

Aus dem Bereich
Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

KUMULATIVE PROMOTION

Medizinisch-berufliche Rehabilitation für Pflegekräfte in der Psychosomatik

**Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES**

2022

vorgelegt von: Christine Wittmann
geb. am: 21.09.1983 in Annweiler am Trifels

Tag der Promotion:
Dekan:
1. Berichterstatter:
2. Berichterstatterin:

09.01.2023
Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger
Prof. Dr. Volker Köllner
Prof. Dr. Eva Möhler

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINGESCHLOSSENE ORIGINALARBEITEN	2
2.	ZUSAMMENFASSUNG.....	6
3.	SUMMARY.....	8
4.	HAUPTTEIL	9
4.1.	EINLEITUNG	9
4.1.1.	<i>Psychosomatische Rehabilitation.....</i>	<i>9</i>
4.1.2.	<i>Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation</i>	<i>9</i>
4.1.3.	<i>Besondere Berufsgruppe - Pflegeberufe.....</i>	<i>11</i>
4.2.	FRAGESTELLUNGEN	13
4.3.	METHODEN	14
4.3.1.	<i>Diagnostik und relevante Parameter der vorgestellten Studien.....</i>	<i>14</i>
4.3.2.	<i>Schwere depressiver Symptomatik</i>	<i>14</i>
4.3.3.	<i>Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster.....</i>	<i>14</i>
4.3.4.	<i>Sozialmedizinische Beurteilung - Arbeitsfähigkeit.....</i>	<i>16</i>
4.3.5.	<i>Somatische Komorbiditäten psychosomatischer PatientInnen</i>	<i>16</i>
4.4.	DARSTELLUNG DER EINZELNEN PUBLIKATIONEN	17
4.4.1.	<i>Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik.....</i>	<i>17</i>
4.4.2.	<i>Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte</i>	<i>19</i>
4.4.3.	<i>Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation.....</i>	<i>20</i>
4.5.	DISKUSSION	21
4.6.	FAZIT.....	26
4.7.	LIMITATIONEN UND AUSBLICK	27
5.	LITERATURVERZEICHNIS	28
6.	ORIGINALARBEITEN	35
7.	DANKSAGUNG	69
8.	LEBENS LAUF	70

1. Eingeschlossene Originalarbeiten

In die vorliegende kumulative Dissertation sind folgende Veröffentlichungen (I - III) eingeschlossen, die in Fachzeitschriften im peer-review Verfahren publiziert wurden. Der Anteil und die Tätigkeit der Mitautoren an den einzelnen Publikationen werden folgend im Detail aufgelistet. Alle Mitautoren sind mit einer Veröffentlichung der Originalarbeiten im Rahmen dieser kumulativen Dissertation einverstanden.

I. Käfer M, **Wittmann C**, Roß S, Freiberg A, Lipka-Stöhr G, Köllner V (2018) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie* 2018; 13: 23 – 29

Name des Autors	Beschreibung Anteil	Anteil in %	Unterschrift
Michael Käfer	Datenerhebung, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	25	
Christine Wittmann	Datenerhebung, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	20	
Sarah Roß	Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	5	
Amanda Freiberg	Durchführung der Interventionsgruppe	10	
Gabriele Lipka-Stöhr	Supervision der Interventionsgruppe	10	
Volker Köllner	Konzeption der Studie, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	30	

II. **Wittmann C**, Papst L, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021)

Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte.

Z Psychosom Med Psychother 67, ISSN (online): 2196-8349

Name des Autors	Beschreibung Anteil	Anteil in %	Unterschrift
Christine Wittmann	Datenerhebung, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	40	
Lilia Papst	Datenerhebung, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	30	
Markus Reischl	Hilfe bei der statistischen Datenanalyse	5	
Katja Welsch	Kritische Durchsicht des Manuskripts	5	
Michael Käfer	Datenerhebung	5	
Volker Köllner	Konzeption der Studie, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	15	

III. **Wittmann C**, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021)

Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychosoz Med Reha 02: 58-67

Name des Autors	Beschreibung Anteil	Anteil in %	Unterschrift
Christine Wittmann	Konzeption der Studie, Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	45	
Markus Reischl	Hilfe bei der statistischen Datenanalyse	15	
Katja Welsch	Kritische Durchsicht des Manuskripts	5	
Michael Käfer	Datenerhebung	5	
Volker Köllner	Analyse und Interpretation der Daten, Ausarbeitung und Überarbeitung des Manuskripts	30	

2. Zusammenfassung

Um höhere return-to-work Raten zu erzielen, wird eine stärkere berufliche Orientierung der psychosomatischen Rehabilitation gefordert. Es wurden unter dem Stichwort „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) diagnostische und therapeutische Leistungen mit besonderem Berufsbezug implementiert. Die Fachklinik für Psychosomatische Medizin der MediClin Blietalkliniken in Blietkastel entwickelte 2012/2013 ein solches MBOR-Konzept speziell ausgerichtet auf Personen aus Pflegeberufen. Pflegekräfte rangieren in Fehlzeitenstatistiken seit Jahren unter den Berufen mit den meisten Krankheitstagen und tragen aufgrund der hohen körperlichen und psychischen Belastung ein deutlich erhöhtes Risiko der Frühberentung. Depressive Erkrankungen unter Pflegekräften weisen weltweit hohe Prävalenzraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf (Shields & Wilkins 2006; Letvak *et al.* 2012; Shahri *et al.* 2017; Grobe & Steinmann 2019), die während der COVID-19-Pandemie noch weiter angestiegen sind (An *et al.* 2020).

Im Fokus einer beruflich-orientierten psychosomatischen Rehabilitation stehen vor allem das Arbeiten an interaktionellen und motivationalen Problemen, der Umgang mit körperlichen Symptomen und Stressbewältigung am Arbeitsplatz.

Die erste Publikation dieser kumulativen Dissertation stellt zunächst das MBOR-Konzept für Pflegekräfte vor. Es handelt sich um ein multimodales Rehabilitationskonzept, welches als zentrale Elemente die Kombination einer berufshomogenen Therapiegruppe in fester Kombination mit interaktioneller Bewegungstherapie beinhaltet. Anhand eines Fallbeispiels konnte gezeigt werden, dass eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage möglich ist.

Anschließend stellte sich jedoch die Frage, ob diese berufliche Fokussierung des Rehaprozesses zu Lasten der Wirkung auf das zugrunde liegende Störungsbild geht.

Anhand einer retrospektiven Studie wurde das MBOR-Konzept evaluiert und mit einem störungsspezifischen Konzept verglichen. Die Ergebnisse dieser Studie wurden in Publikation 2 zusammengefasst. Das berufsgruppenspezifische Reha-Programm für Pflegekräfte führte erfolgreich zur Änderung maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen. Unterschiede hinsichtlich der Effekte auf die depressive Symptomatik im Vergleich zum störungsspezifischen Reha-Konzept konnten nicht nachgewiesen werden. Ob Pflegekräfte von der berufsgruppenspezifischen Intervention insgesamt besser profitieren als von einer störungsspezifischen Intervention soll in folgenden randomisiert-kontrollierten Studie erfolgen.

Es besteht eine enge Verknüpfung zwischen der Entstehung, dem Verlauf und der Chronifizierung von somatischen und psychischen Störungen. Untersuchungen zeigten, dass bei jedem fünften RehabilitandInnen in der somatischen Rehabilitation eine aktuelle psychische Störung vorliegt. Studien über somatische Komorbiditäten bei psychosomatischen RehabilitandInnen sind selten.

Die 3. Studie der vorliegenden kumulativen Dissertation untersucht das Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei PatientInnen in der psychosomatischen Rehabilitation und deren Zusammenhang mit unterschiedlichen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM). Die häufigsten Diagnosen des Patientenkollektivs waren Dorsopathien (35,2%), Essentielle (primäre) Hypertonie (25,0 %), Adipositas (17,0 %), Störungen des Lipidstoffwechsels und Lipidämien (10,2 %) sowie sonstige Kopfschmerzsyndrome (7,9 %). Das AVEM-Risikomuster A geht mit einem häufigeren Auftreten der Diagnosen Adipositas sowie Dorsopathien einher. Das Vorliegen des Musters S geht häufiger mit der Diagnose Essentielle Hypertonie und einer Entlassung als arbeitsfähig einher ($p < 0,001$). Patienten mit Risikomuster B werden signifikant häufiger arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen ($p < 0,01$). Das gleichzeitige Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine bisher wenig beachtete zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar.

3. Summary

In order to achieve higher return-to-work rates, psychosomatic rehabilitation is required to be more workplace-oriented. A workplace-oriented rehabilitation program offering both diagnostic and therapeutic treatments tailored to workplace demands was developed in 2012-2013 at the MediClin Bliestalkliniken (psychosomatic rehabilitation facility). This workplace-oriented rehabilitation program was developed specifically for nursing professions. Nursing professions are associated with high levels of psychological distress, high numbers of absent days, and early retirement. Workplace-oriented rehabilitation focuses primarily on working on interactional and motivational problems, dealing with physical symptoms, and coping with stress at work. The 1st publication introduces a novel workplace-oriented rehabilitation program and demonstrates that working on individual psychological problems in the context of specific workplace situations is a promising therapeutic avenue to increase higher return-to-work-rates.

However, will workplace-oriented rehabilitation approaches be detrimental to the underlying psychiatric condition?

Therefore, in the second study this new workplace-oriented medical rehabilitation program for the nursing profession was evaluated and compared to a conventional disorder-specific setting. The results are summarized in publication 2. Herein, successfully induced changes in maladaptive work-related attitudes were revealed. Workplace-oriented based improvements in depressiveness did not significantly differ from a depression-specific intervention program. Further investigation in this direction by means of a randomized group-matched setting will be beneficial to dissect specific contributions of workplace-oriented or depression-specific therapeutic approaches.

Development, course, and chronification of somatic and psychological disorders are closely connected. Every fifth person in somatic rehabilitation suffers from somatic-psychiatric comorbidities. However, studies of somatic comorbidities in psychosomatic rehabilitation patients are scarce. The third study of this cumulative thesis analyzes the diagnosis spectrum of somatic comorbidities in psychosomatic patients also in the context of work-related behavior and experience patterns (AVEM). The most frequent diagnoses observed were dorsopathies (35,2%), essential (primary) hypertension (25,0%), obesity (17,0%), disorders of lipid metabolism and lipidemias (10,2%) as well as various headache syndromes (7,9%). AVEM risk pattern A is associated with a more frequent occurrence of the diagnoses of obesity and chronic pain. Pattern S is associated with essential hypertension. Furthermore, AVEM pattern S is associated with significantly higher return-to-work rates ($p < 0.001$). Patients with risk pattern B showed significantly lower return-to-work rates ($p < 0.01$). The co-occurrence of psychosomatic disorders and of one of the above-mentioned somatic comorbidities represents an additional, yet unappreciated, threat to the ability to work.

4. Hauptteil

4.1. Einleitung

4.1.1. Psychosomatische Rehabilitation

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Arbeitsmarkt nimmt in der westlichen Welt beständig zu. Epidemiologischen Studien zufolge gehören sie seit Jahren mit steigender Tendenz zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen (IGES Institut 2003; Lühmann & Zimolong 2007; Marschall et al. 2013; Badura et al. 2019). So kam es innerhalb der letzten 20 Jahre bundesweit zu einer Verdoppelung der Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, die hinter Muskel- und Skeletterkrankungen den zweithäufigsten Grund für Krankschreibungen darstellten (Knieps & Pfaff 2018). Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle beträgt mit 38,9 Tagen mehr als das Dreifache anderer Erkrankungen. Zudem ist eine F-Diagnose seit der Jahrtausendwende mit 43% die häufigste Ursache für eine vorzeitige krankheitsbedingte Frühberentung (DRV Bund 2018) bei einem gleichzeitig besonders niedrigen Durchschnittsalter von 48,3 Jahren (DRV Bund 2014a). Personen, die das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben, bei denen aber aus gesundheitlichen Gründen das berufliche Leistungsvermögen ganz oder teilweise aufgehoben ist, müssen einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. In Deutschland beziehen derzeit 1,8 Millionen Menschen eine teilweise oder vollständige gesetzliche Erwerbsminderungsrente (DRV Bund 2019). Die Deutsche Rentenversicherung ist Kostenträger für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gemäß dem Sinne „Reha vor Rente“, welche das Ziel verfolgen, den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einer Person zu sichern.

4.1.2. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die Rentenversicherung forderte bereits im Jahr 2012 eine stärkere berufliche Orientierung bestehender Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. In der somatischen Rehabilitation gibt es bereits etablierte medizinisch-beruflich orientierte (MBOR) Konzepte, welche zu einer Verbesserung der sozialmedizinischen Langzeitergebnisse führten (Bethge 2017, Kittel & Karoff 2008, Wienert & Bethge 2019).

Ein frühzeitiger Arbeitsbezug soll die Berufsrückkehrwahrscheinlichkeit von RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) erhöhen (Streibelt 2010). Unter BBPL versteht man relevante individuelle Bedarfslagen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen erfolglosen Versuch der beruflichen Wiedereingliederung im Anschluss an die Rehabilitation nach sich ziehen (Adam-Keßler & Köllner 2020), sofern sie nicht in der Rehabilitation adressiert werden.

Etwa jeder zweite Betroffene mit psychischer Erkrankung weist zu Beginn der Rehabilitation eine BBPL auf (Adam-Keßler & Köllner 2020). Folgende Kriterien werden unter besonderen beruflichen Problemlagen subsummiert (DRV Bund 2015):

- problematische sozialmedizinische Verläufe, insbesondere häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Arbeitslosigkeit
- Negative subjektive Erwerbsprognose
- eine aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung

Um das Vorliegen von BBPL erkennen zu können bedarf es einer intensivierten Diagnostik, um darauf abgestimmte Reha-Strategien ableiten zu können (Koch & Hiller 2008; DRV Bund 2014a; Köllner & Gissendanner 2015b; Streibelt 2020). BBPL bedürfen auf die Arbeitsrealität der Betroffenen ausgerichtete Rehabilitationsstrategien um eine effektive berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. Hierbei handelt es sich um Medizinisch-beruflich orientierte (MBOR) Rehabilitationsmaßnahmen (Streibelt 2020).

Im Rahmen der Diagnostik im Zuge der MBOR liegt ein besonderes Augenmerk auf der Wechselwirkung zwischen beruflichen Anforderungen und den Fähigkeiten der RehabilitandInnen, diese zu bewältigen (Bassler & Köllner 2004). Ziel der psychosomatischen Rehabilitation mit medizinisch-beruflich orientiertem Fokus ist die Stärkung der arbeitsplatzbezogenen Ressourcen und die Befähigung der RehabilitandInnen trotz BBPL eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen (DRV Bund 2012). In der Psychosomatik ist davon auszugehen, dass 30 - 50 % der RehabilitandInnen eine besondere berufliche Orientierung der Rehabilitation benötigen (Adam-Keßler & Köllner 2020). In der Psychosomatik besteht die Notwendigkeit für psychotherapeutisch-orientierte MBOR-Konzepte. Zunächst bedarf es einer individuellen Analyse des Zusammenhangs der beruflichen Problematik und der Psychopathologie, um in einem zweiten Schritt darauf aufbauend therapeutische Strategien entwickeln und anwenden zu können.

Im Fokus einer beruflich-orientierten psychosomatischen Rehabilitation stehen vor allem das Arbeiten an interaktionellen und motivationalen Problemen, der Umgang mit körperlichen Symptomen und Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Sowohl interaktionelle als auch motivationale Probleme stehen in enger Wechselwirkung mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise einer Depression. Der Fortbestand der Erwerbsfähigkeit wird nicht nur durch dysfunktionales Schonverhalten bedroht, sondern auch durch pathologische Durchhaltestrategien und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit (Hasenbring *et al.* 2012).

MBOR-Konzepte sollten deshalb folgende Therapiebausteine beinhalten (DRV Bund 2012):

Basisangebot:

Diagnostikbausteine zur Feststellung einer BBPL, Therapiebausteine wie Arbeitsplatzberatung, Informationen oder niederschwellige Gruppenangebote zu sozialmedizinischen, sozial-rechtlichen und anderen Themen mit Berufsbezug.

Kernangebot für RehabilitandInnen mit nachgewiesener BBPL:

Psychoedukative Gruppenangebote, wie Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Arbeitsplatztraining, berufsbezogene Psychotherapiegruppe.

Spezifische Maßnahmen für einzelne RehabilitandInnen mit BBPL und erhöhtem Interventionsbedarf:
Arbeitsplatzerprobung während der Reha.

4.1.3. Besondere Berufsgruppe - Pflegeberufe

Hervorzuheben ist eine Berufsgruppe, welche in diesem Zusammenhang besonders häufig betroffen zu sein scheint, die Pflegeberufe. Pflegekräfte liegen in Fehlzeitstatistiken seit Jahren im oberen Bereich. Eine Studie zeigt, dass Pflegekräfte signifikant früher eine Rehabilitationsleistung beanspruchen als die allgemeine Erwerbsbevölkerung (Schröder 2016).

Pflegeberufe gelten als „Zukunftsberufe“, da diese besonders betroffen sind vom demografischen Wandel (Isofort 2013). Aufgrund einer steigenden Anzahl multimorbider Patienten mit Bedarf an medizinischer Versorgung bei gleichzeitigem Rückgang erwerbstüchtiger Pflegekräfte wird sich der bereits vorherrschende Pflegenotstand in Zukunft weiterhin zuspitzen. Pflegekräfte haben nicht nur ein erhöhtes Risiko der Frühberentung aufgrund der körperlichen Belastung, sondern auch aufgrund der hohen psychischen Belastung. Depressive Erkrankungen unter Pflegekräften weisen weltweit hohe Prävalenzraten auf (Shields & Wilkins 2006; Letvak *et al.* 2012; Shahri *et al.* 2017; Grobe & Steinmann 2019), die während der COVID-19-Pandemie noch weiter angestiegen sind (An *et al.* 2020). Pflegekräfte bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter in ihrem Beruf zu halten, stellt bereits jetzt eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar (Hasselhorn *et al.* 2005).

Ursachen für die erhöhte psychische Belastung in dieser Berufsgruppe sind auf der einen Seite institutionelle Faktoren, auf der anderen Seite spielen individuelle Faktoren eine bedeutende Rolle (Köllner 2015a). Zu den institutionellen Faktoren zählen Schichtarbeit und Wochenenddienste, häufige Überstunden und Einspringen an freien Tagen, Personalabbau und Fachkräftemangel, schlechte Aufstiegschancen und schlechte materielle Rahmenbedingungen sowie körperlich und psychisch anstrengende Arbeit. Der zunehmenden Ökonomisierung geschuldet verbringen Pflegekräfte mehr Zeit zu Dokumentationszwecken am PC als am Patienten. Dies ist für viele mit ihrem Berufsethos nur schwer zu vereinbaren.

Zu den individuellen Faktoren zählen eine hohe Identifikation mit dem Beruf, eine übermäßige Verausgabebereitschaft und eine hohe Bedeutsamkeit der Arbeit. Problematisch sind auch oftmals die geringe Distanzierungsfähigkeit, sowie berufsbezogene psychische Traumatisierungen. Die durch die Ökonomisierung hervorgerufene Diskrepanz zwischen Leistungsanforderung und Gratifikation führt zu Stress bei den Angestellten und ist ein Erklärungsmodell für die Entwicklung einer erhöhten Morbidität für psychische Störungen (v.a. Depression) und einer Chronifizierung von Krankheiten (v. a. Kreuzschmerzen), welche zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf führen können (Siegrist 1996).

Eine zusätzliche Dimension beruflicher Belastung von Pflegekräften wurde während epidemischer bzw. pandemischer Geschehen evident. Bereits die SARS-Epidemie zwischen den Jahren 2002 und 2004 zeigte, dass Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen unter einem substantiellen Risiko stehen psychische Probleme zu entwickeln (Ricci-Cabello *et al.* 2020). Während der COVID-19-Pandemie spitzte sich dieses Risiko auf ein bisher nie dagewesenes Ausmaß zu. Aktuelle Studien aus China lieferten erste Hinweise darauf, dass die Neuartigkeit des Virus verknüpft mit dem geringen klinischen Kenntnisstand sowie dem Mangel an Schutzausrüstung und nötiger Medikamente in einen Anstieg depressiver Symptomatik, Ängsten, Schlaflosigkeit und nicht spezifizierbaren Stresssymptomen bei Notaufnahmepersonal resultierte (Lai *et al.* 2020). Die Prävalenz der Diagnose Depression bei Notaufnahmepersonal in China stieg während des COVID-19 Ausbruch auf 43,61% (An *et al.* 2020). In Deutschland durchgeführte Studien zeigten, dass alle StudienteilnehmerInnen die Belastung durch subjektiven mentalen Stress, Sorgen um die persönliche Zukunft und die Gesundheit von Familienangehörigen sowie Angst sich mit dem Virus anzustecken und es an Familie und Freunde zu übertragen äußerten (Kramer *et al.* 2021).

Die COVID-19-Pandemie zeigt sehr deutlich, dass sich das pflegerische Versorgungssystem an der absoluten Belastungsgrenze befindet (ICN 2021; Schrems 2021). Im Zuge der Pandemie zeigt sich zusätzlich zur physischen, psychischen, emotionalen und der gesundheitlichen Belastung auch eine deutliche moralische Belastung. Moralische Belastung verweist auf die Machtlosigkeit, die Pflegenden empfinden, wenn sie nach eigener Wertevorstellung ethisch korrekte Handlungen nicht vollziehen können aufgrund institutioneller Beschränkungen (Jameton 1984).

Situationen die zu moralischer Belastung führten waren zum einen Restriktionen umzusetzen und Verantwortung für Entscheidungen übernehmen zu müssen, die nicht vollumfänglich dem professionellen Werteverständnis entsprachen (Sperling 2021; Jia *et al.* 2021; ICN 2012). Zum anderen Erfahrungen zu machen, dass Menschen ohne letzten Kontakt mit An- und Zugehörigen verstorben sind (Heath *et al.* 2020). Dies kann retrospektiv möglicherweise zu einer schuldhaften Verarbeitung führen, Menschen in ihrer letzten Lebensphase und im Sterben sowie Angehörige Trauernde nicht angemessen begleitet zu haben (Riedel & Lehmeier 2021). Das moralische Belastungserleben kann ein bedeutsamer Grund dafür sein, dass Pflegenden im Kontext der Pandemie krank werden, den Berufsverbleib infrage stellen oder den Beruf verlassen (Sperling 2021).

4.2. Fragestellungen

Im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation wurden folgende Fragestellungen untersucht und in den Originalpublikationen zusammengefasst:

- I. Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik:
 - Kann die berufliche Orientierung des Rehaprozesses die sozialmedizinischen Ergebnisse verbessern?
 - Wie können berufliche Probleme in den psychotherapeutischen Fokus gerückt werden?
 - Lassen sich Veränderungsstrategien mit dem Ziel des Erhalts der Erwerbs- und Berufsfähigkeit erarbeiten?

- II. Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte:
 - Lassen sich Veränderungen maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen durch die berufliche Fokussierung des Rehakonzepts anstelle einer störungsspezifischen Intervention herbeiführen?
 - Inwiefern verbessert sich die depressive Symptomatik im Zuge des MBOR-Konzepts?
 - Welchen Effekt hat das MBOR-Konzept auf die Arbeitsfähigkeit?

- III. Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation:
 - Unter welchen somatischen Komorbiditäten leiden Psychosomatik PatientInnen?
 - In welchem Zusammenhang steht das somatische Diagnose-Spektrum bezogen auf die verschiedenen AVEM-Muster?
 - Wie wirkt sich die Zugehörigkeit zu einem bestimmten AVEM-Muster auf die Arbeitsfähigkeit der PatientInnen aus?
 - In welchem Zusammenhang stehen Depressivität und AVEM-Muster?

4.3. Methoden

4.3.1. Diagnostik und relevante Parameter der vorgestellten Studien

Zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle des MBOR-Konzeptes wurden unter anderem die folgenden Parameter „Schwere der depressiven Symptomatik“, „Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“, sowie die abschließende sozialmedizinische Beurteilung der „Arbeitsfähigkeit“ herangezogen.

4.3.2. Schwere depressiver Symptomatik

Zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik wurde als Erhebungsinstrument das Beck-Depressionsinventar (BDI-II) eingesetzt (Hautzinger *et al.* 2006). Der Fragebogen umfasst 21 Fragen. Die PatientInnen wählen aus vier verschiedenen Aussagen die für sie zutreffendste aus. Der Befragungszeitraum bezieht sich auf die letzten beiden Wochen. Durch Addition der einzelnen Punkte wird ein BDI-II-Summenwert ermittelt, der zwischen 0 und 63 liegt. Anhand des ermittelten BDI-II-Summenwerts lässt sich die Ausprägung der Depressivität in vier Kategorien einteilen („Keine Depression“, „Leichte Depression“, „Mittelschwere Depression“ bzw. „Schweren Depression“). Als Erfolgsvariable wurde die Veränderung der depressiven Symptomatik im Verlauf des Rehaprozesses herangezogen.

4.3.3. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

Ein zentrales Element der vorliegenden Studien ist der Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) (Schaarschmidt 2006; Baumann 2016; Beierlein *et al.* 2016). Mithilfe von AVEM wird die Einstellung und Befindlichkeit eines Menschen in Bezug auf seine Arbeits- und Berufsanforderungen erfasst, was eine Beurteilung dieser unter dem Gesundheitsaspekt ermöglicht.

AVEM beinhaltet elf Dimensionen, welche faktorenanalytisch den inhaltlichen Bereichen „Arbeitsengagement“, „psychische Widerstandskraft“ und „berufsbegleitenden Emotionen“ zuzuordnen sind (Details siehe Schaarschmidt 2006). Die elf Skalen umfassen die folgenden Bereiche: Bedeutsamkeit der Arbeit, Ehrgeiz, Verausgabebereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, Problembewältigung, Innere Ruhe, Erfolgserleben, Lebenszufriedenheit und Soziale Unterstützung.

Durch Betrachtung der einzelnen Dimensionen zueinander ergeben sich vier voneinander zu unterscheidende „Bewältigungsmuster“ für den Umgang mit vorliegenden Berufsanforderungen:

- Das **Muster G (Gesundheit)** wird beschrieben durch ein gesundheitsförderliches Verhältnis des Menschen gegenüber seiner Arbeit. Es zeichnet sich meist ein hohes berufliches Engagement bei ausgeprägter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen ab. Auf emotionaler Ebene verfügen Personen mit Muster G grundsätzlich über ein positives Lebensgefühl („psychische Gesundheit“), welches sich in beruflichem Erfolgserleben und dem Erleben sozialer Unterstützung widerspiegelt.
- Das **Muster S** wird durch ausgeprägte **Schonungs- und Selbstschutztendenzen** gegenüber beruflichen Anforderungen beschrieben. Im Vergleich mit allen anderen Mustern ist die Distanzierungsfähigkeit der Personen von ihrer Arbeit am stärksten ausgeprägt. Einhergehend mit diesem Merkmal findet sich eine relativ hohe Ausprägung innerer Ruhe und Ausgeglichenheit. Die Bedeutsamkeit der Arbeit, der berufliche Ehrgeiz, die Verausgabungsbereitschaft und das Perfektionsstreben sind nur sehr gering ausgeprägt, was u.a. gegenüber Gratifikationskrisen protektiv wirken kann (Siegrist 2016). Im Allgemeinen herrscht ein positives Lebensgefühl, dessen Quelle bevorzugt außerhalb der Arbeit zu suchen ist.

Weiterhin werden zwei sogenannte Risikomuster beschrieben:

- Das **Risikomuster A** wird geprägt von einem überhöhten **Engagement** bei einer hohen Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben bei geringer Distanzierungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen. Es herrscht also eine Kombination von großem Arbeitseinsatz bei ausbleibendem Erleben von Anerkennung vor, wovon starke pathogene Wirkungen beispielsweise durch Erhöhung des Herz-Kreislauf-Risikos auszugehen scheinen.
- Das **Risikomuster B (Burnout)** ist gekennzeichnet durch ein vorherrschendes Erleben von Überforderung, Erschöpfung und Resignation. Weitere Merkmale sind eine generelle Lebensunzufriedenheit bei ausbleibendem Erfolgserleben im Beruf und einer eingeschränkten Distanzierungsfähigkeit.

AVEM ist ein veränderungssensitives diagnostisches Instrument mithilfe dessen geklärt werden kann, inwiefern es sich bei individuellem Verhalten und Erleben um Persönlichkeitseigenschaften handelt, oder ob diese Verhaltensweisen im Verlauf der beruflichen Sozialisation erworben wurden und somit durch Psychotherapie veränderbar sind. Pflegepersonal zeichnet sich durch folgende Besonderheiten bezüglich ihrer arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster aus: Es besteht eine hohe Identifikation mit dem Beruf, hohe Verausgabungsbereitschaft, sowie eine hohe Bedeutsamkeit der Arbeit bei geringer Distanzierungsfähigkeit (Köllner 2015a). Für die vorliegenden Studien waren vor allem die Veränderung maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen im Verlauf des Rehaprozesses von Interesse.

4.3.4. Sozialmedizinische Beurteilung - Arbeitsfähigkeit

Zum gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung gehört die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten durch Teilhabeleistungen zu unterstützen (§9 SGB VI). Hierzu gehören Präventionsleistungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Nachsorgeleistungen sowie bei Erwerbsminderung Renten zu zahlen.

Am Ende einer medizinischen Rehabilitation wird bei jedem Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter das Leistungsvermögen beurteilt und im ärztlichen Entlassungsbericht festgehalten (DRV 2011; DRV 2013). Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit sind nicht synonym zu verwenden. Den Begriffen unterliegen unterschiedliche Definitionen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern. Des Weiteren haben sie unterschiedliche Auswirkungen. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit trifft Aussagen zur generellen und langfristigen Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (DRV 2011; DRV 2013). Während sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die aktuelle konkrete Arbeitssituation bezieht (Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit 2020). Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Versicherte wegen seiner Erkrankung seine gegenwärtige Tätigkeit aktuell nicht ausüben kann. In den vorliegenden Studien wurde als eine Erfolgsvariable der medizinischen Rehabilitation die Arbeitsfähigkeit betrachtet.

4.3.5. Somatische Komorbiditäten psychosomatischer PatientInnen

Es wurden zahlreiche epidemiologische Studien durchgeführt, die die enge Verknüpfung zwischen der Entstehung, dem Verlauf und der Chronifizierung von somatischen und psychischen Störungen betrachten (Härter & Baumeister 2007a). Eine umfassende Studie zur Prävalenz psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken stammt von Härter *et al.* (2007b). In dieser Untersuchung lag bei jedem fünften Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation eine aktuelle psychische Störung vor. Bei 7,6% der Rehabilitanden bestand sogar mehr als eine psychische Störung. Die Deutsche Rentenversicherung empfahl auf dieser Grundlage ein systematisches Screening nach Depressionen und anderen psychischen Störungen bei somatischen RehabilitationspatientInnen (DRV Bund 2014b). Nach heutigem Kenntnisstand sind systematische Studien zur Komorbidität somatischer Erkrankungen bei PatientInnen in der psychosomatischen Rehabilitation hingegen selten (Härter & Baumeister 2007a). Die Erhebung der somatischen Komorbiditäten erfolgte unter Zuhilfenahme von klinischen Vorbefunden und Laborparametern anhand der ICD-10-Klassifikation.

4.4. Darstellung der einzelnen Publikationen

4.4.1. Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik

Die Fachklinik für Psychosomatische Medizin der MediClin Bliedalkliniken implementierte ein MBOR-Konzept speziell für Personen aus Pflegeberufen (Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpfleger und Altenpflegehelfer). Hier soll gezeigt werden, wie es möglich ist, berufliche Probleme in den psychotherapeutischen Fokus zu nehmen und Veränderungsstrategien mit dem Ziel eines Erhalts der Erwerbsfähigkeit und möglichst auch der Berufsfähigkeit zu erarbeiten.

Die häufigste Diagnose bei Psychosomatischen RehabilitandInnen sind depressive Störungen. Es wurde ein multimodales Rehabilitationskonzept entwickelt, welches als zentrale Elemente die Kombination einer berufshomogenen Therapiegruppe in fester Kombination mit interaktioneller Bewegungstherapie beinhaltet (Köllner 2015a). Das therapeutische Team besteht sowohl aus psychodynamisch als auch verhaltenstherapeutisch qualifizierten Kollegen. Dies erlaubt auf Basis der evidenzbasierten Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe sowohl Zusammenhänge der beruflichen Problematik mit der Biographie und unbewussten Konflikten zu bearbeiten als auch konkrete Lösungsstrategien für den beruflichen Alltag zu erarbeiten und z.B. in Rollenspielen zu erproben (Grawe 2004).

RehabilitandInnen der berufshomogenen Therapiegruppe nehmen als geschlossene Therapiegruppe an einer psychotherapeutischen Gruppen- sowie an der interaktionellen Bewegungstherapie teil. Die Idee hinter dem Konzept einer berufshomogenen Therapiegruppe ist, dass der gemeinsame berufliche Erfahrungshintergrund das Selbsthilfepotential der Gruppe stärkt. RehabilitandInnen mit depressiver Symptomatik neigen dazu, ihre Symptomatik als persönliches Versagen zu erleben und schuldhaft zu verarbeiten. Förderlich ist in diesem Fall der direkte Kontakt mit MitpatientInnen aus Pflegeberufen, da PatientInnen hier erfahren können, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine sind. Außerdem lernen sie, dass die besonderen beruflichen Problemlagen meist struktureller Natur sind und sich auf individueller Ebene nur schwer abfangen lassen bzw. ohne adäquate Abgrenzungsstrategien depressogen wirken. Der zweite wichtige Therapiebaustein des Rehabilitationskonzepts stellt die interaktionelle Bewegungstherapie dar. Sie dient als Erfahrungsraum, der in der Therapiegruppe reflektiert werden kann. Die Ausdrucks- und Beziehungsaufgaben in der Gruppe sind so konzipiert, dass typische Konfliktsituationen in pflegerischen Berufen unmittelbar erlebt und danach bewusst reflektiert werden können. Weitere Ziele der Bewegungstherapie sind die Schulung der Körperwahrnehmung und die spielerische Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Bewegung und der Begegnung mit anderen. Hinzu kommen Bewegungstherapie, Sozialberatung und indikative Therapiebausteine. Eine detaillierte Auflistung aller Therapieelemente sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Therapieelemente MBOR-Pflegegruppe

	MBOR Pflege
Teilnehmer	Pflegekräfte mit Depressionen
Gruppenstärke	9 - 12 Patienten, halboffene Gruppe
Obligatorische Therapiebausteine	2 x 90 Minuten/Woche berufsspezifische Gruppe 2 x 90 Minuten/Woche interaktionelle Bewegungstherapie (gekoppelt an die Psychotherapiegruppe, themenspezifisch) 30 Minuten/Woche Einzeltherapie
Fakultative Therapiebausteine	2 x 90 Minuten/Woche Ergotherapie 2 x 45 Minuten/Woche Entspannungstraining (PMR), Psychoedukative Seminare 3 x 60 Minuten/Woche Ausdauertraining (Nordic Walking, Schwimmen, Ergometertraining, Cross-Trainer) 2 x 60 Minuten/Woche Kraft-Ausdauertraining (Geräteraum) für die Rückenmuskulatur Physiotherapie Physikalische Therapie Sozialberatung

In der vorliegenden Publikation wird das MBOR-Konzept anhand eines Fallbeispiels vorgestellt.

Der 57-jährige Krankenpfleger Herr K. war vor der rehabilitativen Maßnahme zehn Monate durchgehend arbeitsunfähig. Bei Aufnahme lag eine mittelgradige depressive Episode mit Komponenten einer beruflichen Gratifikationskrise, Angstsymptomatik und chronischen Rückenschmerzen vor. Im AVEM waren die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit und die Verausgabungsbereitschaft im Beruf erhöht, die Distanzierungsfähigkeit vom Beruf jedoch reduziert. Der BDI zu Beginn der Rehabilitation lag bei 21 und entsprach einer mittelschweren depressiven Symptomatik. In der kreativen Bewegungstherapie arbeitete Herr K. an seiner berufsbezogenen Problematik, absolvierte Übungen zur Abgrenzungsfähigkeit und erlernte Strategien zum Schutz vor Überforderung. In begleitenden psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurden die beruflich erlebte Kränkung aufgearbeitet, sowie die verschiedenen beruflichen und privaten Belastungsfaktoren in ein biopsychosoziales Krankheitsmodell eingeordnet. Auf einer konkreteren Handlungsebene erfolgte die Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit und die Entwicklung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit.

Die depressive Symptomatik von Herrn K. ging deutlich zurück. Bei Entlassung betrug der BDI 12 und lag somit im subklinischen Bereich. Die körperlichen Beschwerden waren bei Entlassung trotz Sporttherapie und einem Gewichtsverlust von 4 kg weitgehend unverändert. Herr K. wurde aus der Klinik als arbeitsfähig zur Arbeitssuche entlassen. Herr K. konnte akzeptieren, dass es in der heutigen

Arbeitswirklichkeit der pflegenden Berufe wahrscheinlich nicht möglich sein wird, seine eigenen idealistischen Ansprüche umzusetzen. Er entschloss sich dazu, sich eine neue Stelle zu suchen.

Für die medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation konnte anhand des Fallbeispiels gezeigt werden, dass sie geeignet ist die Teilhabe am Erwerbsleben zu erhalten. Eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage scheint vielversprechend und soll in folgenden Studien weiter evaluiert werden.

4.4.2. Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte

In dieser Pilotstudie wurde erstmals ein berufsgruppenspezifisches Konzept für Pflegeberufe auf seine Wirkung hin überprüft. Die vorliegende Publikation umfasst die Evaluation einer Pilotstudie eines MBOR-Konzeptes für Pflegekräfte im Vergleich zu einer auf das Störungsbild Depression orientierten Rehabilitation. Es stellte sich die Frage, ob die berufliche Orientierung zu Lasten der Wirkung auf das zu Grunde liegende Störungsbild geht und ob die angestrebten berufsbezogenen Veränderungen tatsächlich erreicht werden.

Es nahmen N=145 depressive PatientInnen (86,9 % weiblich; $50,9 \pm 7,34$ Jahre) an einem berufsgruppenspezifischen Reha-Programm für Pflegeberufe teil. Diese wurden zum Aufnahmezeitpunkt mittels einer MANOVA und anschließenden ANOVAs für Subskalen mit N=147 depressiven PatientInnen (63,27 % weiblich; $49,36 \pm 7,58$ Jahre) in nicht-pflegerischen Berufen hinsichtlich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster verglichen. Veränderungen arbeitsbezogener Einstellungen der Pflegekräfte nach Abschluss des Reha-Programms wurden mit einer MANOVA und anschließenden ANOVAs mit Messwiederholung berechnet. Der Effekt der berufsgruppenspezifischen Intervention auf Depressivität (BDI-II) wurde in einem mixed model unter Berücksichtigung möglicher Störvariablen mit einem indikationsspezifischen Konzept für Depressionen verglichen.

Pflegekräfte mit Depression erzielten zu Beginn der Rehabilitation signifikant höhere Werte in der AVEM Skala „Verausgabungsbereitschaft“ und geringere Werte in der Skala „Distanzierungsfähigkeit“ als depressive RehabilitandInnen anderer Berufsgruppen. Nach der Teilnahme am berufsgruppenspezifischen Programm für Pflegekräfte wiesen Teilnehmer eine signifikante Reduktion auf den Skalen "Bedeutsamkeit der Arbeit", "Verausgabungsbereitschaft" und "Perfektionsstreben" auf. Ein signifikanter Anstieg erfolgte auf den Skalen "Distanzierungsfähigkeit" und "Lebenszufriedenheit". Depressivitätswerte von Pflegekräften und depressiven PatientInnen mit anderen Berufen zeigten deutliche Verbesserungen zum Entlasszeitpunkt, während keine Unterschiede zwischen den Gruppen und keine Interaktionseffekte gefunden werden konnten.

Das berufsgruppenspezifische Reha-Programm für Pflegekräfte führte erfolgreich zur Änderung maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen. Unterschiede hinsichtlich der Effekte auf die depressive Symptomatik im Vergleich zum störungsspezifischen Reha-Konzept konnten nicht nachgewiesen werden. Das MBOR-Konzept für Pflegekräfte stellt somit ein wirksames und von den Betroffenen gut akzeptiertes Konzept zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben dar.

4.4.3. Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation

Die Studie untersucht das Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei PatientInnen in der psychosomatischen Rehabilitation und deren Zusammenhang mit unterschiedlichen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern. Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen AVEM-Muster und Arbeitsfähigkeit betrachtet. Die häufigsten Diagnosen des Patientenkollektivs (N = 264; 204w/60m; Alter $49,9 \pm 7,7$ Jahre) waren Dorsopathien (35,2 %), Essentielle (primäre) Hypertonie (25,0 %), Adipositas (17,0 %), Störungen des Lipidstoffwechsels und Lipidämien (10,2 %) sowie sonstige Kopfschmerzsyndrome (7,9 %). Das AVEM-Risikomuster A geht mit einem häufigeren Auftreten der Diagnosen Adipositas sowie Dorsopathien einher. Das Vorliegen des Musters S geht häufiger mit der Diagnose Essentielle Hypertonie und einer Entlassung als arbeitsfähig einher ($p < 0,001$). Patienten mit Risikomuster B werden signifikant häufiger arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen ($p < 0,01$). Betrachtet man die psychische Symptomatik gemessen am BDI-II und Health-49, so wiesen die beiden Risikomuster A und B die höchste psychische Belastung auf. Muster S weist den geringsten mittleren Wert des BDI-II auf und unterscheidet sich signifikant von den Risikomustern A und B ($p < 0,001$). Ein signifikanter Unterschied der mittleren Werte des BDI-II besteht ferner zwischen Risikomuster B und G ($p < 0,05$). Am Ende der Rehabilitation entsprechen die mittleren BDI-II Werte der Muster G und S einer klinisch unauffälligen oder remittierten Depression. Für die Muster A und B entsprechen die Gruppenmittel noch einer leichten depressiven Symptomatik.

Das gleichzeitige Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine bisher wenig beachtete zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Diese Studie liefert erste Hinweise darauf, dass dysfunktionale AVEM-Muster möglicherweise ein weiterer Risiko- oder Chronifizierungsfaktor hierfür sind.

4.5. Diskussion

Der Fokus dieser Arbeit lag zunächst auf der Notwendigkeit der Entwicklung eines theoriegeleiteten psychotherapie-orientierten MBOR-Konzeptes für Pflegekräfte. Historisch betrachtet wurden trainingsorientierte MBOR-Konzepte bereits erfolgreich in der Orthopädie etabliert (Streibelt 2010; Bethge 2017). Hier wurden klassische körperbezogene Angebote um psychosoziale Interventionen erweitert (Köllner & Gissendanner 2015b). Jedoch sind MBOR-Konzepte in der Orthopädie weitestgehend durch Erweiterung physio- und ergotherapeutischer Leistungen darauf ausgerichtet Bewegungsabläufe am aktuellen oder angestrebten Arbeitsplatz zu trainieren. Ergänzt wurde das Angebot um psychotherapeutische Interventionen und somit die Etablierung eines bio-psycho-sozialen Behandlungsmodells (Köllner & Gissendanner 2015b). Jedoch besteht nur bei einem kleinen Teil psychosomatischer RehabilitandInnen ein Defizit hinsichtlich berufsbezogener Bewegungsabläufe, sodass trainingsorientierte MBOR-Konzepte aus der Orthopädie nicht ohne weiteres auf die Psychosomatik übertragbar sind. Des Weiteren wurden MBOR-Konzepte in der Kardiologie, als auch in der Onkologie etabliert (Kittel & Karoff 2008, Wienert & Bethge 2019). In der Psychosomatik besteht die Notwendigkeit für psychotherapeutisch-orientierte MBOR-Konzepte, die zunächst individuell analysieren, wie berufliche Problematik und Psychopathologie zusammenhängen bzw. interagieren und die hieraus aufbauend therapeutische Strategien entwickeln und anwenden. Erste Erfolge in der Umsetzung dieser Strategie zeigten sich bereits durch die Entwicklung der berufsbezogenen interaktionellen Therapie (Kopka *et al.* 2009). Es konnte gezeigt werden, dass durch Kombination von Psychotherapiegruppen mit ergotherapeutischen Projektgruppen als Handlungsraum spezifische Veränderungen bei arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern zu erzielen sind, ohne dass die Effektstärke hinsichtlich der psychopathologischen Zielsymptomatik (v.a. Depressivität) im Vergleich zu einem symptomorientierten Vorgehen ohne spezifischen Berufsbezug zurückging (Meyer *et al.* 2016).

In dieser kumulativen Dissertation wurde zunächst ein neuartiges MBOR-Konzept speziell für Pflegekräfte vorgestellt. Zentrales Element des Konzepts ist die Kombination einer berufsgruppenhomogenen Therapiegruppe (Pflegegruppe) in fester Kombination mit Bewegungstherapie. Das therapeutische Team setzt sich sowohl aus psychodynamisch als auch verhaltenstherapeutisch qualifizierten KollegInnen zusammen. Dies ermöglicht sowohl die Bearbeitung der Zusammenhänge der beruflichen Problematik mit der Biographie und unbewussten Konflikten, als auch das Erarbeiten von konkreten Lösungsstrategien für den beruflichen Alltag. Weiterhin können die erarbeiteten Lösungsstrategien in Rollenspielen erprobt werden. Anhand des Fallbeispiels konnte gezeigt werden, dass eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage möglich ist. Die depressive Symptomatik des Fallbeispielpatienten ging deutlich zurück. Der Patient wurde als arbeitsfähig zur Arbeitssuche entlassen. Therapeutisch standen die Bearbeitung der beruflich erlebten Kränkung, die

biographische Arbeit im Sinne der Konstruktion eines stringenten Lebensnarrativs, die Einordnung der verschiedenen beruflichen und privaten Belastungsfaktoren in ein biopsychosoziales Krankheitsmodell und auf einer konkreteren Handlungsebene die Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit und die Entwicklung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit im Vordergrund. Es konnte gezeigt werden, dass eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage möglich ist.

Im zweiten Schritt wurde das entwickelte MBOR-Konzept einer empirischen Prüfung unterzogen. In einer Pilotstudie wurde erstmals ein berufsgruppenspezifisches Konzept für Pflegeberufe auf seine Wirkung hin evaluiert.

Ein Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster ergab, dass Pflegekräfte bei Aufnahme eine höhere Verausgabungsbereitschaft und geringere Distanzierungsfähigkeit als depressive RehabilitandInnen in anderen Berufen aufweisen. Höhere Verausgabungsbereitschaft und geringere Distanzierungsfähigkeit von der Arbeit kann mit einem höheren Risiko für die Entwicklung einer beruflichen Gratifikationskrise assoziiert sein (Siegrist *et al.* 2016). Nach der Teilnahme an einer berufsgruppenspezifischen Intervention für Pflegekräfte erreichten sie eine signifikante Reduktion auf den Skalen "Bedeutsamkeit der Arbeit", "Verausgabungsbereitschaft" und "Perfektionsstreben" und im Gegenzug höhere Werte auf den Skalen "Distanzierungsfähigkeit" und "Lebenszufriedenheit". Eine Untersuchung der Depressivitätswerte von Pflegekräften und depressiven PatientInnen mit anderen Berufen zeigte deutliche Verbesserungen zum Abschlusszeitpunkt, aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen und keine Interaktionseffekte. Die Befürchtung, eine stärkere berufliche Orientierung der Rehabilitation könnte zu Lasten des störungsspezifischen Effekts gehen, bestätigte sich nicht. Das MBOR-Konzept für Pflegekräfte stellt ein valides, leistungsstarkes und von den Betroffenen gut akzeptiertes Rehabilitationskonzept im Sinne der Rentenversicherungsträger zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben dar.

Depressive Erkrankungen unter Pflegekräften weisen weltweit hohe Prävalenzraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf (Shields & Wilkins 2006; Letvak *et al.* 2012, Shahri *et al.* 2017; Grobe & Steinmann 2019), die während der COVID-19-Pandemie noch weiter angestiegen sind (An *et al.* 2020). Die vorliegende Studie zeigt, dass Pflegekräfte ihren beruflichen Anforderungen mit signifikant höherer Verausgabungsbereitschaft und geringerer Distanzierungsfähigkeit begegnen als andere RehabilitandInnen. Dies könnte darauf hinweisen, dass hohe Arbeitsbelastung durch Ökonomisierung und Fachkräftemangel in Pflegeberufen auf persönlicher Ebene durch gesundheitsgefährdende Einstellungen zur Arbeit kompensiert werden. Solche Einstellungen gelten jedoch als Risikofaktoren für die Entwicklung von Burnout- und Folgeerkrankungen (Beierlein *et al.* 2016). Langfristig könnte sich auf diese Weise ein Teufelskreis aus Krankschreibungen und Frühberentungen, Personalmangel und Burnout im Pflegebereich ergeben.

Des Weiteren liefert die vorliegende Studie erste Hinweise darauf, dass eine berufsgruppenspezifische Intervention für Pflegekräfte gesundheitsschädigende arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen positiv beeinflussen kann, ohne signifikante Einbußen in der Behandlung depressiver Symptomatik durch den Verzicht auf eine störungsspezifische Intervention mit sich zu bringen. Erstmals wird in dieser Pilotstudie ein explizit psychotherapeutisch-orientiertes MBOR-Konzept evaluiert. Eingangs stellte sich die Frage der Übertragbarkeit trainingsorientierter MBOR-Konzepte auf die Psychosomatik. Als ein Problem wurde hierbei die mögliche Verstärkung einer dysfunktionalen Leistungsorientierung durch einseitig trainingsorientierte Konzepte gesehen (Wasilewski *et al.* 2017; Köllner 2018). Berufliche Problemlagen entstehen in der Psychosomatik weniger durch funktionale Defizite als durch störungsimmanente interaktionelle oder motivationale Probleme, weshalb die Entwicklung spezifischer psychotherapeutischer Konzepte gefordert wurde (Adam-Kessler & Köllner 2020). Die hier gefundenen Veränderungen im AVEM geben einen ersten Hinweis darauf, dass psychotherapeutische Konzepte in der Lage sind, hier einen korrigierenden Effekt zu haben.

In der dritten Publikation wurde systematisch die Häufigkeit ICD-10 klassifizierter somatischer Komorbiditäten bei psychosomatischen RehabilitandInnen erfasst. Ferner wurde ein Zusammenhang zwischen AVEM-Muster und somatischer Komorbidität untersucht. Neben der psychischen Belastung leiden die PatientInnen auch unter somatischen Beschwerden, welche zu einer Verminderung der Lebensqualität beitragen. Aufgrund der gegenseitigen negativen Beeinflussung somatischer und psychischer Erkrankungen, könnte das Vorliegen zusätzlicher somatischer Erkrankungen zu einer Potenzierung des Risikos für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen.

Die häufigsten ICD-10 Diagnosen des Patientenkollektivs waren Dorsopathien, Essentielle (primäre) Hypertonie, Adipositas, Störungen des Lipidstoffwechsels und Lipidämien sowie sonstige Kopfschmerzsyndrome. Das Diagnose-Spektrum setzt sich zusammen aus kardiovaskulären Risikofaktoren, muskuloskelettalen Erkrankungen und Schmerzstörungen, welche im Falle der Chronifizierung selbst häufigen Grund für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben darstellen. Die Erkrankung Depression gilt laut WHO und Weltbank ab 2020 nach der Koronaren Herzkrankheit als „teuerste Erkrankung“ (IHME 2018). Das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine bisher wenig beachtete zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Hier soll nicht die Kausalität des gemeinsamen Vorliegens psychischer und somatischer Erkrankungen geklärt werden, jedoch auf Gemeinsamkeiten zugrundeliegender pathogenetischer Mechanismen psychischer und somatischer Beschwerden aufmerksam gemacht werden. Ein gemeinsamer Faktor in der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung oben genannter Erkrankungen ist Stress. Chronischer Stress, unter anderem auch psychosozialer Stress, führt zu einer dauerhaften Überaktivierung des Stresssystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) und kann so eine hypertone Stoffwechsellage zur Folge haben (Spruill 2010). Chronischer Stress und das Stresshormon

Cortisol spielen auch eine Rolle in der Entstehung von Angststörungen und Depressionen (Elnazer & Baldwin 2014). Weiterhin besteht ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen Depression und Adipositas, wobei das Vorliegen einer der beiden Konditionen das Risiko für die Entwicklung der anderen erhöht (Müller 2015; Milaneschi *et al.* 2019). Hierfür verantwortlich sind unter anderem die Dysregulation der HHN-Achse, die Aktivierung des Immunsystems, genetische Faktoren sowie Veränderungen neuroendokriner Regulatoren des Energie-Stoffwechsels. Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung und der Chronifizierung von Schmerzerkrankungen und psychosozialen Faktoren. Chronische Schmerzen entstehen zum einen durch eine Veränderung der Signalverarbeitung bzw. der Übertragung von Schmerzinformationen vom peripheren auf das Zentralnervensystem. Ähnlich wie bei der Formation von Gedächtnisinhalten bzw. bei Lernprozessen erfolgt eine Potenzierung der synaptischen Übertragung und somit zur Amplifikation von nozizeptiven Signalwegen und zur Entstehung eines Schmerzgedächtnisses. Zusätzlich zu den biologischen Vorgängen spielen für die Transition von akutem zu chronischem Schmerz auch psychologische, soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle (Bushnell *et al.* 2013). Betrachtet man diese gemeinsamen zugrundeliegenden Mechanismen in der Entstehung und Aufrechterhaltung der genannten psychischen und somatischen Erkrankungen sowie deren gegenseitige Einflüsse, so legt dies die Vermutung nahe, dass es sich bei den hier gefundenen Zusammenhängen nicht um einen Zufallsbefund handelt. Das hier gewählte Studiendesign lässt allerdings keine kausalen Schlüsse zu. Da ein solcher Zusammenhang zwischen AVEM-Mustern und somatischer Erkrankung jedoch gerade für Prävention und Rehabilitation eine große Bedeutung hätte, wäre eine größere Längsschnittstudie lohnend.

Die Analyse ICD-basierter somatischer Komorbiditäten bei Psychosomatik-PatientInnen in Abhängigkeit berufsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster liefert erste Hinweise für mögliche Prädispositionen eines bestimmten AVEM-Musters bei bestimmten somatischen Komorbiditäten. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen AVEM-Risikomuster A und einem gesteigerten Gesundheitsrisiko verursacht durch das Vorliegen von Adipositas und Dorsopathien.

Bezüglich der psychischen Symptomatik wiesen die beiden Risikomuster A und B die höchste psychische Belastung gemessen am BDI-II und Health-49 auf. Das Risikomuster B wird beschrieben durch ein vorherrschendes Erleben von Überforderung, Erschöpfung und Resignation, was den Kern des Burnout-Syndroms darstellt. Muster-B-PatientInnen waren signifikant am stärksten psychisch belastet. Risikomuster A und B unterschieden sich signifikant voneinander in der Health-49 Skala „Selbstwirksamkeit“. Bei PatientInnen mit Muster B ist die Selbstwirksamkeit signifikant geringer ausgeprägt als bei Muster-A-PatientInnen. PatientInnen mit ausgeprägtem Muster B benötigen aufgrund der geringen Selbstwirksamkeit vor allem Hilfe von außen. Schaarschmidt beschrieb ein ausgeprägtes Muster B als eine besondere Problemgruppe, die in der Rehabilitation besonders berücksichtigt werden sollte (Schaarschmidt 2006). Muster-S-PatientInnen wiesen den geringsten BDI-II-Summenwert auf und waren im Health-49 signifikant weniger belastet als PatientInnen der Risikomuster A und B. Das Muster S weist hohe Ausprägungen in den Skalen „Distanzierungsfähigkeit“, „innere Ruhe“ und

„Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen“ auf. Deshalb betrachtete Schaarschmidt das Muster S vorwiegend unter dem Motivationsaspekt, wonach durch ein Schonungsverhalten auf beruflicher Ebene Ressourcen geschützt werden (Schaarschmidt 2006). Dies wurde vor allem durch ein schützendes Verhalten vor Überforderung durch defizitäre Arbeitsbedingungen verdeutlicht. Auch beruhe das generell positive Lebensgefühl vorwiegend auf Faktoren außerhalb der Arbeitswelt.

Die vorliegende Studie zeigt, dass das Vorhandensein eines bestimmten AVEM-Musters die Arbeitsfähigkeit sowohl positiv als auch negativ zu beeinflussen vermag. PatientInnen mit Risikomuster B wurden signifikant häufiger arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen als Patienten der übrigen Muster. In Zusammenschau der Befunde liegt die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht vorrangig an signifikant häufigerem Vorliegen einer bestimmten somatischen Komorbidität, sondern ist hauptsächlich der starken psychischen Belastung der PatientInnen geschuldet. Die dysfunktionalen Merkmale des Musters B sind bereits so weit gefestigt, sodass die Arbeitsfähigkeit deutlich seltener ausgesprochen wird als bei Vorliegen eines der übrigen AVEM-Muster. Das Vorliegen des Musters S geht signifikant häufiger mit einer Entlassung als arbeitsfähig einher.

Zusammenfassend bestehen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen bestimmten berufsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und bestimmten somatischen Komorbiditäten. Das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine mögliche zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Weiterhin kann das Vorliegen eines bestimmten AVEM-Musters die Arbeitsfähigkeit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Es gibt Hinweise darauf, dass die psychischen und somatischen Erkrankungen gemeinsame zugrundeliegende pathogenetische Mechanismen haben (Spruill 2010; Elnazer & Baldwin 2014; Müller 2015; Milaneschi *et al.* 2019; Bushnell *et al.* 2013). Fokussierung auf diese gemeinsamen ursächlichen Mechanismen eröffnet die Möglichkeit eines neuen Behandlungsansatzes zur langfristigen Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Ferner besteht Bedarf für neue multidimensionale Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf behaviorale und psychische Aspekte bei somatischen Komorbiditäten. Längsschnittstudien müssen zeigen, ob die AVEM-Muster auch eine prädiktive Aussagekraft haben und Risikogruppen identifiziert werden können.

4.6. Fazit

In Publikation 1 wurde ein neuartiges MBOR-Konzept speziell für Pflegekräfte in der Psychosomatischen Rehabilitation vorgestellt, welches eine differenzierte therapeutische Bearbeitung psychischer Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage ermöglicht.

Dieses neuartige MBOR-Konzept wurde in Publikation 2 evaluiert. Die vorliegende Studie liefert erste Hinweise darauf, dass eine berufsgruppenspezifische Intervention für Pflegekräfte gesundheitsschädigende arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen positiv beeinflussen kann ohne signifikante Einbußen in der Behandlung depressiver Symptomatik durch den Verzicht auf eine störungsspezifische Intervention mit sich zu bringen. Das MBOR-Konzept für Pflegekräfte stellt somit ein valides, leistungsstarkes und von den Betroffenen gut akzeptiertes Rehabilitationskonzept im Sinne der Rentenversicherungsträger zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben dar.

Publikation 3 betrachtet den Zusammenhang zwischen bestimmten berufsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und bestimmten somatischen Komorbiditäten bei psychosomatischen RehabilitandInnen. Das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer somatischen Komorbidität stellt eine mögliche zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Rehabilitationskonzepte zur langfristigen Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit sollten ebenfalls das Vorliegen somatischer Komorbiditäten betrachten. Fokussierung auf gemeinsame zugrundeliegende pathogenetische Mechanismen psychischer und somatischer Erkrankungen könnten Grundlagen für neue multidimensionale Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf behaviorale und psychische Aspekte bei somatischen Komorbiditäten liefern. Auch zeigte sich, dass das Vorliegen eines bestimmten AVEM-Musters die Arbeitsfähigkeit sowohl positiv als auch negativ zu beeinflussen vermag. Langfristig muss sich zeigen, welche arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster in welchem beruflichen Kontext mit Gesundheit und Verbleib im Erwerbsleben verbunden sind (Adam-Keßler & Köllner 2020).

4.7. Limitationen und Ausblick

Die vorgestellten Studien haben jedoch erhebliche Limitationen. Es handelt es sich bei allen um retrospektive Querschnittsstudien. Dennoch dienen diese als wichtiger Ausgangspunkt für prospektiv angelegte Multicenterstudien mit größerer Studienpopulation.

Ob Pflegekräfte von der berufsgruppenspezifischen Intervention insgesamt besser profitieren als von einer störungsspezifischen Intervention soll nun in einer randomisiert-kontrollierten Studie erfolgen. Die betrachteten Parameter des berufsgruppenspezifischen Konzepts sollen ausschließlich mit Ergebnissen des störungsspezifischen Ansatzes der betreffenden Berufsgruppe (group-matching) verglichen werden. Zudem sollen die psychotherapeutischen und psychoedukativen Elemente noch spezifischer auf die AVEM-Muster ausgelegt werden. Vor allem das Muster B erweist sich momentan noch als sozialmedizinische Risikokonstellation mit hoher Veränderungsresistenz, sodass eine stärkere Modifikation der Verhaltens- und Erlebensmuster (von Muster-B-PatientInnen) möglich werden.

Publikation 3 erlaubt keine kausalen Schlüsse. Die Daten wurden nur in einem Zentrum erhoben, sodass auch hierdurch Verzerrungen möglich sind. Problematisch ist auch, dass die somatischen Diagnosen aus den Entlassberichten entnommen und nicht strukturiert für diese Studie erfasst wurden. Zudem sind die AVEM-Muster in der Stichprobe sehr ungleich verteilt, insbesondere das Muster G ist unterrepräsentiert, sodass diese Subgruppe sehr klein ist. AVEM-Muster sind zeitlich veränderbar. Diese Studie umfasst lediglich die Korrelation der ICD-10 Diagnosen mit den vorherrschenden AVEM-Mustern zum Entlasszeitpunkt. In der statistischen Auswertung wurden die Alphas aufgrund des Screening-Charakters dieser Studie nicht multipel korrigiert. Trotzdem sind die gefundenen Zusammenhänge zwischen den AVEM-Mustern und den somatischen Diagnosen berichtenswert als Ausgangspunkt für eine prospektiv angelegte Multicenterstudie mit größerer Studienpopulation, in der die somatischen Diagnosen systematisch und strukturiert erfasst werden. Längsschnittstudien müssen zeigen, ob die AVEM-Muster auch eine prädiktive Aussagekraft haben und Risikogruppen identifiziert werden können.

5. Literaturverzeichnis

1. Adam-Keßler U, Köllner V (2020) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). In: Köllner V, Bassler M (eds) Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München, 324-328
2. An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q, Cheung T, Ungvari GS, Qin MZ, An FR, XiangYT (2020): Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *J. Affect. Disord.* 276, 312-315
3. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (2019) Fehlzeiten-Report 2019. In: Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 413-701
4. Bassler M, Köllner V (2004) Medizinische Rehabilitation. In: Adler (ed) Uexküll – Psychosomatische Medizin. Urban & Fischer, München 537-546
5. Baumann R (2016) Prognose und Verhinderung von Abbrüchen bei Qualifizierungen in der beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation* 55: 157-166
6. Beierlein V, Köllner V, Neu R (2016) Ein Verfahren zum Screening dreier Dimensionen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster in der psychosomatischen Rehabilitation – Vorschlag für eine Kurzform AVEM-3D. *Rehabilitation* 55: 348-356
7. Bethge M (2017) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation* 56(1): 14-21
8. Bushnell MC, Ceko M, Low LA (2013) Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience* 14: 502-511
9. Deutsche Rentenversicherung Bund (2011) Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. DRV Bund, Berlin
10. Deutsche Rentenversicherung Bund (2012) Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. DRV Bund, Berlin

11. Deutsche Rentenversicherung Bund (2013) Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV Bund, Berlin
12. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. DRV Bund, Berlin
13. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b) Psychische Komorbidität. DRV Bund, Berlin
14. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015) Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Stand:August 2015. DRV Bund, Berlin
15. Deutsche Rentenversicherung Bund (2018) Rentenversicherung in Zeitreihen 2018. DRV Bund, Berlin
16. Deutsche Rentenversicherung Bund (2019) Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2019. DRV Bund, Berlin
17. Elnazer HY, Baldwin DS (2014) Investigation of cortisol levels in patients with anxiety disorders: a structured review. *Current Topics in Behavioral Neurosciences* 18: 191-216
18. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
19. Grobe T, Steinmann S (2019) Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Techniker Krankenkasse, Hamburg
20. Härter M, Baumeister H (2007a) Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In Härter M, Härter, Baumeister H, Bengel J (eds) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Berlin, 15-28
21. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, Wittchen HU (2007b) Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76:354-360

22. Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Böhme I, Willburger R, Rusche H (2012) Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 153: 211-217
23. Hasselhorn, HM, Müller BH, Tackenberg, P (2005) Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
24. Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) BDI I-II. Beck Depressions-Inventar Revision Manual (2. Auflage). Pearson, Frankfurt a.M.
25. Heath L, Yates S, Carey M, Miller M (2020) Palliative care during COVID-19: Data and visits from loved ones. *Am J Hosp Palliat Care* 37(11): 988-991
26. International Council of Nurses (ICN) 2012. The ICN Code of ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
27. International Council of Nurses (ICN) 2021 Covid-19 Update <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>
28. IGES Institut (2003) DAK Gesundheitsreport 2003. DAK, Hamburg
29. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018) Findings from the global burden of disease study. IHME: Seattle, WA
30. Isofort M (2013) Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Volume 56, Issue 8, 1081-1087
31. Jameton A (1984) *Nursing practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
32. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H (2021) Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nurs Ethics* 28(1): 33-45

33. Käfer M, Wittmann C, Roß S, Freiberg A, Lipka-Stöhr G, Köllner V (2018) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie*, 13: 23-29

34. Kittel J, Karoff M (2008) Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Rehabilitation* 47(1): 14-22

35. Knieps F, Pfaff H (2018) BKK Gesundheitsreport 2018. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

36. Koch S, Hillert A (2008) Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C (eds) *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart, 232-254

37. Kopka E, Ast C, Hügel H, Köllner V (2009) Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie (AIT). *Psychotherapie im Dialog* 10: 230-235

38. Köllner V (2015a) Berufsbezogene Psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe. In: Hoffmann F, Reschauer G, Stöbel U (eds) *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*. Edition FFAS 2015, 28: 241-252

39. Köllner V, Gissendanner SS (2015b) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott G (ed) *Psychosomatische Rehabilitation*. Schattauer, Stuttgart 293-305

40. Köllner V (2018) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Psychosomatische Prävention und Rehabilitation (DGPPR) zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). *Ärztliche Psychotherapie* 13: 263-265

41. Kramer, V, Papazova, I, Thoma, A, Kunz, M, Falkai, P, Schneider-Axmann, T, Hierundar, A, Wagner, E, Hasan, A (2021) Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 271, 271-281

42. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang G, Liu Z, Hu S (2020) Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw. Open* 3, e203976
43. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T (2012) Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec* 26(3): 177-182
44. Lühmann, D, Zimolong, B (2007) Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt. In: Badura B, Schnellschmitt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten.* Springer, Heidelberg, 63-80
45. Marschall, J, Nolting, HD, Hildebrandt, S (2013) *Gesundheitsreport 2013: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank? Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Bd. 5.* medhochzwei Verlag, Heidelberg
46. Meyer V, Neu R, Köllner V (2016) Effektivität berufsbezogener Psychotherapiekonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation. *DRV-Schriften* 109: 455-456
47. Milaneschi Y, Simmons WK, Rossum EFC, Penninx BW (2019) Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry* 24: 18-33
48. Müller A (2015) Warum sind Menschen mit Adipositas häufiger psychisch krank? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychotherapie* 65: 36-38
49. Ricci-Cabello I, Meneses-Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ, Fraile-Navarro D, Fiol de Roque MA, Pastor Moreno G, Castro A, Ruiz-Perez I, Zamanillo Campos R, Goncalves-Bradley D (2020) Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systemic review. [medRxiv:2020.2004.2002.20048892](https://doi.org/10.21956/medRxiv.2020.2004.2002.20048892).
50. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. *BAnz AT 12.11.2020 B3*

51. Riedel A, Lehmeier S (2021) Ethische Herausforderungen für die Pflege in der Covid-19-Pandemie. In: Medizin und Ethik in der Pandemie. Apuz 24-25
52. <https://www.bpb.de/apuz/medizin-und-ethik-in-der-pandemie-2021/334627/ethische-herausforderungen-fuer-die-pflege-in-der-covid-19-pandemie>
53. Schaarschmidt U (2006) AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (ed). Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn, 59-82
54. Schrems B (2021) Nach der Krise ist vor der Krise oder: Nothing Changes if Nothing Changes. Pflege 1/2021: 1-25
55. Schröer L (2016) Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege: Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. Forschung Aktuell 01/2016
Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen
56. Shahri SSS, Ghashghaee A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Mousavinejad N, Ghaemmohamadi MS, Ebadi F, Seyedin H (2017) Depression among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. MJIRI 31, 130
57. Shields M, Wilkins K (2006) Findings from the 2005 national survey of the work and health of nurses. Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada
58. Siegrist J (1996) Adverse Health Effects of High-Effort/Low Reward Conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1: 27-41
59. Siegrist J (2016) Arbeitswelten und Psychische Störung. Psychotherapie im Dialog 17(02): 17-21
60. Sperling D (2021) Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. Nursing Ethics 1/2021: 9-22
61. Spruill TM (2010) Chronic psychosocial stress and hypertension. Current Hypertension Reports 12: 10-16

62. Streibelt M (2010) Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 86: 5-14
63. Streibelt M (2020) Besondere berufliche Problemlagen. In: Köllner V, Bassler M (eds) *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München, 303-307
64. PiD – Psychotherapie im Dialog 2016, 17: Heft 2, 16-21
65. Wasilewski J, Otto J, Linden M (2017) Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch-beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67: 1-6
66. Wienert J, Bethge M (2019) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – kurzfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie. *Rehabilitation* 58(3): 181-190
67. Wittmann C, Papst L, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021) Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte. *Z Psychosom Med Psychother* 67, ISSN (online): 2196-8349
68. Wittmann C, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021) Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychosoz Med Reha* 02: 58-67

6. Originalarbeiten

I. Käfer M, **Wittmann C**, Roß S, Freiberg A, Lipka-Stöhr G, Köllner V (2018)
Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik. Ärztliche Psychotherapie 2018;
13: 23 – 29.

Nachdruck aus „Ärztliche Psychotherapie“ mit Erlaubnis von J.G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH.

Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik

M. Käfer¹, C. Wittmann^{1,2}, S. Roß¹, A. Freiberg¹, G. Lipka-Stöhr¹, V. Köllner^{2,3,4}

¹Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MediClin Blietalkliniken, Blietkastel; ²Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar; ³Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow; ⁴Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Schlüsselwörter

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Psychosomatische Rehabilitation, Pflegeberufe, Return to Work

Zusammenfassung

Für die somatische Rehabilitation konnte nachgewiesen werden, dass eine deutlichere berufliche Orientierung des Rehaprozesses (MBOR) die sozialmedizinischen Langzeitergebnisse verbessern kann. Für die psychosomatische Rehabilitation wird dies ebenfalls erwartet. Allerdings können in der Somatik entwickelte, stark trainingsorientierte Konzepte nicht ohne Weiteres auf die Psychosomatik übertragen werden. Es gilt also, die Idee von MBOR für die Psychosomatik neu zu interpretieren. Im Folgenden soll am Beispiel eines Konzepts für Rehabilitanden aus Pflegeberufen gezeigt werden, wie es möglich ist, berufliche Probleme in den psychotherapeutischen Fokus zu nehmen und Veränderungsstrategien mit dem Ziel eines Erhalts der Erwerbs- und möglichst auch der Berufsfähigkeit zu erarbeiten.

Keywords

Workplace oriented medical Rehabilitation (MBOR), Psychosomatic Rehabilitation, Nursing Professions, Return to Work

Summary

For somatic rehabilitation could be proved that a sharpened focus on a workplace orientation of the medical rehabilitation process (MBOR) enhances the social-medical longterm results. The same is expected for rehabilitation in psychosomatics, though the particularly training-oriented concepts of the somatic rehabilitation can't be readily applied to psychosomatic cases. Therefore the idea of MBOR has to be interpreted anew. Subsequently shall be shown, through the example of rehabilitands in nursing professions, how to put workplace conflicts under the psychotherapeutic focus and how to create transformational strategies that aim at preserving the working and earning capacity.

Workplace oriented medical rehabilitation in psychosomatics

Ärztliche Psychotherapie 2018; 13: 23–29

Einleitung: Konzept und Entwicklung von MBOR

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist eine Initiative der Rentenversicherungsträger. Ihre Anforderungen sind mit der Erwartung verbunden, dass der frühzeitige Arbeitsbezug die Berufsrückkehrwahrscheinlichkeit von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) erhöht (14). Drei Merkmale sind für die Einschätzung einer BBPL von besonderer Bedeutung (3): a) problematische sozialmedizinische Verläufe, insbesondere häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Arbeitslosigkeit,

- b) eine negative subjektive berufliche Prognose und
- c) eine „aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung“.

Mehrere Studien deuteten auf Defizite in Bezug auf die Rückkehr der Rehabilitanden in sozialversicherungspflichtige Arbeit nach medizinischer Rehabilitation hin (17). Eine vorzeitige Verrentung ist aber mit einem schlechteren Krankheitsverlauf und einer niedrigeren Lebensqualität der Betroffenen assoziiert (2). Durch internationale Forschung sind zudem spezifische vielversprechende Strategien zur Erhöhung der Reha-Wirksamkeit bekannt geworden. Ein

zielgerichteter Handlungsbedarf wurde in mehreren Bereichen gesehen (6):

- Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation,
- Maßnahmen zur Steigerung der Arbeits- und Berufsrückkehrmotivation der Rehabilitanden,
- frühe Erfassung von Patienten in besonderen beruflichen Problemlagen sowie
- flächendeckende Gewährleistung von Therapie- und Beratungsangeboten für jeden betroffenen Rehabilitanden.

Das Rehabilitationskonzept soll bei Patienten mit BBPL „diagnostisch und therapeutisch erweitert und um berufsbezogene Kernelemente vertieft werden. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die noch stärker auf beruflich relevante personale Ressourcen und den beruflichen, möglichst arbeitsplatzbezogenen Kontext fokussiert sind. Das Ziel ist die Stärkung der arbeitsplatzbezogenen Ressourcen und die Befähigung der Rehabilitanden, trotz BBPL eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen“ (3). In der Psychosomatik ist davon auszugehen, dass 30 bis 50 Prozent der Rehabilitanden eine besondere berufliche Orientierung der Rehabilitation benötigen. Aufgrund dieses hohen Anteils verzichtet die DRV auf ein spezielles Antrags- oder Zuweisungsverfahren, die Kliniken können aufgrund der in ihrem Konzept festgelegten Kriterien selbst entscheiden, wer in das MBOR-Programm aufgenommen wird. Meist wird hierzu eine Kombination aus klinischen Kriterien und Fragebogendiagnostik (z. B. SIMBO, 15) eingesetzt. Folgende Abstufungen bei der MBOR sind indikationsübergreifend vorgesehen:

A. Basisangebot für alle Rehabilitanden:

z. B. Diagnostikbausteine zur Feststellung einer BBPL, Therapiebausteine wie Arbeitsplatzberatung, Informationen oder niederschwellige Gruppenangebote zu sozialmedizinischen, sozial-rechtlichen und anderen Themen mit Berufsbezug.

B. Kernangebot für Rehabilitanden mit nachgewiesener BBPL (ca. 30–50%)

z. B. psychoedukative Gruppenangebote, wie Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Arbeitsplatztraining, berufsbezogene Psychotherapiegruppe.

C. Spezifische Maßnahmen für einzelne Rehabilitanden mit BBPL und erhöhtem Interventionsbedarf (ca. 5%)

z. B. Arbeitsplatzprobung während der Reha

Folgende therapeutische Leistungen gehören zum MBOR-Kernangebot der Stufe B:

- Berufsorientierte Diagnostik
- Soziale Arbeit in der MBOR
- Berufsbezogene Gruppen
- Arbeitsplatztraining

Wobei Letzteres vor allem in der somatischen Rehabilitation zum Einsatz kommen soll (3).

Umsetzung in der Psychosomatik

Das MBOR-Konzept wurde von der DRV indikationsübergreifend entwickelt, hierbei wurde Raum für indikations-spezifische Besonderheiten gelassen. Die erste Implementierung erfolgte ab ca. 2010 in der Orthopädie, wobei die Konzepte dort eher trainingsorientiert waren. Die Umsetzung in der Psychosomatik erfolgte 2014 für die Kliniken unter hohem Zeitdruck, die Frist zur Einreichung der Konzepte betrug nur ca. drei Monate. Dies führte dazu, dass man sich an den teilweise sehr trainingsorientierten Konzepten aus der Orthopädie orientierte.

In der Psychosomatik stehen interaktionelle und motivationale Probleme, Stressbewältigung und der Umgang mit körperlichen Symptomen im Vordergrund der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Sowohl interaktionelle als auch motivationale Probleme stehen in enger Wechselwirkung mit psychischen Erkrankungen, z. B. einer Depression. Hierbei ist zu beachten, dass keineswegs nur ein dysfunktionales Schonverhalten die Teilhabe am Erwerbsleben bedroht, sondern dass pathologische Durchhaltestrategien und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit ebenso pathogen wirken können – wie es z. B. das Avoidance/Endurance-Konzept für die Chronifizierung von Schmerzen beschreibt (4). Konzepte, die von der Idee des „work hardening“ geleitet, einseitig die Trainingsorientierung fokussieren, laufen somit Gefahr zumindest bei einem Teil der Rehabilitanden die zugrunde liegende psychische Problematik zu verschlechtern. Tatsächlich weisen erste empirische Befunde aus der Psychosomatik darauf hin, dass eher eine Regenerationsorientierung mit einem besseren Reha-Ergebnis korreliert (11) und mit einem höheren Anteil an arbeitsfähigen Entlassungen aus der Rehabilitation verknüpft ist (16).

Notwendig sind in der Psychosomatik psychotherapeutisch orientierte MBOR-Konzepte, die zunächst individuell analysieren, wie berufliche Problematik und Psychopathologie zusammenhängen bzw. interagieren und die hieraus aufbauend therapeutische Strategien entwickeln und anwenden. Dass dies auch im begrenzten zeitlichen Rahmen von fünf bis sechs Wochen möglich ist, zeigten schon früh Konzepte wie die berufsbezogene interaktionelle Therapie (7). Eine empirische Überprüfung dieser Konzepte konnte zeigen, dass hierdurch spezifische Veränderungen bei arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern erzielt werden konnten, ohne dass die Effektstärke hinsichtlich der psychopathologischen Zielsymptomatik (v. a. Depressivität) im Vergleich zu einem symptomorientierten Vorgehen ohne spezifischen Berufsbezug zurückging (9).

Im Folgenden soll am Beispiel eines Konzepts für Rehabilitanden aus Pflegeberufen gezeigt werden, wie es möglich ist, berufliche Probleme in den psychotherapeutischen Fokus zu nehmen und Veränderungsstrategien mit dem Ziel eines Erhalts der Erwerbs- und möglichst auch der Berufsfähigkeit zu erarbeiten.

Ausgangslage: Psychische Belastungen in Pflegeberufen

Der als Pflegemangel bekannte Fachkräftemangel in Pflegeberufen wird dadurch verschärft, dass in zunehmendem Maße Pflegekräfte aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden müssen, vor allem wegen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder. Ursachen für die erhöhte psychische Belastung in diesen Berufsgruppen sind u. a. Schichtarbeit, häufige Überstunden und Einspringen an freien Tagen, die Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen, berufsbezogene psychische Traumatisierungen sowie schlechte Aufstiegschancen und materielle Rahmenbedingungen. Insgesamt scheint die psychische Belastung in der Altenpflege noch höher zu sein als in der Krankenpflege und Hilfskräfte sind stärker betroffen als examinierte Pflegekräfte. Nicht selten arbeiten Pflegekräfte fünf oder sechs Wochen ohne einen einzigen freien Tag.

In einer Untersuchung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik unterschieden sich Pflegekräfte signifikant von Rehabilitanden aus anderen Berufsgruppen durch eine höhere Verausgabebereitschaft, stärkeres Perfektionsstreben sowie eine ausgeprägtere Resignationstendenz und niedrigere Werte für Distanzierungsfähigkeit von der Arbeit (5). All diese Punkte gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts und entsprechender Folgeerkrankungen. Offen ist die Frage, ob es sich hierbei um Persönlichkeitseigenschaften handelt, die bereits die Berufswahl beeinflussen oder ob diese Verhaltensmuster erst im Verlauf der beruflichen Sozialisation erworben werden. Pflegekräfte werden in ihrem Beruf in besonderem Maße mit menschlichem Leid, Krankheit und Tod konfrontiert. Wenn hier keine Kompensationsmöglichkeiten (unterstützende Teamstruktur, Supervision) zur Verfügung stehen, werden diese Belastungen in die Freizeit übernommen und es steigt das Risiko für die Entwicklung einer Depression. Für Pflegepersonal auf Intensivstationen und Rettungssanitäter konnte nachgewiesen werden, dass die wiederholte Konfrontation mit Extremsituationen (z. B. extrem entstellte Tote oder Verletzte, Tod von Kindern) zur Entwicklung einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann (10).

Sozialmedizinische Folgen

Im Fehlzeiten-Report 2013 (1) lagen Altenpflegekräfte mit 25,1 Fehltagen/Jahr auf Platz 4 einer Liste aller Berufe, während Ärzte mit 6,7 Fehltagen/Jahr die geringsten Fehlzeiten aufwiesen. Diese Zahlen zeigen, dass es bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen je nach Berufsgruppe sehr unterschiedliche Fehlzeiten gibt. Ähnliche Ergebnisse lieferte auch der TK-Gesundheitsreport 2011: Während Beschäftigte in Deutschland 2010 statistisch gesehen 12,3 Tage krankgeschrieben waren, waren Beschäftigte in der Krankenpflege und Geburtshilfe mit durchschnittlich 17,5 Tagen deutlich länger arbeitsunfähig. Noch höhere Fehlzeiten wurden mit 22,6 Tagen pro Kopf unter Krankenpflegehelfern verzeichnet.

Dies führt auch zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf: Daten weisen darauf hin, dass nur ca. 20% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger fünf Jahre nach dem Berufseinstieg und weniger als 60% nach einer beruflichen Wiedereingliederung nach fünf Jahren noch im Beruf sind. Diese Situation ist weder für die Betroffenen noch für die Gesellschaft akzeptabel. Notwendig ist im Sinne der Prävention vor allem eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Diejenigen, die bereits erkrankt sind, bedürfen jedoch spezieller, auf diese Problemlage zugeschnittener Rehabilitationskonzepte.

Konzept Reha für Pflegeberufe

An der Fachklinik für Psychosomatische Medizin der MediClin Bliedalklinken in Blieskastel gibt es ein spezielles Rehabilitationskonzept für Patienten aus Pflegeberufen, die Bausteine sind in Tabelle 1 dargestellt. Häufigste Diagnosen bei den Rehabilitanden sind depressive Störungen und chronische Kreuzschmerzen. Zentrales Element des Konzepts ist die Kombination einer berufsgruppenhomogenen Therapiegruppe in fester Kombination mit Tanztherapie. Das therapeutische Team besteht sowohl aus psychodynamisch als auch verhaltenstherapeutisch qualifizierten Kollegen, was es erlaubt, sowohl Zusammenhänge der beruflichen Problematik mit der Biographie und unbewussten Konflikten zu bearbeiten als auch konkrete Lösungsstrategien für den beruflichen Alltag zu erarbeiten und z. B. in Rollenspielen zu erproben. Die Tanztherapie wirkt hierbei als Erfahrungsraum, der in der Therapiegruppe reflektiert werden kann (z. B. „Wie viel Raum nehme ich mir?“ „Wie behaupte ich meinen Standpunkt?“). Die Ausdrucks- und Beziehungsaufgaben in der Gruppe sind so konzipiert, dass typische Konfliktsituationen in pflegerischen Berufen unmittelbar erlebt und danach bewusst reflektiert werden können. Weitere Ziele der Tanztherapie sind die Schulung der Körperwahrnehmung und die spiele-

Tab. 1 Rehabilitationskonzept für Pflegeberufe

Indikationen	Depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und chronische Schmerzen bei Rehabilitanden, die in Pflegeberufen arbeiten und hierdurch belastet sind
Diagnostik	Ausführliche Anamneseerhebung bei Aufnahme inkl. spezieller Berufsanamnese AVEM, Health – 49, BDI-II und zusätzlich störungsspezifische Tests (Prä- und Post-Messung) Abschlussgespräch
Obligate Therapiebausteine nur im Pflegekonzept	2 x 90 Min./Woche Gruppentherapie (9–12 Patienten, halboffene Gruppe) und 2 x 90 Min./Woche kreative Bewegungstherapie/Tanztherapie mit Elementen der Körperwahrnehmung, des Bewegungsausdrucks und der Beziehungsgestaltung in einer geschlossenen Gruppe nur für Rehabilitanden im Pflege-Konzept 30 Min./Woche Einzeltherapie
Zusätzliche Therapiebausteine gemeinsam mit anderen Rehabilitanden	2 x 90 Min./Woche indikative Gruppe (im Fallbeispiel soziales Kompetenztraining) 2 x 90 Min./Woche Ergotherapie (im Fallbeispiel rückengerechtes Arbeiten und PC-Training) 2 x 45 Minuten Entspannungstraining (PMR) oder meditative Bewegungstherapie (QiGong) Psychoedukative Seminare 3 x 60 Minuten Ausdauertraining/Woche (Nordic Walking, Schwimmen, Ergometertraining, Cross-Trainer) 2 x 60 Minuten Kraft-Ausdauertraining (Geräteraum) für die Rückenmuskulatur Physiotherapie Physikalische Therapie Sozialberatung (im Fallbeispiel zur Planung der Reha-Nachsorge und der stufenweisen Wiedereingliederung)

rische Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Bewegung und der Begegnung mit anderen. Der gemeinsame berufliche Erfahrungshintergrund macht die Therapiegruppe effektiver und stärkt das Selbsthilfepotential der Gruppe. Hinzu kommt, dass Rehabilitanden mit depressiver Symptomatik sehr dazu neigen, ihre Symptomatik als persönliches Versagen zu erleben und schuldhaft zu verarbeiten. Der Kontakt mit den Mitpatienten ermöglicht es ihnen zu erleben, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine sind und dass gerade in Pflegeberufen als Folge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und des Mangels an Fachkräften eine Leistungsverdichtung stattgefunden hat, die sich auf der individuellen Ebene nur schwer abfangen lässt und die ohne adäquate Abgrenzungsstrategien depressogen wirkt. Hinzu kommen Bewegungstherapie, Sozialberatung und indikative Therapiebausteine (siehe Tab. 1). Das Konzept soll im Folgenden anhand eines Fallbeispiels dargestellt werden. Die Auswertung einer kontrollierten Studie im Vergleich zu einer auf das Störungsbild orientierten Rehabilitation wird in Kürze abgeschlossen sein.

Fallbeispiel: Herr K.

Anamnese

Der 57-jährige Herr K. berichtete zur Aufnahme unter Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit zu leiden, daneben bestünden zunehmend Ängste im beruflichen Kontext als Krankenpfleger Fehler zu machen, was dazu geführt habe, dass er Arbeitsabläufe

vermehrt kontrolliere. Die Symptomatik sei im Zuge verschiedener beruflicher Belastungssituationen entstanden, beginnend vor etwa zweieinhalb Jahren mit der Auflösung des ambulanten Pflegedienstes, welchen er mit aufgebaut habe. Dies sei schlimm und kränkend für ihn gewesen. Im Anschluss habe er eine Stationsleitertätigkeit gehabt, er habe auf der Station jedoch viel Ablehnung erfahren und nach fünf Monaten schon etwas resigniert in ein Altenpflegeheim gewechselt, was er auch als „Abstieg“ empfunden habe. Dort sei die Arbeitsbelastung sehr hoch gewesen, er habe viele Schichten in Folge arbeiten müssen, sodass er nach einer dreimonatigen Auszeit wieder in einen ambulanten Pflegedienst gewechselt sei. Dort arbeite er aktuell wesentlich mehr als die reguläre Wochenarbeitszeit, das erschöpfe ihn inzwischen so sehr, dass er zu Hause zu „nichts mehr zu gebrauchen“ sei. Daneben kümmere er sich intensiv um seine 25-jährige schwerstbehinderte Tochter. Aufgrund der vielen Überstunden und der Antriebslosigkeit habe der Patient die Ehefrau nicht mehr in dem Maße wie gewohnt unterstützen können, sodass es auch zu Spannungen in der Beziehung gekommen sei. Herr K. gab zudem an, bei vermehrter körperlicher Belastung unter lumbal betonten „dumpfen“ Rückenschmerzen zu leiden, gelegentlich habe er aufgrund einer Arthrose und seines Übergewichtes Schmerzen in den Knien, daneben Schlafapnoe und Atembeschwerden. Er sei seit zehn Monaten durchgehend arbeitsunfähig und könne sich nicht vorstellen in seinen Beruf zurückzukehren. Andererseits sei ihm klar, dass eine Erwerbsminderungsrente nicht ausreichen würde, um den Lebensstandard der Familie abzusichern.

Diagnosen

Mittelgradige depressive Episode, Essentielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas Grad III, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Biographischer Hintergrund

Er sei als erstes Kind der Eltern geboren, habe noch zwei jüngere Schwestern. Der Vater, 1939 geboren, habe als Bergmann gearbeitet, durch einen Alkoholabusus habe dieser eine Lebererkrankung entwickelt und sei mit 45 Jahren frühberentet worden, mittlerweile sei er pflegebedürftig. Die Mutter, Jahrgang 1942, gelernte Näherin, später Hausfrau, sei ein Mensch, welcher sich selbst eher in den Hintergrund stelle und jedem helfen wolle, sie habe ihre eigenen Eltern bis zu deren Tod gepflegt, aktuell pflege sie ihren Mann. Sie sei schon immer in der Kirchengemeinde aktiv gewesen, auch heute noch. An Kindheit und Jugend habe er gute Erinnerungen, er sei in seiner Entfaltung kaum eingeschränkt worden, die Eltern hätten ihm viele Freizeitaktivitäten ermöglicht. Wie die Mutter sei auch er „schon immer“ in der kirchlichen Jugendarbeit tätig. Sein Glaube sei eigentlich eine Ressource für ihn, aber durch Ereignisse und Entwicklungen seines Erwachsenenlebens sehr erschüttert worden. Herr K. beschreibt zwei große lebensgeschichtliche Belastungen, zum einen die Geburt der schwer behinderten Tochter und zum anderen eine Krebserkrankung seiner Ehefrau vor einigen Jahren, wobei diese aktuell gesund und rezidivfrei sei.

Testdiagnostik

Der SIMBO-C (15) ergab den deutlichen Hinweis auf das Vorliegen einer beruflichen Problemlage. Im AVEM (arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, 13) waren die subjektive Bedeutsamkeit des Berufes und die Verausgabungsbereitschaft im Beruf erhöht, die Distanzierungsfähigkeit vom Beruf war reduziert. Dies entsprach einem Risikomuster A mit dysfunktional erhöhtem Arbeitsengagement. Im Rehavverlauf normalisierten sich die Werte. Im BDI-II lag initial mit einem Wert von 21 eine mittelschwer ausgeprägte depressive Symptomatik vor, bei Entlassung lag der Wert mit 12 nur noch im subklinischen Bereich. In der Symptomcheckliste Health-49 (12) ging der initial erhöhte Angstwert bis in den Normbereich zurück, Depressivität und interaktionelle Schwierigkeiten reduzierten sich deutlich, blieben aber noch im auffälligen Bereich, während die körperlichen Beschwerden unverändert erhöht waren.

Psychodynamik / Bedingungsmodell der Symptomatik

Herr K. zeigt in seiner Arbeitsweise ein hohes Maß an Pflichtbewusstsein bei gering ausgeprägter emotionaler Abgrenzungsfähigkeit. Schon früh hatte er in der Familie die Mutter angesichts der Alkoholkrankheit des Vaters unterstützen und Verantwortung übernehmen müssen. Die Verantwortungsübernahme am Arbeitsplatz sowie die hohe Erwartungshaltung an sich selbst in Kombination mit der privaten Belastung durch die Pflege und Betreuung der schwerstbehinderten Tochter führten schleichend zu einer Überforderung und Überlastung. Kumulative Belastungsergebnisse, insbesondere die Tumorerkrankung und die damit einhergehende Sorge um die Ehefrau und das vehemente Enttäuschungserleben im Scheitern des von ihm mitaufgebauten ambulanten Pflegedienstes führten schließlich zu einer depressiven Dekompensation.

Therapieverlauf

In der arbeitsplatzbezogenen Gruppe für Patienten aus dem pflegenden Bereich arbeitete Herr K. an seiner berufsbezogenen Problematik. Es wurde ihm deutlich, dass seine idealistische Begeisterung für seinen Beruf und seine schlechte Abgrenzungsfähigkeit im beruflichen Umfeld dazu führten, dass er sich nur schlecht gegen eine zunehmende Arbeitsbelastung mit steigendem Effektivitätsdruck schützen konnte. Die Auflösung des von ihm mit viel Herzblut aufgebauten Pflegedienstes erlebte er hierbei als massive Kränkung und Entwertung, was teilweise zu einer Verbitterungssymptomatik führte. Ein Schlüsselerlebnis war für Herrn K. eine Situation in der kreativen Bewegungstherapie, als die Gruppe eine von ihm vorgeschlagene Übung als zu anstrengend und anspruchsvoll ablehnte, was er zunächst wiederum als persönliche Kränkung auffasste. In der Therapiegruppe konnte dann aufgearbeitet werden, dass die anderen Gruppenmitglieder sich nur vor Überforderung schützen wollten, was er schließlich akzeptieren und für sich als Modell annehmen konnte. Für diesen Schritt war die ihm gegenüber sehr wertschätzende Grundhaltung in der Gruppe eine wichtige Voraussetzung. In der kreativen Bewegungstherapie konnte er in der Folge von Übungen zur Abgrenzungsfähigkeit sehr profitieren.

Zusätzlich nahm Herr K. an der indikativen Gruppe Depression sowie einem Gesprächskreis Psychotherapie und Religion teil, der von einer Psychotherapeutin und dem Klinikseelsorger gemeinsam geleitet wurden. Diese waren für ihn hilfreich, um eine neue Perspektive in Bezug auf die erlittenen Kränkungen zu gewinnen, wobei auch Elemente der Weisheitstherapie (8) aufgegriffen wurden. Der musikästhetische Chor half ihm Ressourcen wie die Freude am Singen, das Miteinander und die Gemeinschaft wieder-

zuentdecken. Dysfunktionale Atem- und Leistungsmuster konnten von ihm wahrgenommen, im Gesang allmählich verändert und nach gemeinsamer Reflexion in der Gruppe psychotherapeutisch aufgearbeitet werden.

In den begleitenden psychotherapeutischen Einzelgesprächen entwickelte sich im Verlauf eine tragfähige und sichere therapeutische Beziehung. Inhaltlich im Vordergrund der Therapie standen die Bearbeitung der beruflich erlebten Kränkung, die biografische Arbeit im Sinne der Konstruktion eines stringenten Lebensnarrativs, die Einordnung der verschiedenen beruflichen und privaten Belastungsfaktoren in ein biopsychosoziales Krankheitsmodell und auf einer konkreteren Handlungsebene die Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit und die Entwicklung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit.

Epikrise

Die depressive Symptomatik von Herrn K. ging deutlich zurück. Er konnte akzeptieren, dass es in der heutigen Arbeitswirklichkeit der pflegenden Berufe wahrscheinlich nicht möglich sein wird, seine eigenen idealistischen Ansprüche umzusetzen. Er entschloss sich dazu, sich eine neue Stelle zu suchen und es in seinen letzten Berufsjahren „ruhiger anzugehen“. Er wolle seine Energie wieder mehr seiner Frau und seiner Tochter zukommen lassen, dabei aber auch mehr auf sich selbst achten. Aus dem Gesprächskreis Psychotherapie und Religion war hier der Satz „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“ für ihn hilfreich. Er wolle sich wieder einen Chor suchen, weil er das Singen in der Klinik für sich wiederentdeckt habe. Er konnte mit Hilfe der Sporttherapie seine Beweglichkeit deutlich steigern und sein Gewicht um 4 kg reduzieren. Die Schmerzsymptomatik blieb weitgehend unverändert. Herr K. wurde dabei unterstützt, einen ambulanten Therapieplatz zu finden und es wurde ihm dringend geraten, sich wegen der bisher unbehandelten Schlafapnoe in einem Schlaflabor vorzustellen. Die Entlassung aus der Klinik erfolgte als arbeitsfähig zur Arbeitssuche.

Fazit

Für die medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation insgesamt konnte gezeigt werden, dass sie geeignet ist, die Teilhabe am Erwerbsleben besser zu erhalten als nicht beruflich orientierte Konzepte. Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation ist ein ähnlicher Effekt zu erwarten, jedoch besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Offen ist, in welcher Weise MBOR-Konzepte bisher in der Psychosomatik umgesetzt wurden und wie nachhaltig ihr Effekt auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist. Erste Studien geben Hinweise darauf, dass eine unkriti-

sche Übernahme einseitig trainingsorientierter Konzepte ungünstig wirken kann. Eine differenzierte therapeutische Bearbeitung der psychischen Problematik mit dem Fokus auf deren Wechselwirkung mit der beruflichen Problemlage erscheint vielversprechend und schärft das Profil der psychosomatischen Rehabilitation im Unterschied zur Krankenhausbehandlung.

Hinweis

Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Interessenskonflikt

Nach Angabe der Autoren besteht kein Interessenskonflikt

Literatur

1. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hg). Fehlzeitenreport 2013. Heidelberg: Springer 2013.
2. Bernardy K, Sandweg R. Frühberentung: Bedingung und Folgen. *Nervenarzt* 2003; 73: 406–412.
3. Deutsche Rentenversicherung Bund. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund, Stand: August 2012.
4. Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, et al. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012; 153: 211–217.
5. Köllner V. Berufsbezogene Psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe. In: Hofmann F, Reschauer G, Stöbel U (Hg). *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*. Freiburg: Edition FFAS 2015; 28: 241–252.
6. Köllner V, Stock Gissendanner S. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hg). *Psychosomatische Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer 2015, 293–305.
7. Kopka E, Ast C, Hügel H, Köllner V. Arbeitsplatzbezogene interaktionelle Therapie (AIT). *Psychotherapie im Dialog* 2009; 10: 230–235.
8. Linden M. *Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung*. Göttingen: Hogrefe 2017.
9. Meyer V, Neu R, Köllner V. Effektivität berufsbezogener Psychotherapiekonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation. DRV-Schriften 2016; 109: 455–456.
10. Michael T, Streb M, Häller P. PTSD in paramedics: Direct versus indirect threats, posttraumatic cognitions, and dealing with intrusions. *International Journal of Cognitive Therapy* 2014; 42: 452–463.
11. Otto J, Linden M. Regeneration orientation is better than resistance orientation in behaviour activation. Results from an intervention study with psychosomatic patients. *Psychiatra Danubia* 2017; 29(2): 201–206.
12. Rabung S, Harfst T, Kowski S, Koch U, Wittchen HU, Schulz H. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der 'Ham-burger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis' (HEALTH- 49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2009; 55(2): 162–179.

13. Schaarschmidt, U. AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg). Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH 2006: 59–82.
14. Streibelt, M. Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2010; 86: 5–14.
15. Streibelt M, Gewinn H, Hansmeier T, Thren K, Müller-Fahnow W. SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Rehabilitation 2007; 46: 266–275.
16. Wasilewski J, Otto J, Linden M. Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch-beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2017; 67: 1–6.
17. Zwingmann C, Buschmann-Steinhage R, Gewinn H, Klosterhuis H. Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“: Ergebnisse – Umsetzung – Erfolge und Perspektiven. Rehabilitation 2004; 43: 260–270.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Volker Köllner
 Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung
 Lichtenfelder Allee 55
 14513 Teltow
 und
 Universitätsmedizin Charité
 Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
 Tel.: (03328) 34 5678
 E-Mail: volker.koellner@drv-bund.de

Anzeige

www.klett-cotta.de/lebenlernen



Vom Hass zur Versöhnung zur Selbstverantwortung

»Muss ich mich mit dem Täter versöhnen?« Diese Frage bleibt für viele Menschen, die ein man made disaster erleben mussten, auch nach einer Trauma-Konfrontation virulent. Das Buch zeigt, wie Wut und Hass transformiert werden können und wie die Integration des Traumas gelingt.

Jochen Peichl
Integration in der Traumatherapie
 Vom Opfer zum Überlebenden

Leben Lernen 300. 261 Seiten, broschiert,
 € 28,- (D). ISBN 978-3-608-89199-7

Leben
 LERNEN 
 Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop:
www.klett-cotta.de
 Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

II. **Wittmann C**, Papst L, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021)

Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte.

Z Psychosom Med Psychother 67, ISSN (online): 2196-8349.

<https://doi.org/10.13109/zptm.2021.67.oa13>

III. **Wittmann C**, Reischl M, Welsch K, Käfer M, Köllner V (2021)

Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychosoz Med Reha 02: 58-67.

Nachdruck aus „Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation“ mit Erlaubnis von Pabst Science Publishers.

Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei unterschiedlichen AVEM-Mustern in der Psychosomatischen Rehabilitation

Christine Wittmann¹, Markus Reischl², Katja Welsch¹, Michael Käfer³, Volker Köllner^{1,4}

¹ Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland,

² Karlsruher Institut für Technologie, Eggenstein-Leopoldshafen, Deutschland,

³ MedClin Bliestal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel, Deutschland,

⁴ Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Teltow, Deutschland

Zusammenfassung

Die Studie untersucht das Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation und deren Zusammenhang mit unterschiedlichen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM). Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen AVEM-Muster und Arbeitsfähigkeit betrachtet. Die häufigsten Diagnosen des Patientenkollektivs (N = 264; 204w/60m; Alter 49,9 ± 7,7 Jahre) waren Dorsopathien (35,2%), Essentielle (primäre) Hypertonie (25,0%), Adipositas (17,0%), Störungen des Lipidstoffwechsels und Lipidämien (10,2%) sowie sonstige Kopfschmerzsyndrome (7,9%). Das AVEM-Risikomuster A geht mit einem häufigeren Auftreten der Diagnosen Adipositas sowie Dorsopathien einher. Das Vorliegen des Musters S geht häufiger mit der Diagnose Essentielle Hypertonie und einer Entlassung als arbeitsfähig einher (p < 0,001). Patienten mit Risikomuster B werden signifikant häufiger arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen (p < 0,01). Dies ist vorwiegend als Folge starker psychischer Belastung zu werten und nicht als Folge somatischer Komorbiditäten. Das gleichzeitige Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine bisher wenig beachtete zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Diese Studie liefert erste Hinweise darauf, dass dysfunktionale AVEM-Muster möglicherweise ein weiterer Risiko- oder Chronifizierungsfaktor hierfür sind. Es besteht Bedarf für neue multidimensionale Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf behaviorale und psychologische Risikofaktoren für somatische Komorbiditäten. Längsschnittstudien müssen zeigen, ob die AVEM-Muster auch eine prädiktive Aussagekraft haben und Risikogruppen identifiziert werden können.

Schlüsselwörter: Psychosomatische Erkrankungen, Somatische Komorbiditäten, Psychosomatische Rehabilitation, Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Diagnostic spectrum of somatic comorbidities in different AVEM patterns in psychosomatic rehabilitation

Abstract

This study investigated the diagnostic spectrum of somatic comorbidities in patients undergoing psychosomatic rehabilitation and their association with different work-related behavior and experience (AVEM) patterns. Furthermore, a correlation between AVEM patterns and work ability was considered. The most frequent diagnoses of the patient collective (N = 264; 204w/60m; age 49.9 ± 7.7 years) were dorsopathies (35.2%), essential (primary) hypertension (25.0%), obesity (17.0%), disorders of lipid metabolism and lipidemias (10.2%), and other headache syndromes (7.9%). AVEM risk pattern A is associated with a more frequent occurrence of the diagnoses obesity as well as dorsopathies. The presence of pattern S is more frequently associated with a diagnosis of essential hypertension and discharge as fit for work (p < 0.001). Patients with risk pattern B are significantly more likely to be discharged from rehabilitation unable to work (p < 0.01). This is predominantly a result of severe psychological distress rather than somatic comorbidities. The simultaneous presence of a psychosomatic illness and one of the somatic comorbidities mentioned above represents an additional threat to earning capacity that has received little attention to date. This study provides preliminary evidence that dysfunctional AVEM patterns may be another risk or chronicity factor for this. There is a need for new multidimensional approaches to psychosomatic rehabilitation focusing on

behavioral and psychological risk factors for somatic comorbidities. Longitudinal studies need to show whether AVEM patterns also have predictive power and high-risk groups can be identified.

Key words: Psychosomatic diseases, somatic comorbidities, psychosomatic rehabilitation, Work-Related Behavior and Experience Patterns (AVEM), Medical-Occupational Rehabilitation (MBOR)

1 Einleitung

Es wurden zahlreiche epidemiologische Studien durchgeführt, die die enge Verknüpfung zwischen der Entstehung, dem Verlauf und der Chronifizierung von somatischen und psychischen Störungen betrachten (Härter & Baumeister, 2007). Eine umfassende Studie zur Prävalenz psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken stammt von Härter et al. (2007). In dieser Untersuchung lag bei jedem fünften Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation eine aktuelle psychische Störung vor. Bei 7,6% der Rehabilitanden bestand sogar mehr als eine psychische Störung. Die Deutsche Rentenversicherung empfahl auf dieser Grundlage ein systematisches Screening nach Depressionen und anderen psychischen Störungen bei somatischen Rehabilitationspatienten (Haaf, 2014). Nach heutigem Kenntnisstand sind systematische Studien zur Komorbidität somatischer Erkrankungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation hingegen selten (Baumeister & Härter, 2007). Ziel dieser Studie ist deshalb die Analyse ICD-10 basierter somatischer Komorbiditäten bei psychosomatischen Rehabilitanden. Seit der Jahrtausendwende sind psychische und psychosomatische Erkrankungen die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und den Bezug einer Erwerbsminderungsrente (Köllner & Bassler, 2012). Seit 2010 schieden wegen Erkrankungen aus dem F-Kapitel der International Classification of Disease (ICD) annähernd so viele Menschen vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, wie wegen Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskel-/Skeletterkrankungen zusammengenommen (Dannenbergh, 2010). Der Erhalt der Teilhabe am Erwerbsleben gehört zu den originären Aufgaben der (psychosomatischen) Rehabilitation (Linden, 2014). Laut einem Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung liegen bei 60 – 65% der psychosomatischen Rehapatienten besondere berufliche Problemlagen als relevante Kontextfaktoren vor (DRV Bund, 2014). Aufgrund dieser Tatsache forderte die Rentenversicherung im Jahr 2012 eine stärkere berufliche Orientierung der Rehabilitationsbehandlung. Ein geeignetes diagnostisches Instrument zur Erfassung der Einstellung und Befindlichkeit eines Menschen in Bezug auf seine Arbeits- und Berufsanforderungen ist das persönlichkeitsdiagnostische Verfahren AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Lebensmuster), welches auf der Basis des Ressourcenkonzepts von Schaarschmidt et al. (2006) entwickelt wurde. Im Sinne des salutogenetischen Kon-

zepts (Antonovsky, 1987) wird die persönliche Art und Weise der Bewältigung beruflicher Anforderungen erfasst und erlaubt deren Beurteilung unter dem Gesundheitsaspekt. AVEM ermöglicht die Rehabilitanden vier sogenannten Bewältigungsmustern zuzuordnen (Schaarschmidt, 2006):

- Das Muster G wird beschrieben durch ein *gesundheitsförderliches* Verhältnis des Menschen gegenüber seiner Arbeit. Es zeichnet sich durch ein hohes berufliches Engagement bei ausgeprägter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen aus.
- Das Muster S wird durch ausgeprägte *Schonungs-* oder auch Selbstschutztendenzen gegenüber beruflichen Anforderungen beschrieben. Im Vergleich mit allen anderen Mustern ist die Distanzierungsfähigkeit der Person von ihrer Arbeit am stärksten ausgeprägt.
- Das Risikomuster A hat einen engen Bezug zum *Typ-A-Verhaltenskonzept* von Friedman und Rosenman (1975). In beiden Konzepten steht vor allem ein überhöhtes Engagement im Vordergrund. Personen mit Muster A zeigen eine hohe Verausgabebereitschaft und starkes Perfektionsstreben bei geringer Distanzierungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen sowie der Unfähigkeit zur Entspannung. Es herrscht eine Kombination von großem Arbeitseinsatz bei ausbleibendem Erleben von Anerkennung vor, wovon starke pathogene Wirkungen beispielsweise durch Erhöhung des Herz-Kreislauf-Risikos auszugehen scheinen (Siegrist, 2016).
- Das Risikomuster B ist gekennzeichnet durch ein vorherrschendes Erleben von Überforderung, Erschöpfung und Resignation. Weitere Merkmale sind eine generelle Lebensunzufriedenheit bei ausbleibendem Erfolgserleben im Beruf und einer eingeschränkten Distanzierungsfähigkeit gegenüber Berufsanforderungen. Die genannten Merkmale bilden auch den Kern des *Burnout-Syndroms*. Es bestehen enge Parallelen zwischen dem Risikomuster B und dem Burnout-Syndrom und ein Zusammenhang mit der Entwicklung körperlich-funktioneller Störungen.

Betrachtet man den derzeitigen Kenntnisstand bezüglich der Gesundheitsrelevanz der AVEM-Mus-

ter und die Relation dieser mit Stress, so gibt es erste Hinweise für ein signifikant häufigeres Auftreten von körperlich-funktionellen Beschwerden des Verdauungssystems sowie von Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen für Patienten mit den AVEM-Risikomustern A und B (Schaarschmidt, 2005, Schaarschmidt, 2011). Die Prüfung des Beschwerdeniveaus körperlich-funktioneller Beschwerden in Relation zu den AVEM-Mustern erfolgte mithilfe des Fragebogens „Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik“ (BVND) an einer Stichprobe von 948 Lehrerinnen und Lehrern. Weitere Hinweise für die Gesundheitsrelevanz der AVEM-Muster lieferten Oelkers et al. (1998). Diese Studie untersuchte das Aktivierungs- und Erholungsverhalten bei kognitiven Leistungsanforderungen in Abhängigkeit der AVEM-Muster. Hier zeigte sich eine signifikant geringere Erholungsfähigkeit bei Muster-A- und Muster-B-Patienten im Unterschied zu Muster-G-Patienten. Diese geringere Erholungsfähigkeit spiegelte sich auch in einer Studie wider, in der Hautwiderstände über 24 Stunden in Abhängigkeit der AVEM-Muster gemessen wurden (Schaarschmidt, 2011). Hierbei zeigte sich, dass Personen mit Muster A und B häufigere Wechsel zwischen Aktivierungs- und Entspannungszuständen aufwiesen als Personen mit Muster G und S. Die erhöhte Aktivierung des Stresssystems bei Menschen mit Risikomuster A konnte durch Messungen der morgendlichen Cortisolkonzentration im Speichel gezeigt werden. Trotz aller Hinweise eines Zusammenhangs zwischen Gesundheitszustand und AVEM-Muster existieren bis dato keine Daten zur Prävalenz ICD-10-codierter somatischer Komorbiditäten bei psychosomatischen Rehabilitationspatienten sowie deren Zusammenhang mit dem Vorliegen bestimmter AVEM-Muster.

Ziele dieser Studie sind deshalb:

- die Analyse ICD-basierter somatischer Komorbiditäten bei Psychosomatik-Patienten,
- die Erfassung des somatischen Diagnose-Spektrums bezogen auf die verschiedenen AVEM-Muster und
- die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen AVEM-Muster und Arbeitsfähigkeit sowie
- die Betrachtung der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit der AVEM-Muster.

2 Material und Methoden

Die Stichprobe der vorliegenden retrospektiven Studie umfasst Daten von 264 Patienten (204w/60m; Mittleres Alter $49,9 \pm 7,7$ Jahre), die in stationärer psychosomatischer Behandlung in den Mediclin Bliestal Kliniken Blieskastel waren. Zu Beginn der

Rehabilitation erfolgte eine ausführliche Anamnese und eine körperliche Untersuchung durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte mit Zweitsicht (Facharztstandard). Unter Zuhilfenahme von klinischen Vorbefunden und Laborparametern erfolgte die Erfassung von somatischen Komorbiditäten anhand der ICD-10-Klassifikation.

Die klinischen Zuweisungsdiagnosen wurden während des 5-wöchigen Aufenthalts vom multiprofessionellen Rehabilitationsteam durch kontinuierliche Beobachtung sowie durch allgemein- und störungsspezifische Diagnostik validiert und gegebenenfalls abgeändert. Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung wurde die Arbeitsfähigkeit bemessen.

2.1 Erfassung der AVEM-Muster

Der Fragebogen zur Erfassung persönlichkeitspezifischer Verhaltens- und Erlebensmuster in Bezug auf Arbeit und Beruf (AVEM) diente als diagnostisches Instrument (Schaarschmidt, 2006). AVEM erfasst mit 66 Fragen 11 verschiedene Dimensionen. Faktorenanalytisch decken die 11 Dimensionen die inhaltlichen Bereiche „Arbeitsengagement“, „psychische Widerstandskraft“ und „berufsbegleitende Emotionen“ ab. Durch Clusteranalyse können komplexe Verhaltens- und Erlebensmuster über die einzelnen Dimensionen hinausgehend erstellt und in Form von Profilen beschrieben werden. Das Verfahren erlaubt, wie oben beschrieben, die Unterscheidung nach vier verschiedenen Prototyp-Mustern. Für jede Person lässt sich der Grad der Passung zwischen ihrem Individualprofil und den vier clusteranalytisch gewonnenen Referenzprofilen bestimmen. Dabei wird ihr jeweils das Muster zugeordnet, für das sich die größte Profilübereinstimmung ergibt. Alle relevanten Daten wurden zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme erhoben, um diese mit der sozialmedizinischen Beurteilung korrelieren zu können.

2.2 Psychische Symptomatik

Zur Erfassung psychischer Symptomatik wurden zusätzlich das Beck-Depressionsinventar (BDI-II) (Hautzinger, 2006) und die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (Health-49) (Rabung, 2009) eingesetzt. Das Beck-Depressionsinventar ermöglicht die Beurteilung der Schwere depressiver Symptomatik. Der Fragebogen umfasst 21 Fragen. Die Patienten wählen aus vier verschiedenen Aussagen die für sie am zutreffendste aus. Der Befragungszeitraum bezieht sich auf die letzten beiden Wochen. Durch Addition der einzelnen Punkte wird ein BDI-II-Summenwert ermittelt, der zwischen 0 und 63 liegt. Anhand des ermittelten BDI-II-Summenwerts lässt sich die Schwere der Depressivität in

ICD-10 Diagnose	N (ges = 264)	Häufigkeit (%)
M41 – M54 Dorsopathien	93	35,23
M47 Spondylose	20	7,58
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	23	8,71
M54 Sonstige Rückenschmerzen	28	10,61
I10 Essentielle Hypertonie	66	25
E66 Adipositas	45	17,05
E78 Störungen des Lipidstoffwechsels	27	10,23
G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome	21	7,95

Tabelle 1

Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei psychosomatischen Rehabilitationspatienten

vier Kategorien einteilen („Keine“, „Leichte“, „Mittelschwere“ bzw. „Schwere“), die allerdings nicht mit den Schweregraden nach ICD-10 gleichgesetzt werden dürfen. Der Health-49 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit bestehend aus 9 Skalen und insgesamt 49 Items. Die 49 Items lassen sich weiter in 6 Module gliedern. Die Module erfassen psychische und somatoforme Beschwerden, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation sowie soziale Unterstützung bzw. soziale Belastung.

2.3 Statistische Auswertung

Statistisch ausgewertet wurden die Daten computergestützt mit dem Programm SPSS 24. Die deskriptive Statistik (Häufigkeitsanalyse der somatischen Komorbiditäten) wurde mittels entwickelter Matlab-Routinen erstellt. Die weiterführende Statistik wurde mit Chi-Quadrat-Tests nach Pearson berechnet. Für jedes Muster und jede Diagnose wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, bei dem die Häufigkeit der Diagnose innerhalb des Musters mit der Häufigkeit der Diagnose in allen anderen Mustern verglichen wurde. Für die Untersuchung der Niveauunterschiede zwischen dem mittleren BDI-II bzw. der Health-49-Skalen zwischen den AVEM-Mustern wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Post-hoc-Test nach Tukey angewandt. Die Unterschiede im Entlass-Status (Arbeitsfähigkeit) zwischen den AVEM-Mustern wurden ebenfalls durch Chi-Quadrat-Tests nach Pearson auf Signifikanz überprüft. Verglichen wurde die Arbeitsfähigkeit der Patienten eines bestimmten AVEM-Musters mit der Arbeitsfähigkeit aller Patienten der übrigen Muster.

3 Ergebnisse

3.1 Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten der Gesamtstichprobe

Die Häufigkeitsanalyse von somatischen Komorbiditäten bei psychosomatischen Rehabilitationspatienten ergibt folgendes Diagnose-Spektrum (Tab. 1). Am häufigsten vertreten sind Krankheiten der

Wirbelsäule und des Rückens, welche als Dorsopathien subsummiert werden (gemäß ICD-10: M41-M54). Die Prävalenz beträgt 35,2% (N = 93). Darunter stellen die drei häufigsten muskuloskelettalen Erkrankungen die Diagnosen Sonstige Rückenschmerzen (M54), Sonstige Bandscheibenschäden (M51) und Spondylose (M47) dar. Die zweithäufigste Diagnose der Stichprobe ist die Essentielle (primäre) Hypertonie (I10), an der 25,0% (N = 66) der Patienten leiden. Aus der großen Kategorie der Stoffwechselstörungen sind besonders häufig die Diagnose Adipositas (E66) mit 17,0% (N = 45) und die Diagnose Störungen des Lipidstoffwechsels und andere Lipidämien (E78) mit 10,2% (N = 27) vertreten. 7,9% der Patienten leiden an der Diagnose Sonstige Kopfschmerzen (G44).

3.2 AVEM-Muster der Stichprobe

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Patienten auf die vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster am Ende der Rehabilitation. Der größte Anteil der Patienten ist dem Risikomuster B zuzuordnen (56,1%; N = 148). Der zweitgrößte Anteil entfällt auf das Muster S (21,2%, N = 56) und 17,8% (N = 47) auf Risikomuster A. Den geringsten Anteil weist Muster G auf (4,9%; N=13).

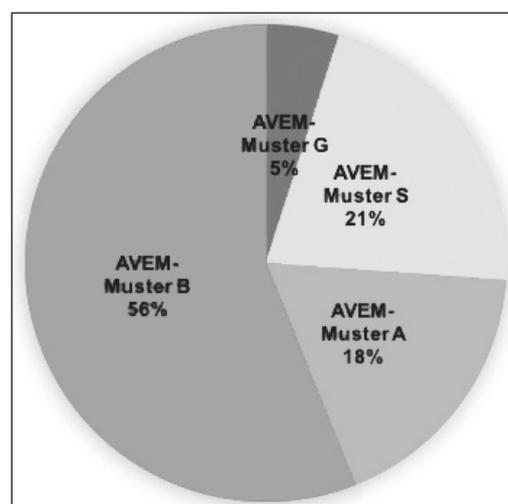
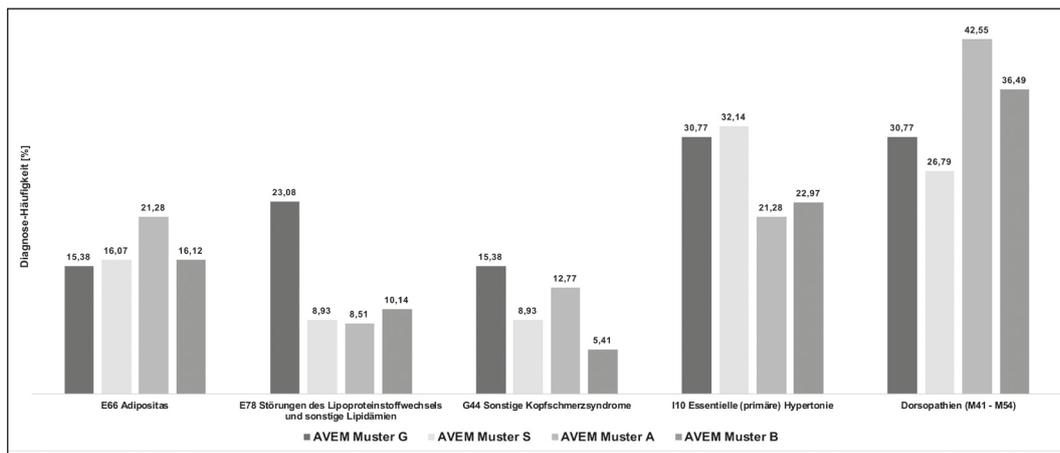


Abbildung 1

Verteilung der Patienten auf die vier AVEM-Muster. Dargestellt ist die tatsächliche Anzahl an Patienten und der entsprechende prozentuale Anteil je AVEM-Muster.

Abbildung 2

Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten (Häufigkeit in %) in Abhängigkeit der vier AVEM-Muster.



3.3 Spektrum der somatischen Komorbidität nach AVEM-Mustern

Abbildung 2 zeigt die Analyse des Diagnose-Spektrums auf der Ebene der AVEM-Muster.

Patienten mit Muster S leiden häufiger, jedoch nicht statistisch signifikant, an der Essentiellen Hypertonie als Patienten der Risikomuster A und B. Patienten mit Risikomuster A leiden am häufigsten an Dorsopathien und Adipositas. Patienten mit Muster G sind häufiger von den Diagnosen Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, der Essentiellen Hypertonie und Sonstige Kopfschmerzen betroffen als Patienten der beiden Risikomuster A und B.

3.4 Evaluation der psychischen Symptomatik innerhalb der 4 AVEM-Muster

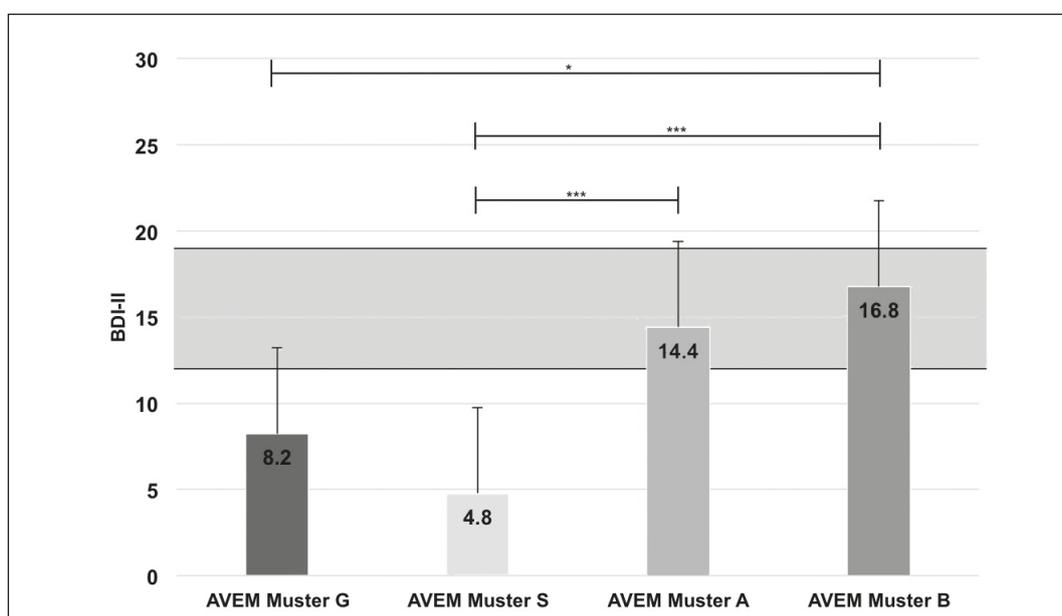
Zum Ende der Rehabilitation unterscheiden sich die vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erle-

bensmuster bezüglich der mittleren Ausprägung des BDI-II (Abb. 3). Muster S weist den geringsten mittleren Wert des BDI-II auf und unterscheidet sich signifikant von den Risikomustern A und B ($p < 0,001$). Ein signifikanter Unterschied der mittleren Werte des BDI-II besteht ferner zwischen Risikomuster B und Muster G ($p < 0,05$). Am Ende der Rehabilitation entsprechen die mittleren BDI-II Werte der Muster G und S einer klinisch unauffälligen oder remittierten Depression. Für die Muster A und B entsprechen die Gruppenmittel noch einer leichten depressiven Symptomatik.

Muster-B-Patienten sind in allen Health-49-Skalen am stärksten belastet und überschreiten in allen Skalen die Cut-off-Werte der statistischen und klinischen Signifikanz (Abb. 4). Das Muster A überschreitet ebenfalls die Cut-off-Werte in allen Skalen außer in Soziale Unterstützung und Psychisches Wohlbefinden. Patienten mit Muster S sind auf allen Problemskalen signifikant geringer belastet als Patienten mit Risikomuster B ($p < 0,001$).

Abbildung 3

Mittlerer Wert des BDI-II mit Standardabweichung in Abhängigkeit der AVEM-Muster. Die horizontalen Linien markieren die Grenzwerte zwischen den Depressivitätskategorien. Farblich rot hinterlegt ist der Bereich, welcher einer leichten Depressivität entspricht. Einfaktorielle ANOVA mit Post-Hoc-Test nach Tukey. * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$



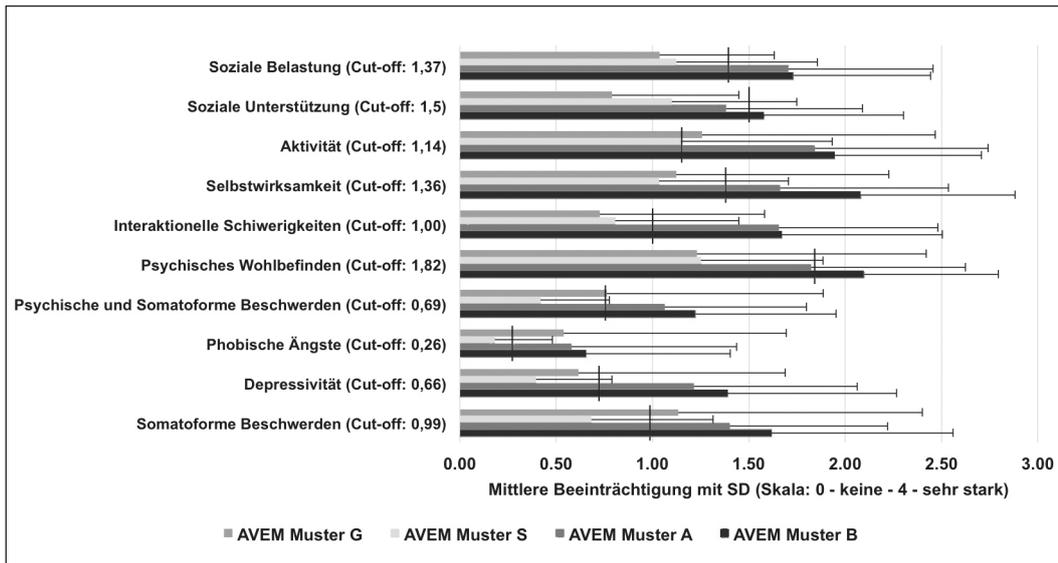


Abbildung 4

Mittelwertvergleich der 4 AVEM-Muster in den Health-49-Skalen. Die mittlere Beeinträchtigung erstreckt sich zwischen 0 – keine Beeinträchtigung und 4 – sehr starke Beeinträchtigung. Die vertikalen Linien markieren die Cut-Off-Werte für klinische Signifikanz der jeweiligen Skala. Einfaktorielle ANOVA mit Post-hoc-Test nach Tukey.

Muster-S-Patienten sind signifikant weniger beeinträchtigt ($p < 0,01$) als Muster-A-Patienten in den Skalen Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Psychische und Somatoforme Beschwerden, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Soziale Belastung. Patienten mit Muster G sind signifikant weniger beeinträchtigt ($p < 0,01$) als Muster-B-Patienten in den Skalen Depressivität, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Aktivität, Soziale Unterstützung und Soziale Belastung. Die Risikomuster A und B unterscheiden sich signifikant voneinander in der Skala Selbstwirksamkeit ($p < 0,05$), wobei Muster-A-Patienten diesbezüglich weniger beeinträchtigt sind als Muster-B-Patienten.

3.5 Unterschiede zwischen den AVEM-Mustern hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit zum Entlass-Zeitpunkt lag der Anteil arbeitsfähiger Rehabilitanden mit Muster S bei 67,9%. Rehabilitanden mit Muster S werden signifikant häufiger arbeitsfähig entlassen als Patienten der übrigen Muster ($p < 0,001$) (Abb. 5). Patienten mit Muster B werden signifikant häufiger arbeitsunfähig entlassen als Patienten der übrigen Muster ($p < 0,01$).

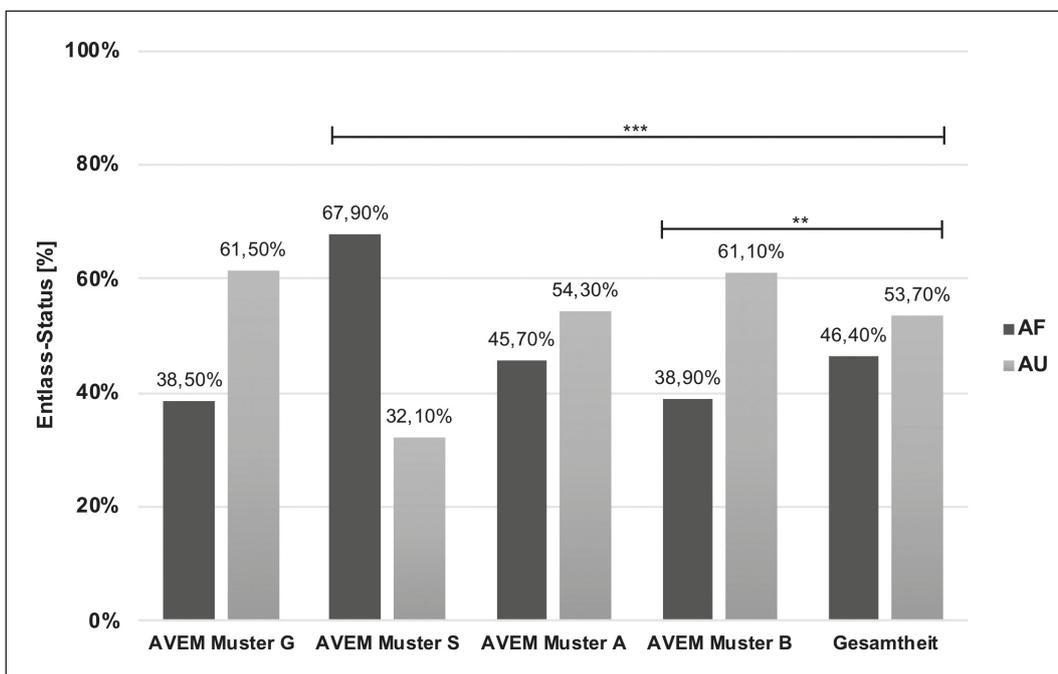


Abbildung 5

Zusammenhang zwischen dem Entlass-Status (arbeitsfähig (AF) und arbeitsunfähig (AU)) und dem AVEM-Muster am Ende der Rehabilitation. Chi-Quadrat-Test nach Pearson – Vergleich des Entlass-Status (%) als AF bzw. AU innerhalb eines bestimmten Musters vs. Entlass-Status aller übrigen Muster (Gesamtheit). ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

4 Diskussion

Nach unserem Kenntnisstand ist dies die erste Studie, die systematisch die Häufigkeit ICD-10 klassifizierter somatischer Komorbiditäten bei psychosomatischen Rehabilitanden erfasst. Ferner ist es die erste Studie, die einen Zusammenhang zwischen AVEM-Muster und somatischer Komorbidität untersucht. Neben der psychischen Belastung leiden die Patienten unter somatischen Beschwerden, welche zu einer Verminderung der Lebensqualität beitragen. Aufgrund der gegenseitigen negativen Beeinflussung somatischer und psychischer Erkrankungen könnte das Vorliegen zusätzlicher somatischer Erkrankungen zu einer Potenzierung des Risikos für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen. Die Studie hat jedoch erhebliche Limitationen. Zum einen handelt es sich um eine retrospektive Querschnittstudie, die keine kausalen Schlüsse zulässt. Die Daten wurden nur in einem Zentrum erhoben, sodass auch hierdurch Verzerrungen möglich sind. Problematisch ist auch, dass die somatischen Diagnosen aus den Entlassberichten entnommen und nicht strukturiert für diese Studie erfasst wurden. Zudem sind die AVEM-Muster in der Stichprobe sehr ungleich verteilt, insbesondere das Muster G ist unterrepräsentiert, sodass diese Subgruppe sehr klein ist. AVEM-Muster sind zeitlich veränderbar. Diese Studie umfasst lediglich die Korrelation der ICD-10 Diagnosen mit den vorherrschenden AVEM-Mustern zum Entlasszeitpunkt. In der statistischen Auswertung wurden die Alphas nicht multipel korrigiert aufgrund des Screening-Charakters unserer Studie. Trotzdem halten wir die gefundenen Zusammenhänge zwischen den AVEM-Mustern und den somatischen Diagnosen für berichtenswert als Ausgangspunkt für eine prospektiv angelegte Multicenterstudie mit größerer Studienpopulation, in der die somatischen Diagnosen systematisch und strukturiert erfasst werden.

4.1 Somatisches Diagnose-Spektrum

Die häufigsten ICD-10-Diagnosen des Patientenkollektivs sind Dorsopathien, Essentielle (primäre) Hypertonie, Adipositas, Störungen des Lipidstoffwechsels und Lipidämien sowie sonstige Kopfschmerzsyndrome. Das Diagnose-Spektrum setzt sich zusammen aus kardiovaskulären Risikofaktoren, muskuloskelettalen Erkrankungen und Schmerzstörungen, welche im Falle der Chronifizierung selbst häufigen Grund für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben darstellen. Die Erkrankung Depression gilt laut WHO und Weltbank ab 2020 nach der Koronaren Herzkrankheit als „teuerste Erkrankung“ (IHME, 2018). Das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten stellt eine bisher wenig beachtete zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Hier soll

nicht die Kausalität des gemeinsamen Vorliegens psychischer und somatischer Erkrankungen geklärt werden, jedoch auf Gemeinsamkeiten zugrundeliegender pathogenetischer Mechanismen psychischer und somatischer Beschwerden aufmerksam gemacht werden. Ein gemeinsamer Faktor in der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung oben genannter Erkrankungen ist Stress. Chronischer Stress, unter anderem auch psychosozialer Stress, führt zu einer dauerhaften Überaktivierung des Stress-Systems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) und kann so eine hypertone Stoffwechsellage zur Folge haben (Spruill, 2010). Chronischer Stress und das Stresshormon Cortisol spielen auch eine Rolle in der Entstehung von Angststörungen und Depressionen (Elnazer & Baldwin, 2014). Weiterhin besteht ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen Depression und Adipositas, wobei das Vorliegen einer der beiden Konditionen das Risiko für die Entwicklung der anderen erhöht (Müller, 2015, Milanese, 2019). Hierfür verantwortlich sind unter anderem die Dysregulation der HHN-Achse, die Aktivierung des Immunsystems, genetische Faktoren sowie Veränderungen neuroendokriner Regulatoren des Energie-Stoffwechsels. Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung und der Chronifizierung von Schmerzerkrankungen und psychosozialen Faktoren. Chronische Schmerzen entstehen zum einen durch eine Veränderung der Signalverarbeitung bzw. der Übertragung von Schmerzinformationen vom peripheren auf das Zentralnervensystem. Ähnlich wie bei Lernprozessen erfolgt eine Potenzierung der synaptischen Übertragung und somit zur Amplifikation von nozizeptiven Signalwegen und zur Entstehung eines Schmerzgedächtnisses. Zusätzlich zu den biologischen Vorgängen spielen für die Transition von akutem zu chronischem Schmerz auch psychologische, soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle (Bushnell, 2013). Betrachtet man diese gemeinsamen zugrundeliegenden Mechanismen in der Entstehung und Aufrechterhaltung der genannten psychischen und somatischen Erkrankungen sowie deren gegenseitige Einflüsse, so legt dies die Vermutung nahe, dass es sich bei den hier gefundenen Zusammenhängen nicht um einen Zufallsbefund handelt. Das hier gewählte Studiendesign lässt allerdings keine kausalen Schlüsse zu. Da ein solcher Zusammenhang zwischen AVEM-Mustern und somatischer Erkrankung jedoch gerade für Prävention und Rehabilitation eine große Bedeutung hätte, wäre eine größere Längsschnittstudie lohnend.

4.2 Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern

Ein Ziel dieser Studie war die Analyse ICD-basierter somatischer Komorbiditäten bei Psychosomatik-Patienten in Abhängigkeit berufsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster.

4.2.1 Essentielle Hypertonie

Die drei Pfeiler des Musters A (Überhöhtes Engagement, verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und Unfähigkeit zur Entspannung) wurden ursprünglich als die Konstellation beschrieben, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausgangspunkt für ein erhöhtes Krankheitsrisiko bzw. eine Infarktgefährdung darstellen. In einer Studie von Schaarschmidt et al. über die Verteilung von Herz-Kreislauf-Rehabilitationspatienten auf die AVEM-Muster, wiesen besagte Patienten überwiegend Muster A auf (Schaarschmidt, 2006). Bereits das Typ-A-Verhaltenskonzept von Friedman und Rosenman beschrieb einen Zusammenhang zwischen einem Verhaltensmuster mit den Merkmalen „übersteigerte Verausgabung“, „Unfähigkeit zur Erholung und Entspannung“, „Ruhelosigkeit“ und „Wettbewerbshaltung“ mit koronaren Herzerkrankungen (Friedman & Rosenman, 1975). Unser Datensatz bestätigt diesen Zusammenhang nicht. Ein bisher unbeschriebener Zusammenhang besteht zwischen dem Muster S und einem häufigeren Vorkommen Essentieller Hypertonie. 32,1% der Psychosomatischen Rehabilitationspatienten mit AVEM-Muster S und 30,8% der Patienten mit Muster G haben einen diagnostizierten Bluthochdruck. Die 12-Monats-Prävalenz für selbstberichteten bekannten Bluthochdruck liegt laut der Studie GEDA 2014/2015-EHIS bei Frauen der Altersklasse der 45 bis 64-Jährigen bei 31,6% (Neuhauser, 2017), bei Männern bei 38,3%. Die Prävalenz für Essentielle Hypertonie für Muster-S- und Muster-G-Patienten entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt der GEDA-Studie. Jedoch zeigen Patienten mit Muster S und Muster G die Diagnose häufiger als Patienten mit Risikomuster A und B. Für Muster-G-Patienten sind aufgrund der geringen Gesamtanzahl an Patienten dieses Musters die Ergebnisse eher als Zufallsbefund zu betrachten. Ob es sich bei dem beobachteten Trend für Muster-S-Patienten um einen Zufallsbefund aufgrund der kleinen Stichprobe handelt, muss eine prospektiv angelegte Multicenterstudie mit größerer Studienpopulation zeigen.

4.2.2 Dorsopathien und Adipositas

Bei Muster-A-Patienten mit dysfunktional gesteigerter Leistungsmotivation traten die somatischen Komorbiditäten Dorsopathien und Adipositas häufiger auf verglichen zu allen anderen Mustern. Betrachtet man die Prävalenz der Adipositas der GE-

DA-Studie, so liegt der Durchschnitt bei Frauen bei 19,6% und Männern bei 21,9% (Schienkiewitz, 2017). 21,3% der Muster-A-Patienten unserer Studie verfügen über einen Body-Mass-Index (BMI) über 30 kg/m² und sind laut WHO-Definition adipös. Der Anteil an adipösen Patienten der restlichen AVEM-Muster liegt jeweils unter dem Bundesdurchschnitt.

4.2.3 Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen

Schaarschmidt et al. zeigten an einer Lehrer- und Lehrerinnen-Stichprobe bereits erste Hinweise dafür, dass Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen bei Muster-A- und Muster-B-Patienten signifikant häufiger auftraten (Schaarschmidt 2005, Schaarschmidt 2011). Hier waren Muster-B-Patienten noch stärker betroffen als Muster-A-Patienten. In der vorliegenden Studie sind Muster-A-Patienten häufiger von Diagnosen betreffend des muskuloskelettalen Systems betroffen als Patienten der übrigen Muster. In unserer Studie sind Muster-A-Patienten stärker belastet als Muster-B-Patienten.

Es deutet sich ein Zusammenhang zwischen AVEM-Risikomuster A und einem gesteigerten Gesundheitsrisiko verursacht durch das Vorliegen von Adipositas und Dorsopathien an. Unsere Daten liefern erste Hinweise für mögliche Prädispositionen eines bestimmten AVEM-Musters bei bestimmten somatischen Komorbiditäten. Längsschnittstudien müssen zeigen, ob die AVEM-Muster eine prädiktive Aussagekraft haben und Risikogruppen identifiziert werden können. Dies könnte dann als Grundlage zur Entwicklung neuer multimodaler Behandlungskonzepte der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf behaviorale und psychologische Risikofaktoren für somatische Komorbiditäten dienen, um langfristig eine Wiederherstellung bzw. Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern.

4.3 Psychische Symptomatik innerhalb der vier AVEM-Muster

Erwartungsgemäß wiesen die beiden Risikomuster A und B die höchste psychische Belastung gemessen am BDI-II und Health-49 auf. Das Risikomuster B wird beschrieben durch ein vorherrschendes Erleben von Überforderung, Erschöpfung und Resignation, was den Kern des Burnout-Syndroms darstellt. Muster-B-Patienten sind signifikant am stärksten psychisch belastet (siehe BDI-II und Health-49). Risikomuster A und B unterscheiden sich signifikant voneinander in der Health-49 Skala „Selbstwirksamkeit“. Bei Patienten mit Muster B ist die Selbstwirksamkeit signifikant geringer ausgeprägt als bei Muster-A-Patienten. Patienten mit ausgeprägtem Muster B benötigen aufgrund der geringen Selbstwirksamkeit vor allem Hilfe von außen. Schaar-

schmidt beschrieb ein ausgeprägtes Muster B als eine besondere Problemgruppe, die in der Rehabilitation besonders berücksichtigt werden sollte (Schaarschmidt, 2006). Das Muster S weist hohe Ausprägungen in den Skalen „Distanzierungsfähigkeit“, „innere Ruhe“ und „Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen“ auf. Deshalb betrachtete Schaarschmidt das Muster S vorwiegend unter dem Motivationsaspekt, wonach durch ein Schonungsverhalten auf beruflicher Ebene Ressourcen geschützt werden (Schaarschmidt, 2006). Dies wurde vor allem durch ein schützendes Verhalten vor Überforderung durch defizitäre Arbeitsbedingungen verdeutlicht. Auch beruhe das generell positive Lebensgefühl vorwiegend auf Faktoren außerhalb der Arbeitswelt. Muster-S-Patienten wiesen den geringsten BDI-II-Summenwert auf und waren im Health-49 signifikant weniger belastet als Patienten der Risikomuster A und B.

4.4 Zusammenhang der AVEM-Muster mit der Arbeitsfähigkeit

Patienten mit Risikomuster B werden signifikant häufiger arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen als Patienten der übrigen Muster. In der Zusammenschau der Befunde liegt die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht vorrangig an signifikant häufigerem Vorliegen einer bestimmten somatischen Komorbidität, sondern ist hauptsächlich der starken psychischen Belastung der Patienten geschuldet. Die dysfunktionalen Merkmale des Musters B sind bereits so weit gefestigt, sodass die Arbeitsfähigkeit deutlich seltener ausgesprochen wird als bei Vorliegen eines der übrigen AVEM-Muster. Das Vorliegen des Musters S geht signifikant häufiger mit einer Entlassung als arbeitsfähig einher. Trotz der überzufällig häufigen Korrelation des Musters S mit der Prävalenz der Diagnose Essentielle Hypertonie, scheint diese keinen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Patienten zu haben. Das gehäufte Vorliegen der Dorsopathien und Adipositas bei Muster-A-Patienten wirkt sich nicht überzufällig häufig negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus.

5 Fazit

Unsere Studie analysiert zum ersten Mal ein ICD-10 basiertes Diagnose-Spektrum somatischer Komorbiditäten bei Psychosomatischen Rehabilitationspatienten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen bestimmten berufsbezogenen Verhaltens- und Lebensmustern und bestimmten somatischen Komorbiditäten. Somit stellt das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer der oben genannten somatischen Komorbiditäten eine zusätzliche Bedrohung der Erwerbsfähigkeit dar. Unsere Studie zeigt, dass das Vorliegen eines be-

stimmten AVEM-Musters die Arbeitsfähigkeit sowohl positiv als auch negativ zu beeinflussen vermag. Es gibt Hinweise darauf, dass die psychischen und somatischen Erkrankungen gemeinsame zugrundeliegende pathogenetische Mechanismen haben. Fokussierung auf diese gemeinsamen ursächlichen Mechanismen eröffnet die Möglichkeit eines neuen Behandlungsansatzes zur langfristigen Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Ferner besteht Bedarf für neue multidimensionale Konzepte der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf behaviorale und psychische Aspekte bei somatischen Komorbiditäten. Längsschnittstudien müssen zeigen, ob die AVEM-Muster auch eine prädiktive Aussagekraft haben und Risikogruppen identifiziert werden können.

6 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Körperliche Beschwerden bei Patienten mit psychischen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55, 9–19.
- Bushnell, M. C., Ceko, M. & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (7), 502–511.
- Dannenberg, A., Hofmann, J., Kaldybjewa K. & Kruse E. (2010). Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. *RVaktuell 2010*, 57 (9), 283–293.
- DRV. (2014). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (2014). *Psychische Komorbidität*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Elnazer, H. Y. & Baldwin, D. S. (2014). Investigation of cortisol levels in patients with anxiety disorders: a structured review. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 18, 191–216.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1975). Type a behavior and your heart. *The American Journal of Cardiology*, 35, 764.
- Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister, J. Bengel (Hrsg.). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 15–28). Berlin: Springer.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354–360.

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck Depressions-Inventar Revision Manual* (2. Auflage). Frankfurt: Pearson.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: IHME.
- Köllner, V. & Bassler, M. (2012). Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung, Rehabilitation in der Psychosomatischen Medizin. In W. Herzog, M. Beutel, J. Kruse (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland* (S. 74–78). Stuttgart: Schattauer.
- Linden, M. (2014). Psychosomatic Inpatient Rehabilitation: The German Model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 205–212.
- Milaneschi, Y., Simmons, W. K., Rossum, E. F. C. & Penninx, B. W. (2019). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*, 24, 18–33.
- Müller, A. (2015). Warum sind Menschen mit Adipositas häufiger psychisch krank? Psychotherapie, Psychosomatik, *Medizinische Psychotherapie*, 65, 36–38.
- Neuhauser, H., Kuhnert, R. & Born S. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 57–63.
- Oelkers, M. (1998). Die Analyse physiologischer Parameter in Stresssituationen bei den AVEM-Typen. In T. Ronginska, W. Gaida, U. Schaaerschmidt (Hrsg.), *Psychische Gesundheit im Lehrerberuf* (S. 39-54). Universität Potsdam.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U. & Schulz H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 162–179.
- Schaarschmidt, U. (2005). *Halbtagsjobber?: Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustands*. Weinheim: Beltz.
- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf* (S. 59–82). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2011). *Manual Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Mödling: Schuhfried GmbH.
- Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M. & Kuhnert, R. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 21– 8.
- Siegrist, J. (2016). Arbeitswelten und psychische Störung. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 17(2), 17–21.

- Spruill, T. M. (2010). Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12, 10–16.



Christine Wittmann

Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes
Homburg/Saar
chris.wittmann83@googlemail.com



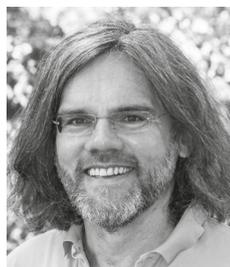
Markus Reischl

Karlsruher Institut für Technologie
Hermann-von-Helmholtzplatz 1
76344 Eggenstein-Leopoldshafen
markus.reischl@kit.edu



Katja Welsch

Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes
Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
Kirrbergerstr. 100
66421 Homburg/Saar
katja.welsch@uks.eu



Dr. Michael Käfer

Medicin Bliestal Kliniken
Fachklinik für Psychosomatische Medizin
Am Spitzenberg
66440 Blieskastel
michael.kaefer@mediclin.de



Prof. Dr. Volker Köllner

Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung
Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
volker.koellner@charite.de

7. Danksagung

Ich bedanke mich bei den MediClin Blietalkliniken für die Möglichkeit der Durchführung dieser Arbeit und die Bereitstellung des Datensatzes.

Nun möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mich in diesem Unterfangen begleitet und unterstützt haben:

Zu allererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Volker Köllner bedanken, der mir dieses spannende Thema anvertraute und mich bei dessen Bearbeitung tatkräftig unterstützte. Auch in Phasen der Motivationslosigkeit brachte er mich mit unterstützenden Worten wieder auf Kurs.

Als nächstes möchte ich mich bei meinem langjährigen Kollegen Prof. Dr. Markus Reischl bedanken. Bereits zum zweiten Mal unterstützte er mich statistisch signifikant in Sachen Datenanalyse. Auch hat er einen großen Anteil an der tatsächlichen Fertigstellung meiner Dissertation, indem er mich immer wieder motivierte das Ganze durchzuziehen.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch allen Co-Autoren.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern Peter und Margit Wittmann, ohne deren finanzielle Unterstützung mein Zweitstudium Medizin erst gar nicht möglich gewesen wäre. Mein Dank gilt aber nicht nur ihrer finanziellen Großzügigkeit, sondern auch ihrem Glauben an mich.