

Aus der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Herr Professor Dr. med. Peter Falkai

**Burnouterleben bei stationär behandelten depressiven Patienten
und Wirksamkeit stationärer kognitiv-behavioraler Therapie
bei Patienten mit Burnouterleben**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Hannah Tuanama-Schuler
aus Lustenau
2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatterin: PD Dr. Rebecca Schennach

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Hellmuth Braun-Scharm
PD Dr. Dr. Susanne Lucae

Mitbetreuung durch die
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. Ulrich Voderholzer
PD Dr. Antje-Kathrin Allgaier Dipl.-psych.

Dekan: Prof. Dr. Reinhard Hickel

Tag der mündl. Prüfung: 04.05.2017

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	12
1.1	Burnout	12
1.2	Depression	29
1.3	Modell der Gratifikationskrisen	33
2	Fragestellungen	35
3	Methoden	37
3.1	Studiendurchführung	37
3.2	Stichprobenbeschreibung	39
3.3	Untersuchungsinstrumente	43
3.4	Datenanalyse	59
4	Ergebnisse	61
4.1	Ausmaß des Burnouterlebens bei Depressionspatienten	61
4.2	Korrelationen zwischen Variablen und Burnouterleben	63
4.3	Wirksamkeit stationärer Therapie	66

5	Diskussion	67
5.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	67
5.2	Limitationen	78
5.3	Ausblick	80
6	Zusammenfassung	82
7	Literaturverzeichnis	83
8	Anhang	90
8.1	Abbildungsverzeichnis	90
8.2	Tabellenverzeichnis	91
8.3	Ergebnistabellen	92
8.4	Aufklärungsbogen	94
8.5	Einverständniserklärung	95
8.6	Fragebogenset	96

AUSFÜHRLICHES INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	12
1.1	Burnout	12
1.1.1	Definition von Burnout	13
1.1.1.1	Geschichte des Burnout	13
1.1.1.2	ICD-10: Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)	14
1.1.1.3	Der Begriff Burnout in der Praxis	14
1.1.1.4	Burnoutdefinition nach Symptomen	15
1.1.1.5	Burnout als subjektives Krankheitsmodell	17
1.1.1.6	Differentialdiagnosen von Burnout	18
1.1.1.7	Burnout und Depression	22
1.1.2	Messung von Burnout	24
1.1.2.1	Fragebogen-Instrumente	24
1.1.2.2	Biomarker für Burnout	25
1.1.3	Behandlung von Burnout	26
1.1.3.1	Interventionen	26
1.1.3.2	Prävention	28
1.2	Depression	29
1.2.1	Depressive Episode	29
1.2.2	Rezidivierende depressive Störung	31
1.2.3	Suizidalität und Depression	31

1.2.4	Behandlung der Depression	31
1.3	Modell der Gratifikationskrisen	33
1.3.1	Modell der beruflichen Gratifikationskrisen	33
1.3.2	Modell der privaten Gratifikationskrisen	34
2	Fragestellungen	35
3	Methoden	37
3.1	Studiendurchführung	37
3.1.1	Einschlusskriterien	37
3.1.2	Ausschlusskriterien	37
3.2	Stichprobenbeschreibung	39
3.2.1	Soziodemographische Daten	40
3.2.2	Klinische Daten: Depressivität	40
3.2.3	Klinische Daten: Strukturiertes Klinisches Interview	41
3.2.4	Klinische Daten: Weitere Stichprobencharakteristika	41
3.2.5	Absentismus, Präsentismus und Subjektive Erwerbsprognose	42
3.3	Untersuchungsinstrumente	43
3.3.1	Fremdbeurteilung	44
3.3.1.1	M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)	44
3.3.1.2	MADRS (Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale)	47

3.3.2	Selbstbeurteilung	48
3.3.2.1	ERI (Effort-Reward-Imbalance) – Fragebogen zum Modell der beruflichen Gratifikationskrisen und Erfassung von Overcommitment	48
3.3.2.2	Fragebogen zum Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie und Erfassung von Overcommitment	49
3.3.2.3	OSAS (Occupational Self Appreciation Scale)	50
3.3.2.4	Subjektive Erwerbsprognose	50
3.3.2.5	AU-Zeiten, Präsentismus	51
3.3.2.6	MBI (Maslach Burnout Inventar)	51
3.3.2.7	WHOQoL-BREF (WHO-Quality-of-Life)	53
3.3.2.8	CD-RISC (Connor Davidson Resilienz Skala)	53
3.3.2.9	CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)	54
3.3.2.10	BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)	56
3.3.2.11	PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten)	57
3.4	Datenanalyse	59
4	Ergebnisse	61
4.1	Ausmaß des Burnouterlebens bei Depressionspatienten	61
4.2	Korrelationen zwischen Variablen und Burnouterleben	63
4.2.1	Depressive Symptomatik	63
4.2.2	Berufliche Gratifikationskrisen	64
4.2.3	Private Gratifikationskrisen	65

4.2.4	Kombination berufliche und private Gratifikationskrisen	65
4.3	Wirksamkeit stationärer Therapie	66
5	Diskussion	67
5.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	67
5.1.1	Diskussion: Ausmaß des Burnouterlebens bei Depressionspatienten	67
5.1.2	Diskussion: Korrelierende Variablen	73
5.1.2.1	Depressive Symptomatik	73
5.1.2.2	Berufliche Gratifikationskrisen	73
5.1.2.3	Private Gratifikationskrisen	74
5.1.2.4	Kombination von beruflichen und privaten Gratifikationskrisen	76
5.1.3	Diskussion: Wirksamkeit stationärer Therapie	76
5.2	Limitationen	78
5.2.1	Stichprobe	78
5.2.2	Erhebung und Auswertung	78
5.3	Ausblick	80
6	Zusammenfassung	82
7	Literaturverzeichnis	83
8	Anhang	90
8.1	Abbildungsverzeichnis	90

8.2	Tabellenverzeichnis	91
8.3	Ergebnistabellen	92
8.4	Aufklärungsbogen	94
8.5	Einverständniserklärung	95
8.6	Fragebogenset	96

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Tuanama-Schuler, Hannah

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Burnouterleben bei stationär behandelten depressiven Patienten
und Wirksamkeit stationärer kognitiv-behavioraler Therapie
bei Patienten mit Burnouterleben**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe. Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 19.06.2017

Ort, Datum

Hannah Tuanama-Schuler

Unterschrift Doktorandin

DANKSAGUNG

Frau PD Dr. med. Rebecca Schennach und Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer danke ich für die Überlassung des Themas und Ihre Unterstützung.

Frau PD Dr. rer. biol. hum. Antje-Kathrin Allgaier Dipl.-psych. danke ich herzlichst für Ihre ausgezeichnete Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeitern der Studie in der Arbeitsgruppe in München, besonders Frau Dr. phil. Caroline Schwartz Dipl.-Psych. und Frau Dr. rer. medic. Sandra Schlegl M.Sc. Dipl.-Psych., sowie den Mitarbeitern in der Schön Klinik Roseneck in Prien, besonders Herrn Prof. Dr. phil. Dr. med. Andreas Hillert und Herrn Stefan Koch Dipl.-psych., und allen Probanden, die durch ihre Teilnahme diese Studie erst ermöglicht haben.

Meinem Ehemann Edson, meinen Eltern Bärbel und Walter und meinem Bruder Benjamin möchte ich für ihre Unterstützung und Ermutigung sowohl während des Studiums als auch darüber hinaus danken.

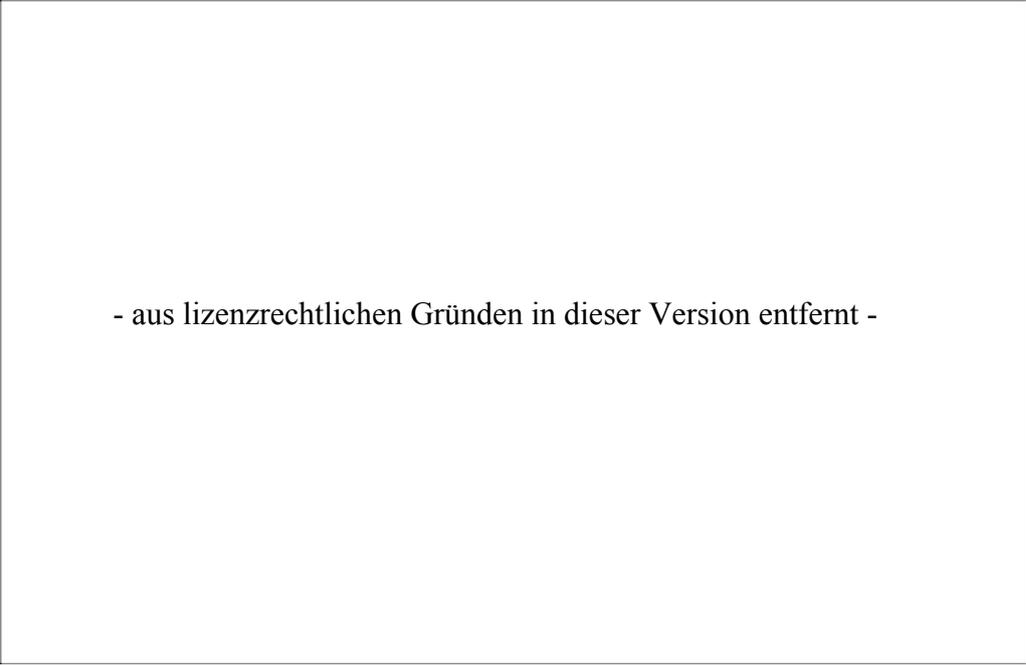
1 Einleitung

1.1 Burnout

Der Begriff Burnout ist in den letzten Jahren fast durchgehend in den Medien vorhanden. Beinahe jeder kennt den Begriff und hat eine Vorstellung von der Problematik. Auch in den subjektiven Störungsmodellen von Patienten in psychotherapeutisch-psychiatrischer Versorgung kommt der Begriff häufig vor (Hillert 2012).

Nicht nur die Präsenz in den Medien spricht dafür, dass Burnout ein aktuelles Thema darstellt, sondern auch die veröffentlichten Zahlen der deutschen Krankenkassen.

Die Techniker Krankenkasse gibt in ihrer Stressumfrage „Bleib locker, Deutschland!“ (2013) an, dass sich 70% der Berufstätigen gestresst fühlen. Jeder Dritte fühlt sich erschöpft und ausgebrannt und 22% der Befragten litten sogar an seelischen Beschwerden wie Burnout, Depression oder Angststörungen.



- aus lizenzrechtlichen Gründen in dieser Version entfernt -

Abb. 1: Jeder Dritte fühlt sich ausgebrannt

Quelle: „Bleib locker, Deutschland!“ Techniker Krankenkasse (2013)

Auch nach dem Fehlzeitenreport der AOK (2012) nimmt die Burnout-Problematik immer mehr zu. Zwischen 2004 und 2011 gab es einen starken Anstieg der Fehlzeiten durch die ICD-10 Kodierung (ICD-10, Dilling et al. 1993) Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (siehe Abbildung 2), in der u.a. auch das Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom) aufgelistet wird. 2011 waren von den mehr als 34 Millionen gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten in Deutschland 130.000 Personen wegen eines Burnouts krankgeschrieben.

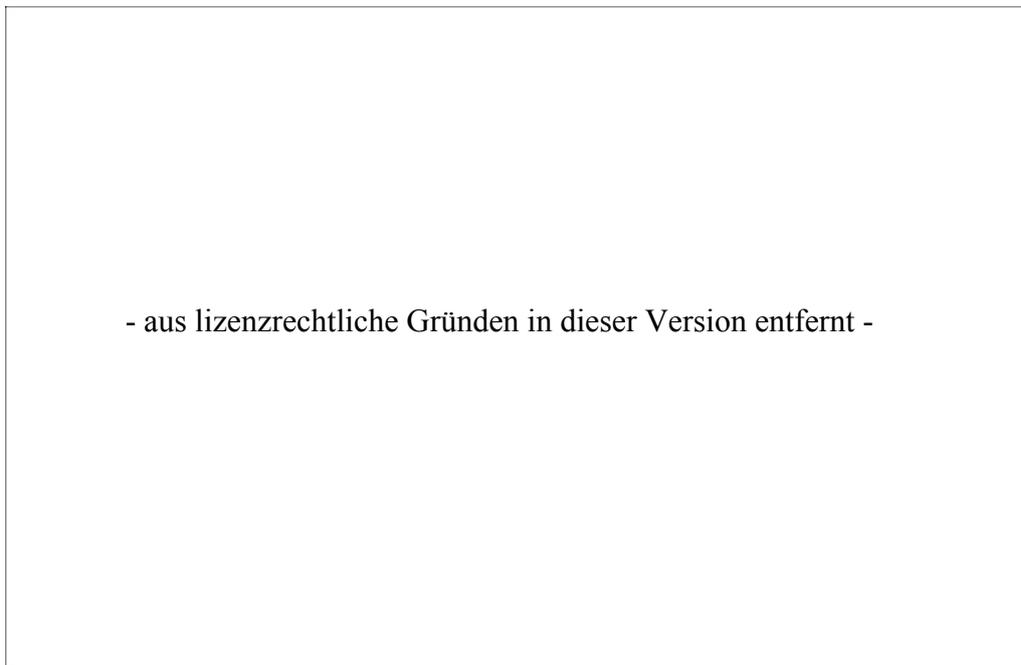


Abb. 2: Zunahme von Burnout

Quelle: Fehlzeitenreport der AOK (2012)

1.1.1 Definition von Burnout

1.1.1.1 Geschichte des Burnouts

Für den Begriff Burnout gibt es bislang keine einheitliche Definition. Erstmals wurde der Begriff vom Psychologen Freudenberg 1974 erwähnt und charakterisierte ursprünglich die Erschöpfung von Menschen in helfenden Berufen, die auf die spezifischen Anforderungen dieser Berufe zurückzuführen war. Er verglich das Problem mit einer Batterie, die ausgeht, und beschrieb es als einen Zustand, der bei jedem durch andere

Symptome definiert ist. Was zu betonen ist, ist, dass Freudenberger die Problematik als selbst Betroffener dokumentierte und nicht als Experte. Somit beschrieb Burnout schon zu Beginn ein eher subjektives Phänomen. Die Beschränkung auf Sozialberufe wurde dann später von Freudenberger selbst aufgehoben. Diese Problematik könne nach ihm auch durch Pflege von Angehörigen oder Arbeitslosigkeit ausgelöst werden (Hillert 2012, Koch et al. 2015).

1.1.1.2 ICD-10: Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)

Während Burnout zu Beginn also eine Reaktion auf bestimmte arbeitsbezogene Umstände beschrieb, wird der Begriff heutzutage immer öfter irreführenderweise als Krankheitsbezeichnung verwendet. Nach der ICD-10 ist Burnout jedoch keine diagnostizierbare psychische Störung. Hier findet sich dieses Konstrukt nur unter der Definition „Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)“ unter den Zusatzdiagnosen mit dem Überbegriff „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Das Z-Kapitel im ICD-10 ist für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben werden, die aber nicht als Krankheit unter den Kategorien A-Y klassifizierbar sind. Diese Z-Kodierung beschreibt also einen Zustand, der zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führt, aber (noch) keine Krankheit darstellt (ICD-10, Dilling et al. 1993).

1.1.1.3 Der Begriff Burnout in der Praxis

Die Studie von Hamann et al. (2013) zeigt einen Einblick darin, was für eine Vorstellung Psychiater von der Burnout-Problematik haben. Dazu wurden 300 Psychiater befragt. Überwiegend wurde Burnout als Überlastungsreaktion beschrieben und als Risikozustand für spätere psychische Erkrankungen (was auch der Standpunkt der DGPPN (Berger et al. 2012) ist). Viele waren auch der Meinung, dass Burnout ein neuer Begriff für bereits bestehende psychiatrische Diagnosen sei (wie z.B. für Depression). Relativ viele beschrieben, dass sie mit Patienten Kontakt hatten, die sich entweder zusätzlich zu anderen Diagnosen ausgebrannt fühlten oder trotz anderer Diagnosen Burnout als subjektives Krankheitsmodell angaben. Jedoch haben nur sehr wenige Psychiater im letzten Monat die Zusatzdiagnose „Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)“ nach ICD-10 kodiert. Insgesamt kann gesagt werden, dass die meisten Befragten eher skeptisch gegenüber dem

Begriff Burnout waren. Einerseits sahen viele den Begriff als eine Modediagnose an, andererseits wurde auch der Vorteil durch die geringere Stigmatisierung betont, der es betroffenen Personen erleichtert, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Hamann et al. 2013).

Wie sich bei dieser Umfrage gezeigt hat, gibt es bei Klinikern keine einheitliche Vorstellung vom Konzept Burnout. Auch in der Forschung gibt es viele unterschiedliche Erklärungsmodelle dazu. Neben der Vorstellung von Burnout als subjektives Krankheitsmodell, gab es auch Versuche, die Symptome von Burnout zusammenzufassen oder es durch die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten zu anderen Erkrankungen zu definieren.

1.1.1.4 Burnoutdefinition nach Symptomen

Ein erster Versuch die vielen Symptome von Burnout in der Literatur zusammenzufassen kam von Burisch (1989). So stellte er eine Liste von über 130 Einzelsymptomen zusammen und diese unterteilte er in Symptomkomplexe:

- Warnsymptome der Anfangsphase
- Reduziertes Engagement
- Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisung
- Abbau
- Verflachung
- Psychosomatische Reaktionen
- Verzweiflung

(Burisch 2013).

Die von ihm aufgelisteten Symptome sind aber alle sehr unspezifisch und führen auch nicht zu einem klar definierten Syndrom.

Schaufeli und Enzmann (1998) unternahmen denselben Versuch und kamen auf eine ähnlich umfangreiche Menge an Symptomen. Sie ordneten diese dann jedoch in 3 Ebenen:

- Individuelle Ebene
- Interpersonelle Ebene
- Institutionelle Ebene

Diese wurden jeweils in affektive, kognitive, physische, Verhaltens- und Motivationssymptome unterteilt.

Nachdem diese Definitionsversuche nach Symptomen den Beginn der Burnoutforschung darstellen, ist heutzutage die am weitesten verbreitete Definition von Burnout wahrscheinlich die von Maslach und Jackson (1981) mit den 3 Dimensionen:

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisation
- Reduzierte Leistungsfähigkeit

Anfangs wurde dieses 3-teilige Burnoutmodell in Bezug auf Sozialberufe und Berufe im medizinischen Bereich entwickelt. Danach wurde das Modell erweitert auf den pädagogischen Bereich mit denselben 3 Dimensionen. Eine dritte Version sollte dann auf alle Berufsfelder abzielen. Hier wurde aber aus der Dimension Depersonalisation die Dimension Zynismus, die eine nicht personenbezogene distanzierte Haltung zur Arbeit definiert. Diese 3 Dimensionen (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation/Zynismus, reduzierte Leistungsfähigkeit) wurden neben der Verwendung als gleichzeitig auftretende Symptome von einigen Autoren auch als chronologische Phasen beschrieben (Maslach et al. 2008). In diesem Phasenmodell wird angenommen, dass durch vor allem emotionalen Stress am Arbeitsplatz ein Zustand der Erschöpfung entsteht. Als Coping-Strategie distanziert sich der Betroffene von seinen Patienten, Schülern oder Mitarbeitern und entwickelt eine zynische Haltung gegenüber seiner Arbeit. Der Effekt dieser Entwicklung ist dann die reduzierte Leistungsfähigkeit (Kristensen et al. 2005).

1.1.1.5 Burnout als subjektives Krankheitsmodell

Oft wird Burnout auch als subjektives Krankheitsmodell dargestellt, also als ein persönliches Erklärungsmodell des Patienten für seine Symptomatik. Dieses Erklärungsmodell ist somit nicht spezifisch für eine bestimmte Diagnose.

In der Studie von Bahlmann et al. (2013) wurde in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage anhand von Fallvignetten untersucht, wie oft eine Depression und auch andere psychische Erkrankungen von Laien als Burnout erkannt werden sowie welche Folgen das nach sich zieht. Dazu wurden im Zeitraum 2001 bis 2011 Fragen zu 3 Fallvignetten gestellt, in denen entweder eine Person mit einer depressiven Episode, mit Schizophrenie oder mit Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde. Vor allem die Depressionsfallvignette wurde sehr oft von den Studienteilnehmern als Burnout bezeichnet. Ein Aspekt der Befragung betraf auch den Wunsch nach sozialer Distanz zur betroffenen Person. Dies wurde mit der Skala zur sozialen Distanz (Link et al. 1987) gemessen, die die Bereitschaft beim Befragten erfasst, mit der beschriebenen Person in 7 hypothetischen Situationen in Kontakt zu treten. Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen weniger den Wunsch nach sozialer Distanz verspüren, wenn Sie die Person als Burnoutbetroffenen einschätzen, als wenn sie die Vermutung haben, der Betroffene leide an einer Depression. Auch hier kam man zu dem Schluss, dass Burnout weniger stigmatisierend sei (Bahlmann et al. 2013). In gleicher Weise beschreibt Hillert (2012) den Begriff als stigmatisierungsarm und sieht den Grund dafür in der fehlenden Definition. Nach ihm zeigt die Popularität des Begriffs, dass die heutige Leistungsgesellschaft momentan genau so ein subjektives Krankheitsmodell braucht, um Belastungsgrenzen zu kommunizieren (Hillert 2012). Auch bei Koch et al. (2015) wird die Auffassung von Burnout als subjektives Störungsmodell behandelt. Die Beliebtheit dieses Begriffs wird hier damit erklärt, dass er den Betroffenen von eigenen Schuldzuschreibungen entlastet und eher die Fehlentwicklungen in der Arbeitswelt die Verantwortung für das Problem tragen. Das Burnout-Syndrom beschreibt, dass der Betroffene einmal „gebrannt“ hat, also besonders engagiert und leistungsbereit war. Nach Koch et al. (2015) kann durch diesen kausalen Fokus nach außen die therapeutische Arbeit eher erschwert werden.

Maslach (2001) benennt die Dimension Emotionale Erschöpfung als zentralen Burnoutaspekt. In der Studie von Pick und Leiter (1991) wird ebenfalls genau diese Dimension am meisten von der subjektiven Einschätzung der Probanden beeinflusst. Hier wurden die MBI-Ergebnisse von Krankenschwestern, die sich selber als ausgebrannt bezeichneten und Krankenschwestern, die angaben, sie könnten gut mit ihrer Arbeit umgehen, verglichen. Unterschiede zwischen den drei MBI-Skalen gab es nur bei den Werten von Emotionaler Erschöpfung. Die Skalen Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit ergaben in beiden Gruppen gleiche Werte. Somit scheint es, dass vor allem die Emotionale Erschöpfung eine große Rolle in der individuellen Selbsteinschätzung zu Burnout spielt.

1.1.1.6 Differentialdiagnosen von Burnout

Neben den Ansätzen Burnout auf Symptomebene oder als subjektives Krankheitsmodell zu definieren, gibt es auch viele Versuche, einer Definition von Burnout näherzukommen mit Hilfe der Hervorhebung von Unterschieden oder Gemeinsamkeiten zu/mit anderen Krankheitsbildern. Im Health Technology Assessment (HTA)-Bericht des DIMDI von Korczak et al. (2010) werden die Differentialdiagnosen von Burnout und die Frage nach der Abgrenzung von Burnout zu anderen Erkrankungen sehr detailliert aufgeführt. Dazu wurde eine Literaturanalyse durchgeführt, die zu dem Ergebnis kam, dass es kein standardisiertes, allgemeines und international gültiges Vorgehen gibt, Burnout sicher zu identifizieren. Einen Überblick über die Erkrankungen mit differentialdiagnostischer Bedeutung soll die folgende Tabelle, die inhaltlich daraus entnommen wurde, geben:

Tab. 1: Differentialdiagnosen von Burnout

Ursachen	Krankheiten/Störungen
Somatisch	Anämien, Eisenmangel, Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, COPD, Niereninsuffizienz, Borreliose, HIV, Tuberkulose Malignome, Lymphome, Leukämien Entzündliche Systemerkrankungen Degenerative Erkrankungen des ZNS Obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom Medikamentennebenwirkungen
Psychosomatisch/ Psychiatrisch	Chronic-Fatigue-Syndrom, Dysomnien Neurasthenie, Somatisierungsstörungen Depressive Störungen, Generalisierte Angsterkrankung Posttraumatische Belastungsstörung Essstörung, Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer)

Quelle: „Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms“ von Korczak et al. (2010)

Im Positionspaper der DGPPN (Berger et al. 2012) wird Burnout in einer Grafik als mögliche Vorstufe von Erkrankungen wie Depression, Angsterkrankungen, Medikamentenabhängigkeit, Hypertonie und Tinnitus, aber auch als mögliche Folge von verschiedenen somatischen und psychischen Erkrankungen (Multiple Sklerose, onkologische Erkrankungen, beginnende Demenz) dargestellt (siehe Abbildung 3):

- aus lizenzrechtlichen Gründen in dieser Version entfernt -

Abb. 3: Stufenschema Burnout

Quelle: DGPPN-Positionspaper zum Thema Burnout von Berger et al. (2012)

In dieser Darstellung ist auch der Übergang von akutem Stress durch Arbeitsüberforderung zu Burnout als Risiko-Zustand dargestellt. Zum Übergang von akutem zu krank machendem chronischen Stress kommt es durch andauernde Überforderung, durch das Fehlen von Regeneration in Form von erholsamem Schlaf, Aktivitätenaufbau und Abschalten in Form von gedanklicher Distanzierung (Geurts et al. 2006, Lehr et al. 2012) und/oder auch durch individuelle Stressverstärker wie Perfektionismus, Konfliktvermeidung und Angst vor Ablehnung (Hillert 2012).

Während Burnout hier als Zustand vor oder nach einer anderen Erkrankung dargestellt wird, belegte eine finnische Studie auch das häufig vorkommende gleichzeitige Auftreten von Burnout mit anderen Erkrankungen. Dies wurde anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe durch medizinische Untersuchungen der über 7400 Probanden

kombiniert mit einer umfangreichen Fragebogenerhebung erfasst. Dabei ergab sich ein Zusammenhang von hohen Scores im Maslach Burnout Inventar (MBI) mit muskuloskelettalen, kutanen und allergischen Erkrankungen (Honkonen et al. 2006). Im Rahmen derselben Bevölkerungsstichprobe erwiesen sich psychische und muskuloskelettale Erkrankungen als die häufigste Ursache für eine Erwerbsunfähigkeitsrente bei Personen mit starken Burnoutbeschwerden (Ahola et al. 2009).

Neben diesen assoziierten, großteils körperlichen, Erkrankungen, fällt die Ähnlichkeit hinsichtlich des Konzepts bzw. der Beschreibung der Burnoutsymptomatik zu psychischen Erkrankungen wie der Depression, der Neurasthenie oder dem multifaktoriellen Chronic Fatigue Syndrom besonders auf.

Auch die Neurasthenie wurde wie Burnout am Anfang als Folge emotionaler Überlastung beschrieben und mit dem Bild einer leeren Batterie verglichen (Hillert 2012). Sie findet sich im ICD-10-Katalog in der Kategorie „Andere neurotische Störungen“ unter „F48.0 Neurasthenie“. Dieses Krankheitsbild beschreibt eine vermehrte Ermüdbarkeit durch geistige oder körperliche Anstrengungen, was in einer abnehmenden Arbeitsleistung und Effektivität resultiert. Daneben kann es z.B. auch zu Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz, Reizbarkeit, Freudlosigkeit und Angst kommen.

Von der Neurasthenie kaum abgrenzbar ist das Chronic Fatigue Syndrom, das in der ICD-10 im Kapitel für neurologische Erkrankungen als „G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom“ aufgelistet wird. Es beschreibt auch einen Zustand der Erschöpfung, der über einen längeren Zeitraum anhält und zu einer Reduktion früherer Aktivitäten im beruflichen und privaten Bereich führt. Neben diesen Kriterien können auch Symptome wie Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Konzentrations- und Schlafstörungen und empfindliche Lymphknoten vorkommen.

Neben diesen zwei Krankheitsbildern, die beide Parallelen zum Burnouterleben aufweisen, wird vor allem die Abgrenzung zur Depression sehr oft behandelt.

1.1.1.7 Burnout und Depression

In Hansson et al. (2010) wurden an einer Stichprobe von 303 Patienten die Ursachenmodelle der Depression untersucht. Als häufigster Grund zeigte sich beruflicher Stress, gefolgt von Persönlichkeitsmerkmalen und der aktuellen Familiensituation.

In der bereits erwähnten Studie von Bahlmann et al. (2013), in der an einer großen Stichprobe die Einschätzung von Laien zu 3 Fallvignetten (depressive Episode, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit) getestet wurde, stieg während des Studienzeitraumes von 10 Jahren die Verwendung der Bezeichnung Burnout für eine Depression etwa um den Faktor 30 an: 2001 betraf das 0,3% der Befragten, 2011 bereits 10,2% (Bahlmann et al. 2013). Von vielen wird diese Gleichstellung von Burnout und Depression als gefährlich angesehen, da dadurch Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen droht (DGPPN 2012, Lieb 2012).

Zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Burnout und Depression gibt es viele Studien. Chiu et al. (2014) untersuchten eine Stichprobe von ambulanten Patienten mit der Diagnose einer depressiven Episode auf ihre Burnoutausprägung. Das Burnouterleben wurde dabei mit dem Copenhagen Burnout Inventory (CBI) gemessen. Die Ergebnisse zeigten ein hohes Ausmaß an Burnouterleben in der untersuchten depressiven Stichprobe sowie eine signifikante Korrelation des Burnouterlebens zur Ausprägung der depressiven Symptomatik, welche mit dem Quick Inventory for Depressive Symptomatology, Self-Rated (QIDS-SR) gemessen wurde.

Gil-Monte (2012) fand an einer Stichprobe von 700 Arbeitnehmern in einer sozialen Einrichtung empirische Bestätigung für ein Modell, nach dem Schuldgefühle als Mediator zwischen Burnouterleben und Depression fungieren. Emotionale Erschöpfung bzw. das Burnouterleben sind demnach verbunden mit Schuldgefühlen, die wiederum die Entwicklung einer klinischen Depression wahrscheinlicher machen.

Nicht nur „Schuldgefühle“, ein Kriterium für die Depressive Episode nach ICD-10, treffen auf Burnout zu, auch die Depressionskriterien „Antriebslosigkeit“ und „verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit“ haben Ähnlichkeit mit der Burnout-Dimension „reduzierte Leistungsfähigkeit“ aus dem 3-teiligen Burnout-Modell von Maslach und Jackson (1981). Diese Überschneidungen des häufig verwendeten 3-dimensionalen

Burnout-Modells von Maslach und Jackson (1981) mit den Depressionssymptomen sind wohl ein Grund dafür, warum die Abgrenzung von Burnout zur Depression so oft behandelt wird.

Genauso wie bei Burnout gibt es auch bei einer Major Depression einen Zusammenhang zu psychosozialen Arbeitsstress, wie von Bonde (2008) bestätigt. Hier wurden 16 Follow-up-Studien untersucht und es zeigte sich das übereinstimmende Ergebnis, dass ungünstige psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz das Auftreten von depressiven Symptomen oder einer Major Depression unterstützen (Bonde 2008).

In Rau et al. (2010) wurde der Zusammenhang zwischen Major Depression und dem Anforderungs-Kontroll-Modell unter Berücksichtigung einer Kontrollgruppe näher geprüft. Die Annahme des Anforderungs-Kontroll-Modells ist, dass vor allem Arbeitsplätze mit hohen Anforderungen an den Angestellten, aber wenig Kontrolle, also wenig Entscheidungsfreiheit, besonders gesundheitsschädigend sind. Die Major Depression wurde in dieser Studie anhand des strukturierten klinischen Interviews DIA-X-Munich Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-CIDI) getestet, das auf den DSM-IV Diagnosekriterien basiert. Es wurde eine objektive (TDS: Task Diagnosis Survey) und eine subjektive (FIT: Fragebogen zum Erleben von Intensität und Tätigkeitsspielraum in der Arbeit) Messung des Anforderungs-Kontroll-Verhältnisses durchgeführt. Dabei bestätigte sich, dass hohe Anforderungen am Arbeitsplatz mit einer Major Depression assoziiert sind. Für die Kontrolle konnte jedoch kein Zusammenhang zu einer Major Depression festgestellt werden (Rau et al. 2010).

Auch die 3 Burnoutdimensionen (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit) hängen mit hohen Anforderungen nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell zusammen (Lee et al. 1996).

Nach Ahola et al. (2005) überschneiden sich die Konzepte von Burnout und Depression. Fast die Hälfte der Probanden mit schwerer Burnout-Belastung litt auch an einer depressiven Störung nach den DSM-IV-Kriterien. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass vor allem „schweres Burnout“, also sehr hohe Scores im Maslach Burnout Inventar (MBI), mit depressiven Störungen assoziiert ist. Zum gleichen Ergebnis kamen auch Nil et al. (2010). Nach Iacovides et al. (1999) haben besonders junge Menschen, die an Burnout

leiden, sehr häufig gleichzeitig eine milde Depression. In Haberthür et al. (2009) wurden Patienten mit hohen Scores im MBI nach einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt untersucht, wobei sich zeigte, dass immerhin 80% davon gleichzeitig die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten.

Dass jedoch nicht jeder Proband mit Burnout auch eine depressive Symptomatik aufweist, bestätigt, dass Burnout und Depression zwar verwandt sind, aber nicht identisch (Ahola et al. 2005).

1.1.2 Messung von Burnout

1.1.2.1 Fragebogen-Instrumente

Die verschiedenen Burnout-Fragebogen-Instrumente erfassen vermutlich unterschiedliche Konstrukte, da es keine einheitliche, klar operationalisierte Definition von Burnout gibt.

Das in empirischen Untersuchungen am häufigsten verwendete und bislang theoretisch am besten fundierte Erhebungsinstrument ist das MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach 1981). Dieses Instrument bezieht sich auf eine Definition von Burnout, die folgende Dimensionen erfasst (Maslach 1982): emotionale Erschöpfung, Depersonalisation in der Klienten-Beziehung und selbstempfundene reduzierte Leistungsfähigkeit. Während der ursprüngliche MBI-HSS (MBI – Health Services Survey) auf Menschen in medizinischen und Sozialberufen abzielte, wurde später noch eine weitere Version für Personen im pädagogischen Bereich entwickelt – der MBI-ES (MBI – Educators Survey).

Schlussendlich kam dann noch eine dritte Version dazu – der MBI-GS (MBI – General Survey) – die auf alle Berufsgruppen angewandt werden kann. Die Gütekriterien dieses Instruments gelten als gut abgesichert (Maslach et al. 1986), für die Interpretation der Ergebnisse gibt es jedoch keine einheitliche Empfehlung. Es liegen keine klinisch validen Cut-off-Werte vor (Maslach 2014, persönliche Kommunikation). Während der Fragebogen bereits oft wie im MBI-Manual (Maslach et al. 1986) an normativen Stichproben getestet worden ist, wurde er unseres Wissens noch nie an einer klinischen stationären Stichprobe getestet. Es gibt aber Werte für eine holländische klinische Stichprobe mit ambulanten Patienten (Schaufeli & Van Dierendonck 1995). Hier wurde der MBI an 142 Patienten

eines psychotherapeutischen Behandlungszentrums eingesetzt, welche aufgrund von arbeitsbezogenen psychischen Problemen behandelt wurden. Zu den Ausschlusskriterien zählten Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Die Ergebnisse der Stichprobe wurden wie im MBI-Manual (Maslach et al. 1986) in drei Abschnitte zu jeweils 33,3% aufgespalten. So wurden drei Schweregrade (wenig, mittel, stark ausgebrannt) dieser klinischen, ambulanten Stichprobe gebildet, siehe nachfolgende Tabelle:

Tab. 2: MBI-Subskalen

Cut-off Werte:	MBI-Subskalen		
	Emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	Reduzierte Leistungsfähigkeit
stark	≥ 34	≥ 12	≤ 25
mittel	26 - 33	6 - 11	26 - 28
wenig	≤ 25	≤ 5	≥ 29

Quelle: Schaufeli & Van Dierendonck (1995)

Neben dem MBI wird auch öfters der TM – Tedium Measure – die Überdrussskala (Schaufeli et al. 1998) verwendet. In dieser Skala geht es um das Gefühl, sich abzarbeiten.

Ein weiterer Fragebogen, der Burnout auf eine andere Weise zu messen versucht, ist der AVEM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt et al. 2008). Diese Skala testet die individuellen Bewältigungsmuster, die der Proband anwendet, um mit beruflichem Stress umzugehen. Hier gibt es u.a. einen B-Typ (Burnout), welcher aber nicht als Diagnose gedacht ist, sondern nur eine Beschreibung darstellt.

1.1.2.2 Biomarker für Burnout

Neben dem Versuch ein geeignetes Fragebogeninstrument zur Erfassung von Burnout zu entwickeln, wurde auch nach Biomarkern gesucht, die einen Zusammenhang zu Burnout haben. Im Review von Danhof-Pont et al. (2011) wurden Studien zusammengefasst, die

verschiedene Biomarker der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, des vegetativen Nervensystems, des Immunsystems, des Metabolismus, des antioxidativen Abwehrsystems, der Hormone und des Schlafs auf eine Burnoutkorrelation untersuchten. Man fand aber keinen potentiellen Biomarker für Burnout.

Mommersteeg et al. (2006) untersuchten, ob es eine Blutspiegeländerung des Stresshormons Cortisol durch kognitive Verhaltenstherapie bei Burnoutbetroffenen gibt. Die Verbesserung des Burnouts wurde dabei mit dem Sinken des Scorewerts des MBI-GS in Beziehung gebracht. Gemessen wurde vor der Therapie, nach der Therapie und etwa ein halbes Jahr nach der Therapie. Die Ergebnisse der 3 Burnout-Dimensionen des MBI verbesserten sich durch die Therapie, der Cortisolspiegel veränderte sich jedoch nicht über den Zeitraum der Messungen.

Somit gibt es momentan weder ein valides Fragebogeninstrument zur Burnoutmessung, noch einen richtungsweisenden biologischen Marker.

1.1.3 Behandlung von Burnout

Auch zur Burnout-Behandlung und zur Prävention gibt es unterschiedliche Ansätze, die in Studien auf ihre Wirkung untersucht werden.

1.1.3.1 Interventionen

Naheliegenderweise würde man bei einer durch Arbeitsbelastung entstandenen und stressinduzierten Problematik im ersten Moment wahrscheinlich an Erholung als erfolgversprechende Intervention denken. De Bloom et al. (2010) prüften genau diese Annahme und mussten feststellen, dass sich während des Urlaubs zwar die Dimensionen Gesundheitsstatus, Stimmung, Anspannung, Energie und Zufriedenheit verbesserten, aber schon nach einer Woche zurück bei der Arbeit wieder zu ihrem Ursprungslevel zurückkehrten.

Dass neben der Erholungskomponente auch andere Ansatzpunkte, wie vor allem Reduktion von Perfektionismus und Akzeptanz der begrenzten eigenen Möglichkeiten, sehr wichtig sind, schreibt auch Hillert (2012).

Bei der bereits beschriebenen Umfrage von 300 Psychiatern von Hamann et al. (2013) gaben die befragten Psychiater an, dass sie Psychotherapie und Interventionen am Arbeitsplatz als Therapie für Burnoutpatienten am sinnvollsten finden.

Hillert fasst in seinem Artikel zum Thema „Wie wird Burn-out behandelt?“ (2012) das vielfältige Therapieangebot für Burnout zusammen. Neben speziellen Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie, die auf Achtsamkeit, Aktivitätsaufbau, positive Erlebnisse und kognitive Umstrukturierung abzielen, gibt es unzählige Angebote aus allen möglichen Fachgebieten, auch fernab vom Gesundheitssystem. Durch die unscharfen Grenzen des Begriffs Burnout sind die Methoden und Inhalte der angebotenen Burnouttherapien schlussendlich beliebig und dadurch leider oft ohne evidenzbasierte Grundlage.

Hillert sieht eine Gefahr darin, dass viele dieser Angebote nicht von in diesem Fachgebiet ausgebildeten Personen kommen und somit womöglich manifeste psychiatrische Störungen übersehen und nicht richtig behandelt werden (Hillert 2012).

Neben den vielen verschiedenen neu entwickelten kognitiven Verhaltenstherapie-Programmen (de Vente et al. 2008, Gulliksson et al. 2011, Hanna et al. 2010, Limm et al. 2011, van der Klinik et al. 2003, Bernert et al. 2006), die entweder speziell auf Burnout oder allgemein auf beruflichen Stress oder arbeitsbedingte Depressionen abzielen, gibt es auch Studien zu Interventionsprogrammen basierend auf Interpersoneller Psychotherapie (Schramm et al. 2007) oder auf Collaborative Care (Vlasveld et al. 2013).

Maslach et al. (2008) empfehlen als Ziele für die Burnouttherapie die Gegenpole zu den 3 Burnoutdimensionen (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit), die sie zum Begriff Arbeitsengagement zusammenfassen:

- Tatkraft (anstelle von emotionaler Erschöpfung)
- Beteiligung (anstelle von Depersonalisation)
- Effizienz (anstelle von reduzierter Leistungsfähigkeit)

Im Review von Korczak et al. (2012) zum Thema Burnouttherapie konnten zusammenfassend nur vage Therapieempfehlungen formuliert werden. Die einzige Aussage, die aufgrund dieser Literaturanalyse sicher gemacht werden konnte, ist, dass die

kognitive Verhaltenstherapie einen positiven Effekt auf das Symptom emotionale Erschöpfung zeigt.

1.1.3.2 Prävention

Neben der Therapie des Burnout-Syndroms konzentriert man sich auch auf verschiedene Ansätze der Prävention.

Schon Freudenberg selbst (1974) machte einige Vorschläge zur Vermeidung von Burnout:

- Trainings- und Eingewöhnungsprogramm für neue Mitarbeiter
- Klärung der eigenen Ansprüche und Ziele: realistische vs. Unrealistische
- Gelegentliche Wechsel des Arbeitsbereiches
- Begrenzung der Arbeitsstunden: „Auszeit heißt Auszeit“
- Klare Urlaubsregelungen und Flexibilität bewahren:
Wer eine Auszeit braucht, soll sie bekommen!
- Pflege von Kollegialität
- Austausch mit Kollegen, um eigene Belastungen in Grenzen zu halten
- Workshops – Unterbrechung der Routine durch Weiterbildung
- Erhöhung der Zahl der Mitarbeiter
- Körperliche Fitness durch Training steigern

(Freudenberg 1974)

Iacovides et al. (2003) empfehlen für die Prävention von Burnoutzuständen die Förderung von Teamarbeit, das Wechseln der Arbeitspositionen und der Aufgabenbereiche, damit die Arbeit interessant bleibt. Zudem seien die frühe Erkennung von Depression und anderen Komorbiditäten entscheidend.

Im Positionspaper der DGPPN (2012) wird betont, dass die Burnout-Prävention nicht primär die Aufgabe des medizinischen Versorgungssystems ist, sondern eher die Krankenkassen, die Politik und das innerbetriebliche Gesundheitsmanagement dafür verantwortlich sind.

1.2 Depression

Depressive Störungen sind im Gegensatz zu Burnout psychische Störungen mit definierten, gut operationalisierten Diagnosekriterien. Sie zählen zu den affektiven Störungen und gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Laut Bundesgesundheitsurvey beträgt die Lebenszeitprävalenz für alle Formen einer Depression (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, Dysthymie) zusammengerechnet 17,1%. Die Punktprävalenz liegt bei ca. 5,6% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (Jacobi et al. 2004).

1.2.1 Depressive Episode

Die depressive Episode (ICD-10: F32.-) ist die häufigste Form der depressiven Störungen. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten depressiven Episode liegt bei 11,6%. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt 6,0% (Busch et al. 2013).

Bei den Diagnosekriterien der ICD-10 werden die Kriterien in Haupt- und Nebenkriterien unterteilt. Die Symptome müssen mindestens 2 Wochen über die meiste Zeit des Tages bestehen und mit einer klinisch relevanten Beeinträchtigung einhergehen. Bei starkem Schweregrad und raschem Auftreten der Symptome kann die Diagnose jedoch bereits nach weniger als 2 Wochen gerechtfertigt sein. Für die Diagnose müssen mindestens 2 Hauptsymptome und 2 Nebensymptome zutreffen.

Tab. 3: Depressive Episode nach ICD-10

Depressive Episode (F32.-) nach ICD-10:	
Hauptkriterien:	Nebenkriterien:
depressive Stimmung	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
Interessenverlust	Mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
Antriebslosigkeit	Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
	Negative und pessimistische Zukunftsperspektive
	Suizidgedanken oder Suizidhandlungen
	Schlafstörungen
	Verminderter Appetit

Quelle: ICD-10, Dilling et al. (1993)

Die Schwere der Depression wird durch die Anzahl der Symptome kategorisiert und zusätzlich über das eventuelle Vorkommen von psychotischen Symptomen. Hierunter fallen Wahnideen (meist hypochondrischer, nihilistischer oder Verarmungswahn), Halluzinationen (meist akustisch) und ein depressiver Stupor. Es werden 3 Schweregrade unterschieden:

- leichte depressive Episode (F32.0)
- mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- schwere depressive Episode:
 - ohne psychotische Symptome (F32.2)
 - mit psychotischen Symptomen (F32.3)

1.2.2 Rezidivierende depressive Störung

Die Haupt- und Zusatzkriterien der rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) entsprechen der einfachen depressiven Episode (F32.-) genauso wie die Schweregrade. Das zentrale Kriterium ist das Vorhandensein mindestens einer weiteren depressiven Episode in der Vorgeschichte und der Ausschluss von manischen Episoden mit übertriebener gehobener Stimmung und Überaktivität.

1.2.3 Suizidalität und Depression

Die Beachtung der Suizidalität im Umgang mit Depressiven besitzt höchsten Stellenwert. Das Suizidrisiko bei Depressiven ist ca. 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (Harris et al. 1997). In 90% aller Suizidfälle liegt eine psychische Erkrankung vor, die in 80% der Fälle zum Zeitpunkt des Todes unbehandelt ist. Von diesen durch psychische Erkrankungen bedingten Suizidfällen stellen depressive Störungen die häufigste Ursache dar (Cheng 1995, Lönnqvist et al. 1995, Lönnqvist 2000, Henriksson et al. 2001). Deshalb ist es wichtig, nicht nur im Rahmen der Erstdiagnostik, sondern auch wiederholt die Suizidalität des Patienten aktiv und empathisch abzufragen. Dabei soll der aktuelle Handlungsdruck eingeschätzt werden und bei akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin soll der Patient in eine geschützte psychiatrische Station überwiesen werden (S3-Leitlinie Unipolare Depression der DGPPN 2012).

1.2.4 Behandlung der Depression

Nach der aktuellen S3-Leitlinie Unipolare Depression der DGPPN (2012) gibt es je nach Symptomschwere, Erkrankungsverlauf und Patientenwunsch grundsätzlich 4 primäre Möglichkeiten eine Depression zu behandeln:

- Aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“)
- Pharmakotherapie
- Psychotherapie
- Kombinationstherapie (Pharmakotherapie und Psychotherapie)

Die Behandlung einer Depression lässt sich in Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe unterteilen. Die Ziele der Akuttherapie sind, den Leidensdruck des Patienten und die Symptome zu verringern sowie die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Auch wenn dadurch die Symptome dann weitgehend abgeklungen sind, soll eine Erhaltungstherapie weiter fortgeführt werden, da es sonst zu einem Rezidiv kommen kann. Eine Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe ist nicht bei allen Patienten erforderlich und hängt mit möglichen Restsymptomen, Einflussfaktoren, Bewältigungsressourcen und mit der Risikoeinschätzung zusammen. Besonders bei Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer chronischen Depression (depressive Episode länger als 2 Jahre ohne Besserung) wird dieses dritte Therapiestadium empfohlen (S3-Leitlinie Unipolare Depression der DGPPN 2012).

1.3 Modell der Gratifikationskrisen

1.3.1 Modell der beruflichen Gratifikationskrisen

Nach dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist (1996) liegt die Gefahr, durch Arbeit krank zu werden, in einem Ungleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung. Wird also übermäßig viel Engagement in die Arbeit gesteckt oder zu geringe Gegenleistung erbracht, z.B. in Form von zu wenig Anerkennung durch den Chef oder einem zu geringen Lohn, führt dies zu Frustration und die Arbeit wird als belastend empfunden. Das Gratifikationskrisenmodell prüft nicht nur, ob die Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz (extrinsischer Teil) nicht im Gleichgewicht stehen, sondern differenziert auch, ob auf Seiten des Beschäftigten eine zu hohe Verausgabungsneigung/Overcommitment (intrinsischer Teil) besteht.

Ein Zusammenhang zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und Depression wurde in einigen Studien bereits nachgewiesen. Bei Lehr et al. (2009) wurde dieser Zusammenhang an einer Stichprobe von Lehrern mit ambulant behandelter Depression im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe gezeigt. Bei Siegrist (2013) wurden die Ergebnisse von 7 prospektiven Studien zu dieser Korrelation zusammengefasst und zeigten eine Verdoppelung des relativen Risikos des Auftretens einer Depression bei einer bestehenden beruflichen Effort-Reward-Imbalance in einem mittleren Beobachtungszeitraum von 2,7 Jahren.

Auch die Kombination von beruflicher Effort-Reward-Imbalance und Burnouterleben im MBI wurde bereits an deutschen Stichproben untersucht, jedoch wieder spezifisch an bestimmten Berufsgruppen, wie an Krankenpflegern (Schulz et al. 2009) und an Lehrern (Unterbrink et al. 2007). Hier ergaben sich ebenso wie bei uns Korrelationen zwischen dem Burnouterleben und der beruflichen Effort-Reward-Imbalance und dem Overcommitment.

1.3.2 Modell der privaten Gratifikationskrisen

Eine Arbeitsgruppe aus Hannover (Sperlich et al. 2009) hat analog zum Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist ein Konzept adaptiert, welches im gleichen Sinne Gratifikationskrisen und Verausgabungsneigung bei nicht bezahlter Arbeit im Rahmen von Haushalt und Familie beschreibt. Bei diesem Modell sind die extrinsischen Faktoren die Anerkennung durch Kinder und Partner und die empfundene Belastung durch Haushalt und Erziehung. In Sperlich et al. (2012) wurde auch dieses Modell auf einen Zusammenhang mit Depressivität untersucht und es konnte eine Korrelation gezeigt werden.

2 Fragestellungen

Die Burnoutsymptomatik ist ein wichtiges aktuelles Thema. Dies zeigt sich unter anderem in der Verbreitung des Begriffs in Medien und Forschung und in der Zahl der Betroffenen, die dieses Thema für relevant halten. Burnout und Depression werden häufig miteinander assoziiert, der Zusammenhang wurde jedoch bis jetzt wenig systematisch und noch nicht an Depressionspatienten, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer Behandlung befanden, erforscht. Vor diesem Hintergrund entstanden die folgenden Fragestellungen, welche der näheren Untersuchung der Art der Verbindung dieser Konzepte dienen sollen:

- **Hauptfragestellung 1:**
Untersuchung des Ausmaßes von Burnouterleben bei stationär behandelten Patienten mit depressiver Störung

- **Hauptfragestellung 2:**
Identifizierung von Variablen, die mit Burnouterleben korrelieren
 - **Hypothese 2.1:**
Das Ausmaß von Burnout-Erleben und depressiver Symptombelastung korreliert positiv. Je größer die depressive Symptombelastung ist, desto größer ist das Burnout-Erleben.

 - **Hypothese 2.2:**
Depressive Patienten mit ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept weisen ein signifikant höheres Ungleichgewicht von beruflichem Engagement und beruflichem Belohnungserleben sowie eine signifikant höhere berufliche Verausgabungsbereitschaft auf als Patienten mit gering ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept.

- **Hypothese 2.3:**
Depressive Patienten mit ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept weisen ein signifikant höheres Ungleichgewicht von privatem Engagement und privatem Belohnungserleben und eine signifikant höhere private Verausgabungsbereitschaft auf als Patienten mit gering ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept.

- **Hypothese 2.4:**
Die Kombination eines beruflichen und privaten Ungleichgewichts von Engagement und Belohnung hängt mit dem signifikant höchsten Risiko von Burnout-Erleben zusammen.

- **Hypothese 2.5:**
Die Kombination eines beruflichen und privaten Ungleichgewichts von Engagement und Belohnung hängt mit der signifikant höchsten depressiven Symptombelastung zusammen.

- **Hauptfragestellung 3:**
Untersuchung der Wirksamkeit der stationären Therapie bei Patienten mit depressiver Störung mit hohem versus geringem Burnouterleben

3 Methoden

3.1 Studiendurchführung

In dieser Studie nahmen 100 Patienten teil, die stationär in der Schön Klinik Roseneck am Standort Prien am Chiemsee (Fachklinik für psychische & psychosomatische Erkrankungen) behandelt wurden. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von August 2013 bis April 2014.

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte nach dem Vorliegen der ICD-10-Diagnose einer mindestens mittelgradigen Depression (F32 - depressive Episode oder F33 - rezidivierende depressive Störung) als Hauptdiagnose oder komorbide Störung nach den klinischen Aufnahmediagnosen, wie sie in der Schön Klinik Roseneck gestellt wurden.

3.1.1 Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien der Studie waren folgende:

- Vorliegen einer Major Depression im M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (englische Originalversion: Sheehan et al. 1998; deutsche Version: Ackenheil et al. 1999)
- Alter über 18 Jahre
- Berufstätige Patienten

3.1.2 Ausschlusskriterien

Folgende psychische Störungen nach ICD-10 sowie klinisch relevante Parameter stellten Ausschlussdiagnosen dar:

- Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (F0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2)

- Manische Episode und bipolare affektive Störung (aktuell oder als Lebenszeitdiagnose) (F30, F31)
- Intelligenzminderung (F70)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
- Akute Suizidalität im MADRS-Item bzw. nach klinischem Eindruck der Behandler in der Schön Klinik Roseneck

Alle anderen Komorbiditäten wurden zur Erhöhung der Repräsentativität der Stichprobe zugelassen. Die Patienten, auf die diese Kriterien zutrafen, wurden innerhalb eines Zeitraums von maximal 3 Wochen nach Klinikaufnahme persönlich kontaktiert, soweit dies aus studienorganisatorischen Gründen möglich war. Nach einem kurzen Vorstellen des Inhalts und des Ziels der Studie, bekamen die Patienten, die bereit waren teilzunehmen, einen Aufklärungsbogen zu den Datenschutzbestimmungen. Die Patienten wurden mündlich und durch den Aufklärungsbogen auch darüber informiert, dass für sie kein direkter Nutzen aus der Studie gezogen werden kann. Bei Einwilligung in die Studienteilnahme unterschrieben die Patienten eine Einverständniserklärung. Sie bekamen ein Fragebogenset zum selbstständigen Ausfüllen, außerdem wurde ein halbstündiger Termin für ein klinisch-diagnostisches Interview, das M.I.N.I., vereinbart (Messzeitpunkt: T1). Anhand des M.I.N.I wurde überprüft, ob die Patienten aktuell, d.h. zum Zeitpunkt der Studiendurchführung, die Kriterien für eine Major Depression gemäß DSM-IV erfüllen. Ergänzt wurden die im Rahmen der Studie erhobenen Daten mit Daten aus der Routinediagnostik der Schön Klinik Roseneck. Darunter waren auch die beiden Selbstbeurteilungsinstrumente BDI-II und PHQ-D zur Erfassung der Depressivität sowie der Somatisierung und Ängstlichkeit. Diese zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung (Messzeitpunkt: T2) erhobenen Daten wurden aus der Routinediagnostik übernommen. Für das Studienprotokoll sowie die schriftliche Einverständniserklärung wurde das positive Votum der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer eingeholt.

3.2 Stichprobenbeschreibung

In die Auswertung konnten nur die Datensätze derjenigen Patienten mit eingeschlossen werden, von denen die unterschriebene Einverständniserklärung, das Interviewergebnis und das ausgefüllte Fragebogenset vorhanden waren. Für 100 Patienten waren diese Bedingungen erfüllt (siehe Flowchart):

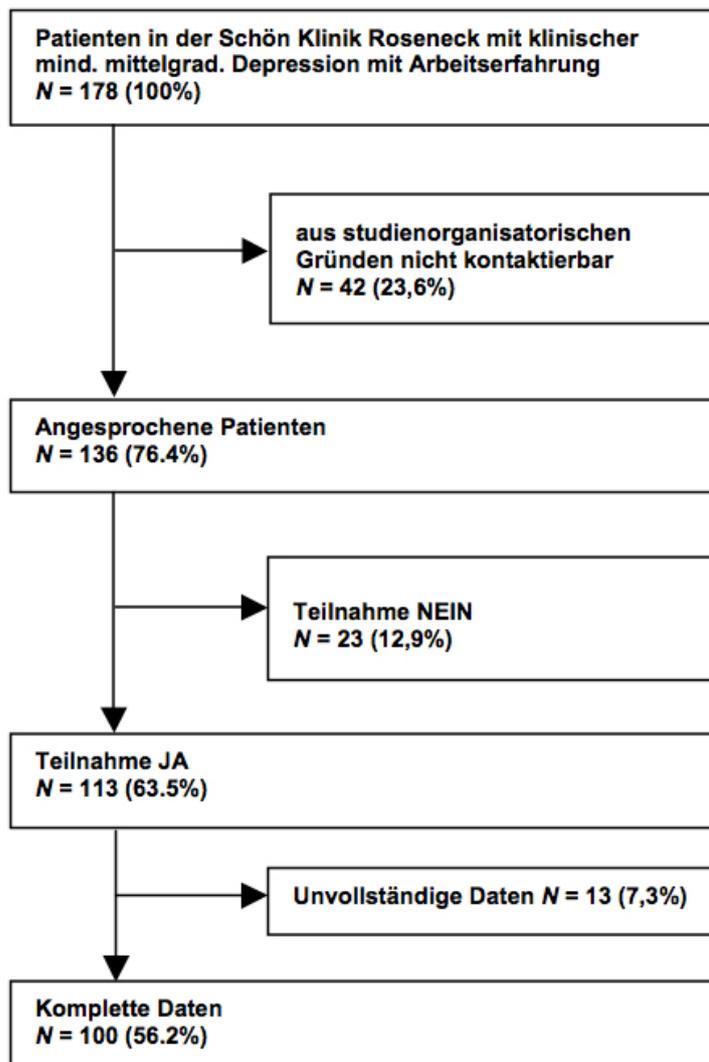


Abb. 4: Flowchart über die Stichprobenzusammensetzung
Quelle: Eigene Darstellung

3.2.1 Soziodemographische Daten

Die Stichprobe umfasste 48 Frauen und 52 Männer. Das Alter der Patienten lag zwischen 19 und 65 Jahren, der Median betrug 50,0 Jahre, der Mittelwert 48,3 Jahre bei einer Standardabweichung von 9,7 Jahren. Die Patienten hatten eine mittlere Verweildauer in der Klinik von 55 Tagen (*Minimum* = 8 Tage; *Maximum* = 126 Tage; *SD* = 20,6). Die Erhebung der Studiendaten erfolgte im Mittel 19 Tage nach der Aufnahme der Patienten (*Minimum* = 1 Tag; *Maximum* = 67 Tage; *SD* = 16,0). Insgesamt 52 Datensätze konnten innerhalb von 14 Tagen nach Klinikaufnahme erhoben werden. 57,2% (*N* = 82) gaben an, Kinder zu haben, von diesen hatte jeder durchschnittlich 1,9 Kinder je im Alter von durchschnittlich 20,2 Jahren.

3.2.2 Klinische Daten: Depressivität

Aufgrund der Zuweisungskriterien hatten alle an der Studie teilnehmenden Patienten eine von den Behandlern in der Schön Klinik Roseneck diagnostizierte depressive Episode. Von den Patienten mit vollständigen Angaben in der Basisdokumentation der Schön Klinik Roseneck litten etwa zwei Drittel an einer rezidivierenden depressiven Störung. Zwei Drittel litten zu der depressiven Episode noch an einer komorbiden Störung, etwa die Hälfte davon waren zusätzliche psychische Störungen (F-Störungen).

Im Nachfolgenden wird die Ausprägung der Depressivität der Stichprobe mit Hilfe des Fremdbeurteilungsinstruments MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) näher beschrieben. Weiterhin sind die Depressionswerte für die beiden Selbstbeurteilungsinstrumente BDI-II und das Depressionsmodul aus dem PHQ-D genauer dargestellt, die bei Aufnahme und Entlassung im Rahmen der Basisdiagnostik in der Schön Klinik erhoben worden sind.

- **Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)**

Der Mittelwert der Stichprobe in der MADRS betrug 30,2, was nach den Cutoff-Werten nach Snaith et al. (1986) einer mittelgradigen depressiven Episode (20-34) entspricht. Die Stichprobe wies für das Symptom „Innere Gespanntheit“ ($M = 4,1$; $SD = 1,5$) durchschnittlich die stärkste Ausprägung auf, für das Symptom „Verringerter Appetit“ ($M = 0,8$; $SD = 1,5$) die geringste.

- **BDI-II (Beck-Depressions-Inventar) und PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten)**

Zum Zeitpunkt der Aufnahme zeigte die Stichprobe im BDI-II einen Mittelwert von 27,7 ($SD = 9,6$). Das entspricht nach der Einteilung von Beck et al. (1996) einer mittelgradigen depressiven Episode. Der Mittelwert der Stichprobe im BDI-II lag zum Entlasszeitpunkt ($N = 94$) bei 10,9 ($SD = 10,1$). Im Depressionsmodul des PHQ-D erreichte die Stichprobe mit einem Mittelwert von 13,7 ($SD = 5,2$) zum Aufnahmezeitpunkt eine ebenfalls mittlere Ausprägung (10-14) nach der Einteilung von Kroenke et al. (2002). Der Mittelwert der Stichprobe im PHQ lag zum Entlasszeitpunkt ($N = 81$) bei 6,5 ($SD = 5,2$).

3.2.3 Klinische Daten: Strukturiertes Klinisches Interview

Alle 100 Patienten erfüllten gemäß Einschlusskriterium die Diagnosekriterien einer Major Depression im Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Die häufigsten Komorbiditäten betrafen den Bereich der Angststörungen: 39 Patienten wiesen eine generalisierte Angststörung auf, 15 eine Panikstörung, 14 eine soziale Phobie und 10 eine Agoraphobie. Weiterhin erfüllten 9 Patienten die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, 3 für eine Zwangsstörung.

3.2.4 Klinische Daten: Weitere Stichprobencharakteristika

Der Mittelwert der Stichprobe in der Connor-Davidson-Resilienz-Skala betrug 2,1 ($Mdn = 2,1$; $SD = 4,0$). Bei der Unterskala zur physischen Gesundheit des WHO-QoL-BREF-Fragebogens zeigte die Stichprobe einen Mittelwert von 53,4 ($Mdn = 53,6$; $SD = 15,3$), in der Unterskala zur psychischen Gesundheit einen Mittelwert von 41,9

(*Mdn* = 41,7; *SD* = 17,2), in der Unterskala zum Umfeld einen Mittelwert von 74,8 (*Mdn* = 75,0; *SD* = 12,7) und in der Unterskala zu den sozialen Beziehungen einen Mittelwert von 50,9 (*Mdn* = 50,0; *SD* = 20,7). Die Ergebnisse der Stichprobe im Childhood-Trauma-Questionnaire befinden sich im Anhang (siehe Seite 94).

3.2.5 Absentismus, Präsentismus und Subjektive Erwerbsprognose

82% der Stichprobe waren zum Zeitpunkt der Erhebung krankgeschrieben, was erwartungsgemäß war, da die Erhebung während einer stationären Therapie erfolgte. Die restlichen 18% ergeben sich möglicherweise durch Arbeitslosigkeit. Zum Erhebungszeitpunkt war die Stichprobe durchschnittlich bereits 117,9 Tage (*SD* = 176,8) krankgeschrieben, wobei die Spanne mit einem Minimum von 4 Tagen bis zu einem Maximum von 1182 Tagen sehr weit gefächert war. Über die Hälfte der Probanden sehen ihre Erwerbsfähigkeit durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand als dauerhaft gefährdet an und immerhin 22% denken über eine Frühpensionierung nach. Die Angaben zu Präsentismus ergaben mit einem Mittelwert von 3,9 (*SD* = 1,0) eine deutliche Neigung der Stichprobe trotzdem zur Arbeit zu gehen, obwohl der Arzt sie sehr wahrscheinlich krankschreiben würde.

3.3 Untersuchungsinstrumente

Für diese Arbeit wurden folgende Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsinstrumente verwendet, die in dieser Tabelle dargestellt und nachfolgend beschrieben werden:

Tab. 4: Instrumente im Studienverlauf

Messzeitpunkte	T1 Aufnahme	T2 Entlassung
Fremdbeurteilung		
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	x	
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	x	
Selbstbeurteilung		
ERI (Effort-Reward-Imbalance) – Fragebogen zum Modell der beruflichen Gratifikationskrisen und Erfassung von Overcommitment	x	
Fragebogen zum Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie und Erfassung von Overcommitment	x	
OSAS (Occupational Self Appreciation Scale) – Berufliche Selbstwertschätzung	x	
Subjektive Erwerbsprognose	x	
AU-Zeiten, Präsentismus	x	
MBI (Maslach Burnout Inventar) und 2 Items zum subjektiven Burnouterleben	x	
WHOQoL-BREF (World-Health-Organization-Quality-of-Life-Fragebogen – Kurzversion)	x	
CD-RISC (Connor Davidson Resilienz Skala)	x	
CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)	x	
BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)	x	x
PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten)	x	x

3.3.1 Fremdbeurteilung

Im Folgenden werden die zwei Interviewinstrumente genauer beschrieben, welche für die Studie verwendet wurden:

3.3.1.1 M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Das M.I.N.I. (englische Originalversion: Sheehan et al. 1998; deutsche Version: Ackenheil et al. 1999) ist ein kurzes strukturiertes klinisch-diagnostisches Interview und ermöglicht durch spezifische Fragen die Erfassung der Kriterien für einige der häufigsten psychischen Erkrankungen.

Anhand des M.I.N.I. wurde überprüft, ob zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses die Kriterien für eine Episode einer Major Depression erfüllt waren. Weiterhin wurden eventuell vorhandene komorbide Störungen erfasst.

Das Interview dauert etwa 15–20 Minuten, variiert aber abhängig von der Komplexität der Störung und testet auf der Grundlage von DSM-IV und ICD-10 auf folgende Diagnosen:

Tab. 5: M.I.N.I.-Module:

Episode einer Major Depression	<i>aktuell</i>
Dysthymie	<i>aktuell</i>
Suizidalität	<i>aktuell</i>
(Hypo-)Manische Episode	<i>aktuell</i>
Panikstörung	<i>aktuell + Lifetime</i>
Agoraphobie	<i>aktuell</i>
Soziale Phobie (soziale Angststörung)	<i>aktuell</i>
Zwangsstörung	<i>aktuell</i>
Posttraumatische Belastungsstörung	<i>aktuell</i>
Alkoholabhängigkeit/Missbrauch	<i>aktuell</i>
Drogenabhängigkeit/Missbrauch	<i>aktuell</i>
Psychotische Störungen	<i>aktuell + Lifetime</i>
Anorexia Nervosa	<i>aktuell</i>
Bulimia Nervosa	<i>aktuell</i>
Generalisierte Angststörung	<i>aktuell</i>
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	<i>Lifetime</i>

Quelle: Sheehan et al. (1998)

Für diese Arbeit wurden die Module Dysthymie, Suizidalität und antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht durchgeführt. Die ICD-10 Kriterien der Diagnose Dysthymie beinhalten unter anderem den Ausschluss des Schweregrades einer depressiven Störung. Aus diesem Grund wurde auf dieses Modul verzichtet, da die aktuelle depressive Episode ein Einschlusskriterium dieser Arbeit ist. Die Suizidalität wurde auch übersprungen, da auf diesen Punkt schon genauer in der erhobenen Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (siehe unten) eingegangen wird und dies für das Thema dieser Arbeit bereits ausreichend war.

Die Fragen zur antisozialen Persönlichkeitsstörung wurden aufgrund der fehlenden Relevanz für die Fragestellung dieser Studie vernachlässigt.

Das Interview besteht aus vorformulierten Fragen und den Antwortmöglichkeiten JA und NEIN. Jeder Diagnoseteil beginnt mit Screeningfragen zu den Hauptkriterien und bietet eine Sprungmöglichkeit an, falls die Symptome beim Patienten überhaupt nicht zutreffen. Wenn die Hauptkriterien erfüllt sind, wird durch weitere Fragen geprüft, ob genügend Nebenkriterien vorliegen, um eine aktuelle Diagnose zu stellen.

In der Studie von Sheehan et al. (Sheehan, Lecrubier et al. 1998) wurden die Validität und Reliabilität des M.I.N.I. mit den anerkannten Diagnoseinterviews SCID-P (Structured Clinic Interview for DSM-III-Patient Version) und CIDI (Composite International Diagnostic Interview) überprüft und erzielten gute Ergebnisse. Das M.I.N.I.-Modul Depression zeigte gute Kappa-Werte von 0,84 im Vergleich mit dem SCID-P und von 0,73 im Vergleich mit dem CIDI. Auch die Sensitivität (Vergleich SCID-P = 0,96; Vergleich CIDI = 0,94) und die Spezifität (Vergleich SCID-P = 0,88; Vergleich CIDI = 0,79) waren gut.

Die Ergebnisse waren auch die anderen Module betreffend durchwegs sehr positiv und legen nahe, dass es dem M.I.N.I. gelingt, die Diagnosekriterien der Module valide und reliabel zu testen. Die Interrater-Reliabilität erreichte Werte über 0,75 und die Mehrheit der Module (70%) sogar über 0,90. Die Werte für die Retest-Reliabilität nach einem Intervall von 2 Tagen waren in 61% der Module über 0,75 und nur ein Modul (aktuelle Manische Episode) war unter 0,45. Somit ist sowohl die Interrater-Reliabilität, als auch die Retest-Reliabilität sehr gut.

3.3.1.2 MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)

Die MADRS (englische Originalversion: Montgomery et al. 1979, deutsche Version: Schmidtke et al. 1988) ist eine Fremdbeurteilungsskala, die dazu dient, die Schwere der Depression zu definieren. Zudem ist diese Skala auch dazu geeignet im Verlauf eine Änderung der Schwere der Erkrankung festzustellen.

Folgende 10 Symptombereiche der Depression sind dabei einzustufen: sichtbare Traurigkeit, berichtete Traurigkeit, innere Spannung, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Trägheit, Gefühllosigkeit/Interesseverlust, pessimistische Gedanken und Selbstmordgedanken.

Die verschiedenen Items werden in 6 Stufen skaliert, wobei 0 die geringste Ausprägung und 6 die stärkste Ausprägung darstellt. Am Ende ergibt sich dann durch Addition ein Wert.

Snaith et al. (1986) gab dazu folgende Cut-off-Werte an:

- 0–6: Keine Depression
- 7–19: Leichte depressive Episode
- 20–34: Mittelgradige depressive Episode
- 35–60: Schwere depressive Episode

Laut Montgomery et al. (1979) ist die Interrater-Reliabilität der englischen Originalversion hoch. Verglichen mit der anerkannten HAMD (Hamilton Depression Scale) korrelierten die Ergebnisse der MADRS signifikant. Die Sensitivität für Veränderung des Schweregrades war sogar höher bei der MADRS.

Auch für die deutsche Version konnten Validität und Reliabilität bestätigt werden (Schmidtke et al. 1988).

3.3.2 Selbstbeurteilung

Das zusammengestellte Fragebogenset, das für die Erhebung verwendet wurde, setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

3.3.2.1 *ERI (Effort-Reward-Imbalance) – Fragebogen zum Modell der beruflichen Gratifikationskrisen und Erfassung von Overcommitment*

Der Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen (deutsche Originalversion: Rödel und Siegrist et al. 2004) misst, ob das Engagement, das man bei der Arbeit aufbringt, mit dem Ertrag im Gleichgewicht steht: Wie viel steckt der Betroffene in die Arbeit hinein und wie viel bekommt er dafür subjektiv wieder heraus?

Als Ertrag zählen dabei Anerkennung, Aufstiegsmöglichkeiten, Gehalt und Sicherheit am Arbeitsplatz.

Es gibt eine lange und eine kurze Version des Fragebogens. Hier wurde die lange Version mit den 23 Items verwendet: 6 Items messen die berufliche Verausgabung, 11 Items die erwartete und erfahrene Belohnung und 6 Items das Overcommitment (Verausgabungsbereitschaft).

Zum einen kann bei jedem Item zugestimmt werden oder nicht, zum anderen muss bei einem Zutreffen auch die Höhe der Belastung durch 4 Schweregrade definiert werden. Somit können hier bis zu 5 Punkte erreicht werden. Je nachdem, ob die Frage auf die Verausgabung oder auf die Belohnung abzielt, bedeuten die vollen 5 Punkte eine hohe Ausprägung des gemessenen Bereichs. Folglich kann am Ende eine Division der Verausgabung durch die Belohnung gebildet werden. Je größer dieser Wert ausfällt, desto stärker ist die krankmachende Imbalance.

Die letzten 6 Items zum Overcommitment (Verausgabungsbereitschaft) bieten in der hier verwendeten Kurzversion jeweils 4 unterschiedliche Antwortmöglichkeiten. Somit kann maximal ein Wert von 24 erreicht werden. Diese Kurzversion wurde aus einer 29 Items umfassenden ursprünglichen Version heraus entwickelt, indem die 6 Items mit den besten psychometrischen Eigenschaften ausgewählt wurden (Rödel und Siegrist et al. 2004).

Lehr et al. (2010) empfehlen die Cut-off-Werte $>0,715$ für das Verhältnis Verausgabung/Belohnung und >16 für eine erhöhte Verausgabungsbereitschaft. In einer vergleichenden Arbeit von Siegrist et al. (2004) wurden aus den Daten aus 5 Ländern (Deutschland, Belgien, Frankreich, Schweden, Großbritannien) die psychometrischen Eigenschaften des ERI-Modells zusammengefasst. Cronbach's α betrug für die Skala Verausgabung Werte von $0,61-0,78$, die Skala Belohnung Werte von $0,70-0,88$ und die Skala Overcommitment Werte von $0,64-0,82$. Es zeigte sich eine Übereinstimmung der Cut-off-Werte des Verhältnisses Verausgabung/Belohnung (>1) und der Overcommitment-Skala (oberes Drittel der Scores) mit der selbsteingeschätzten Gesundheit der Probanden.

3.3.2.2 Fragebogen zum Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie und Erfassung von Overcommitment

Mit dem Fragebogen zum Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie und Erfassung von Overcommitment (deutsche Originalversion: Sperlich et al. 2012) wird – im gleichen Sinne wie mit dem ERI-Fragebogen im beruflichen Bereich – nach einem möglichen Ungleichgewicht von Beitrag und Belohnung im privaten Bereich der Patienten gesucht.

Die 23 Items untersuchen analog zum ERI-Fragebogen, ob eine erhöhte Verausgabungsbereitschaft/Overcommitment vorliegt, wie hoch die Belastung der Haus- und Familienarbeit ist und wie viel Wertschätzung von den Kindern und vom Partner zurückkommt. Auch die Bewertung erfolgt gleich wie beim ERI-Fragebogen nach Rödel et al. (2004).

Das Instrument wurde bisher nur bei Müttern auf seine psychometrischen Eigenschaften getestet und erreichte da ein befriedigendes Ergebnis.

Die interne Konsistenz der Verausgabungs-Belohnungs-Skala war befriedigend mit einer Spanne von Cronbach's α Werten von $0,69$ zu $0,92$. Die Overcommitment-Skala zeigte eine hohe interne Konsistenz mit einem Wert von Cronbach's α von $0,81$ (Sperlich et al. 2012).

3.3.2.3 OSAS (Occupational Self Appreciation Scale) – Skala zur beruflichen Selbstwertschätzung

Die Skala zur beruflichen Selbstwertschätzung von Lehr (2007) wurde mit den Änderungen und Ergänzungen von Bauernschmitt (2011) verwendet. Die Originalfassung von Lehr (2007) zielt auf die Befragung von Lehrern ab. Durch die Überarbeitung von Bauernschmitt (2011) ist die Skala nun auch für eine Befragung in allen anderen Berufsfeldern geeignet und somit ideal für diese Studie.

Die Skala misst, wie positiv der Befragte selbst seine beruflichen Leistungen einschätzt. Mit einem Ranking von „gar nicht“ bis „voll“ wird die Bewertung von positiven beruflichen Erlebnissen vom Patienten abgefragt. Die Quellen für die Originalversion von Lehr (2007) waren Interviews mit Lehrern und die Skala „Selbstbelohnung“ des Selbstmanagementinventars von Staufenbiel (2002).

Die Testung der Originalskala auf Validität und Reliabilität kam zu guten Ergebnissen. Die Zuverlässigkeit der Messung wurde belegt (Konstruktreliabilität $H = 0,83$; Cronbach's $\alpha = 0,82$).

Die Ergebnisse beim Vergleich mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) weisen auf Validität der Skala hin (Korrelation mit der Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K): $r = -0,22, p < 0,001$; Korrelation mit einer klinisch relevanter Symptomatik $ADS \geq 18$: $r = -0,16, p < 0,001$) (Lehr 2007).

Auch nach den Änderungen von Bauernschmitt blieb die Reliabilität mit einem α von 0,94 hoch (Bauernschmitt 2011).

3.3.2.4 Subjektive Erwerbsprognose

Die 3 Items der Skala zur Subjektiven Erwerbsprognose (deutsche Originalversion: Mittag et al. 2003) erfragen beim Patienten, wie er die Entwicklung seiner beruflichen Zukunft einschätzt.

Die Ergebnisse einer Stichprobe von 4279 Probanden zeigten, dass sich die 3 Items sehr gut eignen, die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit krankheitsübergreifend zu erfassen. Durch Vergleiche mit anderen Messinstrumenten der beruflichen Leistungsfähigkeit,

körperlichen Funktionskapazität, dem psychischen Zustand und Begleit- und Vorerkrankungen konnte die Konstruktvalidität bestätigt werden. Mittels Guttman-Skalierung wurde auch die interne Konsistenz der Skala bestätigt (Mittag et al. 2003).

3.3.2.5 AU-Zeiten, Präsentismus

Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Präsentismus – die Tage, an denen die Patienten trotz Krankheit zur Arbeit gingen – wurden mit Hilfe von Items erhoben, die z.B. auch schon von Koch et al. 2007 verwendet worden sind.

3.3.2.6 MBI (Maslach Burnout Inventar) und 2 Items zum subjektiven Burnouterleben

Als zentrales Instrument zur Untersuchung von Burnout wurde der Maslach Burnout Inventar (englische Originalversion: (1st ed.) Maslach C. et al. 1981, deutsche Version: Enzmann und Kleiber 1989) verwendet. Er ist der am häufigsten verwendete Fragebogen zur Erfassung von Burnout. Mit den drei Komponenten Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit werden die wesentlichen Aspekte des Burnouterlebens abgefragt.

Den MBI gibt es in 3 Versionen – einen speziell für Beschäftigte im sozialen/medizinischen Bereich, einen für Personen in Lehrberufen und einen allgemeinen Fragebogen für alle Berufsfelder. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit mit anderen Studien wurde in dieser Arbeit der ursprüngliche, erstgenannte MBI eingesetzt, da dieser am häufigsten in Studien verwendet worden ist. Der allgemeine MBI-GS hat bisher nur wenig Verbreitung gefunden, so dass bislang wenige Untersuchungen und Ergebnisse hierzu vorliegen (Hillert und Marwitz 2006).

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 22 Items: 9 Items messen die Emotionale Erschöpfung, 5 die Depersonalisation und 8 die reduzierte Leistungsfähigkeit. Im MBI-Manual in der dritten Auflage von Maslach et al. (1996) werden die 3 Dimensionen getrennt betrachtet und die zu erreichenden Maximalwerte gedrittelt und dann jeweils als „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ beschrieben. Brenninkmeijer et al. (2003)

definierten dazu noch eine Diagnoseregeln, welche besagt, dass ein Patient klinisch an Burnout leidet, wenn er hohe Werte in der Dimension Emotionale Erschöpfung aufweist kombiniert mit einem weiteren hohen Wert in einer der beiden anderen Dimensionen. In Ahola et al. (2007) wird jedoch ein Burnoutwert des MBI-GS gebildet. Dabei wird der Summenwert der Emotionalen Erschöpfung mit 0,4 multipliziert und der Summenwert der Depersonalisation und der reduzierten Leistungsfähigkeit mit 0,3. Nachdem dann durch Addition ein Gesamtscore gebildet wird, wird der Wert eingeteilt in kein Burnout (0–1,49), leichtes Burnout (1,5–3,49) und schweres Burnout (3,5–6).

Maslach selbst beschreibt die drei Dimensionen als stark miteinander korrelierend und benennt die Emotionale Erschöpfung als zentrale Komponente von Burnout und als aussagekräftigste Dimension (Maslach 2001).

Bezüglich der Gütekriterien gilt die englische Version des Fragebogens als gut abgesichert (Maslach et al. 1986).

Bislang liegen keine klinisch validen Cut-off-Werte vor (Maslach 2014, persönliche Kommunikation). Gleichmaßen gibt es bislang kaum Referenzwerte für den Einsatz des MBI speziell in einer klinischen Stichprobe. Eine Ausnahme stellt die bereits erwähnte holländische Studie von Schaufeli & Van Dierendonck (1995) dar, die allerdings im ambulanten, klinischen Setting durchgeführt wurde.

Zusätzlich zu den 22 Standarditems des MBI wurden noch 2 Items zur Erfassung des subjektiven Burnouterlebens verwendet, die freundlicherweise von Prof. Dr. Andreas Hillert zur Verfügung gestellt wurden (u.a. verwendet in Hillert et al. 2012):

Tab. 6: Items zur Erfassung des subjektiven Burnouterlebens

Trifft ... zu:	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Ich fühle mich ausgebrannt.					
Ich leide unter einem Burnout-Syndrom.					

Quelle: Prof. Dr. Andreas Hillert, u.a. verwendet in Hillert et al. (2012)

3.3.2.7 WHOQoL-BREF (World-Health-Organization-Quality-of-Life – Kurzversion)

Mit der kurzen Version des World-Health-Organization-Quality-of-Life-Fragebogens (englische Originalversion: WHO 1998, deutsche Version: Angermeyer et al. 2000) wurde die momentan eingeschätzte Lebensqualität der Studienteilnehmer gemessen.

Die 26 Items testen auf folgende 4 Bereiche:

- Physische Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Soziale Beziehungen
- Umfeld

Bei den ersten 2 Items soll der Befragte die Zufriedenheit mit seiner Lebensqualität im Allgemeinen und mit seiner Gesundheit bewerten. Diese 2 Fragen werden bei der Auswertung separat beurteilt. Bei den restlichen Fragen wird jeweils für jeden Bereich der Mittelwert gebildet und dieser mit 4 multipliziert, damit das Ergebnis danach mit denen des WHOQoL-100 verglichen werden kann. Durch die Benutzung einer speziellen Formel kommt man dann auf ein Ergebnis zwischen 0 und 100.

Die diskriminative Validität der langen Version des WHOQoL – der WHOQoL-100 mit 100 Items – wurde für gut befunden, genauso war die interne Konsistenz (Cronbach's α für alle 4 Bereiche von 0,66 bis 0,84) gut und die Retest-Reliabilität (Pearson r von 0,68 bis 0,95) hoch, solange keine Interventionen oder lebensverändernden Ereignisse im Intervall stattfanden.

Verglichen mit dem WHOQoL-100 weist der WHOQoL-BREF genauso gute psychometrische Eigenschaften auf (WHO 1998).

3.3.2.8 CD-RISC (Connor Davidson Resilienz Skala)

Mit den 25 Items der Connor Davidson Resilienz Skala (englische Originalversion: Connor et al. 2003, deutsche Version: Krähenmann et al. 2006) wurde die Widerstandsfähigkeit der Studienteilnehmer untersucht. Der Fragebogen testet mit einer 5-stufigen Skala wie gut die Patienten mit schwierigen Situationen und stressvollen Umständen umgehen können.

Ursprünglich zielt der Fragebogen auf Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ab, er ist aber so allgemein formuliert, dass die Anwendung nicht auf Patienten mit diesem Krankheitsbild begrenzt ist.

Die originale englische Version des Fragebogens zeigte in der psychometrischen Testung eine gute interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha = 0,89$) und Retest-Reliabilität. Die Skala weist konvergente Validität im Vergleich mit anderen Messmethoden von Stress und Widerstandsfähigkeit (wie der Kobasa Hardiness Scale; Kobasa et al. 1979) auf.

3.3.2.9 CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)

Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire mit 31 Items (englische Originalversion Kurzform CTQ-SF mit 28 Items: Bernstein et al. 2003, deutsche Version mit 31 Items: Gast U. & Rodewald F. et al. 2001) wurde auch mit in das Fragebogenset aufgenommen.

Genauso wie die lange Originalversion des CTQ, bestehend aus 70 Items (englische Originalversion: Bernstein et al. 1993, deutsche Version: Wulff 2006), misst die kurze deutsche Version, 5 Ebenen traumatischer Kindheitserfahrungen:

- Emotionale Misshandlung
- Körperliche Misshandlung
- Emotionale Vernachlässigung
- Körperliche Vernachlässigung
- Sexueller Missbrauch

Zu jeder dieser Ebenen gibt es 5 zugeordnete Fragen. Zusätzlich zu diesen bislang 25 Items gibt es auch noch 3 Items zu Inkonsistenzernahrung und 3 Items zur Aufdeckung von Bagatellisierung/Verleumdung.

Jede Frage bietet 5 Antwortmöglichkeiten. 7 positiv formulierte Items von den 31 werden genau umgekehrt gezählt, also die 5 (sehr häufig) wird als 1 gezählt und die 1 (überhaupt nicht) wird als 5 gezählt. Die Items der Skala zur Aufdeckung von Bagatellisierung/Verleumdung werden auch speziell ausgewertet: die Werte 1, 2, 3 und 4

zählen als 0 Punkte und die 5 als 1 Punkt. So kann ein Gesamtscore gebildet werden und auch einzelne Scores der Subskalen (emotionale Misshandlung, körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung, sexueller Missbrauch) (Rodewald 2005).

Für die englische Kurzversion CTQ-SF gibt es zusätzlich noch für jede der Ebenen traumatischer Kindheitserfahrungen je nach Summenwert pro Ebene (Mindestwert: 5, Maximalwert: 25) die Einteilung des Missbrauchsgrades von „keinen (oder minimal)“ bis zu „schwer (bis extrem)“:

Tab. 7: Interpretationswerte des CTQ:

Art des Missbrauchs:	Grad des Missbrauchs:			
	keinen (oder nur minimal):	niedrig (bis mittelgradig):	mittelgradig (bis schwer):	schwer (bis extrem):
Emotionale Misshandlung:	5–8	9–12	13–15	≥ 16
Körperliche Misshandlung:	5–7	8–9	10–12	≥ 13
Emotionale Vernachlässigung:	5–9	10–14	15–17	≥ 18
Körperliche Vernachlässigung:	5–7	8–9	10–12	≥ 13
Sexueller Missbrauch:	5	6–7	8–12	≥ 13

Quelle: Bernstein et al. (1998)

Mit dem Childhood Trauma Interview (von Bernstein et al. 1994) wurden die Ergebnisse des Original-CTQ überprüft und zeigten Konvergenz.

Die Testung des CTQ-SF (Bernstein et al. 2003) ergab, dass die Kurzform grundlegend die gleichen Ergebnisse lieferte wie die Langform und auch die deutsche Kurzversion des CTQ stellt ein reliables und valides Instrument dar (Klinitzke et al. 2012).

3.3.2.10 *BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)*

Mit den 21 Fragen des revidierten Beck Depressionsinventars (BDI-II) (englische Originalversion: Beck et al. 1996, deutsche Version: Hautzinger et al. 2006) wird die Schwere der Depression bestimmt. Dieses Fragebogeninstrument zielt auf Patienten ab 13 Jahren ab (Hautzinger et al. 2006).

Mit Hilfe von 4 Abstufungen (0–3 Punkte) können die Fragen bezogen auf die letzte Woche eingestuft werden. Nach Beck et al. (1996) gilt der Patient bei einer Punkteanzahl von unter 14 Punkten als ohne bzw. als mit nur minimal ausgeprägten depressiven Symptomen. Erreicht ein Patient 14–19 Punkte weist dies auf eine mild ausgeprägte depressive Symptomatik hin. Für eine moderate depressive Symptomatik spricht eine Punkteanzahl von 20–28 und für eine schwere depressive Symptomatik sprechen Werte über 29 (bis zur Maximalpunktezah von 63). Auch Hautzinger et al. (2006) empfehlen diese Cut-off Werte.

Die deutsche Version des BDI-II wurde von Kühner et al. (2007) auf Validität und Reliabilität geprüft und wies gute psychometrische Kennwerte auf. Die Cronbach's α -Koeffizienten der internen Konsistenz liegen in allen Bereichen bei Werten von $\alpha \geq 0,84$. Die Retestreliabilität bei einem Intervall von 3 Wochen betrug $r = 0,78$ ($p < 0,001$) und bei einem Intervall von 5 Monaten $r = 0,78$ ($p < 0,001$). Die Inhaltsvalidität des BDI-II kann als gegeben betrachtet werden, da alle wichtigen Diagnosekriterien für eine Depression nach DSM-IV darin enthalten sind. Verglichen mit der Depressionsskala PHQ-9 ergab sich eine hohe Übereinstimmung ($r = 0,74$). Auch im Vergleich mit der Fremdbeurteilungsskala MADRS ergaben sich gute Ergebnisse ($r = 0,68$ – $0,70$) (Kühner et al. 2007).

3.3.2.11 PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (englische Originalversion: Spitzer et al. 1999, deutsche Version: Löwe et al. 2002) ist ein Messinstrument, das auf psychische Störungen screenet. Es gibt eine lange Version, eine Kurzversion und noch einige andere Kombinationsmöglichkeiten der einzelnen Module. Der PHQ wurde auf der Grundlage des Fragebogens Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD) entwickelt. Der vollständige PHQ-D ermöglicht das Diagnostizieren von somatoformen Störungen, von depressiven Störungen, von Angststörungen, von Essstörungen und von Alkoholmissbrauch. Neben dieser Störungsdiagnostik gibt es auch noch Items zur psychosozialen Funktionsfähigkeit, zu kritischen Lebensereignissen, zu Stressoren und bei Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Menstruation (Löwe et al. 2002).

In die Auswertung dieser Arbeit wurden folgende PHQ-Module mit aufgenommen, die im Rahmen der Standarddiagnostik der Schön Klinik Roseneck zum Aufnahmezeitpunkt und Entlasszeitpunkt erhoben werden:

- PHQ-9 zur Erfassung der Depressivität
- PHQ-15 zur Erfassung von somatoformen Störungen
- GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) zur Erfassung von Angststörungen

Das Depressionsmodul (PHQ-9) umfasst 9 Items mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten (0–3 Punkte pro Frage). Es wird ein Gesamtscore gebildet, der zwischen 0 und 27 liegt. Ab einem Wert von 10 Punkten spricht man von einer Major Depression, die wiederum eingeteilt wird in mittleres (10–14), ausgeprägtes (15–19) und schwerstes (20–27) Ausmaß (Kroenke et al. 2002). In der Studie von Löwe et al. (2004) zeigte sich eine gute interne Konsistenz des PHQ-9 mit einem Cronbach's α von 0,88. Die Überprüfung der Kriteriumsvalidität anhand des „Strukturierten Diagnostischen Interviews für DSM-IV, Achse I“ (SKID-I) ergab eine gute Sensitivität (86%) und Spezifität (94%) für die Major Depression (Löwe et al. 2002, Gräfe et al. 2004, Klinitzke et al. 2012).

Das Somatisierungsmodul (PHQ-15) beinhaltet 15 Items. Die Skala besteht aus 13 speziellen Fragen zur Somatisierung (3-stufig, 0–2 Punkte) und 2 Fragen

(Müdigkeit/Energielosigkeit und Schlafstörungen) aus dem Depressionsmodul. Obwohl die 2 Depressionsitems aus einer 4-stufigen Skala bestehen, gibt es bei der Verrechnung für das Somatisierungsmodul auch 0–2 Punkte pro Frage, da die letzten beiden Antwortmöglichkeiten jeweils mit 2 Punkten gewertet werden. Der Gesamtscore variiert somit zwischen 0 und 30 Punkten. Es gibt die Cutoff-Werte 5 (= milde Symptomatik), 10 (= moderate Symptomatik) und 15 (= schwerwiegende Symptomatik), wobei auch immer noch eine organische Ursache der Problematik ausgeschlossen werden muss. Die interne Konsistenz dieses PHQ-Moduls wurde in der Studie von Löwe et al. (2004) überprüft und zeigte ein Cronbach's α von 0,79 (Löwe et al. 2002, Gräfe et al. 2004, Klinitzke et al. 2012).

Die 7 Items der Skala zur Ängstlichkeit (GAD-7) sind 4-stufig (0–3 Punkte). Der Maximalscore beträgt somit 21 Punkte und der Minimalwert 0. Die Cutoff-Werte 5, 10 und 15 repräsentieren die Grenzen zu milder, moderater und schwerer Angstsymptomatik. In der Studie von Löwe et al. (2008) ergaben sich ein Cronbach's α von 0,89 und einer guten Konstruktvalidität verglichen mit der Depressionsskala des PHQs, der Rosenberg-Self-Esteem-Skala, dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und dem Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal (Löwe et al. 2008).

3.4 Datenanalyse

Alle Analysen wurden mit Hilfe des Statistik-Programms IBM SPSS Statistics 23 durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde ein Wert von $\alpha = 0,05$ festgelegt. Fehlende Werte wurden bei einem Anteil $\leq 20\%$ durch den Mittelwert ergänzt, bei einem größeren Anteil wurde die Person nicht in die Analyse miteinbezogen. Die Korrelationskoeffizienten wurden abhängig von der Verteilung der entsprechenden Variablen ausgewählt.

Für die erste Hauptfragestellung wurden die MBI-Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ (EE), „Depersonalisation“ (DP) und „reduzierte Leistungsfähigkeit“ (PA) berechnet und ebenso wie die Burnout-Items von Prof. Hillert deskriptiv ausgewertet. Zudem wurden die Korrelationen der beiden Items untereinander, der MBI-Subskalen untereinander sowie der Items von Prof. Hillert und der MBI-Subskalen miteinander berechnet.

Die zweite Hauptfragestellung bezieht sich auf den Zusammenhang von Depression und Burnout-Erleben sowie Effort-Reward-Imbalance und Burnouterleben.

Auf Grund der gerichteten Hypothesen wurde einseitig getestet. Zur Überprüfung von Hypothese 2.1 wurden Korrelationen von BDI-II und PHQ-9 mit den MBI-Subskalen und den Burnout-Items von Prof. Hillert berechnet.

Zur Überprüfung der Hypothesen 2.2 und 2.3 wurden Korrelationen der beruflichen (klassisches Siegrist-Instrument; Rödel und Siegrist et al. 2004) und privaten (Sperlich-Instrument; Sperlich et al. 2012) ERI-Subskalen, der dazugehörige Overcommitment-Skala sowie des Imbalance-Quotienten von Belohnungserleben und Verausgabung mit den MBI-Subskalen und zwei Items der Schön Klinik Roseneck berechnet.

Die weitere Verwendung der einzelnen MBI-Subskalen wurde von den auftretenden Korrelationen sowie theoretischen Überlegungen abhängig gemacht. Nach Maslach (2001) ist die Subskala „Emotionale Erschöpfung“ des MBI (MBI-EE) am aussagekräftigsten.

Zur weiteren Überprüfung der Hypothesen 2.2 und 2.3 wurden Chi-Quadrat-Tests auf Grundlage von Vier-Felder-Tafeln berechnet. Hierfür wurden die ausgewählten Subskalen

des MBI sowie die berufliche und private ERI-Imbalance am Median dichotomisiert. Die berufliche ERI-Imbalance wurde zusätzlich am in der Schön Klinik Roseneck ermittelten Normwert (0,715; Lehr et al. 2010) dichotomisiert.

Für die Hypothesen 2.4 und 2.5 wurden die Teilnehmer anhand des beruflichen und privaten Imbalance-Wertes in 3 Gruppen aufgeteilt: Berufliche und private Imbalance größer 1 (mehr Verausgabung als Belohnung), berufliche oder private Imbalance größer 1 und weder berufliche noch private Imbalance größer 1. Auf dieser Grundlage werden zwei multivariate Varianzanalysen berechnet, einmal mit der abhängigen Variable „Depressivität“, gemessen mit BDI-II und PHQ-9 zum Aufnahmezeitpunkt, einmal mit der abhängigen Variable „Burnout“, gemessen mit den bei der Berechnung von Hypothesen 1 und 2 ausgewählten MBI-Subskalen.

Hauptfragestellung 3 bezieht sich auf die Untersuchung der Wirksamkeit der stationären Therapie bei Patienten mit depressiver Störung mit hohem versus geringem Burnouterleben (Therapieresponse). Zur Überprüfung wurde im Rahmen des verallgemeinerten linearen Modells eine ordinale Regressionsanalyse für die abhängigen Variablen BDI-II-Entlasswert (in Quartile geteilt) und PHQ-9-Entlasswert (in Quartile geteilt) berechnet. Als unabhängige Variablen wurden die ausgewählten MBI-Subskalen (dichotomisiert) sowie das Geschlecht in das Modell eingefügt. Das Modell wurde um folgende Kovariaten ergänzt: BDI-II-T1 bzw. PHQ-9-T1 in Quartile geteilt, WHOQoL-BREF-Subskalen, Connor-Davidson-Resilienz-Skala, GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale), Alter, PHQ-15 zur Erfassung von somatoformen Störungen, Skala zur beruflichen Selbstwertschätzung (OSAS), berufliche Imbalance und Subskalen des Childhood-Trauma-Questionnaire. Um eine Verzerrung des Ergebnisses auf Grund des Einbezugs hochkorrelierender Subskalen zu vermeiden, wurden vor der Regression die Korrelationen der Subskalen des WHOQoL und des CTQ berechnet und davon ausgehend Subskalen ausgewählt, die als Kovariaten in das Modell eingefügt werden.

4 Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden die Befunde zu den einzelnen Fragestellungen der Dissertation in chronologischer Reihenfolge präsentiert, wie in Kapitel 2 aufgeführt.

4.1 Ausmaß des Burnouterlebens bei Depressionspatienten

Die Stichprobe dieser Studie zeigte im MBI bei der Dimension Emotionale Erschöpfung einen Mittelwert von 34,1 ($Mdn = 36$; $SD = 11,3$), bei der Dimension Depersonalisation einen Mittelwert von 10,1 ($Mdn = 9$; $SD = 8,3$) und bei der Dimension reduzierte Leistungsfähigkeit einen Mittelwert von 23,4 ($Mdn = 23$; $SD = 9,6$). Die Punktzahl der Probanden in den einzelnen Dimensionen des MBI variierte folgendermaßen:

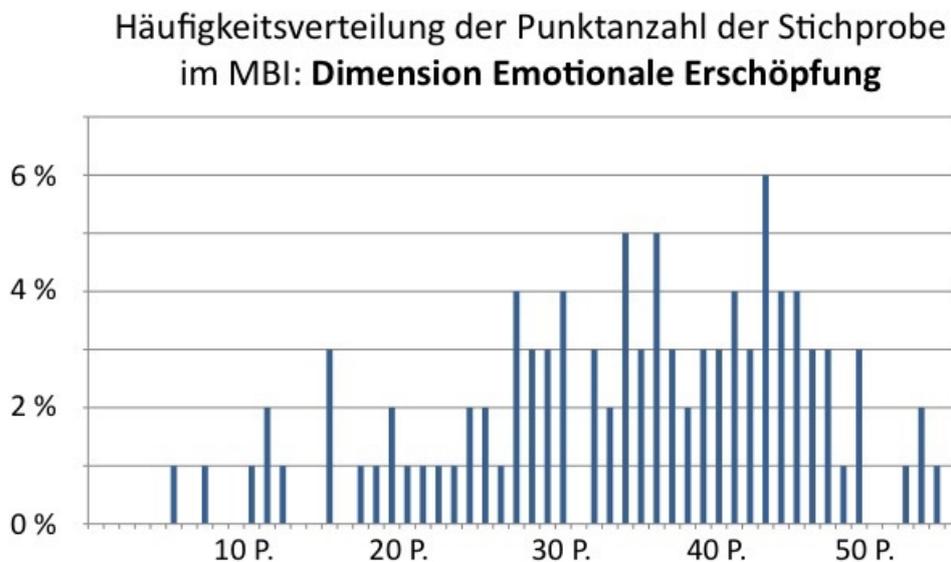


Abb. 5: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Emotionale Erschöpfung 1;
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

Häufigkeitsverteilung der Punktzahl der Stichprobe im MBI: **Dimension Depersonalisation**

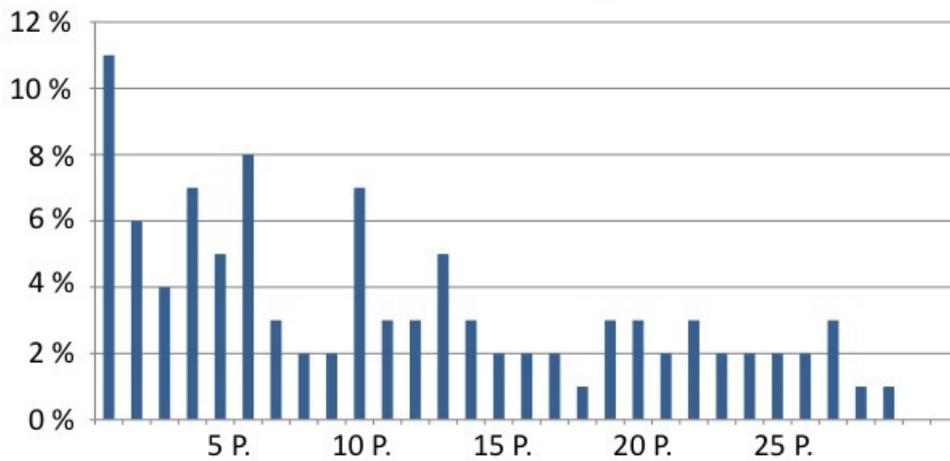


Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Depersonalisation 1;
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

Häufigkeitsverteilung der Punktzahl der Stichprobe im MBI: **Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit**

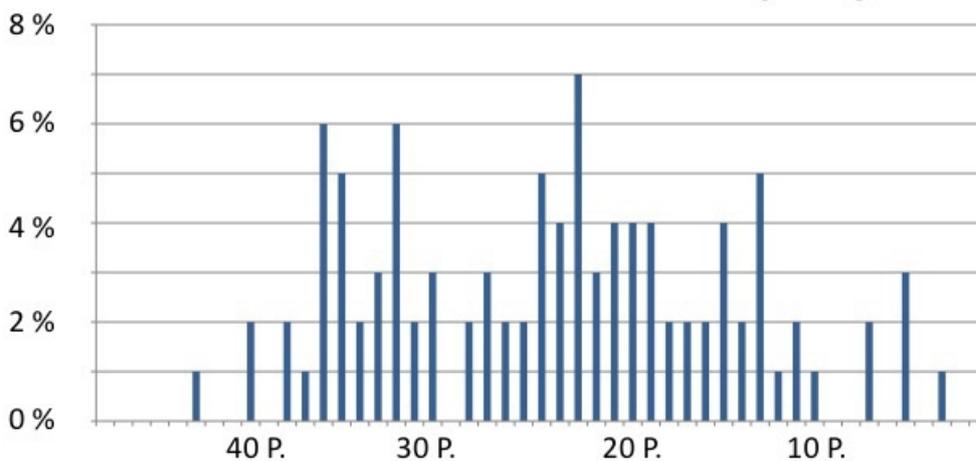


Abb. 7: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit 1;
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

Alle Korrelationen zwischen den MBI Subskalen EE, DP und PA waren signifikant ($p \leq 0,01$; $r_{EEDP} = 0,66$; $r_{EEPA} = 0,47$; $r_{DPPA} = 0,49$). In der Skala von Prof. Hillert zum subjektiven Burnouterleben gaben die Probanden bei der Frage nach dem Zutreffen des Gefühls ausgebrannt zu sein ($M = 4,09$; $Mdn = 4,0$; $SD = 1,1$), sowie bei der Frage, ob sie an einem Burnoutsyndrom ($M = 3,8$; $Mdn = 4,0$; $SD = 1,3$) leiden, durchschnittlich Antwortmöglichkeit 4 (=„ziemlich“) an. Die beiden Items korrelierten hoch ($r_s = 0,762$, $p \leq 0,001$). Die Items von Prof. Hillert korrelierten signifikant mit allen Subskalen des MBI. Am höchsten korrelierten beide Items mit der Subskala MBI-EE (Item1: $r_s = 0,702$, $p \leq 0,001$; Item2: $r_s = 0,614$, $p \leq 0,001$), am niedrigsten mit MBI-PA (Item1: $r_s = 0,287$, $p = 0,002$; Item2: $r_s = 0,322$, $p \leq 0,001$).

4.2 Korrelationen zwischen Variablen und Burnouterleben

Nachfolgend werden die Ergebnisse der fünf Hypothesen der zweiten Hauptfragestellung beschrieben.

4.2.1 Depressive Symptomatik

Zum Zeitpunkt der Aufnahme zeigte die Stichprobe im BDI-II einen Mittelwert von 27,7 ($SD = 9,6$), im Depressionsmodul des PHQ-D einen Mittelwert von 13,7 ($SD = 5,2$). Beide Werte korrelierten wie erwartet signifikant ($r_s = 0,757$, $p \leq 0,001$).

Die MBI-Subskalen und die Depressionswerte korrelierten bis auf eine Ausnahme (PHQ und MBI-PA: $r_s = 0,131$, $p = 0,098$) alle signifikant. Die höchsten Korrelationen bestanden zwischen BDI und MBI-EE ($r_s = 0,336$, $p \leq 0,001$) sowie PHQ und MBI-EE ($r_s = 0,395$, $p \leq 0,001$).

Die Depressionswerte korrelierten ebenfalls signifikant mit den Items von Prof. Hillert. Mit der Aussage, sich ausgebrannt zu fühlen, korrelierten sowohl BDI ($r_s = 0,262$, $p \leq 0,01$) als auch PHQ ($r_s = 0,270$, $p \leq 0,01$) stärker als mit der Aussage, an einem Burnout-Syndrom zu leiden (BDI: $r_s = 0,188$, $p = 0,03$; PHQ: $r_s = 0,195$, $p = 0,03$).

4.2.2 Berufliche Gratifikationskrisen

Die Stichprobe erreichte in der Skala zum beruflichen Overcommitment ($N = 100$) einen Mittelwert von 3,1 ($Mdn = 3,2$; $SD = 0,5$). Die berufliche Verausgabung ($N = 100$) lag durchschnittlich bei einem Mittelwert von 2,2 ($Mdn = 2,3$; $SD = 0,7$) und die berufliche Belohnung ($N = 100$) durchschnittlich bei einem Mittelwert von 2,7 ($Mdn = 2,8$; $SD = 0,9$). Der Mittelwert der gesamten beruflichen Imbalance ($N = 100$) betrug 1,0 ($Mdn = 0,8$; $SD = 0,8$).

Alle Subskalen des beruflichen ERI korrelierten signifikant ($p \leq 0,01$) mit allen Subskalen des MBI. Die höchste Korrelation bestand zwischen der beruflichen Imbalance und MBI-EE ($r_s = 0,61$, $p \leq 0,001$), die niedrigste zwischen dem beruflichen Overcommitment und MBI-PA ($r_s = 0,25$, $p = 0,006$). Alle Subskalen des beruflichen ERI korrelierten signifikant ($p \leq 0,01$) mit den beiden Burnout-Items von Professor Hillert. Die höchste Korrelation bestand zwischen der beruflichen Verausgabung und dem Item „Ich fühle mich ausgebrannt“ ($r_s = 0,52$, $p \leq 0,001$). Die niedrigste Korrelation bestand zwischen dem beruflichen Belohnungserleben und dem Item „Ich leide unter einem Burnout-Syndrom“ ($r_s = -0,29$, $p = 0,002$).

Alle Subskalen des beruflichen ERI korrelierten signifikant mit dem BDI-II und PHQ-9 zum Aufnahmezeitpunkt, allerdings auf einem geringeren Niveau als die Burnout-Skalen ($p \leq 0,05$). Die höchste Korrelation bestand zwischen beruflichen Belohnungserleben und dem BDI-II ($r_s = -0,33$, $p \leq 0,001$), die niedrigste zwischen beruflichem Overcommitment und dem BDI-II ($r_s = 0,18$, $p = 0,04$).

Alle MBI-Subskalen korrelierten signifikant mit allen beruflichen ERI-Subskalen. Weiterhin waren alle Korrelationen zwischen den MBI-Subskalen signifikant. Vor diesem Hintergrund und da nach Maslach (2001) die Subskala MBI-EE am aussagekräftigsten ist, wurde für folgende Berechnungen im Zusammenhang mit dem beruflichen ERI ausschließlich diese Subskala verwendet. Der Chi Quadrat Test der Kreuztabellen von MBI-EE und beruflicher Imbalance, beide am Median dichotomisiert, war signifikant ($\chi^2(1, N = 97) = 7,82$, $p = 0,003$), ebenso bei Dichotomisierung der Imbalance am Wert 0,715 (Lehr et al., 2010) ($\chi^2(1, N = 100) = 9,25$, $p = 0,001$).

4.2.3 Private Gratifikationskrisen

Die Stichprobe erreichte in der Skala zum privaten Overcommitment ($N = 84$) einen Mittelwert von 2,0 ($Mdn = 2,0$; $SD = 0,7$). Die private Verausgabung ($N = 83$) lag durchschnittlich bei einem Mittelwert von 1,2 ($Mdn = 1,0$; $SD = 1,1$) und die private Belohnung ($N = 42$) durchschnittlich bei einem Mittelwert von 3,0 ($Mdn = 3,2$; $SD = 0,7$). Der Mittelwert der gesamten privaten Imbalance ($N = 42$) betrug 0,5 ($Mdn = 0,3$; $SD = 0,6$).

Die private Verausgabung korrelierte signifikant mit MBI-EE ($r_s = 0,19$, $p = 0,04$). MBI-PA korrelierte signifikant mit dem privaten Overcommitment ($r_s = 0,27$, $p = 0,007$), mit der privaten Belohnung ($r_s = -0,29$, $p = 0,03$) und der privaten Imbalance ($r_s = 0,29$, $p = 0,03$). Es zeigten sich keine signifikanten Korrelationen mit den Burnout-Items von Professor Hillert.

Das private Belohnungserleben korrelierte signifikant mit dem BDI-II ($r_s = -0,26$, $p = 0,05$). Für die privaten ERI-Werte ergaben sich deutlich andere/niedrigere Korrelationen als für die beruflichen ERI-Werte. Da sich nur mit den Subskalen MBI-PA und MBI-EE signifikante Korrelationen zeigten, werden diese für weitere Berechnungen herangezogen. Der Chi Quadrat Test der Kreuztabellen von MBI-EE und privater Imbalance, beide am Median dichotomisiert, wurde nicht signifikant ($\chi^2(1, N = 42) = 0,1$, $p = 0,38$). Der Chi Quadrat Test der Kreuztabellen von MBI-PA und privater Imbalance, beide am Median dichotomisiert wurde signifikant ($\chi^2(1, N = 42) = 3,5$, $p = 0,03$).

4.2.4 Kombination berufliche und private Gratifikationskrisen

Auf Grund der geringen Anzahl an Teilnehmern, die Angaben zur privaten Gratifikationskrise ($N = 42$) gemacht haben, war es nicht sinnvoll, weitere Untergruppen zu bilden, die für die Berechnung einer multivariaten Varianzanalyse und damit zur Überprüfung von Hypothese 2.3 und 2.4 notwendig gewesen wären.

4.3 Wirksamkeit stationärer Therapie

Für die Auswahl geeigneter Kovariaten, die in die Regression einbezogen wurden, wurden die Korrelationen der Subskalen des CTQ und des WHOQoL berechnet. Die Berechnung der Korrelationen der Subskalen des CTQ zeigte, dass „emotionaler Missbrauch“ und „emotionale Vernachlässigung“ am höchsten mit den übrigen Subskalen korrelierte (siehe Anhang Seite 94). Deshalb wurden diese beiden Subskalen aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Die Berechnung der Korrelationen der Subskalen des WHOQoL zeigte, dass „psychische Gesundheit“ am höchsten mit den übrigen Subskalen korrelierte (siehe Anhang Seite 94), weswegen diese aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen wurde.

Der Omnibus-Test der ordinalen Regression mit dem BDI-II-Wert zum Entlasszeitpunkt ($N = 83$) als abhängige Variable wurde signifikant ($\xi_{LR}(17, N = 83) = 70,11, p \leq 0,001$). Folgende Variablen tragen signifikant zur Erklärung des BDI-II-Entlasswerts bei: MBI-EE ($Wald = 4,89; p = 0,03; OR = 3,87$), BDI-II-Aufnahmewert ($Wald = 18,16; p \leq 0,001; OR = 4,94$), WHOQoL-BREF-Subskala für physische Gesundheit ($Wald = 8,99; p = 0,003; OR = 0,94$) sowie für soziale Beziehungen ($Wald = 10,35; p = 0,001; OR = 1,05$) und die Connor-Davidson-Resilienz-Skala ($Wald = 6,56; p = 0,01; OR = 0,19$). Die restlichen im Modell getesteten Variablen Geschlecht, Alter, PHQ-15 zur Erfassung von somatoformen Störungen, GAD-7, MBI-PA, Skala zur beruflichen Selbstwertschätzung (OSAS), der beruflichen Imbalance, WHO-QoL-BREV-Subskala „Umfeld“ und Subskalen des Childhood-Trauma-Questionnaires trugen nicht signifikant zur Erklärung bei ($p > 0,05$).

Der Omnibus-Test der ordinalen Regression mit dem PHQ-9-Wert zum Entlasszeitpunkt ($N = 71$) als abhängige Variable wurde signifikant ($\xi_{LR}(17, N = 71) = 39,30, p = 0,002$). Es wurden die gleichen Variablen in die Modelltestung einbezogen wie bei der Testung mit dem BDI als abhängige Variable (statt BDI-II-T1 wurde PHQ-9-T1 verwendet). Davon trugen folgende Variablen signifikant zur Erklärung des PHQ-9-Entlasswerts bei: MBI_EE ($Wald = 4,58; p = 0,03; OR = 3,43$) und WHOQoL-BREF-Subskala für physische Gesundheit ($Wald = 6,33, p = 0,01; OR = 0,95$). Die übrigen Variablen trugen nicht signifikant zur Erklärung des PHQ-9-Entlasswertes bei.

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Mit dieser Studie wurde erstmals das subjektive Krankheitskonzept Burnout an einer stationären Stichprobe von Depressionspatienten untersucht. Ein großes Ziel der Studie war es, neben der Untersuchung des Ausmaßes von Burnouterleben bei stationären depressiven Patienten, herauszufinden, welche Modelle mit diesem subjektiven Krankheitskonzept zusammenhängen und wie sich das Burnouterleben auf den Therapieerfolg auswirkt. Als korrelierende Konstrukte wurden die Depressions-Symptomatik, das Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist (1996) und das Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsbereich Haushalt und Familie untersucht. Zum Modell der beruflichen Gratifikationskrise konnte dabei ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Ebenso zeigte sich eine Korrelation zwischen dem Burnouterleben und der Depressivität bei Entlassung und somit auf die Therapieresponse. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit interpretiert und im Kontext der bestehenden Literatur diskutiert.

5.1.1 Diskussion: Ausmaß des Burnouterlebens bei Depressionspatienten

Eine Hauptfragestellung dieser Arbeit war die Frage nach dem Ausmaß von Burnouterleben bei stationären Depressionspatienten. Zur Erfassung des Burnouterlebens wurden neben dem Maslach Burnout Inventar (MBI) von Maslach et al. (1981) auch zwei Items von Herrn Prof. Dr. Hillert (u.a. verwendet in Hillert et al. 2012) zum Erfassen des subjektiven Aspekts verwendet.

Der MBI-Summenscore lag bei der vorliegenden Stichprobe bei der Subskala Emotionale Erschöpfung am höchsten mit einem Mittelwert von 34,1, gefolgt von einem Mittelwert von 23,4 bei der Dimension reduzierte Leistungsfähigkeit und einem Mittelwert von 10,1 bei der Dimension Depersonalisation. Da es für die drei Subskalen des MBI keine passende Normierung anhand einer deutschen klinischen Stichprobe gibt, wurden unsere Ergebnisse mit den Werten aus der Studie von Schaufeli (1995) verglichen, welche von einer ambulanten klinischen holländischen Stichprobe stammen.

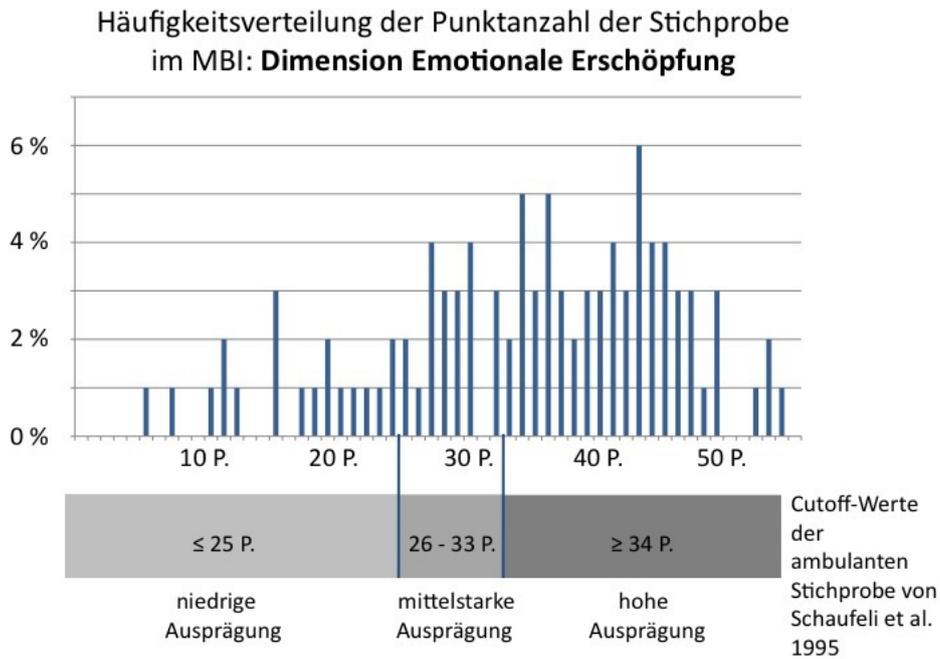


Abb. 8: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Emotionale Erschöpfung 2;
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

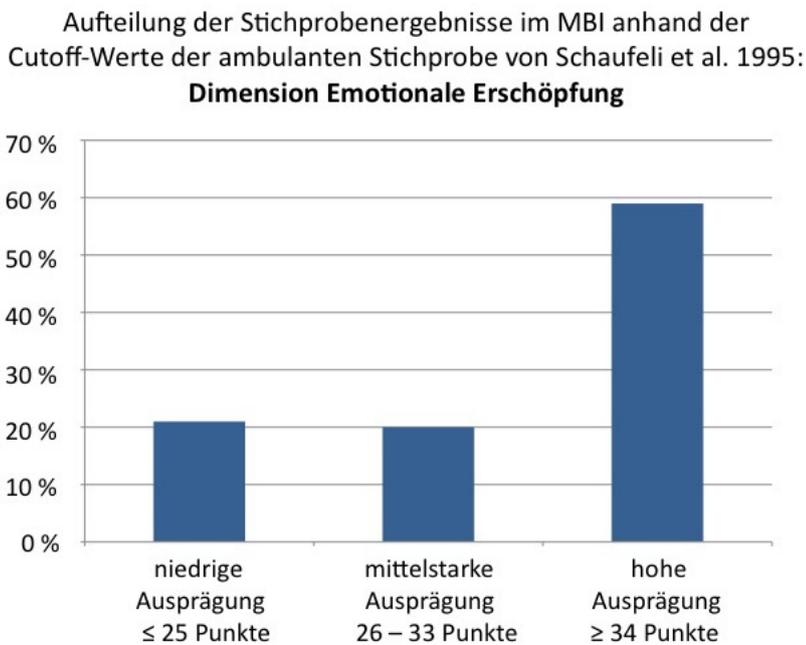


Abb. 9: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Emotionale Erschöpfung; P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar, Quelle: Eigene Darstellung

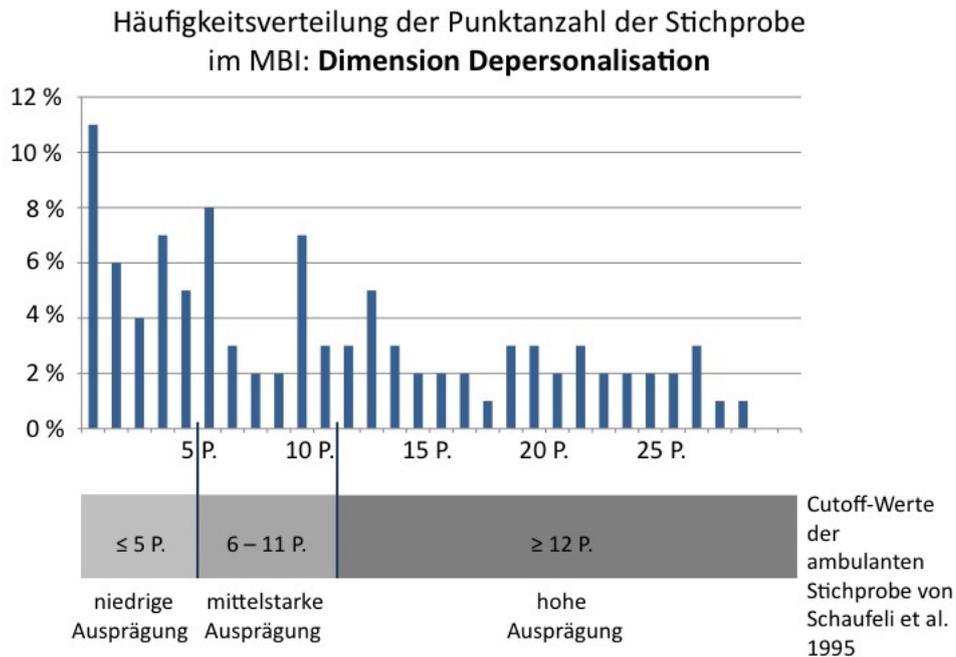


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Depersonalisation 2;
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

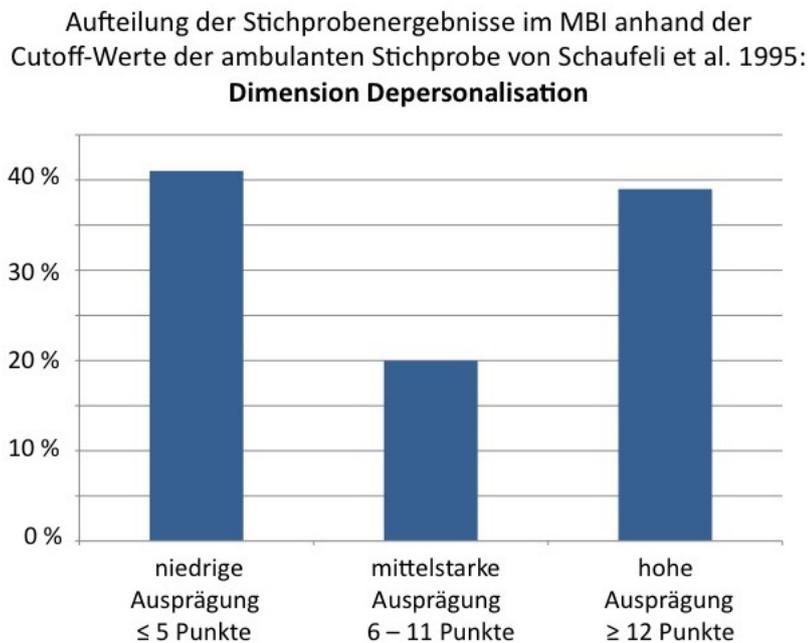


Abb. 11: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Depersonalisation
P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar, Quelle: Eigene Darstellung

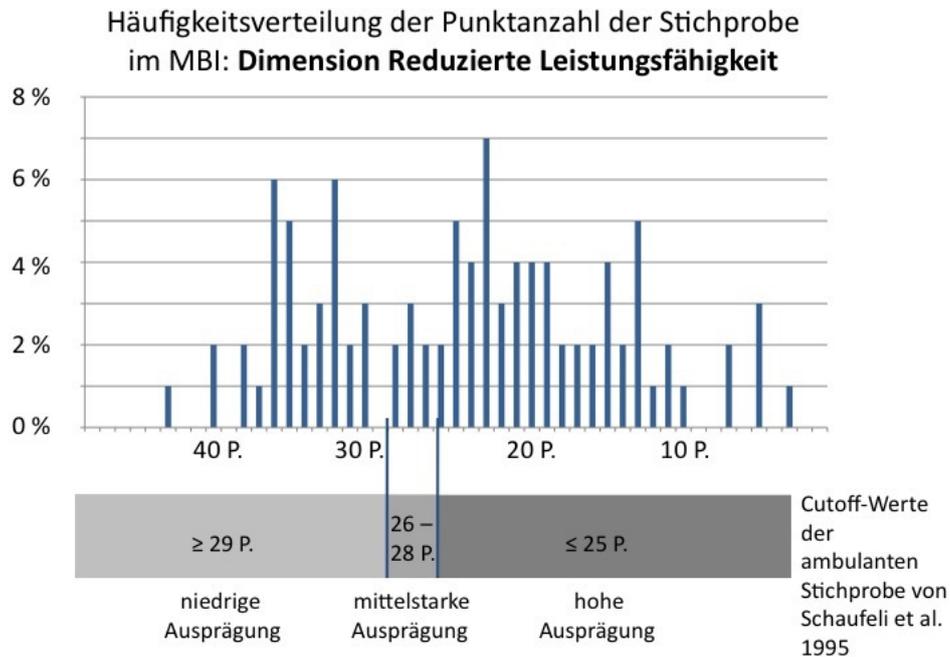


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit 2; P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar; Quelle: Eigene Darstellung

Aufteilung der Stichprobenergebnisse im MBI anhand der Cutoff-Werte der ambulanten Stichprobe von Schaufeli et al. 1995: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit

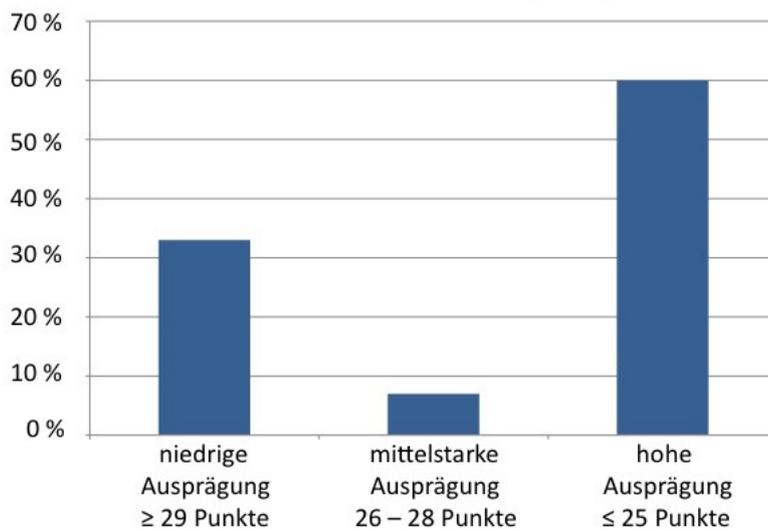


Abb. 13: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit; P. = Punkte, MBI = Maslach Burnout Inventar, Quelle: Eigene Darstellung

Wie zu erwarten war, zeigte unsere Stichprobe im Mittelwert verglichen mit diesen Cutoff-Werten eine hohe Ausprägung in den MBI-Dimensionen Emotionale Erschöpfung und reduzierte Leistungsfähigkeit. Die MBI-Dimension Depersonalisation war bei unserer Stichprobe im Mittelwert im Vergleich mittelstark ausgeprägt. Sieht man sich die Streuung der Punktzahlen in den drei Dimensionen an, weisen 59 % der Probanden in der Dimension Emotionale Erschöpfung, 60 % in der Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit und 39 % in der Dimension Depersonalisation eine hohe Ausprägung anhand der Cutoff-Werte der ambulanten Stichprobe von Schaufeli (1995) auf. Da unsere Stichprobe aus stationären Patienten bestand, war anzunehmen, dass auch das Burnouterleben im Vergleich mit ambulanten Patienten, wie in der Studie von Schaufeli (1995), stärker ausgeprägt ist.

Neben diesem Ergebnis im MBI zeigte auch die deskriptive Auswertung der zwei Burnout-Items von Prof. Hillert eine starke Ausprägung. Die Frage nach dem Gefühl, ausgebrannt zu sein ($M = 4,09$; $Mdn = 4,0$; $SD = 1,1$), wurde genauso wie die Frage, ob die Probanden an einem Burnoutsyndrom leiden ($M = 3,8$; $Mdn = 4,0$; $SD = 1,3$), von der Stichprobe durchschnittlich mit der Antwortmöglichkeit 4 (= ziemlich) beantwortet. Dieses Ergebnis passt zu den Ergebnissen des MBI.

Alle MBI-Subskalen, besonders die Dimension Emotionale Erschöpfung, korrelierten mit den Burnout-Items von Prof. Hillert, was darauf hindeutet, dass diese Items als kurzes und einfach abzufragendes Instrument von Wert sein können.

Eine große Schwierigkeit dieser Studie war das Messen von Burnout durch das wie schon ausführlich dargestellte Fehlen einer standardisierten Definition. In unserer Studie wurde der Maslach Burnout Inventar (MBI) verwendet, da dieses Fragebogeninstrument das am weitesten verbreitetste und am besten untersuchte ist. Dazu wurden die zwei Fragebogenitems von Prof. Dr. Hillert verwendet, um direkt die subjektive Sichtweise der Patienten und so Burnout als persönliches Krankheitskonzept abzufragen. In dieser Studie wird Burnout also nicht etwa als objektiv definiertes Syndrom untersucht, sondern vor allem als subjektives Erleben, so wie es auch von der DGPPN empfohlen wird (DGPPN Positionspaper zu Burnout 2012).

Der recht hohe Anteil an Depressionspatienten mit dem subjektiven Krankheitskonzept Burnout stimmt mit bisherigen Forschungsergebnissen überein. Eine Ursache für die Häufung dieses subjektiven Krankheitskonzepts kann wie schon beschrieben die Tatsache sein, dass Burnout in der Allgemeinbevölkerung weniger stigmatisierend ist als eine depressive Störung.

Auch in der finnischen Studie von Ahola et al. (2005) wurde gezeigt, dass Burnout und Depression häufig koexistieren. Hier wurden jedoch über 3000 Angestellte einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe untersucht, während in unserer Studie speziell stationäre Patienten in einer wesentlich kleineren Stichprobe von 100 Patienten untersucht wurden. Das Burnouterleben wurde hier mit dem MBI-GS (Maslach Burnout Inventar – General Survey) gemessen, wobei im Gegensatz zu unserer Studie die drei Dimensionen nicht einzeln betrachtet wurden, sondern ein Gesamtscore gebildet wurde. Das Manual des MBIs empfiehlt jedoch ausdrücklich die Subskalen nicht zu einem Wert zusammenzufassen, sondern wie in unserer Studie einzeln zu bewerten (Maslach et al. 1996).

In der Studie von Haberthür et al. (2009) wurden Patienten mit Burnouterleben untersucht, jedoch erst nach ihrem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Die finale Stichprobe von 99 Patienten ist unserer sehr ähnlich und wurde ebenfalls mit dem MBI analysiert. Der Ansatz der Untersuchung war jedoch ein anderer, da diejenigen Patienten als Probanden ausgesucht wurden, die eine stationäre Burnout-Therapie in Anspruch genommen hatten und auf ihre Depressivität und ihr Burnoutlevel nach dem Aufenthalt sowie ihre psychologischen Charakteristika untersucht worden sind.

5.1.2 Diskussion: Korrelierende Variablen

5.1.2.1 Depressive Symptomatik

Die erste Hypothese ging davon aus, dass je höher die depressive Symptombelastung ist, desto höher auch das Burnout-Erleben ist. Die signifikanten Korrelationen von BDI-II und PHQ-9 mit den MBI-Subskalen sowie den Burnout-Items von Prof. Hillert unterstützen diese Hypothese. Die höchsten Korrelationen traten mit der Subskala Emotionale Erschöpfung auf, was mit der Aussage von Maslach (2001), dass diese als am aussagekräftigsten für Burnouterleben gilt, zusammenpasst.

Die Tatsache, dass die Korrelationen mit den Burnout-Items von Prof. Hillert, besonders der Aussage, an einem Burnout-Syndrom zu leiden, geringer sind, können durch die schon beschriebene geringere Stigmatisierung des Burnout-Begriffs erklärt werden. Eventuell kreuzen Patienten, die von einem Burnout-Krankheitskonzept überzeugt sind, geringere Werte in den Depressionsfragebögen an und scoren dafür eher in der MBI-Dimension Emotionale Erschöpfung und besonders den Burnout-Items von Prof. Hillert höher.

5.1.2.2 Berufliche Gratifikationskrisen

Unsere zweite Hypothese zu der Fragestellung nach Modellen, die mit Burnouterleben korrelieren, war, dass depressive Patienten mit ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept ein signifikant höheres Ungleichgewicht von beruflichem Engagement und beruflichem Belohnungserleben (= berufliche Gratifikationskrise) sowie eine signifikant höhere berufliche Verausgabungsbereitschaft aufweisen, als Patienten mit gering ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept.

Die Stichprobe zeigte eine berufliche Imbalance von durchschnittlich 1,0. Das entspricht einer beruflichen Gratifikationskrise nach dem Cutoff-Wert ($>0,715$) von Lehr et al. (2010).

Der Zusammenhang zwischen der beruflichen Effort-Reward-Imbalance, dem beruflichen Overcommitment und dem Burnouterleben zeigte sich als hoch signifikant. Es kann also angenommen werden, dass vor allem Depressionspatienten mit einem starken

Ungleichgewicht von beruflicher Verausgabung und Belohnung Burnout als subjektives Krankheitskonzept aufweisen und sich ausgebrannt fühlen.

Während die drei Variablen Depression, berufliche Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996) und Burnouterleben schon öfters in Zweierkombinationen in Studien untersucht worden sind, ist nach unserem Wissensstand die Untersuchung aller drei Variablen gleichzeitig an einer stationären Stichprobe wie bei uns neu.

So wurde der Zusammenhang zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und Depression bereits an einer Stichprobe gezeigt. Die dementsprechende Studie von Lehr et al. (2009) unterscheidet sich dabei von unserer durch die enger gefasste Stichprobenauswahl die Berufswahl betreffend. Während bei uns alle Berufsgruppen mit einbezogen wurden, wurden bei Lehr et al. (2009) speziell nur Lehrer mit einem ambulant behandelten affektiven Krankheitsbild ($N = 122$) untersucht und mit einer gesunden Kontrollgruppe ($N = 122$) verglichen.

Auch die Kombination von beruflichen Gratifikationskrisen und Burnouterleben im MBI wurde bereits an deutschen Stichproben untersucht, jedoch wieder spezifisch an bestimmten Berufsgruppen, wie an Krankenpflegern (Schulz et al. 2009) und an Lehrern (Unterbrink et al. 2007). Hier ergaben sich ebenso wie bei uns Korrelationen zwischen dem Burnouterleben und beruflichen Gratifikationskrisen und dem Overcommitment.

5.1.2.3 Private Gratifikationskrisen

Neben dem Zusammenhang mit beruflichen Gratifikationskrisen, wurde auch untersucht, ob diese Korrelation mit Gratifikationskrisen auch auf den privaten Bereich zutrifft. Dazu wurde das neuere an das Siegrist-Modell angelehnte Modell der Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie (Sperlich et al. 2009) eingesetzt. Wir nahmen an, dass depressive Patienten mit ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept auch ein signifikant höheres Ungleichgewicht von privatem Engagement und privatem Belohnungserleben und eine signifikant höhere private Verausgabungsbereitschaft aufweisen als Patienten mit gering ausgeprägtem Burnout-Krankheitskonzept.

Die Hypothese konnte mit unseren Berechnungen nicht bestätigt werden. Es stellte sich heraus, dass der Zusammenhang zwischen Burnouterleben und privaten Gratifikationskrisen in unserer Stichprobe nicht signifikant ist.

Die Zusammenstellung der Stichprobe könnte neben einem tatsächlichen Fehlen einer Korrelation auch ein sehr wahrscheinlicher Grund für dieses Ergebnis sein. Unsere Probanden waren durchschnittlich 48,3 Jahre alt und 57,2% von ihnen hatten Kinder, die aber im Durchschnitt bereits 20,23 Jahre alt waren. Es ist unklar, wie viel Prozent der Stichprobe noch im gleichen Haushalt lebende Kinder hat. Unsere Stichprobeneigenschaften unterscheiden sich stark von der Stichprobe der Studie zur Testung des Fragebogens zu Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie von Sperlich et al. (2009). Da wurden ausschließlich Mütter exploriert, die bereits eine Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und ihre Kinder in Anspruch genommen hatten. Die Probandinnen waren durchschnittlich 35 Jahre alt und ihre Kinder im Durchschnitt 6 Jahre alt. Nach Sperlich et al. (2009) richtet sich der Fragebogen auch zunächst explizit an Mütter. Da eine Dysbalance zwischen Verausgabung und Belohnung im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie aber grundsätzlich beide Geschlechter betreffen kann, wurde der Fragebogen in dieser Studie trotzdem für unsere geschlechtsgemischte Stichprobe eingesetzt. Die Tatsache, dass dieses Tätigkeitsfeld jedoch noch weitgehend von Frauen dominiert ist, könnte unsere Ergebnisse aber auch verfälscht haben. Unsere Probanden bildeten also nicht die ideale Stichprobe zur Untersuchung von privaten Gratifikationskrisen.

Nach unserem Wissensstand wurde die private Effort-Reward-Imbalance bisher noch nicht auf den Zusammenhang mit Burnouterleben untersucht. Jedoch konnte in Sperlich et al. (2012) die Korrelation von hoher privater Effort-Reward-Imbalance und Depression bestätigt werden. Hier wurden jedoch ebenfalls ausschließlich Mütter ($N = 3129$) untersucht.

5.1.2.4 Kombination von beruflichen und privaten Gratifikationskrisen

Als vierte und fünfte Hypothese zur Identifikation von korrelierenden Variablen wollten wir untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Kombination aus beruflichen und privaten Gratifikationskrisen und dem Burnouterleben bzw. der depressiven Ausprägung gibt. Wir nahmen an, dass diese Kombination mit dem signifikant höchsten Risiko für Burnouterleben und der signifikant höchsten depressiven Symptombelastung einhergeht. Diese Kombination wurde nach unserem Wissensstand bis jetzt noch nie in diesem Sinne untersucht. Aufgrund der geringen Anzahl an Probanden, die Angaben zur privaten Gratifikationskrise machten, mussten wir jedoch feststellen, dass es nicht sinnvoll wäre, weitere Untergruppen zur Berechnung dieser Hypothesen zu bilden. Somit konnten wir diese Fragestellungen im Rahmen dieser Arbeit nicht überprüfen.

Wie bereits in der Diskussion zur Untersuchung der privaten Gratifikationskrisen erläutert, war unsere Stichprobe nicht ideal für die Untersuchung einer Imbalance im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie. Dies führte somit zu einem zu geringen Rücklauf von vollständigen Angaben im entsprechenden Fragebogen.

5.1.3 Diskussion: Wirksamkeit stationärer Therapie

Als dritte Fragestellung untersuchten wir die depressive Symptomatik zum Entlasszeitpunkt auf den Zusammenhang zum Aufnahmewert, Burnouterleben sowie zur Resilienz, traumatischen Kindheitserlebnissen und der Lebensqualität bei Aufnahme.

Der BDI-II-Aufnahmewert, die MBI-Dimension Emotionale Erschöpfung, die Subskalen physische Gesundheit und soziale Beziehungen des WHOQoL-BREFs und die Connor-Davidson-Resilienz-Skala trugen signifikant zur Erklärung des BDI-II-Entlasswertes bei.

Es war zu erwarten, dass die Lebensqualität in Form des WHOQoL-BREV einen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Anhand der vorliegenden Stichprobe zeigten sich vor allem die physische Gesundheit und die sozialen Beziehungen von Bedeutung. Daraus zu schließen ist, dass im Rahmen einer Depressionsbehandlung wichtig ist, auch die körperliche Verfassung eines Patienten sowie das soziale Umfeld des Patienten mit einzubeziehen.

Ebenso zeigte sich, die psychische Widerstandsfähigkeit, gemessen mit der Connor-Davidson-Resilienz-Skala, wie erwartet als wichtiger Faktor.

Die Stichprobe verbesserte sich durchschnittlich von einer mittelschweren depressiven Symptomatik (BDI-II: $M = 27,7$; PHQ-9: $M = 13,7$) zu einem Wert bei Entlassung unter den Cut-offs und somit zu einer vollständig rückgebildeten bzw. nur noch minimal ausgeprägten depressiven Symptomatik (BDI-II: $M = 10,9$; PHQ-9: $M = 6,5$). Dabei korrelierte wie zu erwarten der BDI-II-Wert bei Aufnahme mit dem BDI-II-Wert bei Entlassung. Zudem zeigten diejenigen mit hohem Burnouterleben bei Aufnahme eine schlechtere Therapieresponse. Die MBI-Dimension Emotionale Erschöpfung zum Aufnahmezeitpunkt trug signifikant zur Depressivität bei Entlassung anhand des BDI-II ($p = 0,03$), sowie anhand des PHQ-9 ($p = 0,03$) bei.

Da das Burnouterleben mit Depressivität korreliert, erwarteten wir auch eine Korrelation der MBI-Dimension Emotionale Erschöpfung bei Aufnahme und dem Entlasswert der Depression. Während wie in unserer ersten Fragestellung der Zusammenhang zwischen Burnout und Depression bereits in mehreren Studien gezeigt werden konnte (z.B. Iacovides et al. 1999, Ahola et al. 2005), wurde die Korrelation zwischen Burnout und dem Therapieoutcome bezüglich der Depression nach unserem Wissensstand zum ersten Mal untersucht. Unser signifikantes Ergebnis zum Einfluss von Burnout auf den Behandlungserfolg der Depression bestätigt die Wichtigkeit der Erfassung des Ursachenmodells einer Depression für den Therapieverlauf. Dabei ist zu betonen, dass beruflicher Stress, wie in Hansson et al. (2010) beschrieben, die häufigste Ursache einer Depression darstellt.

5.2 Limitationen

5.2.1 Stichprobe

Während des Erhebungszeitraums wurden die neu aufgenommenen Patienten regelmäßig hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft, um so möglichst alle für die Studie passenden stationären Patienten in der Klinik zu erfassen. Leider konnten aus studienorganisatorischen Gründen trotzdem nicht alle geeigneten Patienten mit eingeschlossen werden.

Obwohl die Probanden auf die Anonymität der Studie hingewiesen wurden, könnte es sein, dass sie trotzdem geneigt waren sozial erwünschte Antworten zu geben. Dies hätte möglicherweise eine Auswirkung auf die Burnoutfragebögen, da Burnout, wie bei Koch und Kollegen (2015) beschrieben, den Betroffenen von eigenen Schuldzuweisungen entlastet und impliziert, dass er besonders engagiert und leistungsbereit war.

Wie bereits erwähnt waren die Auswahlkriterien unserer Stichprobe nicht ideal zur Untersuchung unserer Fragestellungen bezüglich des Modells der privaten Gratifikationskrisen geeignet. Obwohl abgefragt wurde, ob die Probanden Kinder haben und wie alt diese sind, wurde nicht erhoben, ob diese Kinder noch zuhause leben. Der Fragebogen zu den Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie wurde anschließend an alle Probanden zur Beantwortung gereicht, auch an die, die gar keine Kinder hatten und die, deren Kinder bereits ausgezogen waren. Da die Fragen aber gezielt auf in Wohngemeinschaft mit Kindern lebende Personen abzielten, führte dies zu vielen unvollständig ausgefüllten Fragebögen und somit zu einer sehr kleinen Unter-Stichprobe.

5.2.2 Erhebung und Auswertung

Wie schon beschrieben stellte die Wahl eines geeigneten Instruments zum Messen von Burnout ein Problem dar. Es wurde die ursprüngliche MBI-Version verwendet, die speziell auf den Umgang mit Klienten/Kunden abzielt. Dass aber nicht alle Probanden eine solche Interaktion am Arbeitsplatz hatten, erschwerte diesen die Beantwortung und dadurch auch uns die Interpretation der Ergebnisse. Eine Alternative wäre der neuere MBI-GS gewesen, der für alle Berufsgruppen geeignet ist, welcher jedoch noch nicht so weit verbreitet und

gut untersucht ist. Trotz der erwarteten Limitationen wählten wir die ursprüngliche MBI-Version, da die nachgewiesenen guten Gütekriterien von uns als wichtiger bewertet wurden.

Eine weitere Schwierigkeit war die Interpretation der Burnoutausprägung, aufgrund der fehlenden validen Cutoff-Werte in der Literatur. Die Tatsache, dass wir wegen nicht vorhandener Alternativen die Werte von Schaufelis ambulanter Stichprobe (1995) zum Vergleich wählen mussten, führte zu einer erschwerten Interpretation der Ergebnisse.

Ein weiterer Kritikpunkt der Instrumente könnte sein, dass die Fragebogenpakete sehr umfangreich waren. Dies könnte den Depressionspatienten Schwierigkeiten bereitet haben, durch z.B. Konzentrationsschwierigkeiten und/oder Probleme bei der Entscheidungsfähigkeit. Das zeigte sich zum einen an fehlenden Rückläufen von Fragebogenpaketen, zum anderen an der mündlichen Rückmeldung der Patienten.

Des Weiteren stellt der Erhebungszeitpunkt bezogen auf die stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten eine Schwierigkeit der Interpretation dar. Aufgrund des teilweise vollen Therapieplans der Patienten in der Klinik konnte die Erhebung nicht bei allen Patienten zeitnah zur Aufnahme erfolgen. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich bei einigen Patienten die depressive Symptomatik durch die stationäre Therapie zum Zeitpunkt der Erhebung nicht bereits zum Teil gebessert hatte. Dies hätte auch einen Einfluss auf die Burnoutausprägung, da diese mit der Depressivität korreliert. Diese Problematik wird dadurch abgemildert, dass gleichzeitig zum Erhebungszeitpunkt des Burnouterlebens anhand der Fragebögen die Depressivität mittels diagnostischem Interview überprüft wurde.

Bei der dritten Fragestellung zeigte sich die Korrelation zwischen dem Burnouterleben bei Aufnahme und der Depressivität bei Entlassung. Interessant wäre aber auch die Frage, ob die Korrelation Monate nach Entlassung weiterbesteht und wie sich die Burnoutausprägung nach der Rückkehr zum Arbeitsplatz verändert.

5.3 Ausblick

Die Untersuchung konnte wichtige Erkenntnisse zum Auftreten von Burnouterleben bei Depressionspatienten, dazu korrelierenden Modellen und dem Zusammenhang zwischen Burnout und der Verbesserung der Depressivität durch stationäre kognitiv-behaviorale Therapie liefern. Sie ist nach unserer Kenntnis die erste Studie, die Burnouterleben speziell bei stationären depressiven Patienten misst und dazu berufliche Gratifikationskrisen und private Gratifikationskrisen einander gegenüberstellt.

Es konnte bestätigt werden, dass Burnouterleben vor allem bei Depressionspatienten ein häufiges Phänomen ist. Das Ausmaß von Burnouterleben und depressiver Symptomatik hängt zusammen. Interessanterweise zeigte sich diese Korrelation weniger stark bei den direkt auf Burnout abzielenden Items von Prof. Hillert als bei den etwas weniger direkten Fragen des MBI. Dies könnte darauf hinweisen, dass Patienten, für die eine Depressionsdiagnose eine Stigmatisierung darstellen würde und die für sich ein weniger belastendes Burnout-Krankheitskonzept gefunden haben, geringere Werte in den Depressionsfragebögen angeben. Dies könnte zu einer Unterschätzung der depressiven Symptomatik führen und dadurch zu einer Unterversorgung dieser Gruppe. Sollte sich diese Erklärung in weiteren Studien bestätigen, wäre es wichtig, dass Therapeuten nach der Abklärung des subjektiven Krankheitsmodells gegebenenfalls passendere Fragebögen auswählen, welche der Patient ehrlich beantworten kann, ohne in einen Konflikt mit einer für ihn stigmatisierenden Diagnose zu kommen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass berufliches Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung mit dem Burnouterleben zusammenhängt. Dieses Ungleichgewicht könnte sowohl durch objektiv gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen, als auch durch eine problematische Wahrnehmung und Bewertung der Arbeitsbedingungen ausgelöst sein. Zur genaueren Klärung wäre hier Feldforschung innerhalb von Betrieben zu empfehlen, um die objektiven und subjektiven Problemaspekte zu untersuchen. Dies könnte zum weiteren Verständnis des Zusammenhangs von Depression und Burnout führen. So könnten sowohl objektiv schädliche Arbeitsbedingungen zu einer Gratifikationskrise und anschließend einer Burnout-Symptomatik führen, welche schließlich in einer Depression „mündet“ als auch eine depressive Symptomatik zu verzerrten Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern

führen, welche durch die wahrgenommene Gratifikationskrise zu einer Burnout-Symptomatik führt. Für beide geschilderten Pfade gilt, dass eine Prävention von Burnouterleben im innerbetrieblichen Rahmen, wie auch von der DGPPN in ihrem Positionspaper zu Burnout (Berger et al. 2012) empfohlen, wichtig ist, um zum einen Arbeitsbedingungen anzupassen, aber auch frühzeitig auf depressive Mitarbeiter aufmerksam zu werden und so eine Entstehung der Burnout-Symptomatik zu verhindern.

In zukünftigen Arbeiten würde es sich anbieten, noch einmal eine geeignetere Stichprobe auf die Korrelation von privaten Gratifikationskrisen und subjektivem Burnouterleben zu testen. Auf jeden Fall müssten die Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe soweit angepasst werden, dass spezifisch Patienten untersucht werden, deren Umfeld eine Prädisposition für private Gratifikationskrise aufweist, wie z.B. noch im gleichen Haushalt wohnende Kinder.

Des Weiteren wäre eine Untersuchung des Verlaufs der Depressivität sowie des Burnouterlebens nach Beendigung des stationären Aufenthaltes interessant. Besonders nach der Rückkehr zum Arbeitsplatz könnten die neu erworbenen Ressourcen der Patienten durch die stationäre Behandlung in Form einer erneuten Erhebung evaluiert werden.

6 Zusammenfassung

Das am weitesten verbreitetete Modell zur Beschreibung von Burnouterleben stammt von Maslach et al. (1981), das aus den drei Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „reduzierte Leistungsfähigkeit“ besteht. Aktuell wird Burnout jedoch eher als subjektives Krankheitskonzept von Patienten diskutiert als als eigenständige Diagnose.

In dieser Studie wurde das Ausmaß des Burnouterlebens bei stationären depressiven Patienten untersucht, sowie die Zusammenhänge zu beruflichen Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996) und privaten Gratifikationskrisen nach Sperlich et al. (2009). Zudem wurde überprüft, wie sich das Burnouterleben auf den Therapieerfolg der stationären Depressionsbehandlung auswirkt.

Anhand eines Diagnoseinterviews und eines Fragebogensets wurden diese Fragestellungen an einer Stichprobe von 100 stationären depressiven Patienten getestet.

Die Ergebnisse zeigten ein hohes Burnouterleben der vorliegenden Stichprobe, dabei korrelierten Burnout-Erleben und depressive Symptombelastung signifikant miteinander. Auch ein Zusammenhang zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und Burnouterleben konnte bestätigt werden. Die Untersuchungen zu privaten Gratifikationskrisen erbrachten keine signifikanten Ergebnisse. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass starkes Burnouterleben mit einer geringeren Reduktion der Depressivität bei Entlassung korreliert.

Die starke Ausprägung des Burnouterlebens bei der vorliegenden Stichprobe lässt darauf schließen, dass dieses subjektive Krankheitskonzept bei Depressionspatienten weit verbreitet ist. Der Zusammenhang mit beruflichen Gratifikationskrisen zeigt die Wichtigkeit der Prävention von Burnouterleben im innerbetrieblichen Rahmen. Wie erwartet wiesen depressive Patienten mit Burnouterleben ein schlechteres Therapieoutcome auf. Die Erfassung des subjektiven Krankheitskonzepts einer Depression scheint somit von entscheidender Bedeutung zu sein. Da es in unserer Untersuchung zu einem zu geringen Rücklauf von vollständigen Angaben zu privaten Gratifikationskrisen kam, empfiehlt es sich, diese Zusammenhänge noch einmal in zukünftigen Arbeiten an einer geeigneteren Stichprobe zu untersuchen.

7 Literaturverzeichnis

- Ackenheil, M., Stotz-Ingenlath, G., Dietz-Bauer, R., & Vossen, A. (1999). M.I.N.I. Mini International neuropsychiatric interview, German version 5.0.0 DSM-IV. .
Psychiatrische Universitätsklinik München.
- Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Honkonen, T., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2009). Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occup Environ Med*, *66*(5), 284-290; discussion 282-283.
doi:10.1136/oem.2008.038935
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*, *88*(1), 55-62.
doi:10.1016/j.jad.2005.06.004
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Kivimäki, M., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lönqvist, J. (2007). Interventions in Relation to Occupational Burnout: The Population-Based Health 2000 Study. *J Occup Environ Med*, *49*(9), 943-952.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. *Göttingen: Hogrefe Verlag.*
- AOK. (2012). Fehlzeitenreport der AOK
- Bahlmann, J., Angermeyer, M. C., & Schomerus, G. (2013). [Calling it "Burnout" Instead of "Depression" - A Strategy to Avoid Stigma?]. *Psychiatr Prax*, *40*(2), 78-82.
doi:10.1055/s-0032-1332891
- Bauernschmitt, V. (2011). Stress durch Selbstwertbedrohung: Berufliche Gratifikationskrise und depressive Symptomatik unter dem Fokus von Selbstwertbedrohung. *Diplomarbeit am Department Psychologie, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München.*
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory – second edition. Manual. *San Antonio, TX: Psychological Corporation.*
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., & Maier, W. (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout.
- Bernert, S., Heider, D., Schomerus, G., Wilms, H.-U., Wittmund, B., Bull, N., & Angermeyer, M. C. (2006). Wirksamkeit eines Interventionsprogramms auf die Burnout-Belastung von Lebenspartnern depressiv Erkrankter. *Gesundheitswesen*, *68*, 545-550.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1993). Manual for the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Manuscript.*
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. *San Antonio, TX: The Psychological Corporation.*
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, *27*(2), 169-190.

- Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*, 65(7), 438-445. doi:10.1136/oem.2007.038430
- Brenninkmeijer, V., & VanYperen, N. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med*, 60 Suppl 1, i16-20.
- Burisch, M. (2013). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 5. Aufl. (1. Aufl. 1989). Heidelberg: Springer.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733-739. doi:10.1007/s00103-013-1688-3
- Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry*, 52(7), 594-603.
- Chiu, L. Y., Stewart, K., Woo, C., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2014). The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *J Affect Disord*, 172C, 361-366. doi:10.1016/j.jad.2014.10.029
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Danhof-Ponta, M. B., van Veenb, T., & Zitmanb, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 505-524.
- De Bloom, J., Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Sonnentag, S., De Weerth, C., & Kompier, M. A. J. (2010). Effects of vacation from work on health and well-being: Lots of fun, quickly gone. *Work & Stress*, 24(2), 196-216.
- De Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & Blonk, R. W. B. (2008). Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-231.
- DGPPN. (2012). Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Langfassung. Version 1.3.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. H. (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (2. korrigierte Auflage). Bern: Huber.
- Enzmann, D., & Kleiber, D. (1989). Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger, Heidelberg.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H. H., & Driessen, M. (2001). Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert).
- Geurts, S. A., & Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 482-492.
- Gil-Monte, P. (2012). The Influence of Guilt on the Relationship between Burnout and Depression. *European Psychologist*, 17(3), 231-236.

- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & B., L. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50(4), 171-181.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., & Svärdsudd, K. (2011). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med*, 171(2), 134-140.
- Haberthur, A. K., Elkuch, F. M., Holtforth, M. G., Hochstrasser, B., & Soyka, M. (2009). Characterization of Patients Discharged from Inpatient Treatment for Burnout: Use of Psychological Characteristics to Identify Aftercare Needs. *J Clin Psychol*, 65(10), 1039-1055.
- Hamann, J., Parchmann, A., Mendel, R., Bühner, M., Reichhart, T., & Kissling, W. (2013). Verständnis des Begriffs Burnout in Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 84, 838-843.
- Hanna, R., Fiedler, R. G., Dietrich, H., Greitemann, B., & Heuft, G. (2010). Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *60*, 316-325.
- Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *J Affect Disord*, 124(1-2), 54-59. doi:10.1016/j.jad.2009.10.032
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Frankfurt/Main: Harcourt Test Services*.
- Henriksson, S., Boethius, G., & Isacson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatr Scand*, 103(4), 301-306.
- Hillert, A. (2012a). Burnout: eine zeitgemäße psychische Störung. Geschichte, Konzepte, Perspektiven. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6, 1-15.
- Hillert, A. (2012b). Burnout. Pro und Kontra. *Schlaf*, 1, 16-18.
- Hillert, A. (2012c). Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 190-196.
- Hillert, A., Koch, S., & Voderholzer, U. (2012). Burnout- Erleben, Akzeptanz und Nutzung von Gesundheits- Angeboten in Betrieben aus Sicht psychosomatischer Patienten. *ASU: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 47, 494-501.
- Hillert, A., & Marwitz, M. (2006). Die Burnout-Epidemie, oder: Brennt die Leistungsgesellschaft aus? *Beck-Verlag München*.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., . . . Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59-66.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression,. *J Affect Disord*, 75, 209-221.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med*, 29(4), 421-433.

- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34(4), 597-611. doi:10.1017/S0033291703001399
- Klassifikation psychischer Störungen nach der ICD-10-GM. . (2014). In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie (17. Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Hauser, W., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2012). [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(2), 47-51. doi:10.1055/s-0031-1295495
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*, 37(1), 1-11.
- Koch, S., Geissner, E., & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 97-109.
- Koch, S., Lehr, D., & Hillert, A. (2015). Burnout-Syndrom und chronischer beruflicher Stress. Fortschritte der Psychotherapie. *Hogrefe Verlag*.
- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*, 6, Doc09. doi:10.3205/hta000087
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapie des Burnout-Syndroms. *Health Technology Assessment (HTA)*, 120.
- Krähenmann, O., & Krauseneck, T. (2006). Deutsche Übersetzung der Connor-Davidson-Resilience-Scale.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-521.
- Kuhner, C., Burger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). [Reliability and validity of the Revised Beck Depression Inventory (BDI-II). Results from German samples]. *Nervenarzt*, 78(6), 651-656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7
- Lehr, D. (2007). Affektive Störungen bei Lehrerinnen und Lehrern. *Dissertation aus dem Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung Institut für Medizinische Psychologie am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg*.
- Lehr, D., Heber, E., & Tiara, H. (2012). Regeneration als Ressource – Erholungsverhalten als Antwort auf berufliche Herausforderungen. *PADUA*, 7(4), 182-187.
- Lehr, D., Hillert, A., & Keller, S. (2009). What Can Balance the Effort? Associations between Effort-Reward Imbalance, Overcommitment, and Affective Disorders in German Teachers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 15, 374-384.
- Lehr, D., Koch, S., & Hillert, A. (2010). Where is (im)balance? Necessity and construction of evaluated cut-off points for effort-reward imbalance and overcommitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 251-261.
- Lieb, K. (2012). „Burnout“-Diskussion: Schadet sie unseren Patienten? *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6, 65.

- Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Marten-Mittag, B., Nater, U. M., Siegrist, J., & Angerer, P. (2011). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, *68*, 126-133.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients – understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, *92*(6), 1461-1500.
- Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester: Wiley.
- Lönnqvist, J. K., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Kuoppasalmi, K. I. (1995). Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, *49 Suppl 1*, S111-116.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, *46*, 266-274.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual – Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)", 2. Auflage. Pfizer.
- Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall*.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, *2*, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory, Manual (2nd edition). CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, *93*(3), 498-512.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (2008). Kapitel "Measuring burnout" aus Cooper, C.L. and Cartwright, S. (Eds), The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing. University Press, Oxford, 86-108.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422.
- Mittag, O., & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, *42*, 169-174.
- Mommersteeg, P. M. C., Heijnen, C. J., Verbraak, M. J. P. M., & van Doornen, L. J. P. (2006). A longitudinal study on cortisol and complaint reduction in burnout. *Psychoneuroendocrinology*, *31*, 793-804.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, *134*, 382-389.
- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächicher, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., . . . Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, *161*(2), 72-77.
- Pick, D., & Leiter, M. P. (1991). Nurses' perceptions of burnout: a comparison of self-reports and standardized measures. *Can J Nurs Res*, *23*(3), 33-48.

- Rau, R., Gebele, N., Morling, K., & Rösler, U. (2010). Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund*.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *25(4)*, 227-238.
- Rodewald, F. (2005). Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire: Testbeschreibung und Auswertung. Unveröffentlichtes Manuskript. *Medizinische Hochschule Hannover*.
- Schaarschmidt, U., & Fischer, A. W. (2008). AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). *London: Pearson*.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. *London: Taylor & Francis*.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep, 76(3 Pt 2)*, 1083-1090. doi:10.2466/pr0.1995.76.3c.1083
- Schmidtke, A., Fleckenstein, P., Moises, W., & Beckmann, H. (1988). [Studies of the reliability and validity of the German version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)]. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr, 139(2)*, 51-65.
- Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., . . . Berger, M. (2007). An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long-Term Results. *Am J Psychiatry, 164(5)*.
- Schulz, M., Damkroger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Lohr, M., Driessen, M., . . . Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 16(3)*, 225-233. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry, 59 Suppl 20*, 22-33;quiz 34-57.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1(1)*, 27-41.
- Siegrist, J. (2013). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt, 84*, 33-37.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine, 58(8)*, 1483-1499.
- Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A., & Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry, 148*, 599-601.
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S., Engelke, S., Noeres, D., Collatz, J., & Geyer, S. (2009). Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Gratifikationskrisen im

- Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59, 177-185.
- Sperlich, S., Peter, R., & Geyer, S. (2012). Applying the effort-reward imbalance model to household and family work: a population-based study of German mothers. *BMC Public Health*, 12, 12. doi:10.1186/1471-2458-12-12
- Spitzer, R. L., Williams, J., & Kroenke, K. (1999). Prime MD today. Evaluation of mental disorders. Manual. *New York: Pfizer U.S.*
- Staufenbiel, T. (2002). Selbstmanagement-Inventar (SMI). Fragebogen zur Selbsteinschätzung. *Philipps-Universität Marburg: Unveröffentlichter Fragebogen.*
- Techniker Krankenkasse. (2013). Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. *Hamburg.*
- Unterbrink, T., Hack, A., Pfeifer, R., Buhl-Griesshaber, V., Müller, U., Wesche, H., . . . Bauer, J. (2007). Burnout and effort-reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health*, 80(5), 433-441. doi:10.1007/s00420-007-0169-0
- Van der Klundert, J. J. L., & Van Dijk, F. J. H. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health*, 29(6), 478-487.
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Adér, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. F. (2013). Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occupational Environmental Med*, 70, 223-230.
- WHO. (1998). Programme on Mental Health. WHOQOL User Manual. DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- Wulff, H. (2006). Childhood Trauma Questionnaire. Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelten Patienten. *Medizinische Dissertation. Medizinische Fakultät Lübeck.*

8 Anhang

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Jeder Dritte fühlt sich ausgebrannt	12
Abb. 2: Zunahme von Burnout	13
Abb. 3: Stufenschema Burnout	20
Abb. 4: Flowchart über die Stichprobenzusammensetzung	39
Abb. 5: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Emotionale Erschöpfung 1	61
Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Depersonalisation 1	62
Abb. 7: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit 1	62
Abb. 8: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Emotionale Erschöpfung 2	68
Abb. 9: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Emotionale Erschöpfung	68
Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Depersonalisation 2	69
Abb. 11: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Depersonalisation	69
Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Punktzahl: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit 2	70
Abb. 13: Aufteilung Ergebnisse anhand der Cutoff-Werte Schaufeli et al. 1995: Dimension Reduzierte Leistungsfähigkeit	70

8.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Differentialdiagnosen von Burnout	19
Tab. 2: MBI-Subskalen	25
Tab. 3: Depressive Episode nach ICD-10	30
Tab. 4: Instrumente im Studienverlauf	43
Tab. 5: M.I.N.I. – Module	45
Tab. 6: Items zur Erfassung des subjektiven Burnouterlebens	52
Tab. 7: Interpretationswerte des CTQ	55
Tab. 8: Ergebnistabelle des CTQ	91
Tab. 9: Hauptfragestellung 3: CTQ und WHOQoL-BREV: BDI-II als AV	91
Tab. 10: Hauptfragestellung 3: CTQ und WHOQoL-BREV: PHQ-9 als AV	92

8.3 Ergebnistabellen

Tab. 8: Ergebnistabelle des CTQ

CTQ-Skalen	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Emotionaler Missbrauch	9,34	8	4,46
Körperlicher Missbrauch	7,74	7	3,14
Sexueller Missbrauch	6,20	5	3,71
Emotionale Vernachlässigung	12,58	12	5,24
Körperliche Vernachlässigung	6,44	6	3,16
Bagatellisierung/Verleumdung	0,26	0	0,61

Tab. 9: Hauptfragestellung 3: CTQ und WHOQoL-BREV: BDI-II als AV

Tests der Modelleffekte	
Quelle	Typ III
	Wald-Chi-Quadrat
WHOQoL-BREV:	
Physische Gesundheit	6,26
Psychische Gesundheit	0,62
Umwelt	0,86
Soziale Beziehungen	9,25
CTQ:	
Emotionaler Missbrauch	0,02
Körperlicher Missbrauch	0,24
Sexueller Missbrauch	0,55
Emotionale Vernachlässigung	0,03
Körperliche Vernachlässigung	0,30
Bagatellisierung/Verleumdung	2,55

Tab. 10: Hauptfragestellung 3: CTQ und WHOQoL-BREV: PHQ-9 als AV

Tests der Modelleffekte	
Quelle	Typ III
	Wald-Chi-Quadrat
WHOQoL-BREV:	
Physische Gesundheit	3,11
Psychische Gesundheit	0,99
Umwelt	1,24
Soziale Beziehungen	0,89
CTQ:	
Emotionaler Missbrauch	0,01
Körperlicher Missbrauch	0,16
Sexueller Missbrauch	0,47
Emotionale Vernachlässigung	0,04
Körperliche Vernachlässigung	1,59
Bagatellisierung/Verleumdung	1,78

Studienleiter:
Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie

Telefax +49 8051 68–100102

Aufklärungsbogen zur Studie

Burnouterleben bei stationär behandelten depressiven Patienten und Wirksamkeit stationärer Therapie bei Patienten mit Burnouterleben

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie werden eingeladen, an einer Untersuchung teilzunehmen, die das Burnouterleben bei stationär behandelten Patienten mit Depressionen untersucht.

Die Untersuchung besteht aus dem Ausfüllen von Fragebögen während Ihres stationären Aufenthalts, sowie dem einmaligen Ausfüllen ca. 3-6 Monate nach Entlassung, um den Therapieerfolg zu dokumentieren. In den Fragebögen werden Sie unter anderem gebeten, Ihr Befinden und Ihr berufliches Belastungserleben einzuschätzen.

Risiken der Untersuchung sind uns keine bekannt.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung. **Sie können jedoch auch nach der schriftlichen Einverständniserklärung jederzeit Ihre freiwillige Teilnahme an unserem Forschungsprojekt ohne Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Nachteile abbrechen.** Wir versichern Ihnen, dass Ihre Behandlung dadurch in keiner Weise beeinflusst wird. Andererseits klären wir Sie darüber auf, dass für Sie aus der Teilnahme kein direkter Nutzen für Ihre Behandlung gezogen werden kann.

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, **d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode.**

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten in irreversibel anonymisierter Form weiter verwendet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Prof. Ulrich Voderholzer, Dr. Antje-Kathrin Allgaier, Mirja Bäuml. Die Unterlagen werden für die Dauer von 5 Jahren in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nussbaumstr. 7, München, R A 414, aufbewahrt.

Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert („medizinische Gründe“) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt („wissenschaftliche Gründe“). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Einverständniserklärung zur Studie

Burnouterleben bei stationär behandelten depressiven Patienten und Wirksamkeit stationärer Therapie bei Patienten mit Burnouterleben

Der/die Versuchsleiter/in Herr/Frau _____ hat mich vollständig über das Wesen und die Bedeutung der geplanten Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Ein Exemplar der Aufklärung/Einverständnis ist mir zum Verbleib ausgehändigt worden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen unterliegen. Sie werden pseudonymisiert (verschlüsselt) erhoben und aufbewahrt.

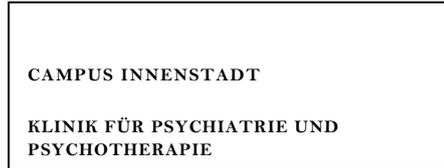
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Durchführung der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden.

Rosenheim, den ____ . ____ . _____

Unterschrift des Versuchsleiters

Unterschrift der Versuchsperson



LMU

Klinikum der Universität München

**Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie**

AG Verhaltenstherapie

Nußbaumstraße 7

D-80336 München

Im Verbund mit der

Schön Klinik Roseneck

Studienleiter: Prof. Dr. med. U. Voderholzer

Am Roseneck 6

D-83209 Prien am Chiemsee

Telefon: +49 8051 68-100102

E-Mail: UVoderholzer@schoen-kliniken.de

Fragebogenset

Teilnehmernummer: _____

Datum: _____

Liebe/r Patient/in!

Nochmals herzlichen Dank, dass Sie sich zur Mitarbeit bei unserer Studie zu Burnouterleben bereit erklärt haben!

Vorab einige Anmerkungen zu dem folgenden Fragebogenset:

- Das Fragebogenset besteht aus mehreren einzelnen Fragebögen. Jeder gesonderte Fragebogen beginnt mit einer speziellen Instruktion. Lesen Sie sich bitte jede Instruktion zunächst aufmerksam durch, bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen.
- Wichtig ist, dass Sie **alle Fragen** beantworten und keine Frage auslassen.
- Bitte kreuzen Sie für jede Frage **nur eine Antwort** an.
- Bei der Beantwortung können Sie sich ruhig Zeit lassen. Versuchen Sie jedoch, die einzelnen Fragen möglichst spontan zu beantworten, d.h. bei einzelnen Fragen nicht zu lange über die „richtige“ Antwort nachzudenken, denn bei allen Fragen gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**.
- Es ist wichtig, dass Sie die Fragen selbst beantworten und sich dabei z.B. nicht „helfen“ oder gar „vertreten“ lassen, denn uns interessiert **Ihre Meinung** als unsere Patientin.
- Ihre Angaben in diesem Fragebogenset werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

- aus lizenzrechtlichen Gründen in dieser Version entfernt -