung positiver Tätigkeiten/Hobbies)
- Soziale Kontakte
- Einstellungsänderung (Hinterfragung von Grundüberzeugungen)
- Problemlösung (Veränderung belastender Arbeitsumstände wie Lärm, unkoordinierte Arbeitsabläufe etc.)
- Zeitmanagement
- Qualifikation (Vorbeugung einer Überforderung)

Die genannten Methoden zielen entweder auf die Beseitigung der Stressursache (z.B. der Lösung von Problemen), auf das Problemverhalten (z.B. Meditation) oder auf die Konsequenzen (z.B. Selbstbelohnung durch Zufriedenheitserlebnisse) ab. Hierzu erhalten die Teilnehmer zwei Arbeitsblätter („Strategien zur Stressbewältigung“). In der Runde werden verschiedene Erfahrungen diskutiert und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt [Hillert et al., 2007: 84 f.].

Anhand des in diesem Abschnitt vermittelten theoretischen Hintergrundes zur Thematik Stress kann nun im zweiten Teil der Fokus auf die Umsetzung von Strategien zur Stressbewältigung gelegt werden.

## MODUL 1, TEIL 2

Tabelle 19: Inhalt von Modul 1, Teil 2

Teilnehmer an Modul 1, Teil 2	Inhalt (Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanine-Werte <math>\leq 4</math> in der AVEM-Skala 5 <i>Distanzierungsfähigkeit</i> (DF)</li> <li>• Stanine-Werte <math>\leq 3</math> in der AVEM-Skala 8 <i>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</i> (IR)</li> </ul>	Positive Selbstgespräche
	Veränderung stressfördernder Einstellungen
	Erholsame Pausengestaltung

Im zweiten Teil von Modul 1 liegt der Fokus auf der Realisierung der bereits gelernten Stressbewältigungsstrategien. Hillert und Mitarbeiter beschreiben zwei Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Modul: Zum einen müssen die Teilnehmer bereits außerhalb der berufsspezifischen Therapie Grundlegendes über psychotherapeutische Verfahren erfahren haben, zum anderen ist die vorherige Teilnahme an einem Entspannungstraining verpflichtend [Hillert et al., 2007: 89].

Der Sitzungsleiter bespricht drei Möglichkeiten der Stressbewältigung ausführlich mit den Teilnehmern: Als kurzfristige Strategie wird der Sinn von positiven Selbstgesprächen erläutert, als langfristige Strategien werden eine Veränderung der Denkweise angeregt bzw. die Möglichkeiten einer erholsamen Pausengestaltung besprochen [Hillert et al., 2007: 91].

Positive Selbstgespräche können in dreierlei Hinsicht das Stressempfinden vermindern: durch „gezielte Umbewertungen“ (z.B. Vermeiden von Schwarz-Weiß-Denken), „Selbstinstruktionen“ (zielgerichtete Handlungen durch leitende Gedanken, z.B. „Zuerst bearbeite ich dies, danach jenes, etc.“) sowie durch „Selbstermunterungen“ (positives Denken, z.B. „Das schaffst du schon!“) [Hillert et al., 2007: 94 f.]. Vertieft wird dieser Abschnitt mithilfe eines gleichnamigen Arbeitsblattes.

Mittels eines weiteren Arbeitsblattes über „Stressfördernde Einstellungen“ wird erarbeitet, welcher Zusammenhang zwischen dem Anspruch an die eigene Person und dem Auftreten von Stress besteht. Sogenannte „dysfunktionale Überzeugungen“ wie

zu hohe Erwartungen an sich selbst oder perfektionistische Denkweisen fördern das Erleben von Stress und müssen korrigiert werden, um auf lange Sicht eine Verbesserung herbeizuführen. Durch Realitätsüberprüfungen wie z.B. „Welche Folgen hätte ein niedrigeres Pensum an erledigten Aufgaben tatsächlich für die Firma?“ soll der eigene Anspruch relativiert werden. Hierzu werden in einer Tabelle des SBA-Manuals anhand von Beispielen Vorschläge zur Beeinflussung dysfunktionaler Gedanken gemacht [Hillert et al., 2007: 91 ff.].

Der Gegenstand des dritten Abschnitts dieses Modulteils ist die Schaffung von Zufriedenheitserlebnissen bzw. die Gestaltung von erholsamen Arbeitspausen [Hillert et al., 2007: 96 ff.]. Anhand der *Euthymen Therapie* [Lutz, 2009: 551 ff.], einer Genuss-therapie, sollen sich die Teilnehmer folgende „Genussregeln“ aneignen, welche als Basis für das Erleben von Zufriedenheitsmomenten dienen [Hillert et al., 2007: 96 f.]:

- Genuss braucht Zeit
- Genuss muss erlaubt sein
- Genuss geht nicht nebenbei
- Weniger ist mehr
- Genuss bedeutet: Ausschauen, was mir gut tut
- Genuss kann man nicht erzwingen
- Ohne Erfahrung kein Genuss
- Genuss ist jeden Tag möglich

Mithilfe zweier Arbeitsblätter („Pausen- und Genussregeln“ und „Anregungen für Pausen und Ausgleich“) werden Anreize für eine genussvolle Pausengestaltung geschaffen, welche es den Rehapatienten erlauben, zum einen während der Arbeit zwischendurch zur Ruhe zu kommen und zum anderen, sich an ihrem Feierabend erfreuen zu können. Sie erlernen anhand des Pausen- und Genussstrainings sowohl eine kurzfristige Stressbewältigungsstrategie im Sinne einer „spontanen Erleichterung“ (s. Teil 1 des Moduls: Stressbewältigungsstrategien), als auch eine langfristige Strategie, indem „Zufriedenheitserlebnisse“ angeregt werden [Hillert et al., 2007: 96].

Das Zusammenspiel von kurz- und langfristigen Stressbewältigungsstrategien mit der Gestaltung von erbaulichen Ruhepausen, die den Teilnehmern zum Erleben von Zu-

friedenheitsmomenten befähigen, gibt ihnen die Möglichkeit, ihren Arbeitsalltag als positiv wahrzunehmen und dysfunktionalen Verhaltensweisen aktiv gegenzusteuern.

### 5.1.2.3 Modul 2: Lösungsorientierung sowie Motivation und Engagement im Beruf

Die Teilnahme am zweiten Modul ist für diejenigen Rehabilitanden gedacht, welche in der sechsten Skala des AVEMs, der *Resignationstendenz* (RT), Stanine-Werte  $\geq 7$  erreichen. AVEM-Typ-B-Vertreter weisen die höchste Resignationstendenz von allen vier Mustern auf.

Zur Verbesserung dieser Skala dienen zwei Sitzungen aus dem Therapieprogramm „Fit für den Beruf“: Sitzung 2 „Persönliche Ressourcen im Beruf“ [Heitzmann et al., 2008a: 29 ff.] und Sitzung 3 „Motivation und Engagement im Beruf“ [Heitzmann et al., 2008a: 42 ff.]. Auch dieses Mal kann aufgrund des umfangreichen und bedeutenden Inhalts das Modul 2 entweder auf zwei Termine aufgeteilt oder als Doppelstunde gestaltet werden.

## MODUL 2, TEIL 1

Tabelle 20: Inhalt von Modul 2, Teil 1

Teilnehmer an Modul 2, Teil 1	Inhalt (Lösungsorientierung)
Stanine-Werte $\geq 7$ in der AVEM-Skala 6 <i>Resignationstendenz</i> (RT)	Individuelle Ressourcensuche im Rahmen von Lösungsorientierung anstatt Problemorientierung (Aufzeigen möglicher Bewältigungsressourcen)
	Belastungsmanagement

Der erste Teil von Modul 2 basiert auf mehreren theoretischen Ansätzen. In diesem Abschnitt wird mit Methoden aus der *Lösungsorientierten Kurzzeittherapie* [Bamberger, 2015; De Jong & Berg, 2008] gearbeitet, deren Einsatz vor allem bei chronisch Erkrankten vielversprechend scheint. Genau bei diesen Patienten, deren vollständige Heilung meist nicht erreicht werden kann, sollen Lösungswege herausgearbeitet werden, die das individuelle Wohlbefinden zumindest verbessern können. Bewältigungsversuche der vor dem Auftreten der Erkrankung gemeisterten beruflichen Anforderungen sind häufig schon mehrmals gescheitert, was sich in einer hohen Re-

signationstendenz dieser Patientengruppe offenbart. Daher wird hier der Ansatz „weg von der Problemorientierung, hin zur Lösungsorientierung“ verfolgt: Die Analyse der etwaigen Probleme im Beruf soll relativ knapp gehalten werden, um möglichst bald auf die Suche nach individuellen Ressourcen bzw. Fähigkeiten zu gehen. Dies erfordert spezielle Techniken der Gesprächsführung durch den Therapeuten, wie z.B. dem Umgehen des Wortes „Problem“ und der Vermeidung von Ursachenforschung. Stattdessen sollen die Gedanken der Patienten auf ihre Wünsche und Vorstellungen gelenkt werden. Anhand dieser können nun kleine Schritte erarbeitet werden, mit Hilfe derer die Patienten in der Lage sind, der Erfüllung dieser Bedürfnisse näher zu kommen [Heitzmann et al., 2008b: 29 f.].

Der Patient gilt als „Experte seiner eigenen Lebenssituation“ [Heitzmann et al., 2008a: 30]. Dies bedeutet, dass sich der Therapeut mit seinen Vorschlägen zurückhält und den Patienten bei der Suche nach persönlichen Ressourcen und Lösungen lediglich unterstützend zur Seite steht. Durch die Förderung der Eigeninitiative kann eine vorherrschende Resignation sowie ein oft vorhandener Widerstand gegen Hilfe von außen verringert und gleichzeitig die Motivation der Patienten verbessert werden [Heitzmann et al., 2008b: 30].

Zu Beginn werden die Teilnehmer animiert, anhand eines Arbeitsblattes mit einer zehnstufigen „Berufsfitt-Skala“ (1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut) ihre berufliche Situation einzuschätzen. Dabei sollen zuerst das Optimum, danach die derzeitige Situation und schließlich Ausnahmen in der Vergangenheit bewertet werden. Die Besprechung des vermutlich problematischen Ist-Zustandes soll dabei kurz gehalten und möglichst bald auf die Identifizierung vorhandener Ressourcen in der Arbeit übergegangen werden. Dazu sollen die Teilnehmer Zeitpunkte oder -spannen ihres beruflichen Daseins ausfindig machen, während denen sie in der Vergangenheit ein Gefühl der Zufriedenheit erlebt haben. Anhand der Anlässe für diese Zufriedenheitsmomente (sog. „Ausnahmen“) können nun Möglichkeiten gefunden werden, jene Ressourcen auch zukünftig wieder zu aktivieren [Heitzmann et al., 2008b: 37 f.].

Die Verwendung einer „Lösungssprache“ ist hierbei sehr wichtig: Anstatt des Konjunktivs („würde“), dessen Gebrauchs sich die Patienten meist bedienen, benutzt der Therapeut den Präsens, um vage formulierte Möglichkeiten in eine greifbare Form zu

verwandeln. Den Teilnehmern soll vermittelt werden, dass auch kleine Schritte zum Erfolg führen [Heitzmann et al., 2008b: 32].

Im nächsten Abschnitt werden nun in Gruppenarbeit anhand der zuvor gesammelten „Ausnahmen“, welche das Optimum einer beruflichen Situation darstellen, weitere Strategien erarbeitet, um berufliche Belastungen zu meistern und das Wohlbefinden im Job zu steigern. Diese Möglichkeiten sollen jeweils auf einer Karte stichpunktartig notiert werden. Danach stellt der Sitzungsleiter das Modell des „Belastungsmanagements“ vor, welches beeinflussbare und nicht bzw. kaum beeinflussbare Faktoren enthält (s. Abbildung 22) [Heitzmann et al., 2008a: 40]:



**Abbildung 22: Belastungsmanagement [vgl. Heitzmann, Helfert & Schaarschmidt, 2008b]**

Die Teilnehmer werden nun aufgefordert, ihre zuvor einzeln auf Karten notierten Vorschläge den Faktoren des auf eine Wand projizierten Schemas des „Belastungsmanagements“ zuzuordnen und entsprechend anzuheften, wobei sie ihre Einteilung begründen sollen. Im Anschluss animiert der Therapeut die Patienten zu einer Diskussion, indem er die Vorschläge hinterfragt und Hilfe zu Ergänzungen bietet [Heitzmann et al., 2008a: 40 f.].

Die Resignationstendenz von Muster-B-Vertretern wird mit Hilfe einer im Arbeitsleben realisierten Lösungsorientierung und der Konzentration auf beeinflussbare Faktoren im Belastungsmanagement positiv beeinflusst und dadurch verringert werden – ein Ef-

fekt, welcher durch das im zweiten Teil von Modul 2 vermittelten Wissen noch verstärkt werden kann.

## MODUL 2, TEIL 2

Tabelle 21: Inhalt von Modul 2, Teil 2

Teilnehmer an Modul 2, Teil 2	Inhalt (Motivation und Engagement im Beruf)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanine-Werte <math>\geq 7</math> in der AVEM-Skala 6 <i>Resignationstendenz</i> (RT)</li> </ul>	Funktionen von Arbeit
	Annäherungsziele anstatt Vermeidungsziele
	Aktivierung von Ressourcen durch den Aufbau/Erhalt eines sozialen Netzes

Der zweite Teil von Modul 2 beschäftigt sich mit der Verbesserung von beruflicher Motivation und Engagement. Die bei Patienten am Ende eines Rehabilitationsaufenthaltes vorzufindende hohe Resignationstendenz sowie der Mangel an Motivation führt bei einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit häufig zu einem Erleben von Handlungsunfähigkeit und infolge derer zu erneuter Resignation. Um den Teilnehmern dieses Moduls den wichtigen Effekt von Arbeit als Gesundheitsressource näherzubringen, sollen hierzu als Erstes die Funktionen von Arbeit erläutert werden (s. dazu auch die Ausführungen unter Abschnitt 2.1 *Arbeit, Belastung, Beanspruchung und Stress*), z.B. die im oben genannten Abschnitt angeführten fünf Aspekte von Vroom [Vroom, 1967: 30], welche durch Arbeit positiv beeinflusst werden. Auch das *Transaktionale Stressmodell* [Lazarus, 1966: 30 ff.] (s. dazu ebenfalls Abschnitt 2.1) wird erneut besprochen [Heitzmann et al., 2008a: 42 ff.]. Den Patienten soll vermittelt werden, dass Arbeit zwar anstrengend und stressig sein kann, aber gleichzeitig zu einem Gefühl von Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit führt [Heitzmann et al., 2008a: 47].

Nach der theoretischen Einführung werden die Teilnehmer zu ihren Motiven und Zielen in der Arbeit befragt (z.B. „Welchen Sinn sehen Sie in Ihrer Arbeit?“ bzw. „Was wollen Sie mit Ihrer Arbeit erreichen/verhindern?“). Die Antworten sollen wie schon im ersten Teil der Sitzung auf Karten notiert werden. Nun projiziert der Sitzungsleiter ein

Schema an die Wand, welches Annäherungs- und Vermeidungsziele gruppiert [Heitzmann et al., 2008a: 48 f.]. Annäherungsziele (z.B. „Bis morgen Mittag möchte ich diese Aufgabe abgeschlossen haben.“) führen zu einer offensiven Problembewältigung und damit häufiger zu Erfolg und beruflichem Wohlbefinden, als Vermeidungsziele (z.B. „Ich möchte mich nicht überlasten.“). Die Überwindung von Hindernissen auf dem Weg zum Ziel bringt ein Gefühl von Kompetenz mit sich: In einer zukünftigen ähnlichen Lage wird man nun das nötige Fachwissen haben, um die Aufgabe zu bewältigen. Vermeidungsziele hingegen begünstigen ein ausweichendes und passives Verhalten, wodurch ein Kompetenz- und Zufriedenheitsgefühl ausbleibt: Man hat sich den Anforderungen nicht gestellt und weiß, dass man auch in einer analogen Situation nicht mit dem entsprechenden Wissen den Umständen gerecht handeln kann. Ein Gefühl von Hilflosigkeit ist das Resultat. Die Ziele auf dem Schema sind außerdem in extrinsische und intrinsische unterteilt. Erstere sind mit Begleitumständen bzw. den Folgen einer Tätigkeit gleichzusetzen, z.B. Geldverdienst oder Verhinderung von gesellschaftlichem Abstieg, während intrinsische Ziele durch die Ausführung der beruflichen Tätigkeit verfolgt werden [Heitzmann et al., 2008b: 47].

In Tabelle 22 sind einige Beispiele hierzu angeführt:

**Tabelle 22: Einordnung von Zielvorstellungen [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 49]**

	<b>ANNÄHERUNGSZIELE:</b> der Wunsch, etwas zu erreichen	<b>VERMEIDUNGSZIELE:</b> der Wunsch, etwas zu verhindern
<b>INTERNE ZIELE</b> (Befriedigung durch die unmittelbare berufliche Tätigkeit)	Anerkennung, sozialer Kontakt, Kompetenzerleben, etc.	keine Langeweile, kein Alleinsein, keine Arbeitslosigkeit, etc.
<b>EXTERNE ZIELE</b> (Begleiterecheinungen)	gesicherter Lebensstandard, Geldverdienst, etc.	kein sozialer Abstieg, keine Schulden, etc.

Den Patienten soll mittels dieses Sitzungsabschnittes bewusst werden, dass lediglich die internen Zielanreize zu echter Zufriedenheit führen können, wohingegen externe Ziele allenfalls Unzufriedenheit verhindern [Heitzmann et al., 2008a: 47].

Im dritten und letzten Abschnitt des Modulteils wird die Bedeutung eines funktionierenden sozialen Netzes vermittelt. Nicht alle sozialen Kontakte sind positiv zu werten: Häufig existieren etwa familiäre Konflikte, welche sowohl psychisch (z.B. pubertierende Kinder) als auch physisch (z.B. Angehörigenpflege) belastende Auswirkungen haben. Im Normalfall sollen diese Kontakte nicht unterbunden werden. Jedoch gilt es, eine Balance zu finden, um jene kräftezehrenden Kontakte auszugleichen: Dafür sind positive kraftgebende soziale Kontakte (z.B. der/die sportliche Freund/in, welche/r zum Joggen animiert) unbedingt notwendig. Zur Verdeutlichung projiziert der Sitzungsleiter ein fiktives soziales Netzwerk an die Wand, welches in der Runde diskutiert wird. Die Teilnehmer werden aufgefordert, ihr eigenes soziales Netzwerk aufzuzeichnen und dadurch zwischen „Kraftgebern“ und „Kraftnehmern“ unterscheiden zu lernen [Heitzmann et al., 2008a: 51].

Das Lenken der Aufmerksamkeit auf Annäherungsziele und die Vermeidung von zu vielen „kraftnehmenden“ sozialen Kontakten kann den Rehapatienten nach ihrem Aufenthalt in der Klinik den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben erleichtern und das Risiko des Erlebens von Handlungsunfähigkeit z.B. durch falsch gesteckte Ziele verringern.

### 5.1.2.4 Modul 3: Soziale Konflikte am Arbeitsplatz

Tabelle 23: Inhalt von Modul 3

Teilnehmer an Modul 3	Inhalt (Soziale Konflikte am Arbeitsplatz)
Stanine-Werte $\leq 2$ in der AVEM-Skala 7 <i>Offensive Problembewältigung</i> (OP)	Einstieg mit Rollenspiel
	Verbesserung von kommunikativem Geschick in Konfliktgesprächen
	Veränderung von eigenen dysfunktionalen Erwartungshaltungen
	Anwendung von systematischen Problemlöseschritten
	Unterstützende Gruppendiskussionen

An diesem Modul sollen diejenigen Patienten teilnehmen, welche in der siebten AVEM-Skala *Offensive Problembewältigung* (OP) Stanine-Werte  $\leq 2$  erzielten. Im Mustervergleich erreicht Muster B in dieser Skala wiederum den niedrigsten und damit schlechtesten Wert, welcher durch defensive Konfliktbewältigung und eingeschränkte kommunikative Kompetenz gekennzeichnet ist. Um eine Zunahme dieses Skalenwertes zu bewirken, werden Inhalte aus Sitzung 4 des „SBAs“ zum Aspekt „Soziale Konflikte am Arbeitsplatz“ für diese Therapieeinheit eingesetzt [Hillert et al., 2007: 64 ff.].

Das Therapiemodul beginnt mit einem Rollenspiel zum Einstieg, wodurch Perspektiven der Konfliktentstehung und -lösung veranschaulicht werden können. Ein Teilnehmer führt zusammen mit anderen Patienten eine Konfliktsituation in der Art und Weise vor, wie er sie selbst erlebt hat [Hillert et al., 2007: 67].

Im nächsten Abschnitt werden durch den Sitzungsleiter vier Lösungsstrategien zur Konfliktklärung aufgezeigt. Er entscheidet, welche dieser vier Strategien am besten geeignet ist, den Konflikt im eben aufgeführten Rollenspiel zu lösen und erörtert jenen passenden Lösungsweg anhand geeigneter Beispiele.

Folgende vier Lösungswege sollen diskutiert werden [Hillert et al., 2007: 68 ff.]:

- Lösungsstrategie 1: Kommunikative Fertigkeiten in Konfliktgesprächen  
Anhand der Tabelle „Kommunikationsregeln“ [Heitzmann et al., 2008a: 55] werden den Patienten Voraussetzungen für ein angemessenes Verhalten veranschaulicht, wodurch eine Eskalation umgangen und ein Konflikt sinnvoll gelöst werden kann (s. Tabelle 24).

**Tabelle 24: Regeln der Kommunikation [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 55]**

<b>SPRECHER</b>	<b>ZUHÖRER</b>
Ich-Botschaften statt Du-Botschaften: eigene Gedanken und Wünsche artikulieren, Vorwürfe vermeiden	Interesse zeigen: mittels nonverbaler Gestik wie Nicken, Blickkontakt etc.
konkrete Situationen schildern, Wörter wie „nie“ und „immer“ vermeiden	paraphrasieren: zur Vorbeugung von Missverständnissen evtl. die Aussage des Gesprächspartners kurz zusammenfassen
konkretes Verhalten schildern: Pauschalisierungen liefern Zündstoff	offene Fragen stellen: nachfragen, falls die Bedürfnisse des Sprechers unklar scheinen
am Thema festhalten: nicht längst Vergangenes wieder hervorbringen	positive Rückmeldung geben

Als Nächstes untersucht der Therapeut gemeinsam mit den Teilnehmern, welche grundlegende Kommunikationsregel im Rollenspiel verletzt wurde und auf welche Weise die Situation besser geklärt werden hätte können. Dieses neu erworbene Wissen kann nun angewendet werden, indem das Rollenspiel von zuvor in einer anderen Version abermals aufgeführt wird.

- Lösungsstrategie 2: Bearbeitung von dysfunktionalen Erwartungshaltungen  
Häufig weisen die Konfliktpartner Erwartungen an den jeweils anderen auf, welche jedoch weder offen ausgesprochen noch sich selbst eingestanden wer-

den. Dadurch wird das Gespräch oft unbewusst beeinflusst. Um den Teilnehmern diese Erwartungshaltungen zu verdeutlichen, wird nochmals ein Rollenspiel mit zwei gegenüberstehenden Stühlen durchgeführt. Auf dem einen Stuhl nimmt der Protagonist Platz und spricht zu seinem Gegenüber, dem leeren Stuhl, welcher den Konfliktpartner darstellt, über eine schwierige berufliche Situation. Als Nächstes wird er aufgefordert, sich hinter seinen Stuhl zu stellen und über die Emotionen und Erwartungen an seinen Gesprächspartner zu sprechen, welche er im direkten Gespräch nicht äußern konnte. Im Anschluss nimmt er auf dem gegenüberliegenden Stuhl Platz und hört sich sozusagen selbst zu, welche zwei verschiedenen Botschaften (die ausgesprochene und unausgesprochene) bei seinem Gesprächspartner (jetzt ihm) angekommen sind. Vor den anderen Sitzungsteilnehmern formuliert er nun die Botschaft, von der er denkt, welche sein Gesprächspartner vernommen hat. Zum Schluss stellt er sich hinter den Stuhl, welcher seinen Kollegen oder Chef repräsentiert, und versucht herauszufinden, welche stummen Erwartungen oder Gedanken dieser an ihn selbst hegen könnte. Durch diesen Perspektivwechsel werden oftmals Hintergründe von Konflikten greifbar, welche aufgrund entgegengesetzter wechselseitigen Erwartungen entstanden sind.

Der Therapeut eruiert nun Möglichkeiten zur Veränderung dieser dysfunktionalen, häufig konfliktverschärfenden Erwartungshaltungen:

- Akzeptanz: Man nimmt hin, dass die eigenen Erwartungen nicht immer erfüllt werden.
  - Veränderung: eine Neugestaltung der eigenen Hoffnungen an das Gegenüber im Sinne einer systematischen Problemlösung (s. nächster Lösungsweg)
- Lösungsstrategie 3: Systematische Schritte zur Problemlösung
- Sehr stark eskalierte Konflikte im Berufsleben können oft nicht durch ein einfaches Rollenspiel gelöst werden. Hier bietet sich eine systematische Problemlösung in sechs Schritten an.

Die Teilnehmer erhalten ein gleichnamiges Arbeitsblatt, auf welchem die Problemlöseschritte der Reihe nach aufgeführt sind:

1. Problemdefinition
2. Zieldefinition: Konflikte sind meist durch verschiedene Zielvorstellungen gekennzeichnet. Eine konkrete und realistische eigene Zieldefinition ist unabdingbar zur Erreichung dieses Ziels.
3. Zusammentragen von Lösungsmöglichkeiten
4. Bewertung der Lösungsmöglichkeiten: Diskussion über deren eventuellen kurz- und langfristigen Nutzen bzw. Schaden
5. Entscheidung für eine Lösung/Kombination aus Lösungen
6. Umsetzung der Lösung unter Berücksichtigung von Hindernissen

Wichtig bei der Umsetzung dieser Problemlöseschritte ist die schriftliche Fixierung der einzelnen Punkte, da ansonsten meist wichtige Zwischenschritte ausgelassen werden.

- Lösungsstrategie 4: Gruppendiskussion

Im Falle von sehr komplexen Sachverhalten, in denen sich persönliche und berufliche Konflikte vermischen, können die drei bereits genannten Strategien häufig nicht mehr zu einer Lösung führen, auch wenn durch sie in einfacheren Angelegenheiten eine distanzierte, sachlichere Betrachtung der Problematik entstehen kann. Tritt solch eine zunächst undurchschaubare Situation auf, kann die Diskussion innerhalb einer Gruppe dazu beitragen, Problem- und Zieldefinitionen zu präzisieren, sodass anschließend oftmals eine der drei genannten Lösungsstrategien angewendet werden kann.

Die in diesem Modul im Rollenspiel vermittelten Strategien zur Konfliktklärung erlauben es den Rehapatienten beim Wiedereintritt ins Arbeitsleben, Probleme offensiver anzugehen und Konflikte zu bereinigen.

### 5.1.2.5 Modul 4: Kommunikation und Konfliktbewältigung

Tabelle 25: Inhalt von Modul 4

Teilnehmer an Modul 4	Inhalt (Kommunikation & Konfliktbewältigung)
Stanine-Werte $\leq 2$ in der AVEM-Skala <i>9 Erfolgserleben im Beruf</i> (EE)	Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun
	Kommunikationsregeln
	Simulation beruflicher Konfliktsituationen im Rollenspiel mit Feedbackrunde

Teilnehmer dieses Moduls erreichten in der neunten Skala des AVEMs, dem *Erfolgserleben im Beruf* (EE), lediglich einen Stanine-Wert von  $\leq 2$ . Erneut repräsentiert dieser Wert den niedrigsten im AVEM-Mustervergleich und korreliert mit Misserfolgserleben und eingeschränkter kommunikativer Kompetenz, einer Fähigkeit, welcher im Berufsalltag jedoch große Bedeutung zukommt. Um die Werte dieser AVEM-Skala zu steigern, werden die Rehabilitanden in diesem Modul Techniken erlernen, welche es ihnen ermöglichen, ihre Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeit zu verbessern. Gerade Muster-B-Vertreter reagieren oft höchst sensibel auf persönliche Kränkungen und sind nicht in der Lage, ihre individuellen Bedürfnisse zu artikulieren und zu verteidigen. Die fünfte Sitzung aus „Fit für den Beruf“ zum Thema „Kommunikation & Konfliktbewältigung“ [Heitzmann et al., 2008a: 52 ff.] soll zur Optimierung jener Kompetenzen dienen und wird als Grundlage für diese Therapieeinheit herangezogen.

Zunächst stellt der Therapeut das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun [Schulz von Thun, 2008] als theoretische Grundlage vor. In „Fit für den Beruf“ wird dieses Modell als die „vier Seiten einer Nachricht – Hören & Sprechen auf vier Kanälen“ [Heitzmann et al., 2008a: 52 ff.] beschrieben, welches zwischen vier Ebenen der Kommunikation differenziert. Jede Aussage enthält Anteile aus allen vier Ebenen, wodurch alltägliche Kommunikation häufig unvermittelt an Brisanz gewinnt. Als Vergleich wird in „Fit für den Beruf“ ein Sprechen mit „vier Schnäbeln“ sowie ein Hören

mit „vier Ohren“ herangezogen, welcher die unterschiedlichen Anteile in einer Aussage gut illustriert [Heitzmann et al., 2008a: 52].

Folgende vier Ebenen werden unterschieden:

- Sachebene  
Über diese Ebene werden sachliche Informationen und Tatsachen kundgetan.
- Beziehungsebene  
Diese Ebene stellt die Haltung der Gesprächspartner zueinander dar und sorgt damit am häufigsten für konfliktgeladene Gespräche. Meist wird eine Du- oder Wir-Botschaft übermittelt. Reaktionen finden sich in Gedankengängen wie z.B. „Was hat der eigentlich für eine Meinung von mir?“.
- Appellebene  
In dieser Ebene sind mehr oder weniger deutlich geäußerte Wünsche, Anweisungen sowie Erwartungen enthalten. Im Berufsalltag entpuppt sie sich ebenfalls oft als schwierig, da durch sie Weisungsbefugnisse und Rangordnungen offen gelegt werden. Häufig sind direkte Appelle angedeuteten oder verschlüsselten Appellen vorzuziehen, da diese besonders häufig missverstanden werden können.
- Selbstoffenbarungsebene  
Diese Ebene beinhaltet Informationen zum Sender der Botschaft, welche jener unwillkürlich in seine Aussage einfließen lässt. In „Fit für den Beruf“ wird sie als Ich-Botschaft bezeichnet.

Anhand der Abbildung 23 illustriert der Sitzungsleiter ein Beispiel für eine Nachricht mit vier Ebenen:



**Abbildung 23:** Vier Seiten einer Nachricht [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 60; Schulz von Thun, 2008]

Die vier beschriebenen Ebenen der Kommunikation tragen zur Komplexität vieler Gesprächssituationen bei. Die Modulteilnehmer sollen angeregt werden, die Perspektive im Gespräch zu wechseln und dadurch Unstimmigkeiten zu vermeiden. Anliegen sollen möglichst klar formuliert werden. Häufig existieren individuelle Neigungen im Gespräch, z.B. das stetige Deuten von sachlichen Feststellungen als Aufforderung an einen selbst. Gerade Vertreter des Musters B reagieren vermehrt sensibel auf die Beziehungsebene von Botschaften und weisen gleichzeitig eine passiv-resignative Attitüde in Konfliktsituationen auf. Heitzmann und Mitarbeiter beschreiben als Folge vielfach „Hilflosigkeit, Verbitterung und Rückzug“ [Heitzmann et al., 2008a: 54]. Als zentrale Botschaft des Kommunikationsmodells an die Rehabilitanden versteht man in „Fit für den Beruf“ die Bewusstmachung aller „Ohren“ und „Schnäbel“: Einerseits sollten Anliegen möglichst klar formuliert werden, andererseits nicht zu viel in Aussagen hinein interpretiert werden [Heitzmann et al., 2008a: 54].

Zusätzlich kann der Therapeut nochmal kurz auf die „Kommunikationsregeln“ [Heitzmann et al., 2008a: 55] eingehen, die bereits im dritten Modul erläutert wurden (s. Tabelle 24), aber eventuell noch nicht allen Teilnehmern bekannt sind.

Abschließend wird eine Sammlung an selbst erlebten und als problematisch eingestuften Sätzen der Rehabilitanden erstellt und jeweils gemeinsam die vier Seiten einer Nachricht erarbeitet.

Um das Modul zu diesem äußerst wichtigen Thema praxisnaher zu gestalten, bietet sich erneut die Möglichkeit eines Rollenspiels an. Dabei soll der Hauptakteur zunächst beschreiben, wie sich in seinen Augen die zu spielende Situation verhalten habe. Sein Gegenpart nimmt die Rolle eines schwierigen Gesprächspartners ein. Die übrigen Anwesenden sind Zuschauer und notieren während des Rollenspiels mit Plus und Minus auf Feedback-Karten, was ihnen am Verhalten des Hauptakteurs gut und weniger gut gefällt. Im Anschluss erfolgt in der Feedbackrunde eine Evaluation der Handlungsweise des Hauptakteurs, wobei dieser zuerst selbst zu Wort kommt (z.B. „Welche Gefühle traten bei Ihnen während des Gesprächs auf?“). Als Nächstes äußert sich der Gegenpart zu Fragen (z.B. „Wie hat das Verhalten von Herrn/Frau ... auf Sie gewirkt?“). Erst nach der Schilderung der beiden Rollenspieler werden die Zuschauer zu ihren Eindrücken vom Hauptakteur befragt. Der Sitzungsleiter hat die Aufgabe, darauf zu achten, dass die Rückmeldungen nicht bewertend, sondern beschreibend sind, der Rückmelder in der Ich-Form spricht und abschließend konstruktive Vorschläge zur Verhaltensänderung gibt. Bei Bedarf kann eine weitere Situation im Rollenspiel dargestellt werden [Heitzmann et al., 2008a: 61 f.].

Das Wissen um die verschiedenen Seiten einer Nachricht sowie die Integration von Kommunikationsregeln in alltäglichen Arbeitssituationen kann den beruflichen Erfolg der Teilnehmer positiv beeinflussen und dadurch gleichzeitig motivationsfördernd wirken.

### 5.1.2.6 Modul 5: Individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung

Tabelle 26: Inhalt von Modul 5

Teilnehmer an Modul 5	Inhalt (Individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung)
Stanine-Werte $\leq 2$ in der AVEM-Skala <i>Lebenszufriedenheit</i> (LZ)	Auslöser/Ursachen beruflicher Schwierigkeiten und deren Beeinflussbarkeit
	Funktionen von Arbeit
	Wahrnehmung beruflicher Stärken -> Ausarbeitung von Perspektiven für die tägliche Arbeit

Das fünfte Modul des Therapiekonzepts für AVEM-Typ-B-Vertreter ist für all diejenigen Patienten gedacht, die in der zehnten Skala des AVEMs, der *Lebenszufriedenheit* (LZ) nur einen Stanine-Wert von  $\leq 2$  erzielten. Ein derartig niedriger Wert lässt sich (wie auch bei den Skalen OP und EE) abermals lediglich bei Mustertyp B beobachten. Die Gefühle von Patienten aus dieser Gruppe sind häufig geprägt von Unzufriedenheit, Hoffnungslosigkeit und sogar Verzweiflung. Es verwundert nicht, dass diese AVEM-Skala die höchste negative Korrelation (-.60) zu dem Symptombereich der Depression aus der SCL-90-R aufweist. Somit erscheint es plausibel, dass gerade in diesem Bereich Verbesserungen der AVEM-Werte unerlässlich sind, um die Patienten für ein Leben nach der Rehabilitationsmaßnahme vorzubereiten. Um eine solche Steigerung der Werte von LZ zu erreichen, wird für diese Therapieeinheit die erste Sitzung „Einleitung“ [Hillert et al., 2007: 38 ff.] sowie die siebte Sitzung „Individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung“ [Hillert et al., 2007: 98 ff.] aus dem Therapieprogramm „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ verwendet.

Zu Beginn des Moduls werden die Auslöser beruflicher Schwierigkeiten und deren Beeinflussbarkeit näher beleuchtet. Dazu werden die Teilnehmer aufgefordert, auf einer Skala (Einheiten in Zehnerschritten von 0 - 100%) die Beeinflussbarkeit von Ursachen bzw. Auslösern beruflicher Probleme einzuschätzen und einzuzeichnen.

Folgende Gegebenheiten sind denkbar:

- Auslöser und Ursache sind deckungsgleich (z.B. Schichtdienst, welcher nur durch einen Arbeitsplatzwechsel beeinflussbar wäre).
- Auslöser und Ursachen können unterschieden werden (z.B. Konflikte mit einer Kollegin als Auslöser, subjektives Gefühl der Bevorzugung der Kollegin durch den Chef als Ursache).
- Das Empfinden möglicher Beeinflussbarkeit von Problemen kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein (z.B. Konflikte mit dem Chef).

Im fertigen Flipchartbild finden sich nun üblicherweise einige Auslöser und Ursachen, welche zwischen 0 - 30% eingeordnet wurden, d.h. in einem nicht oder kaum beeinflussbaren Bereich. Als Beispiele werden im „SBA“ Personalabbau oder Schichtdienst genannt. Jedoch werden mittels des Flipcharts auch viele Faktoren erkennbar, die von den Teilnehmern bei einer Beeinflussbarkeit von mehr als 50% eingeordnet wurden, z.B. Auseinandersetzungen unter Kollegen oder hohe Leistungsansprüche an einen selbst. An diesen beeinflussbaren beruflichen Schwierigkeiten setzt das Therapieprogramm an, wodurch den Rehapatienten ein Gefühl von Selbstwirksamkeit vermittelt werden soll [Hillert et al., 2007: 44 f.].

Im nächsten Abschnitt der Therapieeinheit kann erneut kurz auf die Funktionen von Arbeit eingegangen werden, welche manchen Patienten schon aus dem zweiten Teil von Modul 2 bekannt sein dürften (s. dazu auch die Ausführungen unter Abschnitt 2.1 *Arbeit, Belastung, Beanspruchung und Stress*). Hier können folgende Effekte erläutert werden [Hillert et al., 2007: 45 f.]:

- Einkommen: Unabhängigkeit von Staat oder Familie
- Kompetenzerwerb: Erlernen einer Vielzahl von Fähigkeiten im Beruf
- Kompetenzerleben und Selbstentfaltung: Gefühl von Befriedigung durch die Anwendung von erworbenen Fähigkeiten
- Soziale Kontakte: Erfüllung wichtiger sozialer Bedürfnisse durch den täglichen Umgang mit Menschen in der Arbeit
- Sinnstiftung: intrinsische Ziele, z.B. bei sozialen Berufen, sowie extrinsische Ziele, z.B. gesichertes Einkommen

- Zeitstrukturierung: Arbeitszeiten regeln Tagesabläufe; unregelmäßige Tagesabläufe können die Entstehung von Depressionen begünstigen
- Gesellschaftliches Ansehen: Zugehörigkeitsgefühl durch kollektiven Beitrag
- Freude

Die Teilnehmer werden aufgefordert, einzuschätzen, welche Funktionen von Arbeit ihnen am bedeutendsten erscheinen [Hillert et al., 2007: 46].

Im dritten und letzten Abschnitt des Moduls ermutigt der Therapeut die Rehapatienten mittels des Arbeitsblattes „Meine beruflichen Stärken und Qualifikationen“, diese zu eruieren und anschließend in der Gruppe vorzustellen. Diese Übung dient dazu, das meist geschwächte Selbstbewusstsein der Teilnehmer zu stärken und ihnen berufliche Perspektiven aufzuzeigen [Hillert et al., 2007: 104].

Das Arbeitsblatt ist in folgende Abschnitte eingeteilt:

1. „Mein Beruf erfordert:“  
An dieser Stelle kann ein sog. „Anforderungsprofil“ der eigenen Jobposition formuliert werden, d.h. die Beschreibung von Fähigkeiten und Tätigkeiten, die der gewählte Beruf voraussetzt und erfordert.
2. „Ich kann in meinem Beruf gut:“  
Hier soll der Teilnehmer seine eigenen Stärken, Begabungen, Eignungen und Interessen formulieren.
3. „So möchte ich zukünftig meine Stärken in die Arbeit einbringen:“  
Um den Patienten ihre beruflichen Perspektiven bewusst zu machen, sollen hier mithilfe der zuvor notierten eigenen Fähigkeiten und Qualifikationen Möglichkeiten beschrieben werden, wie diese in Zukunft in ihrem Beruf eingebracht und dadurch Veränderungen eingeleitet werden können.

Bei der anschließenden Vorstellung der eigenen Stärken und Perspektiven in der Gruppe soll der Sitzungsleiter darauf achten, dass ausschließlich positive Rückmeldungen gegeben werden („Haben Sie den Eindruck, dass Frau/Herr... noch weitere Qualitäten hat, die sie/er noch nicht erwähnt hat?“). Auch der Gruppenleiter selbst kann auf persönliche Stärken einzelner Teilnehmer aufmerksam machen, die ihm während vo-

rangegangener Sitzungen eventuell aufgefallen sind (z.B. Empathie, Gewissenhaftigkeit etc.). Ihm sollte außerdem bewusst sein, dass es für Personen in der Gruppe mit wenig Selbstwertgefühl und sozialen Hemmungen sehr schwierig ist, vor anderen ihre eigenen Begabungen darzustellen und Anerkennung oder Komplimente zu bekommen und anzunehmen. Dies kann bei jenen Teilnehmern zu Gefühlen großer Beunruhigung und Anspannung führen, eine Reaktion, welche zwar erwünscht ist, mit der aber äußerst behutsam umgegangen werden muss [Hillert et al., 2007: 104 ff.].

Die Lebenszufriedenheit der AVEM-Muster-B-Vertreter kann sich spürbar verbessern, wenn ihre Selbstachtung durch die Wertschätzung von Mitmenschen steigt und ihnen bewusst wird, welche Fähigkeiten ihnen innewohnen und neue Zukunftsaussichten eröffnen.

## 6 Diskussion

Das grundsätzliche Ziel, eine statistisch und klinisch signifikante Veränderung hin zum gesunden Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung zu bewirken, konnte in der repräsentativen Studie *Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg* [Heitzmann, 2007] im Hinblick auf die AVEM-Musterverteilung nicht bestätigt werden: Die beiden Risikomuster A und B zeigen im Therapieverlauf kaum (im Fall des Musters A) bzw. keine (im Fall des Musters B) positive Veränderungen im AVEM-Bereich *Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen* (Skalen 5 – 8: *Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolgen, Offensive Problembewältigung* und *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*). Hieraus folgt, dass bezüglich der beiden Risikomustergruppen ein konkretes Defizit und dringender Handlungsbedarf besteht.

Die genannten, an manchen Rehabilitationskliniken eingesetzten berufsbezogenen Behandlungsangebote (s. Abschnitt 2.5.5 *Berufsbezogene Therapieangebote*) wie z.B. sozialtherapeutische Beratungen oder berufliche Belastungserprobungen reichen nicht aus, um insbesondere das psychosomatische Patientenkontinuum effektiv auf den Berufswiedereinstieg vorzubereiten. In dieser Patientengruppe liegen die mit Abstand ungünstigsten AVEM-Ergebnisse mit dem höchsten Anteil an B-Muster-Vertretern (87%) vor, sodass eine spezifische berufsbezogene Therapie hier unerlässlich ist.

Durch die charakteristischen Werte für Risikomuster-B-Typen in den AVEM-Einzelskalen wurden in der vorliegenden Arbeit Interventionsansätze entwickelt, welche spezifisch auf dieses Risikomuster zugeschnitten sind. Basierend auf zwei Therapieprogrammen („Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ und „Fit für den Beruf“), welche allerdings auf alle vier Mustertypen ausgelegt sind, ist dieses Behandlungssetting speziell auf den Burnout-Muster-Typ-B abgestimmt, da jene Patienten aufgrund ihrer arbeitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen am dringendsten Unterstützung benötigen.

Betrachtet man die Evaluation der Studie von Heitzmann und Mitarbeitern [Heitzmann et al., 2008a], an deren beschriebenem berufsspezifischen Therapieprogramm alle

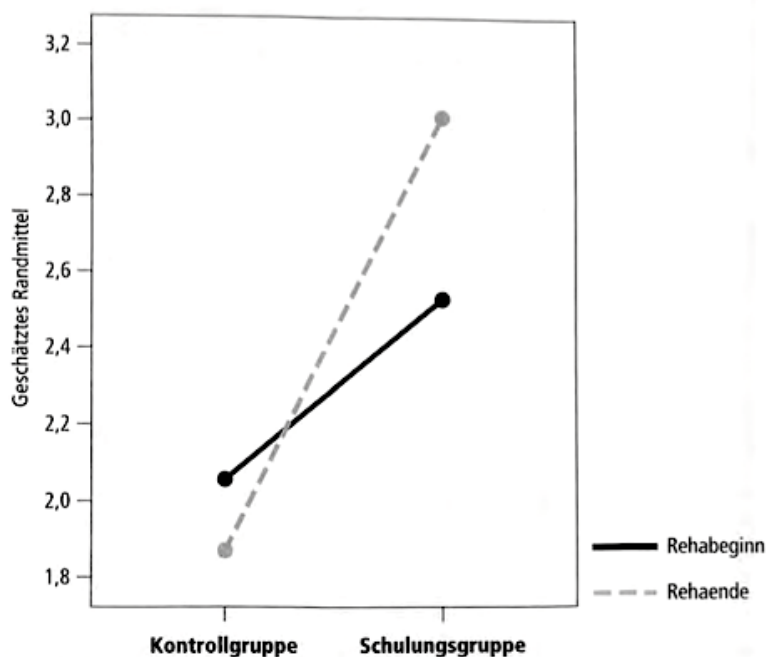
AVEM-Mustervertreter teilnehmen konnten, fallen folgende Ergebnisse im Kontrollgruppenvergleich auf:

Der Gesamtrisikomusteranteil sinkt in der Schulungsgruppe (SG) wie auch in der Kontrollgruppe (KG) über drei Erhebungszeitpunkte hinweg (Beginn und Ende der Reha sowie Katamnese nach sechs Monaten). Ein Unterschied zeigt sich jedoch in der Umverteilung der Muster: Während in der KG vor allem Muster S einen Zuwachs erfährt und der Muster-A-Anteil schrumpft, zeichnet sich in der SG eine Zunahme von Muster G und eine Abnahme von Muster B ab [Heitzmann et al., 2008a: 78 f.]. Diese positive Veränderung könnte durch ein spezifisches, auf die Defizite von Muster-B-Vertretern abgestimmtes Therapieprogramm, wie es in dieser Arbeit beschrieben wird, möglicherweise noch gesteigert werden.

Heitzmann und Mitarbeiter konstatieren hinsichtlich der Verbesserungen im AVEM-Bereich *Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen* kaum Unterschiede im Vergleich von SG und KG vom Beginn zum Ende der Reha-Behandlung [Heitzmann et al., 2008a: 81]. Auch diese Werte könnten durch das Behandlungssetting für AVEM-Burnout-Typ-B verbessert werden, da das Therapieprogramm spezifisch auf jenen zweiten AVEM-Bereich eingeht.

Durchaus motivierter zeigt sich die SG hinsichtlich der Beschäftigung mit beruflichen Themen während des Rehabilitationsaufenthaltes: Zu Reha-Beginn liegen die Werte der KG nur wenig unter denen der SG; während die Motivation in der SG jedoch bis zum Ende der Behandlung stark ansteigt, sinkt das Motivationslevel der KG sogar ab [Heitzmann et al., 2008a: 82].

Veranschaulicht wird dies in Abbildung 24:

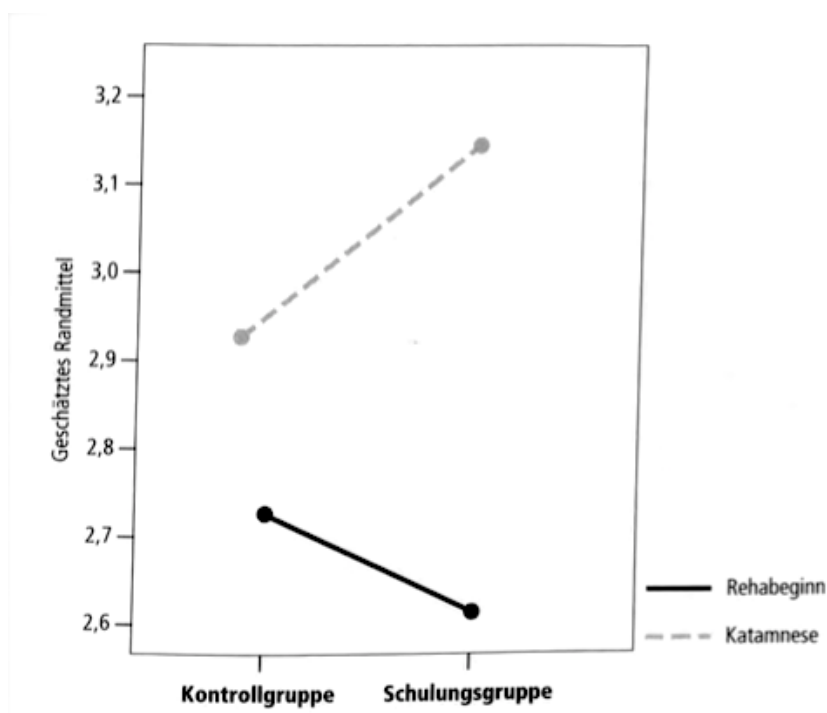


**Abbildung 24:** Motivationslevel bezüglich der Bearbeitung von Konflikten mit Kollegen während des Reha-Aufenthaltes (n = 129) [Quelle: Heitzmann et al., 2008a: 82]

Eben jenes Ziel, die Steigerung des Motivationslevels, wird mit der Umsetzung des Behandlungskonzepts für Muster-B-Vertreter angestrebt: Durch das umfangreich gestaltete *Modul 2: Lösungsorientierung sowie Motivation und Engagement im Beruf* soll den Teilnehmern genügend Ansporn gegeben werden, um nach der Rehabilitation erfolgreich in ihren Beruf wiedereinsteigen zu können.

Auch das Stressbewältigungsverhalten der Studienteilnehmer bei Heitzmann und Mitarbeitern erfährt eine positive Veränderung von Rehabeginn bis zum Katamnesezeitpunkt: Bei den Teilnehmern an der SG, deren Level an wahrgenommener Wirksamkeit von Stressbewältigung zu Beginn der Reha unter dem der KG lag, konnte zur Befragung sechs Monate nach Reha-Ende ein hoher Anstieg an Stressbewältigungskompetenz verzeichnet werden, während der ebenfalls vorhandene Anstieg bei den Teilnehmern an der KG nur moderat ausfällt [Heitzmann et al., 2008a: 82 f.].

Dieser Sachverhalt wird in Abbildung 25 illustriert:



**Abbildung 25:** Wahrgenommene Stressbewältigungskompetenz (n = 129) [Quelle: Heitzmann et al., 2008a: 83]

Da das in dieser Arbeit beschriebene Behandlungssetting in Modul 1 zwei Sitzungen aus dem Therapieprogramm „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ integriert und damit im Gegensatz zum Programm von „Fit für den Beruf“ spezifische Inhalte zu eben jener Thematik bearbeitet, kann davon ausgegangen werden, dass sich dieses Ergebnis durch die Umsetzung des Behandlungssettings sogar noch verbessern lässt.

Auch in der Evaluation des „SBA“ treten im Kontrollgruppenvergleich signifikante Unterschiede zutage: Die Interventionsgruppe (IG) war signifikant zufriedener mit den Behandlungsinhalten als die Kontrollgruppe (KG), welche während des Reha-Aufenthaltes lediglich eine Standard-Therapie erfahren hat. Die Teilnehmer an der IG werteten vor allem die mittels „SBA“ vermittelten Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit, den Austausch mit anderen Betroffenen und die Hilfestellungen zur Umsetzung von Gelerntem im Arbeitsalltag als positiv. Zudem waren drei Monate nach Entlassung signifikant weniger IG-Teilnehmer aus dem Berufsleben ausgeschieden als Angehörige der KG [Hillert et al., 2007: 31]. Zufriedenheitserlebnisse während des

Reha-Aufenthaltes sowie das Verständnis für die Beziehung von Arbeit und Wohlbefinden sind unerlässlich, um den Patienten erfolgreich zu therapieren.

Dies, sowie eine erhöhte Quote an Wiedereinsteigern, könnte mittels der Kombination von Inhalten aus „Fit für den Beruf“ und „SBA“ erreicht werden.

Eine Verschmelzung und spezifischere Abstimmung der Therapieinhalte kann die Wirksamkeit der berufsspezifischen Therapie erhöhen. Dazu gehört auch die Vorbereitung des Patienten auf den Alltag nach der Therapie. Behandlungseffekte dauern häufig nur kurzfristig an, längerfristig fällt der Patient oft wieder in alte Gewohnheiten zurück [Hillert et al., 2007: 32]. Um dem vorzubeugen, empfiehlt es sich, den betroffenen Patienten weiterführende ambulante Anbindungen, wie sie z.B. durch Rentenversicherungsträger angeboten werden, nahezulegen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive sollten weitere randomisierte Längsschnittuntersuchungen mit Kontroll- und Interventionsgruppen erfolgen, um die Effekte von berufsbezogenen Schulungsprogrammen zu testen. Gerade im Hinblick auf die Zeitspanne bis zu einem Jahr nach Entlassung gibt es bislang noch zu wenige Ergebnisse, um genauere Aussagen über die Effektivität solcher Programme zu treffen.

Weiterhin wäre der etwaige Einfluss von Primärdiagnose oder Komorbidität eines Patienten auf den Verlauf eines berufsbezogenen Gruppenprogramms in der stationären Therapie von Interesse. Falls ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten des Risikomusters B und einer erhöhten Zahl an Begleiterkrankungen feststellbar ist, müssten in der Therapie eventuell andere Schwerpunkte gesetzt werden, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen.

Schließlich stellt sich die Frage, ob die Kombination bestimmter F-Diagnosen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten vom AVEM-Mustertyp B darstellt. Wäre dies der Fall, so könnten zum einen Rückschlüsse auf eventuelle Tendenzen zu psychischen Erkrankungen bei Burnout-Patienten gezogen werden. Zum anderen könnte aber auch präventiv eingegriffen werden, falls sich entsprechende Diagnosekombinationen zeigen.

Im Hinblick auf die Frage nach psychosomatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen wurden zwar in den beschriebenen Studien Patienten mittels subjektiver Beschwerde-

listen befragt, objektive, durch ärztliche Diagnosen gesicherte Daten stehen jedoch bislang nicht zur Verfügung.

## 7 Zusammenfassung

Vorrangiges Ziel einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung ist neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten deren Wiedereingliederung ins Berufsleben. Die Berücksichtigung von Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten im Arbeitsleben ist im therapeutischen Prozess für eine langfristige gesundheitliche Stabilität und beruflichen Erfolg unerlässlich.

Das bewährte psychodiagnostische Verfahren zur Ermittlung von subjektivem *Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM) erfasst zusätzlich zu eben jenem Arbeitsmuster die persönlichen Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen. Das Bewältigungsverhalten hängt eng mit der psychischen Diagnose zusammen. Das individuelle AVEM-Profil ermöglicht es, die stabilen gesundheitsförderlichen und gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster zu erkennen und daraus individuelle rehabilitative Maßnahmen abzuleiten.

Der AVEM besteht aus elf Skalen, welche zu drei Bereichen zusammengefasst werden können und unterscheidet vier Typen: Gesund G, Schonung S, Risikotyp A (überhöhtes Engagement, geringe Distanzierung in Bezug auf berufliche Probleme und verminderte Widerstandskraft gegenüber psychischen Belastungen) und Risikotyp B (reduziertes Engagement bei zugleich eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit, starke Resignations-tendenz und verminderte psychische Belastbarkeit). Diese elf Skalen dienen zum einen der Erkennung von gesundheitsschädigenden Arbeitsweisen. Gleichzeitig können sie zum anderen zur Ableitung von Maßnahmen, welche gezielt an bestehenden Defiziten angreifen, herangezogen werden.

Obwohl Therapien der Primärerkrankungen von Patienten in medizinischen Reha-Einrichtungen häufig durchaus Erfolge zeigen, führt die Verarbeitung der psychodynamischen Konflikte und der klinischen Symptomatik zu keinen günstigen arbeitsbezogenen Nebeneffekten - ein Ergebnis, welches durch die AVEM-Musterverteilung zum Zeitpunkt der Entlassung im Vergleich zu der Verteilung bei Reha-Beginn erkennbar wird: Nur bei einem geringen Prozentsatz an Patienten lässt sich eine Veränderung zum positiven AVEM-Muster G beobachten. Daher muss für ein nachhaltiges Therapieergebnis eine spezifisch auf die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster zugeschnittene Behandlung erfolgen.

Als Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit dient eine repräsentative Studie zur Thematik *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*, aus der zunächst Auszüge aus Hypothesen und Ergebnissen erläutert werden. Die Darstellung dieser Studie erfolgt, um die Notwendigkeit einer am AVEM-orientierten, verbesserten berufsbezogenen Therapie aufzuzeigen.

Auf Basis ausgewählter Studienergebnisse wird ein idealtypisches Behandlungssetting erstellt, welches vorrangig die AVEM-Ergebnisse von AVEM-Mustertyp-B verbessern soll, um einem fortschreitenden Motivationsverlust dieser bzgl. der Entwicklung einer Depressionserkrankung besonders gefährdeten Patientengruppe vorzubeugen. Dem in dieser Untersuchung beschriebenen Therapiekonzept liegen zwei existierende berufsspezifische Therapieprogramme zugrunde: „Fit für den Beruf“ und „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“. Neu ist die Ausrichtung der berufsbezogenen Therapie auf sechs Skalen des AVEMs aus dessen zweitem (Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen) und drittem Bereich (berufsbegleitende Emotionen), welche hohe Korrelationen mit dem Merkmal der *Depressivität* aus der Symptomcheckliste nach Derogatis aufweisen. Eine Verbesserung der Werte dieser AVEM-Skalen, welche beim Burnout-Mustertyp-B fast durchwegs am schlechtesten ausfallen, ist unerlässlich, um diese Patientengruppe angemessen auf den Arbeitsalltag nach dem Rehabilitationsaufenthalt vorzubereiten. Durch die Kombination der zwei Therapieprogramme kann sowohl positiv auf die vorherrschende Motivationslosigkeit als auch auf die kaum oder nicht vorhandene Stressbewältigung von Muster-B-Vertretern eingewirkt werden.

Das adaptierte Therapiekonzept erstreckt sich auf fünf Module, wobei zunächst eine einführende Sitzung von Patienten mit Muster-B-typischen defizitären Stanine-Werten besucht wird. Im Anschluss werden die Patienten dann entsprechend der Skalen, in denen sie dem Muster B entsprechende Werte aufweisen, den korrespondierenden Therapiemodulen zugewiesen. In diesen Modulen wechseln sich Theorie, Gruppendiskussionen und Rollenspiele ab, um den Patienten möglichst anschauliche Lösungswege und Handlungsalternativen aufzuzeigen. Zusätzlich werden Inhalte über Arbeitsblätter vermittelt. Ziel der Therapie ist ein Patient, der nach den absolvierten Modulen bei der erneuten Befragung mittels AVEM zum Zeitpunkt der Entlassung sowie zwölf Monate

nach Ende des Reha-Aufenthaltes stabile, positive AVEM-Werte erreicht, welche dem Mustertyp G zugeordnet werden können.

Für die zukünftige Forschung in diesem Bereich sind weitere Studien zum Erfolg entsprechender Therapieprogramme wünschenswert, um die berufliche Situation vieler Rehabilitanden nach dem Klinikaufenthalt nachhaltig zu stabilisieren.

## 8 Literaturverzeichnis

- Antonovsky Aaron. (1987). *Unraveling the Mystery of Health : How People Manage Stress and Stay Well* (A Joint publication in the Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Bd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky Aaron. (1997). *Salutogenese : zur Entmystifizierung der Gesundheit / von Aaron Antonovsky. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Tübingen. [Aus dem Amerikan. übers. von Alexa Franke und Nicola Schulte] (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Bd. 36). Tübingen: Dgvt-Verlag.*
- Bamberger Günther G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch* (5., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Böckem Jörg. (2009, 21.04.2009). Schatten und Scham. *SPIEGEL WISSEN, 1*, 60 - 65.
- Bühler Charlotte & Allen Melanie. (1974). *Einführung in die Humanistische Psychologie* (E.-R. Schön, Übers. Konzepte der Humanwissenschaften Bd.). Stuttgart: Klett.
- Bürger Wolfgang. (1997). *Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation : eine Längsschnittuntersuchung* (Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik Bd. 44). Bern ; Göttingen ; Toronto ; Seattle: Huber.
- Bürger Wolfgang. (1999). Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31*(1), 9 - 21.
- Burisch Matthias. (2010). *Das Burnout-Syndrom : Theorie der inneren Erschöpfung* (4., aktualisierte Aufl.). Berlin ; Heidelberg: Springer.
- Czikely Monika & Limbacher Klaus. (1998). "Meine beruflichen Schwierigkeiten bewältige ich, wenn es mir wieder besser geht . . ." : Berufsbezogene Behandlungsansätze während eines stationären Heilverfahrens. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 42*, 4 - 10.
- De Jong Peter & Berg Insoo K. (2008). *Lösungen (er-)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (6., erw. u. überarb. Aufl.). Dortmund: modernes lernen.
- Diagnostik Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische. (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2 : das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (A. O. P. D. (OPD) Hrsg.). Bern: Hans Huber.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). (2013). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2013. Retrieved 23.08.2013, 2013, from <http://goo.gl/PZORUR>
- Eberwein Werner. (o. J.). Was ist humanistische Psychotherapie? Retrieved 31.05.2013, 2013, from <http://goo.gl/mcGdT>

- Elliott Robert, Greenberg Leslie S. & Lietaer Germain. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 493 - 539). New York, NY: Wiley, J.
- Fahrenberg Jochen, Hampel Rainer & Selg Herbert. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar : FPI; revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 ; Handanweisung* (5., erg. Aufl.). Göttingen ; Toronto ; Zürich: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Folkman Susan. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes : A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839 - 852.
- Forster Edward M. (2004). *Wiedersehen in Howards End* (E. Pöllinger, Übers.). München: Süddt. Zeitung GmbH.
- Franke G. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Freudenberger Herbert J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159 - 165.
- Friedman Meyer & Rosenman Ray H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Glöckner-Rist A. Stieglitz, R.-D. (2011). TBS-TK Rezension: „SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version)“. *Psychologische Rundschau*, 63, 73-75.
- Hänsgen Klaus-Dieter. (1985). *Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik - Selbstbeurteilung (BVND)*. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum.
- Haupt Ekke & Delbrück Hermann. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsgg.), *Rehabilitationsmedizin : ambulant, teilstationär, stationär* (2. Aufl., S. 35 - 44). München ; Wien ; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Heitzmann Berit. (2007). Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden : arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg (Schriftenreihe Studien zur Stressforschung Bd. 25). Hamburg: Kovač.
- Heitzmann Berit, Helfert Susanne & Schaarschmidt Uwe. (2008a). *Fit für den Beruf : AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der stationären Rehabilitation* (Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik Bd. 49). Bern: Huber.
- Heitzmann Berit, Helfert Susanne & Schaarschmidt Uwe. (2008b). *Fit für den Beruf : AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der stationären Rehabilitation* (CD-Rom). from Huber
- Heitzmann Berit, Schaarschmidt Uwe & Kieschke Ulf. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des

- Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 70, 269-280.
- Hens Ronald. (1998). Type Nouns and the Five Factor Model of Personality Description. *European Journal of Personality*, 12, 57 - 71.
- Hillert Andreas, Koch Stefan & Hedlund Susanne. (2007). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz : ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hillert Andreas, Staedtke Daniel & Cuntz Ulrich. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutischpsychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 94 - 100.
- Jacobson Edmund. (1990). Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. München: J. Pfeiffer.
- Janke Wilhelm, Erdmann Gisela & Boucsein Wolfgang. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen : (SVF) ; Handanweisung*. Göttingen ; Toronto ; Zürich: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Koch Stefan, Geissner Edgar & Hillert Andreas. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 97 - 109.
- Koch Stefan, Hedlund Susanne, Rosenthal Susanne & Hillert Andreas. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7-15.
- Koch Stefan & Hillert Andreas. (2008). Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 232 - 241). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Koch U, Tiefensee J, Kawski S & Arentewicz G. (2000). Strategie zur Taxonomie von Rehabilitationskliniken auf der Basis von Strukturgleichheit. *Rehabilitation*, 37, 8 - 14.
- E. Kommission Hrsg. Europäische Sozialstatistik : Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden. Daten 1994 - 2000 Luxemburg: A. f. a. V. d. E. Gemeinschaft.
- Kutz Philipp. (2010). SURE-Studie. Ein neues Entspannungsverfahren zum Abbau von Stress im Rettungsdienst.
- Lazarus Richard S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lutz Rainer. (2009). Euthyme Therapie. In J. Markgraf & S. Schneider (Hrsgg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. bearb. und erw. Aufl., Bd. 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, S. 551 - 568). Heidelberg:

Springer.

- Margraf Jürgen. (2009). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsgg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. bearb. und erw. Aufl., Bd. 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, S. 3 - 46). Heidelberg: Springer.
- Maslach Christina & Jackson Susan E. (1986). *Maslach burnout inventory : manual* (2. Aufl.). Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- Maslach Christina & Leiter Michael P. (2001). Die Wahrheit über Burnout : Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien ; New York: Springer.
- Meermann Rolf, Borgart Ernst-Jürgen & Okon Eberhard. (2008). Verhaltenstherapeutische Psychotherapie. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 100 - 104). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Mestel Robert. (2008). Psychometrische, klassifikatorische Diagnostik und Dokumentation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 278 - 286). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Mestel Robert & Oppl Michel. (2008). Humanistische Psychotherapie. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 135 - 147). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Paar Gerhard & Grohmann Susanne. (2008a). Medizinische Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 27 - 34). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Paar Gerhard & Grohmann Susanne. (2008b). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 55 - 63). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Paar Gerhard & Wiegand-Grefe Silke. (2008). Psychodynamische Psychotherapie. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 95 - 100). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- G. S. u. R. Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Wissenschaften Hrsg. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung Berlin: D. R. Bund.
- Richter Peter, Hille Barbara & Rudolf Matthias. (1999). Gesundheitsrelevante

- Bewältigung von Arbeitsanforderungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20(1), 25 - 38
- Rösing Ina. (2008). Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? : Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung (2. Aufl.). Heidelberg ; Kröning: Asanger.
- Rüddel Heinz. (2008). Differenzialindikation zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 267 - 270). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Schaarschmidt Uwe. (2005). Situationsanalyse. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? : psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Aufl., S. 41 - 71). Weinheim ; Basel: Beltz.
- Schaarschmidt Uwe. (2006). AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In F. d. S. K. P. i. B. D. P. u. P. B. e. V. Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik : vom 18. bis 20. November 2005 im Bildungszentrum Erkner* (S. 59-81). Bonn: Dt. Psychologen-Verl.
- Schaarschmidt Uwe. (2012). Burnout als Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens.
- Schaarschmidt Uwe & Fischer Andreas W. (2001). Bewältigungsmuster im Beruf : Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schaarschmidt Uwe & Fischer Andreas W. (2008). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster : AVEM (Standardform), AVEM-44 (Kurzform) ; Manual* (3., überarb. und erw. Aufl.). London: Pearson PLC.
- Schaufeli Wilmar & Enzmann Dirk. (1998). *The burnout companion to study and practice : a critical analysis* (Issues in occupational health Bd.). London: Taylor & Francis.
- Schulz Holger, Barghaan Dina, Harfst Timo, Bleich Christiane, Pawils Silke, Kawski Stephan & Koch Uwe. (2008). Stellung der psychosomatischen Rehabilitation im Gesundheitswesen. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 76 - 80). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Schulz von Thun Friedemann. (2008). Miteinander reden 1 : Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation (46. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Schuntermann Michael F. (2008). Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 9 - 20). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.

- Selye Hans. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress : Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 161 - 187). Bern ; Stuttgart ; Wien: Huber.
- Semmer Norbert K. (2000). Control at Work : Issues of Specificity, Generality, and Legitimacy. In W. J. Perrig & A. Grob (Hrsgg.), *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness : essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (S. 555 - 574). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Semmer Norbert K. & Mohr Gisela. (2001). Arbeit und Gesundheit - Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Streßforschung. *Psychologische Rundschau*, 52(1), 150 - 158.
- Semmer Norbert K. & Udris Ivars. (2007). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (4., aktualisierte Aufl., S. 157 - 195). Bern: Huber.
- Siegrist Johannes. (1991). Contributions of Sociology to the Prediction of Heart Disease and Their Implications for Public Health. *European Journal of Public Health*, 1, 10-21.
- Theorell Töres & Karasek Robert A. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9 - 26.
- Vroom Victor H. (1967). *Work and motivation* (3. Aufl.). New York: Wiley.
- Walter Ulla, Bramesfeld Anke & Plaumann Martina. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 21 - 26). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Wiegand-Grefe Silke & Paar Gerhard. (2008). Störungsspezifität im psychodynamischen Behandlungsmodell. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsgg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 105 - 110). Stuttgart ; New York, NY: Schattauer.
- Zapf Dieter & Semmer Norbert K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie : Themenbereich D, Praxisgebiete : Ser. 3, Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie ; Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie* (Bd. 3, S. 1007 - 1112). Göttingen ; Bern ; Toronto ; Seattle: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Zielke Manfred. (1994). Gruppentherapie von Standardproblembereichen : Förderung und Entwicklung interaktionellen Problemlöseverhaltens in Gruppen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsgg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S. 345 - 360). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die vier Mustertypen des AVEM.....	46
Abbildung 2: Verteilung der Gesamtstichprobe auf die Kliniken .....	55
Abbildung 3: Mittlere Ausprägung in den Skalen der SCL-90-R im AVEM-Muster- Vergleich (n = 847) .....	70
Abbildung 4: AVEM-Musterverteilung im Stichprobenvergleich (n = 6131) [Quelle: Heitzmann, 2007: 114].....	73
Abbildung 5: AVEM-Skalen im Stichprobenvergleich (n = 6131) [Quelle: Heitzmann, 2007: 117].....	74
Abbildung 6: AVEM-Musteranteile der klinischen Stichprobe im Berufsgruppenvergleich (n = 2261) [Quelle: Heitzmann, 2007: 119] ....	76
Abbildung 7: AVEM-Musteranteile der nicht-klinischen Stichprobe im Berufsgruppenvergleich [Quelle: Schaarschmidt, 2005: S. 42].....	77
Abbildung 8: Vergleich der AVEM-Ergebnisse (klinisch vs. nicht-klinisch) bei Lehrkräften und Polizeibeamten (n = 1748) [Quelle: Heitzmann, 2007: 120].....	78
Abbildung 9: AVEM-Musteranteile innerhalb der vier Indikationsbereiche (n = 1986) [Quelle: Heitzmann, 2007: 121].....	79
Abbildung 10: AVEM-Dimensionen im Indikationsvergleich (n = 1986) .....	80
Abbildung 11: Gesundheitszustand im Längsschnitt (n = 408) [Quelle: Heitzmann, 2007: 128].....	81
Abbildung 12: AVEM-Musteranteile im Längsschnitt (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 129].....	83
Abbildung 13: AVEM-Musterverschiebungen (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 130].....	84
Abbildung 14: AVEM-Skalen im Längsschnitt (n = 748) [Quelle: Heitzmann, 2007: 131].....	85
Abbildung 15: Gegenüberstellung der Erfolgskriterien "Patientenzufriedenheit" und "Ressourcenzuwachs" (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 133].....	86
Abbildung 16: Individueller Therapieerfolg unter dem Aspekt des Ausgangsmusters (n = 638) [Quelle: Heitzmann, 2007: 134].....	87
Abbildung 17: Subjektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf das AVEM-Muster (n = 1194) [Quelle: Heitzmann, 2007: 136] .....	88
Abbildung 18: Idealtypisches Behandlungssetting für AVEM-Burnout-Typ-B.....	89
Abbildung 19: Mittlere Ausprägung in den Skalen der SCL-90-R im AVEM-Muster- Vergleich (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005].....	92
Abbildung 20: Kreislauf der Anstrengungsvermeidung [vgl. Heitzmann et al., 2008b].....	95
Abbildung 21: Kreislauf ausgewogenen Berufsengagements [vgl. Heitzmann et al., 2008b].....	96

Abbildung 23: Vier Seiten einer Nachricht [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 60; Schulz von Thun, 2008].....	115
Abbildung 24: Motivationslevel bezüglich der Bearbeitung von Konflikten mit Kollegen während des Reha-Aufenthaltes (n = 129) [Quelle: Heitzmann et al., 2008a: 82].....	123
Abbildung 25: Wahrgenommene Stressbewältigungskompetenz (n = 129) [Quelle: Heitzmann et al., 2008a: 83].....	124

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Die elf Dimensionen des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters (AVEM) [Schaarschmidt, 2006: 62 f.] .....	44
Tabelle 2:	Psychische Hauptdiagnose (n = 2446), ICD-10 Kapitel V, F00 – F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) sowie Z73.0 (Ausgebranntsein).....	56
Tabelle 3:	Geschlechtsverteilung .....	58
Tabelle 4:	Altersverteilung .....	59
Tabelle 5:	Altersgruppenverteilung.....	59
Tabelle 6:	Alters- und Geschlechtsverteilung.....	59
Tabelle 7:	Aktuelle Partnersituation im Geschlechtsvergleich .....	60
Tabelle 8:	Aktueller Familienstand im Geschlechtsvergleich .....	61
Tabelle 9:	Schulabschlussarten im Geschlechtsvergleich.....	62
Tabelle 10:	Ausbildungsrichtungen im Geschlechtsvergleich .....	62
Tabelle 11:	Berufsgruppen .....	63
Tabelle 12:	Berufsgruppen im Geschlechtsvergleich .....	64
Tabelle 13:	Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht-klinischen Vergleichsstichprobe (n = 3811) [Quelle: Heitzmann, 2007: 100] .....	67
Tabelle 14:	Standardmessfehler, Vertrauensgrenzen, Standardfehler und kritische Differenzen der AVEM-Skalen-Rohwerte auf dem 5%-Fehlerniveau (n = 2320) [Quelle: Heitzmann, 2007: 104] .....	69
Tabelle 15:	Korrelationen (Pearson-Koeffizienten) zwischen den AVEM-Skalen und den Merkmalen der SCL-90-R (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005] .....	71
Tabelle 16:	Korrelationen (Pearson-Koeffizienten) zwischen den AVEM-Skalen und den Merkmalen der SCL-90-R (n = 847) [Quelle: Heitzmann et al., 2005] .....	92
Tabelle 17:	Inhalt der einführenden Sitzung.....	94
Tabelle 18:	Inhalt von Modul 1, Teil 1.....	97
Tabelle 19:	Inhalt von Modul 1, Teil 2.....	100
Tabelle 20:	Inhalt von Modul 2, Teil 1.....	103
Tabelle 21:	Inhalt von Modul 2, Teil 2.....	106
Tabelle 22:	Einordnung von Zielvorstellungen [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 49] ...	107
Tabelle 23:	Inhalt von Modul 3 .....	109
Tabelle 24:	Regeln der Kommunikation [vgl. Heitzmann et al., 2008a: 55] .....	110
Tabelle 25:	Inhalt von Modul 4 .....	113
Tabelle 26:	Inhalt von Modul 5 .....	117

## 11 Abkürzungsverzeichnis

AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BA	Bedeutsamkeit der Arbeit (AVEM-Skala)
BE	Belastungserprobung bzw. Beruflicher Ehrgeiz (AVEM-Skala)
BfA	Bundesanstalt für Arbeit
BMI	Body Mass Index
DF	Distanzierungsfähigkeit (AVEM-Skala)
EE	Erfolgserleben im Beruf (AVEM-Skala)
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification)
IQP	Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik
IG	Interventionsgruppe („Stressbewältigung am Arbeitsplatz“)
IR	Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (AVEM-Skala)
KG	Kontrollgruppe („Fit für den Beruf“/“Stressbewältigung am Arbeitsplatz“)
LZ	Lebenszufriedenheit (AVEM-Skala)
OP	Offensive Problembewältigung (AVEM-Skala)
PMR	Progressive Muskelentspannung (nach Jacobsen)
PS	Perfektionsstreben (AVEM-Skala)
PSY-BADO-PTM	Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik
RT	Resignationstendenz (AVEM-Skala)
SBA	„Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ (Therapieprogramm)
SG	Schulungsgruppe („Fit für den Beruf“)

SU	Erleben sozialer Unterstützung (AVEM-Skala)
SURE	Short Universal Regulative Exercise (Entspannungsverfahren)
VB	Verausgabebereitschaft (AVEM-Skala)
WHO	World Health Organization

## 12 Anhang

### 12.1 Fragebogen Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

©U. Schaarschmidt und A. Fischer

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen.

Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

1 ≈ trifft überhaupt nicht zu

2 ≈ überwiegend nicht

3 ≈ teils/teils

4 ≈ überwiegend

5 ≈ trifft völlig zu

1.	Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt	5	4	3	2	1
2.	Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.	5	4	3	2	1
3.	Wenn es sein muß, arbeite ich bis zur Erschöpfung.	5	4	3	2	1
4.	Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein.	5	4	3	2	1
5.	Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen.	5	4	3	2	1
6.	Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.	5	4	3	2	1
7.	Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, daß ich sie überwinde.	5	4	3	2	1
8.	Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.	5	4	3	2	1
9.	Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.	5	4	3	2	1
10.	Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein.	5	4	3	2	1

11.	Mein Partner/meine Partnerin <sup>2</sup> zeigt Verständnis für meine Arbeit.	5	4	3	2	1
12.	Die Arbeit ist mein ein und alles.	5	4	3	2	1
13.	Berufliche Karriere bedeutet mir wenig.	5	4	3	2	1
14.	Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung.	5	4	3	2	1
15.	Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als daß ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefere.	5	4	3	2	1
16.	Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.	5	4	3	2	1
17.	Mißerfolge kann ich nur schwer verkraften.	5	4	3	2	1
18.	Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!	5	4	3	2	1
19.	Ich bin ein ruheloser Mensch.	5	4	3	2	1
20.	In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt.	5	4	3	2	1
21.	Im großen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden.	5	4	3	2	1
22.	Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme.	5	4	3	2	1
23.	Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein.	5	4	3	2	1
24.	Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.	5	4	3	2	1
25.	Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.	5	4	3	2	1
26.	Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen.	5	4	3	2	1
27.	Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.	5	4	3	2	1
28.	Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen.	5	4	3	2	1
29.	Mißerfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung.	5	4	3	2	1
30.	Ich glaube, daß ich ziemlich hektisch bin.	5	4	3	2	1
31.	Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben.	5	4	3	2	1
32.	Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen.	5	4	3	2	1
33.	Von meinem Partner/meiner Partnerin <sup>2</sup> wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	5	4	3	2	1
34.	Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Leben.	5	4	3	2	1

<sup>2</sup> bzw. die Person, zu der die engste persönlich Beziehung besteht

35.	Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.	5	4	3	2	1
36.	Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	5	4	3	2	1
37.	Was immer ich tue, es muß perfekt sein.	5	4	3	2	1
38.	Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit.	5	4	3	2	1
39.	Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr.	5	4	3	2	1
40.	Ich bin mir sicher, daß ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann.	5	4	3	2	1
41.	Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld.	5	4	3	2	1
42.	In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen.	5	4	3	2	1
43.	Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen.	5	4	3	2	1
44.	Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung.	5	4	3	2	1
45.	Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte.	5	4	3	2	1
46.	Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.	5	4	3	2	1
47.	Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.	5	4	3	2	1
48.	Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin.	5	4	3	2	1
49.	Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.	5	4	3	2	1
50.	Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe.	5	4	3	2	1
51.	Ein Mißerfolg kann bei mir neue Kräfte wecken.	5	4	3	2	1
52.	Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten.	5	4	3	2	1
53.	Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet.	5	4	3	2	1
54.	Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht.	5	4	3	2	1
55.	Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung.	5	4	3	2	1
56.	Es gibt Wichtigeres im Leben als Arbeit.	5	4	3	2	1
57.	Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel.	5	4	3	2	1
58.	In der Arbeit verausgabe ich mich stark.	5	4	3	2	1
59.	Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muß, obwohl sie noch verbessert werden könnte.	5	4	3	2	1
60.	Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.	5	4	3	2	1

---

61.	Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen.	5	4	3	2	1
62.	Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strengere mich um so mehr an.	5	4	3	2	1
63.	Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.	5	4	3	2	1
64.	Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen.	5	4	3	2	1
65.	Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin.	5	4	3	2	1
66.	Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	5	4	3	2	1

## **12.2 Danksagung**

Ich bedanke mich bei

meinem Doktorvater Prof. Dr. Thomas Loew für die Überlassung des Themas, welches es mir ermöglichte, auch außerhalb meiner zahnmedizinischen Tätigkeit detaillierten wissenschaftlichen Einblick in das interessante Fachgebiet der Psychosomatik zu gewinnen – vielen Dank für die beratenden und ermunternden Worte während unserer Treffen;

meiner Betreuerin Laura Cojocar, die mir vor allem während der ersten Phase der Promotion viel Mut und Zuversicht spendete und mir die Angst vor dem weißen Blatt Papier nehmen konnte;

meinen Freunden Kai Hochleitner und Johanna Feiler für die sprachliche und grammatikalische Korrektur;

meinen Eltern für die immerwährende Unterstützung in allen Lebenslagen.

## 12.3 Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name	Johanna Bielmeier
Geburtsdatum	28.05.1986
Geburtsort	Viechtach
Familienstand	ledig

### Berufliche Erfahrung

09/13 – 03/14	Zahnärztin in Vorbereitungszeit in allgemein Zahnärztlicher Praxis in Roding
04/14 – 07/14	Zahnärztin in Vorbereitungszeit in allgemein Zahnärztlicher Praxis in Regensburg
10/14 – 03/17	Zahnärztin in Praxis für Kinder Zahnheilkunde und Kieferorthopädie in Kelheim
seit 04/17	kieferorthopädisch tätige Zahnärztin in kieferorthopädischer Fachpraxis in Frankfurt a.M.

### Studium

seit 01/16	Studium zum Master of Science Kieferorthopädie an der Danube Private University (DPU)
10/05 – 11/13	Studium der Zahnmedizin an der Universität Regensburg
08/08 – 07/09	Studium an der „University of Colorado at Boulder, USA“ im Rahmen eines Austauschprogramms der Universität Regensburg; Fachrichtungen: Englisch, Kunst, Physiologie, Anatomie Stipendium des Deutschen Akademischen Austausch Dienstes (DAAD)
31.03.2010	Zahnärztliche Vorprüfung (Physikum)
19.11.2012	Zahnärztliche Prüfung (Staatsexamen), Gesamtnote „gut“

### Schulbildung

1996 – 2005	Dominicus-von-Linprun-Gymnasium Viechtach, Abschluss: Abitur, Note 1,6
-------------	---

## **12.4 Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit, 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.