

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Fit2work – Vergleich von Einzel- und
Gruppenbehandlungen“

verfasst von / submitted by

Vera Elisabeth Noll, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien 2019/ Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Bei der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbstätigkeit und psychische Probleme wurde mir deutlich vor Augen geführt, dass es ein Privileg ist, studieren und arbeiten zu können und dabei gleichzeitig einer erfüllenden und sinnstiftenden Tätigkeit nachzugehen, ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen davon zu tragen. Vor diesem Hintergrund möchte ich mich bei einigen Personen bedanken, die dazu beigetragen haben, dass ich mich in jener privilegierten Situation befinde.

Ich möchte mich herzlich bei Mag. Dr. Reinhold Jagsch bedanken für die überaus hilfreiche Betreuung und Unterstützung während meiner Masterarbeit und meiner Anstellung als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin an der Universität Wien. Ich konnte in dieser letzten Phase meines Studiums sehr viel lernen und bin überaus dankbar für das angenehme Arbeitsklima und die stets freundliche, verständnisvolle und durchweg kompetente Betreuung.

Ein großer Dank geht außerdem an meine Familie, meine Eltern und meinen Bruder, die mich nicht nur durch ihre finanzielle Unterstützung bis ans Ende meines Studiums getragen haben, sondern stets mit klugen Ratschlägen, ermutigend und voll liebevoller Unterstützung hinter mir standen.

Darüber hinaus möchte ich mich bedanken bei meinen lieben Freunden Anna, Dariusch, Dina, Edwina, Lilith, Rebecca, Theresa und all den anderen, die mich zum einen in der Zeit meiner Masterarbeit und zum anderen über mein ganzes Psychologie-Studium hinweg begleitet und die Erfahrung des Studierens in Wien unvergesslich gemacht haben.

Zusammenfassung

Hintergrund. Die vorliegende Prä-Post-Studie stellt eine Evaluation des Projekts fit2work des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz in Österreich dar. Ziel des Programms ist die Unterstützung von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen mit psychischen Problemen durch kostenlose therapeutische Maßnahmen (klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie oder Behandlung durch Doppelqualifizierte). In diesem Rahmen galt es zu erforschen, ob Einzel- oder Gruppentherapien Unterschiede in der Wirksamkeit bei der Behandlung der fit2work-TeilnehmerInnen aufweisen. **Methodik.** Die Erhebungsinstrumente waren ein Fragebogen zum krankheitsspezifischen Status (prä und post), Beck Depressions-Inventar, Brief Symptom Inventory und die Global Assessment of Functioning Scale zur Erfassung der psychischen Belastung sowie der Helping Alliance Questionnaire, um die Zufriedenheit der KlientInnen und BehandlerInnen mit der Therapie zu erheben. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 1267 Personen zusammen, davon waren 1122 Personen in Einzel- und 145 in Gruppentherapie. **Ergebnisse.** Es zeigte sich, dass beide Behandlungsarten hochwirksam in der Linderung der psychischen Symptomatik über die Zeit waren, die Schwere der Depression sank über beide Behandlungsarten hinweg, und die TeilnehmerInnen galten nach der Therapie nicht mehr als behandlungsbedürftig. KlientInnen von Einzel- und Gruppentherapien gaben zu Behandlungsende ähnlich hohe Zufriedenheitswerte an, während BehandlerInnen des Gruppensettings signifikant höhere Werte aufwiesen als die KollegInnen des Einzelsettings. Bezüglich der Veränderung des Beschäftigungsstatus im Sinne einer beruflichen Rehabilitation erwies sich die Gruppentherapie als effektiver. Hinsichtlich der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit nach der Behandlung zeigte sich nur bei den TeilnehmerInnen von Einzeltherapie eine signifikante Verbesserung. Für die allgemeine Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit und die Krankenstände standen sich die Gruppen jedoch in nichts nach. **Schlussfolgerung.** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie im Rahmen von fit2work hochwirksam in der Behandlung der psychischen Symptomatik erwerbstätiger und arbeitsloser KlientInnen waren, alles in allem ergaben sich statistisch gesehen für die beiden Formen der Therapie gleich große Verbesserungen über die Zeit. Allgemein wiesen die beiden Behandlungsarten eine relative Äquivalenz hinsichtlich der gewünschten Projektziele vor.

Schlüsselwörter: fit2work, berufliche Rehabilitation, Arbeitslosigkeit, Psychotherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie

Abstract

Background. The present pre-post study constitutes an evaluation as part of the fit2work project conducted by the Austrian Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection. The project's objective was the support of employed and unemployed individuals with a mental health condition by means of free therapeutic treatments (clinical-psychological treatment, psychotherapy or a treatment by double qualified practitioners). Within this framework, possible discrepancies between the efficiency of individual and group treatment were to be researched. **Methods.** The instruments used in this study were a questionnaire concerning the disease-specific status (pre and post), the Beck Depression Inventory, Brief Symptom Inventory and the Global Assessment of Functioning Scale for the assessment of psychological stress as well as the Helping Alliance Questionnaire for measuring the clients' and therapists' satisfaction with the therapy. The collected sample consisted of 1,267 people (1,122 in individual and 145 in group therapy). **Results.** Both types of treatment were highly effective in alleviating psychological symptoms over time, the level of depression decreased over the course of both treatments and after termination, both groups were not considered to be in need of treatment anymore. The clients of the individual therapy and group therapy reported equally high levels of satisfaction after the treatment, whilst group therapists indicated significantly higher satisfaction values than individual therapists did. Group therapy proved to be more effective regarding a change of employment status in the sense of occupational rehabilitation. Concerning job performance ability after the treatment, only participants of individual therapy indicated a significant improvement. In terms of general effects of the treatment on achievement potential and sickness absence rates, both treatment types performed similarly. **Conclusion.** In conclusion, individual as well as group therapy proved to be highly effective regarding the treatment of the mental symptoms of both employed and unemployed clients. Overall, both types of therapy showed similar improvements over time from a statistical point of view. Generally speaking, the two treatment types showed a relative equivalence regarding the desired project goal.

Keywords: fit2work, occupational rehabilitation, unemployment, psychotherapy, individual therapy, group therapy

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Theoretischer Hintergrund	8
1.1. Arbeit und Gesundheit	8
1.2. Theoretische Modelle	10
1.2.1. Job-Demand-Control-Modell	10
1.2.2. Job-Demand-Resources-Modell	10
1.2.3. Effort-Reward-Imbalance-Modell	11
1.3. Arbeitslosigkeit und ihre Folgen	11
1.4. Fit2work	13
1.5. Klinisch-psychologische Behandlung versus Psychotherapie	14
1.6. Psychotherapieforschung	16
1.6.1. Wirksamkeitsforschung	17
1.6.2. Einzel- versus Gruppentherapie	18
2. Zielsetzung der Studie	20
3. Methode	20
3.1. Stichprobe	20
3.2. Studiendesign und Untersuchungsdurchführung	21
3.3. Untersuchungsinstrumente	21
3.3.1. Fragebogen zum krankheitsspezifischen Status	21
3.3.2. Beck Depressions-Inventar Revision	22
3.3.3. Helping Alliance Questionnaire	23
3.3.4. Brief Symptom Inventory	23
3.3.5. Global Assessment of Functioning	24
3.4. Fragestellungen und Hypothesen	24
4. Geplante statistische Auswertung	27
5. Ergebnisdarstellung	28
5.1. Deskriptive Statistik	28
5.1.1. Beschreibung der Gesamtstichprobe zu t_1	28
5.1.2. KlientInnen von Einzel- & Gruppenbehandlungen im Vergleich	32
5.2. Hypothesentestung	33
5.2.1. Fragestellung 1	33
5.2.2. Fragestellung 2	34

5.2.3. Fragestellung 3	37
5.2.4. Fragestellung 4	40
5.2.5. Fragestellung 5	42
6. Diskussion	45
7. Limitationen	51
8. Fazit und Ausblick	52
Literaturverzeichnis	54
Abbildungsverzeichnis	60
Tabellenverzeichnis	60

Gesellschaftliche und arbeitsweltbezogene Veränderungen wie Globalisierung, demografischer Wandel und Zunahme von Informationstechnologien führen dazu, dass sich Arbeitsstrukturen stetig verändern und Einfluss auf das Erleben und die psychische und physische Gesundheit von ArbeitnehmerInnen haben (Schütte & Köper, 2013). Dabei stellen berufsbezogene Aspekte wie Dynamik im Sinne häufiger und schneller Umstrukturierungen, steigende Anforderungsvielfalt (z.B. flexible Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen), zunehmende Komplexität und die Schwierigkeit, Berufs- und Privatleben adäquat zu vereinbaren, Erwerbstätige vor immer neue Herausforderungen und erfordern meist rasche Anpassung. Gelingt diese Anpassung an die Arbeitsweltveränderungen nicht, können weitreichende gesundheitliche Folgen wie zum Beispiel Depression, Burnout, Erkrankungen des Muskel-Skeletts und des Herz-Kreislaufs auftreten (Schütte & Köper, 2013). Schütte und Köper (2013) zufolge besteht für (noch) Erwerbstätige bei Restrukturierungsmaßnahmen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Beschwerden. Mögliche Gründe hierfür können unter anderem das Empfinden von Hilflosigkeit und Kontrollverlust oder das Gefühl von Über- oder Unterforderung sein (Schütte & Köper, 2013) und dazu führen, dass Menschen ihre Arbeit nicht mehr ausüben können.

Spätestens der Eintritt in die Erwerbslosigkeit und der Verlust von Arbeit als existenzielles Bedürfnis des Menschen beeinflussen das alltägliche Leben auf erhebliche Art und Weise: mit Verlust des monatlichen Einkommens schwinden die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Aufgelöste Tages- und Zeitstrukturen sowie der Verlust sozialer Kontakte am Arbeitsplatz können ebenfalls großen Einfluss auf die Lebensführung nehmen (Kroll, Müters, & Lampert, 2016). Paul und Moser (2009) zufolge steht Arbeitslosigkeit in Verbindung mit geringerem psychosozialen Wohlbefinden und Selbstwertgefühl und niedrigerer Lebenszufriedenheit. Darüber hinaus wird Erwerbslosigkeit mit einem höheren Risiko für affektive Störungen (Paul & Moser, 2009) und Depression (Zuelke et al., 2018) assoziiert, vor allem bei denjenigen Personen, die bereits längere Zeit arbeitslos sind. Materielle und soziale Ressourcen nehmen Einfluss auf diesen Zusammenhang, und auch der Verlust arbeitsbezogener Errungenschaften wie sinnstiftender Ziele und sozialer Status gilt als wichtiger Faktor (Zuelke et al., 2018).

Fit2work als österreichweites Projekt will an dieser Stelle ansetzen und arbeitslosen sowie erwerbstätigen Menschen mit psychischen Problemen die Möglichkeit einer kostenlosen Behandlung bieten, um ihren Leidensdruck zu lindern, ihre Arbeitsfähigkeit zu fördern oder wiederherzustellen und einen Wiedereinstieg ins Berufsleben zu unterstützen (Sozialministeriumservice, 2018a). Dies erfolgt im Einzel- oder Gruppensetting mittels

Psychotherapie, klinisch-psychologischer Behandlung oder der Behandlung durch Doppelqualifizierte – das heißt Personen, die sowohl klinisch-psychologische BehandlerInnen als auch PsychotherapeutInnen sind.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Evaluation dessen, ob Einzel- oder Gruppenbehandlungen im Rahmen des 4. Förderjahrs von fit2work Unterschiede hinsichtlich Wirksamkeit und Behandlungserfolg aufweisen. In vergangenen Förderjahren wurde bereits untersucht, ob klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie oder die Behandlung durch Doppelqualifizierte unterschiedliche Effekte bei den TeilnehmerInnen von fit2work erzielen können (Jagsch & Alfons, 2017). Mögliche Differenzen hinsichtlich der genannten Interventionsformen sollen in dieser Arbeit abermals aufgegriffen werden, stellen jedoch nicht den primären Themenschwerpunkt dar.

Im Folgenden gilt es zunächst, den theoretischen Hintergrund und aktuellen wissenschaftlichen Stand der behandelten Themen darzustellen und dabei auf den Zusammenhang von Arbeit, Erwerbslosigkeit und Gesundheit einzugehen, den Unterschied zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie in Österreich zu erklären sowie eine Gegenüberstellung von Einzel- und Gruppentherapie vorzunehmen, um abschließend bisherige Studienergebnisse hinsichtlich möglicher Wirksamkeitsunterschiede der verschiedenen psychologischen Interventionsformen zu erläutern.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. Arbeit und Gesundheit

Die Arbeit kann zwei Gesichter haben, so formulierte es Kurt Lewin im Jahr 1920. Sie kann für den Menschen zum einen Mühe und Anstrengung bedeuten und zum anderen der Sinnstiftung und persönlichen Weiterentwicklung dienlich sein. Arbeit fordert Gedächtnis und Aufmerksamkeit sowie kognitive, emotionale und motivationale Prozesse heraus und kann Freude und Kompetenzerwerb mit sich bringen (Rau & Henkel, 2013). Was dabei für den einen eine alltägliche Beanspruchung darstellt, bedeutet für den anderen Stress und Ermüdung: die objektiv gleiche Belastung kann je nach Individuum und Zeitpunkt zur unterschiedlichen Beanspruchung einer Person führen, und somit können sowohl Arbeitsbelastung als auch individuelle Leistungsvoraussetzung und Stressempfinden eine wichtige Rolle im Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit spielen (Rau & Henkel, 2013).

Betrachtet man das „düstere“ Gesicht der Arbeit, zeichnet sich ein deutliches Bild ab: Krankenstände aufgrund von Depressionen, Angststörungen und anderen stress-bezogenen Störungen steigen weltweit an (Audhoe, Nieuwenhuijsen, Hoving, Sluiter, & Frings-Dresen,

2018). Egger-Subotitsch, Poschalko, Kerschbaumer und Wirth (2014) berichten im Arbeitsmarktservice-Bericht, dass die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes in Österreich im Jahr 2010 knapp 11 Tage betrug, aber etwa 40% der in Anspruch genommenen Krankenstandstage Fälle mit einer Dauer von über 36 Tagen waren. Diese Zahlen bieten jedoch nur bedingt eine Grundlage für Schlussfolgerungen auf den wahren Gesundheitszustand österreichischer Erwerbstätiger, z.B. aufgrund des Präsentismus-Phänomens, nach dem viele erwerbstätige Personen trotz Krankheit am Arbeitsplatz erscheinen (Egger-Subotitsch et al., 2014). Nach Biffl und Kollegen (2011) verdoppelten sich die Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen den Jahren 1996 und 2009, während der Anteil an Krankenständen durch andere Erkrankungen rückläufig war.

Ein ähnliches Bild skizzieren auch Audhoe und Kollegen (2018), denen zufolge psychische Probleme der Hauptgrund für Abwesenheit am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeitspensionen¹ sind. Anrecht auf jene Pensionen besteht, wenn die Arbeitsfähigkeit auf unter 50% gesunken ist, und der Anspruch ist gekoppelt an eine gewisse Versicherungszeit, die jeweils nach Alter eingestuft wird. Im Jahr 2011 stellten etwa 73.700 Personen in Österreich einen Pensionierungsantrag, davon wurden ca. 28.000 Anträge bewilligt. Während Frauen mit einem Durchschnittsalter von ungefähr 50 Jahren in Pension gingen, lag das Alter der Männer im Schnitt bei etwa 53 Jahren (Egger-Subotitsch et al., 2014).

Ein Drittel aller beschäftigten Männer in Österreich und ein Viertel der Frauen leiden an Überbeanspruchung mit beeinträchtigtem subjektiven psychischen Wohlbefinden, überdurchschnittlich betroffen sind hierbei Personen in Führungspositionen sowie im personenbezogenen Dienstleistungssektor (Gesundheits-, Sozial-, Unterrichtswesen), wobei die häufigsten psychischen Probleme Depressionen und Angstzustände sowie Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit und Erschöpfungszustände sind (Biffl et al., 2011). Nach dem Projektbericht des Instituts für höhere Studien in Wien (Czypionka, Lappöhn, Pohl, & Röhring, 2016) gab es im Jahr 2014 etwa 20.000 Neuzugänge an Pensionen wegen Erwerbsunfähigkeit, wobei die Zugänge aufgrund psychischer Störungen etwa 29% ausmachten.

¹ Eine genauere Differenzierung dieses Begriffs sähe vor, dass Frühpensionierungen aufgrund verringerter Erwerbsfähigkeit bei ArbeiterInnen Invaliditätspensionen genannt werden, während man für Angestellte den Begriff Berufsunfähigkeitspension verwendet (Egger-Subotitsch et al., 2014). Es sei angemerkt, dass die vorliegende Arbeit die Begriffswahl nicht nach dem entsprechenden Anstellungstyp differenziert.

Auch Czypionka und Kollegen (2016) zufolge sind unbefristete Invaliditätspensionen im nicht-psychiatrischen Bereich bei Männern und Frauen rückläufig, die Zahl der Pensionen in Folge psychiatrischer Erkrankungen steigt demgegenüber kontinuierlich an. Bei befristeten Pensionen spielen psychiatrische Krankheiten eine noch größere Rolle: im Jahr 2013 machten sie bei Männern 58% aller befristeten Pensionen aus, bei Frauen 71% (Czypionka et al., 2016).

Eine Reihe theoretischer Modelle kann herangezogen werden, um die Gestaltung und die Bedingungen des Arbeitsplatzes und deren Auswirkungen auf das körperliche und seelische Wohlbefinden zu erklären und Implikationen für die Praxis zu eröffnen. Im Folgenden sollen diesbezüglich drei empirisch überprüfte Modelle kurz erläutert werden.

1.2. Theoretische Modelle

Um die Beziehung zwischen Belastung und Gesundheit erklären zu können, eignen sich unter anderem das Job-Demand-Control-Modell von Karasek (1979), das Job-Demand-Resources-Modell von Bakker und Demerouti (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005) und das Effort-Reward-Imbalance-Modell nach Siegrist (1996; Richter & Wegge, 2011).

1.2.1. Job-Demand-Control-Modell (JDC-Modell). Das JDC-Modell oder Arbeitsanforderungs-Tätigkeitsspielraum-Modell nach Karasek (1979) geht davon aus, dass Arbeitsanforderungen wie Zeitdruck, Komplexität und Schwierigkeit auf der einen Seite und der Tätigkeits- bzw. Kontrollspielraum (im Sinne von Entscheidungsspielraum und Qualifikationsnutzung) einer Person auf der anderen Seite Einfluss auf das Erleben und Empfinden von psychischen Anforderungen im Arbeitskontext nehmen (Richter & Wegge, 2011). Die Theorie besagt, dass niedrige Arbeitsanforderung bei gleichzeitig geringem Kontrollspielraum zur Unterforderung des Arbeitenden führt, während sehr hohe Arbeitsanforderungen auch, aber nicht zwangsläufig, zur Beeinträchtigung der Gesundheit führen können, sofern genug Eigenverantwortung gewährt ist. In der Weiterentwicklung des Modells wurde später als weiterer Einflussfaktor die soziale Unterstützung mit einbezogen, da der frühere Fokus auf ausschließlich externe Arbeitsmerkmale einiges an Kritik fand (Richter & Wegge, 2011).

1.2.2. Job-Demand-Resources-Modell (JD-R-Modell). Das JD-R-Modell bzw. Anforderungs-Ressourcen-Modell von Bakker und Demerouti (Bakker et al., 2005) fasst unter dem Begriff Ressourcen alle Ziel erhaltenden Aspekte zusammen, die Anforderungen am Arbeitsplatz reduzieren und die eigene Entwicklung fördern können, wie beispielsweise der Tätigkeitsspielraum (vgl. JDC-Modell), die Möglichkeit eines Feedbacks oder die Unterstützung durch MitarbeiterInnen (Richter & Wegge, 2011). Dem Modell zufolge kann Überforderung langfristig zu chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigung führen (z.B.

Burnout, Depression), wobei verschiedene Ressourcen eine Pufferfunktion in diesem Zusammenhang haben können. Diese Ressourcen können in weiterer Folge zur Steigerung der Motivation und zu einem verbesserten Arbeitsengagement führen (Bakker et al., 2005; Richter & Wegge, 2011).

1.2.3. Effort-Reward-Imbalance-Modell. Das Effort-Reward-Imbalance-Modell bzw. Gratifikationskrisenmodell von Siegrist (1996) geht über die bereits beschriebenen Modelle hinaus, indem es das von einer Person individuell wahrgenommene Belohnungssystem miteinbezieht (Richter & Wegge, 2011). Eine sogenannte Gratifikationskrise entsteht, wenn subjektive hohe Anforderungen nicht entsprechend finanziell oder mit Anerkennung durch andere sowie der Möglichkeit des Aufstiegs innerhalb eines Unternehmens/einer Organisation belohnt werden, und kann abermals auf lange Sicht zur Beeinträchtigung der Gesundheit führen (Richter & Wegge, 2011). Die Unfähigkeit, sich angemessen zu erholen, sowie eine Art *overcommitment* auf Seiten der arbeitenden Person werden darüber hinaus ebenfalls als Risikofaktoren für die Gesundheit angeführt (Richter & Wegge, 2011).

1.3. Arbeitslosigkeit und ihre Folgen

Beschäftigt man sich in weiterer Folge mit dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen, tritt die Frage nach der Kausalitätsrichtung auf, was sich mithilfe von Selektions- und Kausalitätshypothese skizzieren lässt (Grobe & Schwartz, 2003). Während die Kausalitätshypothese davon ausgeht, dass Arbeitslosigkeit an erster Stelle zu einem höheren Krankheitsrisiko führt, postuliert die Selektionshypothese den gegenläufigen Trend: Krankheit zieht ein erhöhtes Risiko für Erwerbslosigkeit nach sich (Grobe & Schwartz, 2003). Empirische Querschnittstudien können hierzu nur eingeschränkt Erkenntnisse liefern, da aufgrund methodischer Begrenzungen nur Aussagen über die Stärke des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit, nicht aber Aussagen über die Kausalität getätigt werden können (Hollederer, 2002). Dies ist bei Längsschnittstudien anders: bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts lieferte die österreichische Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld, & Zeisel, 1975) interessante Erkenntnisse über die Konsequenzen von Langzeitarbeitslosigkeit (Hollederer, 2002). Wenngleich die Kausalitätsrichtung von gesundheitlichen Problemen und Erwerbslosigkeit nicht einfach zu bestimmen sein mag und sich in eine Henne-Ei-Problematik verwandeln kann, erfährt hierdurch die Relevanz der Konsequenzen in beiden Fällen keine Minderung: sowohl männliche als auch weibliche Arbeitslose weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Berufstätige, führen ein weniger gesundheitsbewusstes Leben (vermehrter Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum,

Fehlernährung, physische Inaktivität, veränderte Schlafgewohnheiten etc.; Weber, Hörmann, & Heipertz, 2007) und schätzen selbst ihre eigene Gesundheit als weniger gut oder schlecht ein. Auch die Inanspruchnahme stationärer Leistungen sowie das Mortalitätsrisiko sind bei Erwerbslosen deutlich höher und steigen mit Dauer der Arbeitslosigkeit kontinuierlich an (Grobe & Schwartz, 2003). Finanzielle Probleme und Verschuldung, ein schlechteres Wohnumfeld sowie die Zunahme familiärer Konflikte sind als weitere mögliche Folgen von Arbeitslosigkeit zu nennen (Weber et al., 2007).

Während der Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit auch positive Folgen mit sich bringen kann, liegt der Fokus vor allem auf den negativen Konsequenzen, zumal positive Aspekte wie beispielsweise ein verbessertes Gesundheitsverhalten durch mehr freie Zeit eher bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status zu finden sind und nicht für alle Arbeitslosen gleichermaßen gelten (Schaap, de Wind, Coenen, Proper, & Boot, 2018). Es sind auch vor allem diese Differenzen im Zugang zu ökonomischen und sozialen Ressourcen, die die Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen am besten über alle Altersgruppen hinweg erklären können (Brydsten, Hammarström, & San Sebastian, 2018).

Eine der stärksten Risikogruppen für eine depressive Störung sind arbeitslose Menschen, insbesondere diejenigen, die zur Gruppe der Langzeitarbeitslosen zählen. Darüber hinaus besteht eine Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Depression (Nurmela et al., 2018), zumal Arbeitslose mit psychischer Beeinträchtigung größere Schwierigkeiten haben, den Wiedereinstieg in die Berufswelt zu schaffen (Carlier, Schuring, & Burdorf, 2018).

Dies spricht unter anderem für die Relevanz von Interventionsprogrammen, um die Betroffenen hierbei zu unterstützen. Auch wirtschaftliche Aspekte legen eine Handlungsnotwendigkeit nahe: Helminger, Martins und Scuvée (2016) zufolge steigt der Prozentsatz der Älteren im Ruhestand verglichen mit der arbeitenden Population in Europa immer weiter an: waren es im Jahr 2014 noch 28%, wird diese Zahl bis 2060 voraussichtlich 50% betragen, was eine Herausforderung für den Sozialstaat und eine wirtschaftliche Last für die Gesellschaft darstellt und eine entsprechende (arbeitsbezogene) Gesundheitsförderung umso wichtiger erscheinen lässt (Audhoe et al., 2018). Bemühungen hierzu existieren in Österreich bereits z.B. gemäß dem Vorhaben der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), durch innerbetriebliche Regelungen wie Arbeitsschutzvorschriften (Vogt & Elsigan, 2011) oder durch Projekte wie fit2work.

Im Zusammenhang mit Arbeitsstrukturen und psychischen Erkrankungen stößt man des Weiteren immer häufiger auf den Begriff Burnout, das Krankheitsbild, dessen typische Symptomatik sich aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderter

Leistungsfähigkeit zusammensetzt (Brühlmann, 2007) und ebenfalls als wichtiger Faktor für den Eintritt in die Erwerbslosigkeit dargestellt werden kann. Der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert-Koch-Instituts zufolge liegt die Gesamtprävalenz für Burnout bei ca. 4.2% und die 12-Monats-Prävalenz bei 1.5% (Maske, Riedel-Heller, Seiffert, Jacobi, & Hapke, 2016). Für die Behandlung von Burnout – sowie die Therapie jeglicher psychischer Erkrankung – gilt es, „ein individuell zugeschnittenes Programm zusammenzustellen“ (Brühlmann, 2007, S. 904). Als ein solches Programm soll im Folgenden, bezugnehmend auf die vorliegende Masterarbeit, das Programm fit2work vorgestellt werden.

1.4. Fit2work

Fit2work ist ein Projekt des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz in Österreich, das seit Juni 2013 österreichweit durchgeführt und durch das Sozialministerium koordiniert wird. Die Zielsetzungen hierbei sind vielfältig: zum einen sollen Menschen mit psychischen und physischen Problemen dabei unterstützt werden, ihren Arbeitsplatz und ihre Leistungsfähigkeit trotz gesundheitlicher Widrigkeiten zu behalten; zum anderen wird Menschen, die ihren Job durch eben genannte Gründe bereits verloren haben, Unterstützung und Hilfe beim Wiedereinstieg in die Berufswelt geboten (Jagsch & Alfons, 2017; Sozialministeriumservice, 2018a). Das Angebot für ArbeitnehmerInnen sowie Arbeitslose sieht somit vor, die Arbeitsfähigkeit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen, andere und neue Tätigkeitsbereiche zu entdecken und den beruflichen Wiedereinstieg schnell zu verwirklichen (Sozialministeriumservice, 2018a). Die Teilnahme am Projekt erfolgt freiwillig, und die Therapie ist kostenlos. Nach einem Erstgespräch und der Erfassung der individuellen Problemlage findet die Zuteilung der KlientInnen durch eine/n steuernde/n Psychologen/in statt. In allen Bundesländern Österreichs gibt es steuernde PsychologInnen², die in Zusammenarbeit mit den jeweiligen KlientInnen einen Behandlungsplan und die voraussichtliche Anzahl an zu absolvierenden Therapiestunden (maximal ca. 30 Einheiten) festlegen und in weiterer Folge an klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen oder Doppelqualifizierte weitervermitteln (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2019). Des Weiteren werden erstmalig im Rahmen von fit2work gleichzeitig nicht nur therapeutische Methoden im Einzel-, sondern auch im Gruppensetting evaluiert, wobei drei verschiedene Gruppenarten Anwendung fanden:

² Momentan gibt es für fit2work in ganz Österreich 18 steuernde PsychologInnen und 236 BehandlerInnen, von denen 197 klinische PsychologInnen und 77 PsychotherapeutInnen sind (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2019).

psychosoziale und Reha-Jahresgruppen, Gruppentraining für soziale und emotionale Kompetenz sowie Schmerzgruppen. Der allgemeine Ablauf des Programms ist schematisch vereinfacht in Abbildung 1 dargestellt.

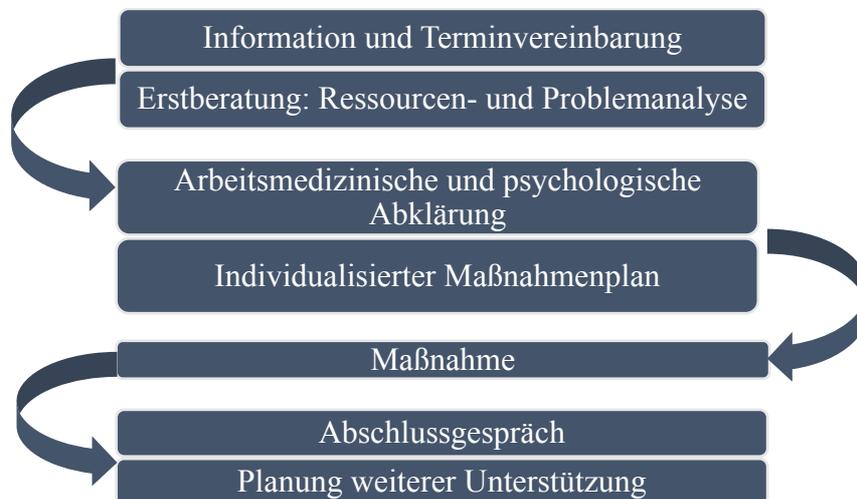


Abbildung 1. Vereinfachte Darstellung des Ablaufs von fit2work (Sozialministeriumservice, 2018b).

Mögliche Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Behandlungsmethoden (klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie) wurden bereits im vergangenen Förderjahr von Jagsch und Alfons (2017) untersucht, wobei hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit sowohl aus KlientInnen- wie auch aus BehandlerInnen-Perspektive keine Unterschiede festgestellt werden konnten. In der vorliegenden Studie gilt es primär zu beforschen, ob sich Einzel- und Gruppentherapien im Rahmen des Programms als unterschiedlich effektiv für die TeilnehmerInnen des fit2work-Projekts erweisen. Zunächst soll jedoch für ein umfassenderes Verständnis eine Gegenüberstellung von klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie in Österreich erfolgen.

1.5. Klinisch-psychologische Behandlung versus Psychotherapie

Das Studium der Klinischen Psychologie vermittelt Wissen in den Bereichen Psychopathologie, Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen, Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung und klinisch-psychologische Interventionen. Psychotherapie stellt eine dieser Interventionsformen der Klinischen Psychologie dar und fokussiert hauptsächlich auf die Ausübung therapeutischer Verfahren und Techniken zur Behandlung psychischer Störungsbilder (Rief, Hautzinger, Rist, Rockstroh, & Wittchen, 2007). Klinisch-psychologische Behandlungsmethoden können ebenfalls als Teil der

psychologischen Interventionsmöglichkeiten gesehen werden und Psychotherapie wiederum als Spezialfall der klinisch-psychologischen Behandlung (Baumann & Perrez, 2006). Baumann und Perrez (2006) definieren die Klinische Psychologie wie folgt:

Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation). Daraus geht hervor, dass sich die klinisch-psychologische Behandlung nicht nur auf psychische Störungen, sondern auch auf somatische Erkrankungen erstreckt. (S. 1)

Österreich weist mit der Unterscheidung von klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie eine besondere Gesetzeslage im Vergleich zu anderen Ländern auf (Laireiter, 2017). So wird beispielsweise die klinisch-psychologische Diagnostik, aber nicht gleichermaßen die klinisch-psychologische Behandlung von den Krankenkassen finanziert, während eine Behandlung mittels Psychotherapie besser in der Sozialversicherung verankert ist (Laireiter, 2017). Diese Regelung stellt ein Problem dahingehend dar, dass zahlreiche klinische PsychologInnen den finanzierten Zugang zu einem zentralen Tätigkeitsfeld verwehrt bekommen und so nicht unmittelbar im Bereich der Gesundheitsversorgung tätig sein können (Laireiter, 2017), obwohl die Psychotherapie einen Unterbereich der Klinischen Psychologie bildet (Baumann & Perrez, 2006) und die klinisch-psychologische Behandlung als Aufgabengebiet klinischer PsychologInnen per definitionem ebenso das Recht einräumt, psychische Störungen zu behandeln. Dies wirft die Frage auf, was klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie denn letztendlich voneinander unterscheidet und verdeutlicht die Notwendigkeit einer Abgrenzung der beiden Interventionsmethoden gegeneinander.

Ein wichtiger Aspekt ist, dass die klinisch-psychologische Behandlung sich „nicht nur auf psychische Störungen und psychische Probleme somatisch Erkrankter [...], sondern auch auf gestörte psychische Grundfunktionen, wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Schlafen, Essen etc., aber auch auf neuropsychologische und neurokognitive Störungen und Auffälligkeiten und gestörte interpersonale Systeme (z.B. Paare, Familien oder Gruppen)“ (Laireiter, 2017, S. 109) bezieht mit den Zielen der Linderung, Reduktion und der Beseitigung oder Akzeptanz des individuellen Leidensdrucks einer Person. Darüber hinaus ist die klinisch-psychologische Behandlung im Gegensatz zur Psychotherapie schulenunspezifisch (Laireiter, 2017) und beruft

sich auf die zentralen Kriterien der Evidenzbasiertheit und der Professionalität (Baumann & Perrez, 2006). Strotzka (1969, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011) betont außerdem für die Psychotherapie ausdrücklich die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer tragfähigen emotionalen Bindung zwischen TherapeutIn und PatientIn.

Laireiter (2017) zufolge können klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie anhand folgender Gesichtspunkte differenziert werden:

1. Non-Selektivität und Non-Reduktionismus: gegenüber der schulenspezifischen Ausrichtung einer Psychotherapie basiert die klinisch-psychologische Behandlung auf der Gesamtheit des psychologischen Wissens- und Methodenrepertoires und beschränkt sich nicht auf eine bestimmte Theorie.
2. Orientierung an Wissenschaft und Forschung: die klinisch-psychologische Behandlung will sich laufend an neuen Forschungserkenntnissen orientieren statt an der psychotherapeutischen Lehre bestimmter Personen.
3. Empirismus und Evaluation: klinisch-psychologische Methoden sollen ständig beforcht und evaluiert werden, um neue Verfahren und Methoden zu entwickeln.
4. Rationales Welt- und Menschenbild: in Bezug auf das Verständnis von menschlichem Funktionieren orientiert sich die klinisch-psychologische Behandlung an einem rationalen Weltbild anstatt beispielsweise anhand von tiefenpsychologischen Auffassungen.
5. Umfassender Ansatz vs. Einzelmethode: die klinisch-psychologische Behandlung will aus einer Vielzahl möglicher Ansätze und Methoden den jeweilig passenden Weg herausuchen, anstatt auf einen umfassenden Behandlungsansatz zurückzugreifen.
6. Medizinisches Modell und klinische Behandlung: im Gegensatz zur Psychotherapie, die vor allem die Begegnung und Interaktion von TherapeutIn und PatientIn als heilsames Moment versteht, orientiert sich die klinisch-psychologische Behandlung eher an einem medizinischen Modell bei der Behandlung psychischer Probleme.
(S.113)

1.6. Psychotherapieforschung

Da die vorliegende Studie eine Outcome-Evaluation darstellt, die den Behandlungserfolg bei den TeilnehmerInnen von fit2work über mehrere Behandlungsarten und -ansätze hinweg anhand verschiedener Variablen erfassen will, soll vor diesem Hintergrund im Folgenden auf die allgemeine Wirksamkeit der therapeutischen Methoden eingegangen werden

und diesbezüglich im Weiteren ein Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie angestellt werden.

1.6.1. Wirksamkeitsforschung. Die nachhaltige Wirksamkeit von Psychotherapie im störungsspezifischen Vergleich oder im Vergleich zu Kontrollgruppen konnte anhand zahlreicher Studien und Metaanalysen gezeigt werden (Lambert & Bergin, 2004; Pfammatter, Junghan, & Tschacher, 2012). Die Effekte einer Psychotherapie können als relativ nachhaltig eingestuft werden, zumal behandelte Personen den Umgang mit zukünftigen Schwierigkeiten sowie zahlreiche Bewältigungsstrategien erlernen können (Lambert & Bergin, 2004).

Schwieriger zu beantworten ist jedoch die Frage, ob sich verschiedene Ansätze der Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit unterscheiden. Lambert und Bergin (2004) zufolge existieren bei verschiedenen Psychotherapieschulen und Behandlungsmethoden lediglich geringe Wirksamkeitsunterschiede. Zahlreiche weitere Ergebnisse scheinen dafür zu sprechen, dass es keine bedeutsamen Unterschiede gibt, aber sich gewisse Ansätze in der Behandlung spezifischer Störungsbilder als effizienter im Vergleich zu anderen Ansätzen darstellen können. Es sei jedoch angemerkt, dass noch nicht alle Formen von Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit als überprüft betrachtet werden können (Pfammatter et al., 2012).

Des Weiteren soll erwähnt sein, dass bei der Wirksamkeitsforschung der Fokus auf Unterschiede in schulenspezifischen Methoden und Techniken (z.B. Exposition, Paradoxe Intervention) gelegt oder davon ausgegangen werden kann, dass allgemeine Wirkfaktoren in der Therapie (z.B. Ressourcenaktivierung, Problembewältigung) den Behandlungserfolg bestimmen (Pfammatter et al., 2012) und Untersuchungen so zu unterschiedlichen Aussagen über die Wirksamkeit von Psychotherapie bzw. den verschiedenen Ansätzen führen können. Wichtig für eine effektive Therapie sind Lambert und Bergin (2004) zufolge Aspekte wie ein verständnisvoller Umgang der TherapeutenInnen mit den PatientInnen oder empathisches Verhalten, was an die von Strotzka (1969) propagierte emotionale Bindung zwischen TherapeutIn und PatientIn erinnert. Die Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen KlientIn und BehandlerIn, auch therapeutische Allianz genannt, stellt einen wichtigen Faktor dar, der Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen kann (Horvath, del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Slone & Owen, 2015).

Aufgrund der besonderen Gesetzeslage in Österreich gibt es wenige Untersuchungen zum direkten Vergleich der Wirksamkeit von klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie. In einer Katamnesestudie mit Gegenüberstellung von klinisch-psychologischer Behandlung, kognitiver Verhaltenstherapie und systemischer Therapie konnten Laireiter, Ferstl, Bako, Schröder und Sommerfeld (2017) zeigen, dass die Methoden

sich aus PatientInnen-Sicht in ihrer Wirksamkeit in nichts nachstehen. In den Bereichen psychische Symptomatik, körperliche Beschwerden und Lebenszufriedenheit schien die klinisch-psychologische Behandlung darüber hinaus bessere Ergebnisse erzielen zu können (Laireiter et al., 2017). Die Studienergebnisse bieten jedoch alles in allem den Autoren zufolge nicht die Grundlage für die Annahme einer Überlegenheit der klinisch-psychologischen Behandlung und gehen somit in eine ähnliche Richtung wie die bereits erwähnten Erkenntnisse von Jagsch und Alfons aus dem Jahr 2017.

1.6.2. Einzel- versus Gruppentherapie. Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie in der stationären klinischen Behandlung und Rehabilitation gilt als wesentlicher Bestandteil. In einer Untersuchung der individuellen Präferenz ergab sich, dass PatientInnen Einzeltherapie als am hilfreichsten erachteten, gefolgt von Gruppentherapie, Kunst- und Musiktherapie (von Wietersheim et al., 2008). Den Autoren zufolge sind hierbei die therapeutische Beziehung sowie interindividuelle Unterschiede wichtige Einflussfaktoren: ob mehr von Einzel-, Gruppen- oder anderen Therapieformen profitiert werden konnte, war von PatientIn zu PatientIn sehr unterschiedlich. Das Ausmaß der Zuwendung, die PatientInnen von ihren TherapeutInnen erfuhren, schien hier allgemein stark mit der Bewertung der Therapie als hilfreich zu korrelieren (von Wietersheim et al., 2008).

Wenngleich Gruppentherapien ökonomischer sind als Einzelbehandlungen, sind mögliche negative Aspekte im Zusammenhang mit Gruppenbehandlungen zu bestimmen: Faktoren wie der vertrauliche Umgang mit von Gruppenmitgliedern geteilten Inhalten, Scham oder Angst vor Kontrollverlust können dazu beitragen, dass Vorbehalte gegenüber Gruppentherapien entstehen (Strauß & Mattke, 2012). Die Gruppengröße hat einen deutlichen Einfluss auf die Kommunikation innerhalb der Gruppe sowie auf Aspekte wie Gruppenaufgabe, Dauer, Frequenz und Homogenität (König, 2012). Ergebnisse der Gruppenpsychotherapieforschung zeigen, dass folgende Faktoren auf die Wirksamkeit von Gruppentherapien einwirken und die Interpretation von Forschungsergebnissen erschweren können (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004): Gruppenleiter, Patientenmerkmale, Struktur/Setting, Kleingruppenprozesse und formale Veränderungstheorie.

Für die Behandlungen in Gruppen lassen sich sowohl Vor- als auch Nachteile aufzeigen. Die Gruppe bietet insbesondere die Möglichkeit, an sozialen Fertigkeiten zu arbeiten und soziale Unterstützung durch andere TeilnehmerInnen zu erfahren. Alle Gruppenmitglieder haben ähnliche Probleme und üben gegenseitig füreinander Modellfunktionen aus, das Miteinander ist von Verständnis und Akzeptanz geprägt (Kühner & Hautzinger, 2012). Neben den bereits beschriebenen Gefahren von Gruppen kann es von

Nachteil sein, dass sich die individuellen Probleme einer Person nicht immer standardisieren lassen und so TherapeutInnen einzelnen GruppenteilnehmerInnen unter Umständen nicht gerecht werden können (Kühner & Hautzinger, 2012).

Es konnten positive Effekte von Gruppentherapien bei unterschiedlichen Populationen und eine „relative Äquivalenz der Behandlungsergebnisse von Gruppen- und Einzeltherapien“ (S. 196) gezeigt werden (Strauß & Burlingame, 2012). Neben der übergeordneten Therapieschule muss hierbei festgelegt werden, ob ein allgemeiner oder störungsspezifischer Vergleich vorgenommen werden soll (Strauß & Burlingame, 2012). Vorliegende Ergebnisse störungsspezifischer Vergleiche sprechen dafür, dass Einzel- und Gruppentherapien vergleichbare Effekte erzielen oder Gruppentherapien teilweise, jedoch nur geringfügig, schlechter abschneiden (Powers, Sigmarsson, & Emmelkamp, 2008; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Strauß & Burlingame, 2012; Thompson-Brenner, Glass, & Westen, 2003).

Kösters, Burlingame, Nachtigall und Strauss (2006) zeigten anhand einer metaanalytischen Untersuchung, dass Gruppentherapie für stationäre PatientInnen über verschiedene Störungsbilder hinweg zufriedenstellende Verbesserungen erbrachte und die Diagnose einen Einfluss auf die Größe des Effektes zu haben schien: so erzielten Gruppentherapien bei Angststörungen bessere Ergebnisse als bei PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung. Burlingame, Fuhrman und Mosier (2003) zeigen ebenfalls die allgemeine Wirksamkeit von Gruppentherapie auf, vor allem für PatientInnen mit Depressionen oder Essstörungen. Darüber hinaus stellen sie fest, dass ambulant behandelte PatientInnen in homogenen Gruppen mit behavioraler Ausrichtung die stärksten Effekte erzielen (Burlingame et al., 2003).

Dennoch gelten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Gruppentherapie bislang nicht als ebenso robust wie die Ergebnisse der Einzeltherapieforschung (Strauß & Burlingame, 2012). Strauß und Burlingame (2012) halten fest, dass die Gruppentherapie- im Rahmen der Psychotherapieforschung ein noch nicht allzu erforschter Bereich ist, den es weiter zu untersuchen gilt. Außerdem spiegeln die hier angeführten Ergebnisse eher Untersuchungen im stationären Bereich wider, die Effekte ambulanter Gruppentherapien sind demnach ebenso weiter zu erforschen. Darüber hinaus wäre interessant, näher zu beleuchten, welche Effekte bei Einzel- und Gruppentherapien in Kombination mit verschiedenen Behandlungsansätzen (klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie, Doppelqualifizierung) erzielt werden können. Daran anknüpfend werden im Folgenden die Zielsetzung der Studie sowie Methode und geplante statistische Auswertung genauer erläutert.

2. Zielsetzung der Studie

Die vorliegende Masterarbeit will untersuchen, ob die Behandlung der fit2work-TeilnehmerInnen durch Einzel- oder Gruppentherapie Unterschiede in ihrer Wirksamkeit aufweist. Das übergeordnete Ziel der Arbeit soll somit sein, einen Beitrag zur Gruppentherapieforschung im Rahmen der Evaluation des Projekts fit2work (4. Förderjahr) leisten zu können. Gleichmaßen sollen Erkenntnisse zur Behandlung erwerbstätiger und erwerbsloser Personen mit psychischen und physischen Problemen und deren Förderung zum beruflichen Wiedereinstieg geliefert werden. Sollten die Teilstichproben bei Unterteilung der Gesamtstichprobe in verschiedene Gruppen groß genug sein, können die Ergebnisse außerdem nach Art der Gruppentherapie (Gruppentraining sozialer und emotionaler Kompetenz/Schmerzgruppe/Psychosoziale und Reha-Jahresgruppe) differenziert werden, um in diesen Bereichen weitere relevante Erkenntnisse zu erlangen. Die jeweiligen Fragestellungen und Hypothesen sowie die geplante statistische Auswertung werden im späteren Verlauf der Arbeit dargestellt.

3. Methode

3.1. Stichprobe

Die verwendete Stichprobe setzte sich aus KlientInnen des fit2work-Projekts aus dem vierten Förderjahr zwischen 18 und 69 Jahren zusammen, die mittels Einzel- oder Gruppentherapie bzw. klinisch-psychologischer Behandlung, Psychotherapie oder Therapie durch Doppelqualifizierte behandelt wurden. Die teilnehmenden Personen füllten zu Behandlungsbeginn und -ende jeweils einen Fragebogen aus (Prä- und Post-Fragebogen bzw. t₁- und t₂- Fragebogen), wobei es teilweise aufgrund des organisatorischen Aufwandes vorkam, dass nur einer der beiden Fragebögen oder der falsche Fragebogen zum falschen Erhebungszeitpunkt durch die steuernden PsychologInnen ausgeteilt bzw. von den KlientInnen ausgefüllt wurde. Ebenso wurde ein Prä- und Post-Fragebogen an die BehandlerInnen ausgegeben, um eine Fremdbeurteilung der ProjektteilnehmerInnen vornehmen zu können. Die in dieser Studie bearbeiteten Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich primär auf die PatientInnen-Perspektive, weshalb jene Fremdbeurteilungen im weiteren Verlauf der Arbeit meist unerwähnt bleiben. Da die Gesamtstichprobe in mehrere Teilstichproben unterteilt werden sollte, um Gruppenvergleiche anstellen zu können, wurde angestrebt, dass jede Gruppe einen Mindestumfang von 30 Personen besitzt und die verschiedenen Gruppen in etwa gleich groß sind.

3.2. Studiendesign und Untersuchungsdurchführung

Beim Studiendesign handelt es sich um die Ergebnisevaluation einer Längsschnittstudie, bei der zwei Erhebungszeitpunkte (vor und nach der Behandlung) miteinander verglichen werden, auch Prä-Post-Studie genannt. Der Prä-Fragebogen bestand aus einem Fragebogen zum krankheitsspezifischen Status, Beck Depressions-Inventar und Brief Symptom Inventory. Er wurde kuvertiert zu Beginn der Behandlung ausgegeben. Beim Post-Fragebogen zum Behandlungsabschluss wurde zusätzlich der Helping Alliance Questionnaire ausgefüllt. BehandlerInnen beurteilten ihre KlientInnen darüber hinaus online anhand der Global-Assessment-of-Functioning-Skala. Die verwendeten Untersuchungsinstrumente und ihr jeweiliger Einsatz innerhalb der Studie sind in Abbildung 2 weiter veranschaulicht.

Die Kuverts enthielten neben dem Fragebogen ein Informationsblatt der Universität Wien, das über Sinn und Zweck der Studie sowie Datenschutz und Verschwiegenheitspflicht informierte. Sowohl die ausgefüllten Fragebögen der PatientInnen als auch der behandelnden Personen wurden zur Auswertung an die Universität Wien versandt.

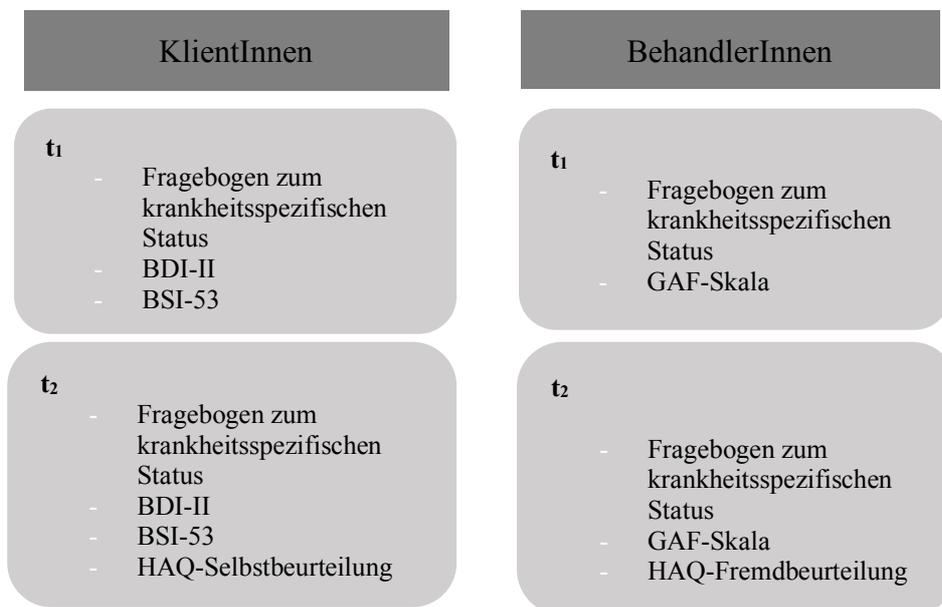


Abbildung 2. Graphische Darstellung der Untersuchungsdurchführung und der verwendeten Instrumente (adaptiert vom Original von Jagsch & Alfons, 2017, S. 185).

3.3. Untersuchungsinstrumente

3.3.1. Fragebogen zum krankheitsspezifischen Status. Der Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status wurde von der Academy for Value in Health

GmbH für das Projekt fit2work entworfen. Zu Behandlungsbeginn erfasst der Fragebogen soziodemographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Anzahl eigener Kinder und die höchste abgeschlossene Ausbildung. Des Weiteren wird erfragt, ob die Person derzeit in einem bezahlten Arbeitsverhältnis steht, sowie damit zusammenhängende Faktoren (ArbeitnehmerIn/Selbständige/r, Arbeitszeiten, Qualifikation, Umschulungen, Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit, Krankenstände) erhoben. Bei bestehender Erwerbslosigkeit wird gebeten, die jeweiligen Gründe dafür anzugeben und ob bereits Anträge auf Invaliditäts-/Frühpension und/oder Kuraufenthalte gestellt wurden. Im Hinblick auf die individuelle Diagnose will beleuchtet werden, wann und von wem die Diagnose gestellt wurde und wie viel Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Vergabe der Diagnose psychischer Beschwerden lag. Außerdem wird erfragt, ob und wie oft bereits klinische PsychologInnen und/oder ÄrztInnen aufgrund der psychischen Beschwerden aufgesucht wurden und gegebenenfalls eine Auflistung der eingenommenen Medikamente gewünscht. Zuletzt werden die TeilnehmerInnen gebeten anzugeben, wie sehr sich ihre psychischen Beschwerden auf normale tägliche Aktivitäten auswirken auf einer Skala von 0 (*Meine Krankheit hatte keinen Einfluss auf meine Arbeit*) bis 10 (*Meine Krankheit hielt mich völlig von der Arbeit ab*). Der Fragebogen zu Behandlungsende erfasst zusätzlich Veränderungen, die sich seit Behandlungsbeginn ergeben haben in Bezug auf Arbeitsverhältnis, Leistungsfähigkeit, Krankenstände, Arztbesuche, Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Sport etc.) und vollzogene Änderungen im persönlichen Umfeld (z.B. Partnerschaft, Wohnsituation etc.). Abschließend erfragt er die subjektive Einschätzung der klinisch-psychologischen Behandlung auf einer Skala von 1 (*sehr hilfreich*) bis 4 (*nicht hilfreich*).

3.3.2. Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II). Das Beck Depressions-Inventar ist ein Verfahren in Selbstbeurteilungsform zur Bestimmung des Schweregrads einer Depression bei Erwachsenen und Jugendlichen (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006). Es besteht aus 21 Items (Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlusslosigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlaf, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung, Verlust an sexuellem Interesse), die die ProbandInnen auf einer Skala von 0 bis 3 beurteilen. Die Aussagen hierbei beziehen sich auf die vergangenen zwei Wochen. Nach Aufsummieren der Kategorie-Bewertungen ergibt sich ein Gesamtwert von maximal 63. Ab einem Wert von 18 gilt die Schwere der Depression von Erwachsenen als klinisch signifikant, bei Werten von 11

bis 17 handelt es sich um einen milden bis mäßigen Ausprägungsgrad (Hautzinger et al., 2006). Die inhaltliche Validität kann Hautzinger und Kollegen (2006) zufolge als gegeben betrachtet werden. Die Bestimmung der internen Konsistenzen ($\alpha = .89$ bis $\alpha = .94$ in klinischen und $\alpha = .84$ bis $\alpha = .91$ in nicht-klinischen Stichproben) deuten darauf hin, dass das BDI-II als sehr reliables Erhebungsinstrument gesehen werden kann (Hautzinger et al., 2006).

Ein Beispielitem für die Subskala Pessimismus lautet wie folgt:

- (0) „Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.“
- (1) „Ich sehe mutlos in die Zukunft.“
- (2) „Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.“
- (3) „Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.“

3.3.3. Helping Alliance Questionnaire (HAQ). Der HAQ (Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995) möchte die Qualität der therapeutischen Beziehung erfassen, was in der deutschen Fassung sowohl aus PatientInnen- wie auch aus BehandlerInnen-Perspektive erfolgen kann. Insgesamt 11 Items decken die Subskalen Beziehungszufriedenheit (sechs Items) und Erfolgswufriedenheit (fünf Items) ab. Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer Skala von 1 (*sehr unzutreffend*) bis 6 (*sehr zutreffend*). Hohe Werte stehen für eine hohe Qualität der therapeutischen Beziehung. Die interne Konsistenz der Subskala Beziehungszufriedenheit ($\alpha = .95$) und der Subskala Erfolgswufriedenheit ($\alpha = .91$) sowie der Gesamtskala ($\alpha = .95$) deuten auf eine hohe Reliabilität des HAQ hin. Auch die Validität scheint den Autoren zufolge in zufriedenstellendem Ausmaß gegeben zu sein (Bassler et al., 1995).

Beispielitems aus der PatientInnen-Perspektive lauten wie folgt:

- „Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut versteht.“
- „Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.“
- „Seit kurzem fühle ich mich besser.“

3.3.4. Brief Symptom Inventory (BSI-53). Das Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) ist ein Fragebogen in Selbstbeurteilungsform zur Erhebung der subjektiv wahrgenommenen psychischen Beeinträchtigung in Bezug auf die letzte Woche. Es besteht aus 53 Items, die die Symptome anhand einer Likert-Skala von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) erfragen. Die neun Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus bilden zusammen 49 Items. Zusätzlich erfragen

weitere vier Items Appetit, Schlafschwierigkeiten, Gedanken an Tod und Sterben und Schuldgefühle. Mit Werten zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .85$ weisen die Subskalen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf. Für jene kann ein Global Severity Index (GSI) berechnet werden, um den Schweregrad der empfundenen Belastung auszudrücken. Eine Person gilt dem BSI-53 nach als behandlungsbedürftig, wenn ein GSI-Wert von mindestens 63 besteht oder in mindestens zwei Subskalen ein Wert von 63 erreicht wird (Franke, 2000).

Beispielitems lauten wie folgt:

„Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Übelkeit oder Magenverstimmungen?“ (Somatisierung)

„Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft?“ (Depressivität)

„Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Nervosität oder innerem Zittern?“ (Ängstlichkeit)

3.3.5. Global Assessment of Functioning (GAF-Skala). Die GAF-Skala dient der Beurteilung des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus einer Person im Wertebereich von 1 bis 100 (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003). Die Skala ermöglicht die Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus nach Achse V des DSM-IV und lässt sich in zehn Funktionsniveaus differenzieren (z.B. 100–91, 90–81 usw.), die jeweils aus zwei Teilen bestehen: Schweregrad der Symptome und Schwere der Funktionsbeeinträchtigungen. Bei der Beurteilung wird zunächst eines von zehn Niveaus (z.B. 100–91) und anschließend innerhalb dieses Niveaus ein exakter Wert (z.B. 93) ausgewählt. Die GAF-Skala kann als einfache Erhebung des momentanen Status einer Person verwendet oder zur Erfassung des Therapieerfolges bei einer Prä-Post-Messung herangezogen werden. Nach Hilsenroth und Kollegen (2000) ist die Reliabilität gemäß Intra-Klassen-Korrelation der GAF-Skala mit .86 als zufriedenstellend einzuschätzen.

3.4. Fragestellungen und Hypothesen

Im weiteren Teil der Arbeit sollen die einzelnen Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesenpaare (Null- und Alternativhypothese) inklusive Angabe der abhängigen (AV) und unabhängigen Variablen (UV) erläutert werden. Daran anknüpfend wird die geplante statistische Auswertung der Hypothesen skizziert.

Fragestellung 1: Unterscheiden sich die verschiedenen Behandlungsansätze (Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, Doppelqualifizierte) in der Anzahl der absolvierten Therapiestunden?

UV = Behandlungsansatz (PT/ KPB/ DoPl), AV = Anzahl von Therapiestunden

H_0 (1.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen den Behandlungsansätzen in Bezug auf die Anzahl der absolvierten Therapiestunden.

H_1 (1.1): Es gibt einen Unterschied zwischen den Behandlungsansätzen in Bezug auf die Anzahl der absolvierten Therapiestunden.

Die erste Fragestellung sollte bei erfüllten Voraussetzungen mithilfe einer einfaktoriellem Varianzanalyse (ANOVA) untersucht werden, anderenfalls wurde ein Kruskal-Wallis-Test angewandt.

Fragestellung 2: Führen Einzel- und Gruppentherapie zu unterschiedlichen Einschätzungen von Beziehungs- und Erfolgswufriedenheit und therapeutischer Beziehung?

UV = Therapieart; AV = Einschätzung der Beziehungs- (HAQ-Bz) und Erfolgswufriedenheit (HAQ-Ez) und der therapeutischen Beziehung (HAQ-Gs)

H_0 (2.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen den Therapiearten in der Subskala Beziehungswufriedenheit (HAQ-Bz).

H_1 (2.1): Es gibt einen Unterschied zwischen den Therapiearten in der Subskala Beziehungswufriedenheit (HAQ-Bz).

Analog zum Hypothesenpaar (2.1) sind die Hypothesenpaare (2.2) und (2.3) für die AVs Erfolgswufriedenheit (HAQ-Ez) und therapeutische Beziehung (HAQ-Gs) zu formulieren. Die Gruppen sollten mittels t -Tests untersucht werden bzw. mittels ANOVA oder Kruskal-Wallis-Test beim differentiellen Vergleich von mehr als zwei Gruppen.

Fragestellung 3: Gibt es Unterschiede im Behandlungserfolg im Vergleich der TeilnehmerInnen von Einzel- versus Gruppentherapie?

UV = Therapieart, AV = BDI-II, BSI-53-Subskalen und GSI, GAF

H_0 (3.1-1): Es gibt keine Unterschiede im Summenwert des BDI-II über die Zeit (Haupteffekt Zeit).

H_1 (3.1-1): Es gibt Unterschiede im Summenwert des BDI-II über die Zeit (Haupteffekt Zeit).

H_0 (3.1-2): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Therapiearten im Summenwert des BDI-II (Haupteffekt Gruppe).

H_1 (3.1-2): Es gibt Unterschiede zwischen den Therapiearten im Summenwert des BDI-II (Haupteffekt Gruppe).

H_0 (3.1-3): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Therapiearten im Summenwert des BDI-II über die Zeit (Wechselwirkung Zeit x Gruppe).

H_1 (3.1-3): Es gibt Unterschiede zwischen den Therapiearten im Summenwert des BDI-II über die Zeit (Wechselwirkung Zeit x Gruppe).

Analog zu den Hypothesenpaaren (3.1) sind die Hypothesenpaare für die AVs BSI-53-Subskalen (3.2), GSI (3.3) und GAF (3.4) zu formulieren. Die Hypothesenpaare der dritten Fragestellung sollten bei erfüllten Voraussetzungen mittels Mixed ANOVA überprüft werden.

Fragestellung 4: Gibt es zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppentherapien Unterschiede in der Veränderung des Beschäftigungsstatus vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt?

AV = Beschäftigungsstatus (bezahltes Arbeitsverhältnis) zu den beiden Erhebungszeitpunkten t1 und t2

H_0 (4): Es gibt keinen Unterschied in den Therapiearten bezüglich der Veränderung des Beschäftigungsstatus von Zeitpunkt t1 zu t2.

H_1 (4): Es gibt einen Unterschied in den Therapiearten bezüglich der Veränderung des Beschäftigungsstatus von Zeitpunkt t1 zu t2.

Mögliche Veränderungen im Beschäftigungsstatus durch Einzel- oder Gruppentherapien sollten anhand eines McNemar-Tests festgestellt werden.

Fragestellung 5: Unterscheiden sich die TeilnehmerInnen von Einzel- oder Gruppentherapien zu den beiden Erhebungszeitpunkten bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf/Alltag, Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit und Anzahl der Krankenstände?

UV = Therapieart, AV = Leistungsfähigkeit im Beruf/Alltag, Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit, Anzahl der Krankenstände

H_0 (5.1-1): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf über die Zeit (Haupteffekt Zeit).

H_1 (5.1-1): Es gibt Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf über die Zeit (Haupteffekt Zeit).

H_0 (5.1-2): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf (Haupteffekt Gruppe).

H_1 (5.1-2): Es gibt Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf (Haupteffekt Gruppe).

H_0 (5.1-3): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf über die Zeit (Wechselwirkung Zeit x Gruppe).

H_1 (5.1-3): Es gibt Unterschiede zwischen den Therapiearten in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf über die Zeit (Wechselwirkung Zeit x Gruppe).

Analog zum Hypothesenpaar (5.1) sind die Hypothesenpaare für die Variablen Leistungsfähigkeit im Alltag (5.2), Anzahl der Krankenstände (5.3) und Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit (5.4) zu formulieren. Für die Auswertung der fünften Fragestellung war für intervallskalierte Variablen bei erfüllten Voraussetzungen eine Mixed ANOVA geplant. Kategoriale Variablen sollten mittels χ^2 -Test überprüft werden.

4. Geplante statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte mithilfe des Programmes IBM SPSS Statistics Version 24 für Mac. Für die Testung der Hypothesen wurde das Signifikanzniveau per Konvention auf $\alpha \leq .05$ über alle Fragestellungen und Hypothesen hinweg gewählt. Vor der Ausführung jedes Verfahrens wurde geprüft, ob die jeweiligen Voraussetzungen als erfüllt betrachtet werden können. Zu prüfen waren unter anderem die Normalverteilung der jeweiligen Variablen, Ausreißer innerhalb der Stichprobe (z.B. über Streudiagramme), die Homogenität der Varianzen sowie die Gruppengrößen bei Aufteilung der Stichprobe in verschiedene Teilstichproben. Allgemein wurde ab einer Stichprobengröße von mindestens 30 Personen pro Gruppe unter Annahme des zentralen Grenzwertsatzes von Normalverteilung ausgegangen, zusätzlich konnte diese mittels Kolmogorov-Smirnov- oder Shapiro-Wilk-Test analysiert werden. Für die Prüfung von Varianzhomogenität war der Levene-Test heranzuziehen. Fehlende Werte in den Test-Skalen der Erhebungsinstrumente wurden interpoliert, sofern nicht mehr als 20% der Items fehlten.

Kategoriale Variablen wurden mittels χ^2 - und McNemar-Tests untersucht. Die Mittelwerte zweier Gruppen sollten bei erfüllten Voraussetzungen anhand von t -Tests für (un)abhängige Stichproben verglichen werden, alternativ konnten t -Tests mit Welch-Korrektur oder nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt werden. Mittelwertsvergleiche von mehr als zwei Gruppen erfolgten durch einfaktorielle Varianzanalysen, Kruskal-Wallis-Tests als non-parametrisches Äquivalent oder mittels Mixed ANOVA (General Linear Model

for Repeated Measures) bei Veränderungsmessungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten und der gleichzeitigen Erfassung von Zeit- und Gruppeneffekten und Wechselwirkungen. Signifikante Omnibustests sollten in weiterer Folge Post-hoc-Tests und die Berücksichtigung der Alpha-Fehler-Adjustierung gemäß Bonferroni-Holm nach sich ziehen.

Um die Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse besser interpretieren zu können, wurden zusätzlich Effektstärken berechnet. Dabei wurde für den Vergleich von Mittelwerten bei mehr als zwei Gruppen das Effektstärkemaß partielles Eta Quadrat (η^2p) verwendet, für das folgende Wertebereiche festgelegt sind (Cohen, 1988): ab $\eta^2p = .01$ wird von einem kleinen Effekt gesprochen, ein Wert ab $\eta^2p = .06$ stellt einen mittleren Effekt dar. Von einem großen Effekt lässt sich ab einem Wert von $\eta^2p = .14$ ausgehen. Für Mittelwertvergleiche von zwei Gruppen wurde das Maß Cohen's d mit folgenden Cutoffs herangezogen: Werte ab $d = .20$ deuten auf einen kleinen Effekt hin, ab $d = .50$ spricht man von einem mittleren Effekt, und $d \geq .80$ indiziert einen großen Effekt (Cohen, 1988).

5. Ergebnisdarstellung

5.1. Deskriptive Statistik

Die Gesamtstichprobe des 4. Förderjahrs von fit2work umfasste zum Zeitpunkt der Auswertung insgesamt $N = 1267$ Personen. Diese waren weiter aufzuteilen in KlientInnen von Einzel- und Gruppentherapien sowie von klinisch-psychologischer Behandlung, Psychotherapie oder Behandlungen durch Doppelqualifizierte. Darüber hinaus verringerte sich die Stichprobengröße, da nur vollständige Datenpaare betrachtet wurden, das heißt Personen, von denen Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten gleichermaßen vorlagen. Genaue Angaben hierzu sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Hinsichtlich der weiteren Differenzierung des Gruppensettings lässt sich sagen, dass 112 Personen (77.2%) am Gruppentraining für emotionale und soziale Kompetenz (SEK) teilnahmen. Die Schmerzgruppe umfasste eine Anzahl von 12 Personen (8.3%), die psychosoziale und Reha-Jahresgruppe wurde von 21 Personen (14.5%) besucht. Somit erreichte die Gruppengröße nur im Falle des SEK einen Umfang von über 30 Personen, und die Gruppen waren unterschiedlich groß, was eine seriöse statistische Auswertung differenziert nach Gruppenart und gültige Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit erschweren wird.

5.1.1. Beschreibung der Gesamtstichprobe zu t_1 . Die Beschreibung der Stichprobe anhand ausgewählter Variablen basiert auf den Selbstbeurteilungsfragebögen der fit2work-

TeilnehmerInnen zum ersten Messzeitpunkt. Allgemein soll erwähnt sein, dass Unterschiede der Stichprobengrößen zur Gesamtfallzahl von $N = 1267$ (bzw. $n = 1122$ für Einzelbehandlungen und $n = 145$ für Gruppenbehandlungen) bei der Beschreibung der soziodemographischen Variablen durch Missing Data in der Beantwortung verschiedener Items durch die KlientInnen entstehen. (Dies gilt ebenso für die später folgende Hypothesentestung, soll jedoch zur Vermeidung von Redundanz nicht an jeder Stelle explizit erwähnt sein.)

Tabelle 1

Absolute und relative Verteilung von Gesamtstichprobe und Teilstichproben bezüglich Behandlungsansatz und -art.

	Stichproben- größe n (%)	Vollständige Paare (t_1 und t_2) n (%)	KPB n (%)	PT n (%)	DoQI n (%)
Einzel	1122 (88.6)	244 (72.8)	485 (87.2)	218 (96.9)	300 (81.7)
Gruppe	145 (11.4)	91 (27.2)	71 (12.8)	7 (3.1)	67 (18.3)
Gesamt	1267 (100.0)	335 (100.0)	556 (100.0)	225 (100.0)	367 (100.0)

Anmerkung. KPB = Klinisch-psychologische Behandlung, PT = Psychotherapie, DoQI = Behandlung durch Doppelqualifizierte.

Die Personen der Gesamtstichprobe waren zwischen 18 und 65 Jahren alt. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen war weiblich (63.3%), Männer machten etwa ein Drittel (36.7%) der Gesamtstichprobe aus. Tabelle 2 zeigt einzelne soziodemographische Variablen differenziert für die Gesamtstichprobe sowie für die TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen. Bezüglich ihres Familienstandes gaben die meisten Personen an, verheiratet ($n = 465$, 40.4%) oder ledig ($n = 422$, 36.7%) zu sein, eine geringere Anzahl war „geschieden“ ($n = 252$, 21.9%) oder „verwitwet“ ($n = 12$, 1.0%). Die höchste abgeschlossene Ausbildung war bei der Mehrheit aller StudienteilnehmerInnen der Abschluss „Berufsschule/Lehre“ ($n = 484$, 42.0%).

Von den befragten Personen gaben insgesamt 68.6% ($n = 790$) an, derzeit in keinem bezahlten Arbeitsverhältnis zu stehen. Davon führte die Mehrheit ($n = 400$, 64.8%) psychische Beschwerden als Grund für die Erwerbslosigkeit an, 35.2% ($n = 217$) nannten andere Ursachen

(z.B. körperliche Erkrankungen). Der Beginn der Arbeitslosigkeit lag im Durchschnitt 22.13 Monate ($SD = 34.55$, $Mdn = 9$, Range 1–233) zurück. Von den 31.4% ($n = 362$) erwerbstätigen Personen arbeiteten 65.1% ($n = 228$) in Vollzeit. Etwa 20% ($n = 71$) arbeiteten zwischen 21 und 30 Stunden pro Woche, und die restlichen Personen gaben an, geringfügig beschäftigt zu sein. Die große Mehrheit ($n = 243$, 67.3%) aller erwerbstätigen Personen übte eine Tätigkeit aus, die ihrer Qualifikation entsprach, und knapp 7% ($n = 26$) berichteten, eine berufliche Umschulung aufgrund der psychischen Beschwerden vorgenommen zu haben.

Tabelle 2

Soziodemographische Daten der StudienteilnehmerInnen differenziert für Gesamtstichprobe, Einzel- und Gruppenbehandlungen.

Variable	Geschlecht (w/m)	Alter (M)	Alter (SD)	Bezahlte Arbeit (ja/nein)	Arbeitslos psych. Beschw. (ja/nein)
Einzel	653/370	43.95	10.04	321/698	360/184
Gruppe	78/54	43.80	9.39	41/92	40/33
Gesamt	731/424	43.93	9.96	362/790	400/217

Anmerkung. Arbeitslos psych. Beschw. = Arbeitslosigkeit zu t_1 aufgrund von psychischen Beschwerden.

Auf die Frage hin, wie sehr sich die psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz auswirkten, gaben die StudienteilnehmerInnen im Durchschnitt einen Wert von $M = 6.49$ ($SD = 2.74$) auf einer Skala von 0 (*meine Krankheit hat keinen Einfluss auf mein Arbeit*) bis 10 (*meine Krankheit hielt mich völlig von der Arbeit ab*) an und einen durchschnittlichen Wert von $M = 6.29$ ($SD = 2.29$) bezüglich der Leistungsfähigkeit im Alltag (z.B. Aktivitäten im Haushalt).

Die Häufigkeit der Krankenstände in den letzten drei Monaten bei den erwerbstätigen Personen aus Einzel- und Gruppenbehandlungen ist in Abbildung 3 dargestellt. Innerhalb der Gesamtstichprobe war etwa die Hälfte der arbeitenden Personen ($n = 184$, 51.7%) zwischen einem und fünfmal innerhalb der vergangenen drei Monate zum Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben. Die weitere proportionale Verteilung entsprach in etwa den Häufigkeiten von Krankenständen bei den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppentherapien, wie in

Abbildung 3 dargestellt wird. Knapp 14% ($n = 158$) der Befragten gaben an, schon einmal einen Antrag auf Frühpensionierung oder Invaliditätspension aufgrund ihrer psychischen Beschwerden gestellt zu haben, davon wurde die Mehrheit ($n = 92$, 74.2%) der gestellten Anträge nicht genehmigt.

Ungefähr die Hälfte ($n = 544$, 48.8%) der TeilnehmerInnen von fit2work hatte in den letzten sechs Monaten eine/n klinische/n Psychologin/en aufgrund der psychischen Probleme aufgesucht, im Durchschnitt hatten die Befragten knapp zwei ($SD = 2.54$) ärztliche Untersuchungen wegen psychischen Problemen in den vergangenen drei Monaten, etwa 72% ($n = 677$) hatten mindestens einen Arztbesuch und 11.4% ($n = 99$) Krankenhausaufenthalte aus eben jenen Gründen. Zwei Drittel ($n = 717$, 63.1%) der Befragten nahmen vor der Behandlung Medikamente gegen ihre psychischen Beschwerden ein.

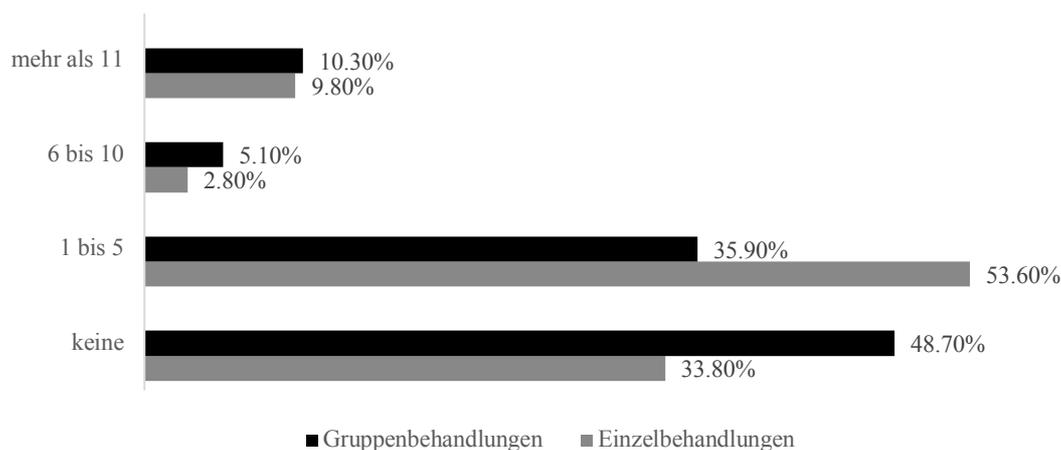


Abbildung 3. Häufigkeit von Krankenständen aufgrund psychischer Beschwerden in den letzten drei Monaten bei Einzel- und Gruppen-KlientInnen.

In den meisten Fällen wurde die Diagnose einer oder mehrerer psychischer Erkrankungen von klinischen PsychologInnen ($n = 453$, 41.2%) oder ÄrztInnen ($n = 542$, 49.3%) gestellt. Die verbleibenden Personen gaben an, ihre Erkrankung selbst ($n = 34$, 3.1%) diagnostiziert zu haben oder durch Freunde, Familie etc. ($n = 71$, 6.5%) darauf hingewiesen worden zu sein. Das Stellen einer Diagnose lag im Schnitt 45.54 Monate zurück ($SD = 71.39$, $Mdn = 9$, Range 1–468), und die Zeitdauer zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnose psychischer Beschwerden betrug durchschnittlich 51.91 Monate ($SD = 77.73$, $Mdn = 24$, Range 0–600).

Bei der Erfassung des Schweregrads der psychischen Beeinträchtigung mittels BDI-II und BSI-53 zeigte sich für die Gesamtstichprobe ein BDI-Summenscore von $M = 28.04$ ($SD =$

11.42, Range 0–61) und ein GSI-Wert von $M = 71.64$ ($SD = 10.18$, Range 21–80). Damit lässt sich die Stichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt gemäß BDI-II mit einem mittelschweren Grad der Depression beschreiben (Hautzinger et al., 2006) und ist dem Global Severity Index (GSI) des BSI-53 zufolge als behandlungsbedürftig einzustufen (Behandlungsbedürftigkeit ab einem Wert von $T = 63$; Franke, 2000). Die Bewertung der Funktionsfähigkeit der KlientInnen durch die behandelnden Personen mittels GAF-Skala betrug im Durchschnitt den Wert 54.36 ($SD = 10.69$, Range 23–90), was Saß und Kollegen (2003) zufolge mäßig ausgeprägten Schwierigkeiten bezüglich der beruflichen oder sozialen Funktionsfähigkeit entspricht.

Der Anteil an KlientInnen mit komorbiden Störungen wurde für die vorliegende Stichprobe nicht eigens errechnet. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Verteilung weitestgehend dem fit2work-Zwischenbericht über Einzel- und Gruppenbehandlungen sowie klinisch-psychologische Behandlung vs. Psychotherapie von Jagsch (2018) entspricht, in dem der Anteil an Mehrfachdiagnosen nur knapp unter dem an Einzeldiagnosen lag. Dabei waren allgemein die am häufigsten vertretenen Störungen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4-Störungen), affektive Störungen (F3-Störungen) und Störungen der Zusatzdiagnose Z73 gemäß ICD-10 wie z.B. Burnout (Jagsch, 2018).

5.1.2. KlientInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen im Vergleich. Um feststellen zu können, ob vor der therapeutischen Behandlung Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppentherapie bestanden, wurde im Folgenden ein Vergleich bezüglich verschiedener Charakteristika vorgenommen. Die KlientInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen wiesen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf soziodemographische Charakteristika wie Geschlechterproportion, Altersverteilung oder höchste abgeschlossene Ausbildung auf ($p > .05$). Hinsichtlich der Variable Zivilstand unterschieden sich die Gruppen statistisch signifikant voneinander ($\chi^2(3) = 9.093$, $p = .029$, $n = 1151$, $d = 0.18$) insofern, dass mehr Personen mit Einzelbehandlungen verheiratet waren und es mehr ledige Personen innerhalb der Gruppentherapie gab.

Keine Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen ließen sich im Bezug auf Daten zur Arbeitslosigkeit wie Häufigkeit und Grund der Erwerbslosigkeit feststellen ($p > .05$). Hinsichtlich des Beginns der Arbeitslosigkeit aufgrund von psychischen Beschwerden zeigte sich, dass Personen in Einzelbehandlungen überzufällig häufiger eine Dauer von 25 Monaten oder länger und Personen in Gruppenbehandlungen eher eine Dauer zwischen 13 und 24 Monaten ($\chi^2(2) = 8.598$, $p = .014$, $n = 352$, $d = 0.32$) angaben.

Bezüglich krankheitsspezifischer Charakteristika wird deutlich, dass die TeilnehmerInnen von Einzelbehandlungen die Auswirkungen ihrer psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz ($t(360) = 3.989, p < .001, d = 0.68$) sowie im Alltag ($t(145.510) = 3.098, p = .002, d = 0.30$) signifikant höher einschätzten als die TeilnehmerInnen von Gruppenbehandlungen. Ebenso verfügten KlientInnen mit Einzelbehandlung zum ersten Erhebungszeitpunkt über einen signifikant höheren BDI-Summenscore ($t(1111) = 5.764, p < .001, d = 0.54$) und GSI-Wert ($t(149.502) = 3.454, p = .001, d = 0.32$) als die TeilnehmerInnen von Gruppenbehandlungen. Somit gaben KlientInnen aus Einzelbehandlungen zu Behandlungsbeginn eine höhere psychische Beeinträchtigung und Depressionsausprägung an. Hinsichtlich der Anzahl an Krankenständen, der Einnahme von Medikamenten gegen psychische Beschwerden, dem Zurückliegen der Diagnosestellung und der Latenz zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und dem Stellen einer Diagnose unterschieden sich Einzel- und Gruppen-KlientInnen nicht signifikant ($p > .05$). Ebenso gab es keine Differenzen bezogen auf die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen aufgrund psychischer Beschwerden wie den Besuch von klinischen PsychologInnen oder ÄrztInnen sowie die Häufigkeit ärztlicher Untersuchungen und von Krankenhausbesuchen innerhalb der letzten drei Monate zum Zeitpunkt der Befragung ($p > .05$).

5.2. Hypothesentestung

5.2.1. Unterschiede zwischen den Behandlungsansätzen (Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, Doppelqualifizierte) in der Anzahl an absolvierten Therapiestunden. Um eine bessere Interpretierbarkeit der Ergebnisse als Ganzes gewährleisten zu können, soll zunächst ein Überblick über die Behandlungsansätze in Abhängigkeit von den jeweils vollzogenen Therapiestunden erfolgen. Da die Voraussetzung der Normalverteilung gemäß zentralem Grenzwertsatz ab Gruppengrößen von $n > 30$ als erfüllt betrachtet werden kann und Varianzhomogenität ($F(2, 587) = 2.840, p = .059$) besteht, wurde eine einfaktorielles Varianzanalyse gerechnet. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede für die Gesamtstichprobe zwischen den Behandlungsansätzen hinsichtlich der jeweiligen Anzahl an absolvierten Therapiestunden feststellen ($F(2) = 0.852, p = .427, n = 590$). Die Deskriptivstatistik zeigte, dass die BehandlerInnen im Durchschnitt über alle Ansätze hinweg eine ähnliche Anzahl an Stunden abhielten (klinisch-psychologische Behandlung: $M = 20.25, SD = 9.45$, Psychotherapie: $M = 21.53, SD = 10.01$, Doppelqualifizierte: $M = 20.98, SD = 8.99$) und alle Ansätze durchschnittlich unter der maximalen Dauer (30 Stunden) einer Behandlung im Rahmen von fit2work liegen.

Um dies zusätzlich für Einzel- und Gruppenbehandlungen zu differenzieren, wurde ein Kruskal-Wallis-Test als non-parametrisches Äquivalent zur ANOVA gerechnet, da die Teilstichproben der Gruppenbehandlungen zu klein ausfielen, um dem zentralen Grenzwertsatz nach als normalverteilt zu gelten. Es ergaben sich dabei für Gruppenbehandlungen signifikante Unterschiede von mittlerer Effektstärke zwischen dem Behandlungsansatz und der Anzahl an absolvierten Therapiestunden ($H(2) = 12.683, p = .002, n = 141, \eta^2p = .077$) im Gegensatz zu Einzelbehandlungen ($H(2) = 2.521, p = .284, n = 449$). Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni) mit Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur nach Bonferroni-Holm zeigen, dass sich der Behandlungsansatz Psychotherapie im Rahmen der Gruppenbehandlungen signifikant mit jeweils mittleren Effektstärken von den Ansätzen klinisch-psychologische Behandlung ($z = 3.559, p < .001, d = 0.63$) und Doppelqualifizierte ($z = -3.271, p = .002, d = 0.57$) in der Anzahl an absolvierten Therapiestunden unterscheidet. So wurden PatientInnen aus Gruppenbehandlungen mit psychotherapeutischem Ansatz der Deskriptivstatistik nach im Durchschnitt über 7.43 ($SD = 6.29$) Stunden hinweg behandelt im Vergleich zu ca. 19 Stunden bei klinisch-psychologischen Gruppenbehandlungen ($M = 19.37, SD = 6.54$) und Behandlungen durch Doppelqualifizierte ($M = 18.56, SD = 7.08$).

Die Nullhypothese kann demnach eingeschränkt verworfen werden, es gibt keinen Unterschied zwischen den Behandlungsansätzen in der Anzahl an absolvierten Therapiestunden für die Gesamtstichprobe, wohl aber für die Behandlungsart Gruppentherapie.

5.2.2. Unterschiede in der Einschätzung von Beziehungs- und Erfolgswzufriedenheit und therapeutischer Beziehung bei Einzel- und Gruppentherapien (HAQ). Um zu untersuchen, ob sich die KlientInnen von Einzel- und Gruppentherapien in den Subskalen Beziehungswzufriedenheit und Erfolgswzufriedenheit des HAQ sowie der HAQ-Gesamtskala unterscheiden, wurden zunächst t -Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Es ergaben sich dabei unter Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur nach Bonferroni-Holm für die Subskalen des HAQ keine signifikanten Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppen-KlientInnen ($p > .05$). Hinsichtlich der Perspektive der behandelnden Personen ließen sich hingegen signifikante Unterschiede über alle HAQ-Skalen hinweg in den Zufriedenheitswerten bei Einzel- und Gruppenbehandlungen ausmachen mit durchweg höheren Werten bei Gruppen-BehandlerInnen. Die Effektstärken lagen dabei jeweils im kleinen Bereich. Die genauen Ergebnisse können Tabelle 3 entnommen werden.

Um darüber hinaus zu beforschen, ob mögliche Unterschiede in den HAQ-Skalen in Bezug auf die verschiedenen Gruppenarten (SEK, Reha-Gruppe, Schmerzgruppe) bestehen, wurde eine Analyse mittels Kruskal-Wallis-Test durchgeführt – aufgrund der kleinen und sehr

unterschiedlich großen Gruppengrößen und der Verletzung der Normalverteilung wurde auf ein nicht-parametrisches Verfahren ausgewichen.

Tabelle 3

t-Tests zur Überprüfung der Einschätzung von Beziehungs- und Erfolgswzufriedenheit und therapeutischer Beziehung (HAQ) bei Einzel- und Gruppenbehandlungen mittels Selbst- (s) und Fremdbeurteilung (f).

Skala	Einzel			Gruppe			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>p</i> *	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
HAQ-Gs-s	316	56.07	7.94	100	57.16	8.13	-1.194	.233	.233	-
							(414)			
HAQ-Bz-s	316	32.31	4.23	100	32.36	4.87	-0.093	.926	.926	-
							(414)			
HAQ-Ez-s	316	23.75	4.50	100	24.80	4.39	-2.041	.042	.084	-
							(414)			
HAQ-Gs-f	107	54.27	9.26	109	57.04	8.41	-2.300	.022	.022	0.31
							(214)			
HAQ-Bz-f	107	30.93	4.59	109	32.22	3.91	-2.215	.028	.048*	0.30
							(214)			
HAQ-Ez-f	107	23.34	5.10	110	24.86	4.81	-2.269	.024	.048*	0.31
							(215)			

Anmerkung. HAQ-Bz = Beziehungswzufriedenheit, HAQ-Ez = Erfolgswzufriedenheit, HAQ-Gs = Gesamtskala (therapeutische Beziehung).

* $p \leq .05$ unter Berücksichtigung von $\alpha_{\text{korr.}}$ (Bonferroni-Holm).

Es zeichneten sich, wie in Tabelle 4 ersichtlich, keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppenarten ab bezüglich Beziehungs- und Erfolgswzufriedenheit sowie HAQ-Gesamtwert aus Sicht der KlientInnen ($p > .05$). Die weitere Differenzierung der BehandlerInnen-Perspektive über die drei Gruppenarten hinweg zeigte hingegen signifikante Unterschiede von mittlerer bis großer Effektstärke für alle Skalen des HAQ. Paarweise Vergleiche mittels post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni) mit Alphafehler-Adjustierung

verdeutlichten, dass sich die BehandlerInnen von Reha-Gruppen und Schmerzgruppen ($z = 2.795$, $p = .016$, $d = 0.56$) und von Reha- und SEK-Gruppen ($z = 3.890$, $p < .001$, $d = 0.80$) signifikant in ihrer Zufriedenheit unterscheiden. Reha-BehandlerInnen gaben die höchsten Werte über alle Skalen des HAQ hinweg an. Die Effektstärken liegen dabei im mittleren bis hohen Bereich.

Tabelle 4

Kruskal-Wallis-Test zur Überprüfung der Einschätzung von Beziehungs- und Erfolgsszufriedenheit und therapeutischer Beziehung (HAQ) über die Gruppenarten hinweg mittels Selbst- (s) und Fremdbeurteilung (f).

Skala	SEK		Schmerz		Reha		H	p	η^2_p
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
HAQ-Gs-s	73	56.92 (8.52)	8	55.00 (9.65)	19	59.00 (5.55)	0.642 2	.725	-
HAQ-Bz-s	73	32.16 (5.35)	8	32.38 (3.58)	19	33.11 (3.23)	0.092 2	.955	-
HAQ-Ez-s	73	24.75 (4.37)	8	22.63 (6.74)	19	25.94 (2.94)	1.331 2	.514	-
HAQ-Gs-f	78	56.00 (8.05)	11	54.45 (10.36)	20	62.50 (6.57)	15.870 2	< .001*	.131
HAQ-Bz-f	78	31.78 (3.96)	11	31.00 (4.43)	20	34.60 (2.76)	11.931 2	.003*	.094
HAQ-Ez-f	79	24.29 (4.55)	11	23.45 (6.20)	20	27.90 (3.95)	14.553 2	.001*	.117

Anmerkung. HAQ-Bz = Beziehungszufriedenheit, HAQ-Ez = Erfolgsszufriedenheit, HAQ-Gs = Gesamtskala (therapeutische Beziehung). SEK = Training sozialer und emotionaler Kompetenz, Schmerz = Schmerzgruppe, Reha = Rehagruppe.

* $p \leq .01$ unter Berücksichtigung von α_{korrr} (Bonferroni-Holm).

Die Nullhypothesen der zweiten Fragestellung können somit eingeschränkt verworfen werden. Es gibt keine Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und

Gruppenbehandlungen in Bezug auf Erfolgs-, Beziehungs- und Gesamtzufriedenheit. Für die BehandlerInnen-Perspektive zeigte sich jedoch, dass GruppenleiterInnen signifikant höhere Werte in allen HAQ-Skalenangaben als KollegInnen im Einzelsetting, und dabei wiederum die BehandlerInnen von Reha-Gruppen die höchsten Zufriedenheitswerte aufwiesen.

5.2.3. Unterschiede im Behandlungserfolg im Vergleich der TeilnehmerInnen von Einzel- versus Gruppentherapie (BDI-II, BSI-53). Die Hypothesenpaare der dritten Fragestellung sollten mithilfe einer Mixed ANOVA für alle Gruppenarten überprüft werden, um Wechselwirkungen, Zeit- und Gruppeneffekte gleichzeitig erfassen zu können. Da die Gruppengrößen der verschiedenen Gruppenbehandlungen zu klein und zu unterschiedlich groß waren, um eine Mixed ANOVA durchzuführen, wurde stattdessen ein allgemeiner Vergleich von Einzel- und Gruppenbehandlungen vorgenommen. Außerdem konnte die Variable GAF nicht wie geplant in die Analyse miteinbezogen werden, da zum Zeitpunkt der Auswertung nicht genug Fremdbeurteilungen durch die BehandlerInnen für die KlientInnen von Gruppenbehandlungen vorlagen.

Für den BDI-II zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt ($p < .001$) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Die durchschnittliche Ausprägung des Depressionsgrades sank nach der Behandlung sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppentherapien von einer mittelschweren auf eine leichte bis minimale Depressionsschwere ab. Es ließen sich keine signifikanten Wechselwirkungen von Zeit und Gruppe feststellen ($F(1, 274) = 1.191, p = .276$), jedoch ein signifikanter Gruppeneffekt ($p = .010$) von kleiner Effektstärke zulasten der Einzelbehandlungen. Tabelle 5 veranschaulicht die Veränderungen in BDI, BSI und GSI.

Tabelle 5

Mixed ANOVA zur Untersuchung von Unterschieden zwischen den Behandlungsarten und den Erhebungszeitpunkten sowie von Wechselwirkungen anhand der Variablen BDI-II, BSI, GSI.

Test/ Skala	Einzel		Gruppe		F	df	p	η^2p
	t_1	t_2	t_1	t_2				
	M	M	M	M				
	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)				

BDI-II	26.94 (11.30)	16.28 (12.10)	22.84 (9.83)	13.65 (10.56)				
Zeit					216.433	1	< .001	.441
Zeit*Gruppe					1.191	1	.276	-
Gruppe					6.727	1	.010	.024
<i>n</i>	190		86					
<hr/>								
BSI-53								
BSI_1 ^a	65.75 (10.41)	60.91 (12.18)	64.48 (13.30)	60.07 (12.40)				
Zeit					45.054	1	< .001*	.142
Zeit*Gruppe					0.095	1	.758	-
Gruppe					0.581	1	.446	-
<i>n</i>	190		85					
<hr/>								
BSI_2	67.09 (9.92)	60.70 (12.33)	66.08 (10.44)	59.79 (13.12)				
Zeit					93.047	1	< .001*	.252
Zeit*Gruppe					0.006	1	.936	-
Gruppe					0.524	1	.470	-
<i>n</i>	191		87					
<hr/>								
BSI_3	65.05 (11.68)	58.89 (12.66)	62.48 (11.16)	56.29 (12.68)				
Zeit					76.632	1	< .001*	.221
Zeit*Gruppe					0.000	1	.989	-
Gruppe					3.356	1	.068	-
<i>n</i>	186		86					
<hr/>								
BSI_4	67.67 (9.95)	60.28 (12.34)	65.48 (10.42)	58.82 (12.14)				
Zeit					112.020	1	< .001*	.287
Zeit*Gruppe					0.302	1	.583	-
Gruppe					2.026	1	.156	-
<i>n</i>	191		89					

BSI_5	66.40	59.27	65.44	59.94				
	(11.94)	(13.71)	(11.49)	(13.66)				
Zeit					70.857	1	< .001*	.205
Zeit*Gruppe					1.181	1	.278	-
Gruppe					0.010	1	.922	-
<i>n</i>	191		86					
BSI_6	61.75	54.92	59.42	53.87				
	(11.58)	(12.10)	(10.76)	(12.29)				
Zeit					63.635	1	< .001*	.187
Zeit*Gruppe					0.688	1	.408	-
Gruppe					1.653	1	.200	-
<i>n</i>	192		86					
BSI_7	66.74	61.38	64.16	59.13				
	(12.46)	(13.67)	(13.33)	(13.58)				
Zeit					47.520	1	< .001*	.146
Zeit*Gruppe					0.044	1	.833	-
Gruppe					2.498	1	.115	-
<i>n</i>	193		87					
BSI_8	64.68	59.40	63.42	57.70				
	(11.08)	(11.72)	(11.36)	(12.80)				
Zeit					70.020	1	< .001*	.200
Zeit*Gruppe					0.112	1	.738	-
Gruppe					1.239	1	.267	-
<i>n</i>	193		89					
BSI_9	64.68	58.95	63.32	58.95				
	(12.06)	(12.64)	(11.30)	(12.64)				
Zeit					50.316	1	< .001*	.155
Zeit*Gruppe					0.916	1	.339	-
Gruppe					0.230	1	.632	-
<i>n</i>	189		87					

GSI	70.37 (9.83)	61.73 (15.07)	68.74 (11.35)	60.20 (15.28)				
Zeit					123.396	1	< .001	.306
Zeit*Gruppe					0.004	1	.948	-
Gruppe					1.144	1	.286	-
<i>n</i>	194		88					

Anmerkungen. BSI_1 = Somatisierung, BSI_2 = Zwanghaftigkeit, BSI_3 = Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI_4 = Depressivität, BSI_5 = Ängstlichkeit, BSI_6 = Aggressivität, BSI_7 = Phobische Angst, BSI_8 = Paranoides Denken, BSI_9 = Psychotizismus, GSI = Global Severity Index.

^aGleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

* $p \leq .001$ unter Berücksichtigung von α_{korrr} (Bonferroni-Holm) für die neun Subskalen des BSI.

Es zeigten sich signifikante Zeiteffekte mit jeweils großen Effektstärken über alle Skalen des BSI-53 hinweg ($p < .001$). Für die Subskala Somatisierung war jedoch die Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben, weshalb dieses Teilergebnis nicht in die Interpretation miteinfließen sollte. Die mittleren T -Werte lagen sowohl für Einzel- wie auch für GruppenteilnehmerInnen nach der Behandlung unter $T = 63$, was den Cutoff-Wert für die Behandlungsbedürftigkeit einer Stichprobe darstellt. Die KlientInnen von Einzelbehandlungen überschritten vor der Behandlung den Cutoff in allen BSI-Subskalen mit Ausnahme der Skala Aggressivität, während die KlientInnen von Gruppenbehandlungen zum ersten Erhebungszeitpunkt in den Subskalen Aggressivität und Unsicherheit im Sozialkontakt unter dem Cutoff der Behandlungsbedürftigkeit lagen. Für keine der BSI-Skalen oder den GSI ließen sich Wechselwirkungen oder Gruppeneffekte feststellen ($p > .05$).

Die Nullhypothesen der dritten Fragestellung sind somit für den Haupteffekt Gruppe und Wechselwirkungen von Zeit und Gruppe beizubehalten. Lediglich für den BDI-II kann die Nullhypothese für den Haupteffekt Gruppe verworfen werden. Für den Haupteffekt Zeit sind die Nullhypothesen über alle untersuchten Variablen hinweg zu verwerfen (mit Ausnahme von BSI_1).

5.2.4. Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppentherapien in der Veränderung des Beschäftigungsstatus vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt. Eine mögliche Zuwachsrate im Beschäftigungsstatus der KlientInnen von Einzel- und Gruppentherapien wurde mittels McNemar-Test untersucht. Für die

Gesamtstichprobe zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied von kleiner Effektstärke ($p = .010$, $n = 341$, $d = 0.28$) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten im Bezug auf den Beschäftigungsstatus. Fünfundzwanzig Personen, die zu Zeitpunkt t_1 in einem bezahlten Arbeitsverhältnis standen, waren zum zweiten Erhebungszeitpunkt ohne Arbeit. Dem gegenüber gaben 48 Personen, die zum ersten Messzeitpunkt erwerbslos waren, nach ihrer Behandlung eine bezahlte Beschäftigung an. Bei einer differenzierten Betrachtung für Einzel- und Gruppentherapien ließ sich für die KlientInnen mit Einzelbehandlung keine statistisch signifikante Veränderung im Beschäftigungsstatus feststellen ($p > .05$), wohl aber für die TeilnehmerInnen von Gruppenbehandlungen ($p = .027$, $n = 93$, $d = 0.46$). Innerhalb der Gruppen-KlientInnen waren 5 Personen zu Zeitpunkt t_1 erwerbstätig, aber zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr in einem bezahlten Arbeitsverhältnis. Demgegenüber standen 16 Personen nach der Gruppenbehandlung, nicht aber zu Zeitpunkt t_1 , in einer bezahlten Erwerbstätigkeit. Tabelle 6 liefert einen Überblick über die Ergebnisse der vierten Fragestellung.

Tabelle 6

McNemar-Test zur Überprüfung der Veränderung des Beschäftigungsstatus der KlientInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen sowie innerhalb der Gesamtstichprobe.

		t ₂			p
t ₁		Arbeit -	Arbeit +	Gesamt	
Einzel	Arbeit -	135	32	167	.126 ^a
	Arbeit +	20	61	81	
Gruppe	Arbeit -	48	16	64	.027 ^a
	Arbeit +	5	24	29	
Gesamt		208	133	341	
Gesamt- stich- probe	Arbeit -	183	48	231	.010 ^a
	Arbeit +	25	85	110	
	Gesamt	208	133	341	

^a verwendete Binomialverteilung.

Die Nullhypothese für die eben untersuchte Fragestellung kann somit verworfen werden, es gibt einen Unterschied zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppentherapie in der Veränderung des Beschäftigungsstatus vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt insofern, dass verhältnismäßig mehr Personen, die zu Zeitpunkt t_1 noch ohne Arbeit waren, nach einer Gruppenbehandlung in einem bezahlten Arbeitsverhältnis standen als nach einer Einzelbehandlung. Insgesamt wurden im Verhältnis mehr Personen nach der Behandlung im Rahmen von fit2work erwerbstätig anstatt arbeitslos.

5.2.5. Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen von Einzel- oder Gruppentherapien zu den beiden Erhebungszeitpunkten bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf/Alltag, Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit und Anzahl der Krankenstände. Für die Auswertung der fünften Fragestellung war eine Mixed ANOVA und eine differenzierte Untersuchung für die verschiedenen Arten der Gruppenbehandlung geplant. Da die Gruppengrößen der verschiedenen Gruppenarten zu klein waren (in zwei Gruppen nur einstellig), wurde stattdessen der Fokus auf den Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie allgemein gerichtet. Es wurden t -Tests für abhängige Stichproben bzw. der non-parametrische Wilcoxon-Test angewandt, da selbst beim allgemeinen Vergleich von Einzel- und Gruppen-KlientInnen nur kleine und ungleiche Teilstichprobengrößen erreicht und die Voraussetzung der Normalverteilung nicht durchweg als gegeben betrachtet werden konnte.

Für die Gesamtstichprobe zeigte sich, dass sich die zentralen Tendenzen der beiden Messzeitpunkte signifikant unterscheiden: die wahrgenommene Auswirkung der psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit sowohl im Beruf als auch im Alltag war nach der Behandlung signifikant niedriger als davor ($p < .001$). Die Effektstärken lagen dabei im mittleren Bereich. Auf Ebene der Behandlungsart wurde ersichtlich, dass bei Einzel- wie auch bei Gruppen-KlientInnen die subjektiv wahrgenommene Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltag signifikant sank ($p < .001$). Dies gilt jedoch nicht für die Leistungsfähigkeit im Beruf, hier zeigte sich nur für TeilnehmerInnen von Einzelbehandlungen eine signifikante Verbesserung von mittlerer Effektstärke zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ($p < .001$). Allgemein schätzten aber KlientInnen aus Einzelbehandlungen ihre berufsbezogene Leistungsfähigkeit zum zweiten Erhebungszeitpunkt vergleichsweise als stärker durch psychische Beschwerden beeinträchtigt ein als Gruppen-KlientInnen ($t(183) = 2.697, p = .008, d = 0.47$). Die genauen Ergebnisse im Überblick können Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7

t-Tests und Wilcoxon-Test zur Überprüfung der Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag bei Einzel- und Gruppen-KlientInnen und Gesamtstichprobe.

Einzel							
	t ₁		t ₂				
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
L _B	60	6.43 (2.63)	60	4.50 (2.67)	4.924 (59)	< .001	0.73
L _A	243	6.05 (2.38)	243	4.34 (2.75)	9.335 (242)	< .001	0.66
Gruppe							
	t ₁		t ₂				
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
L _B	21	3.81 (2.50)	21	2.62 (1.66)	-1.749 ^a	.080	-
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
L _A	83	5.89 (2.30)	83	4.41 (2.50)	5.599 (82)	< .001	0.62
Gesamt							
	t ₁		t ₂				
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
L _B	81	5.75 (2.83)	81	4.01 (2.58)	5.153 (80)	< .001	0.64
L _A	326	6.01 (2.36)	326	4.36 (2.68)	10.857 (325)	< .001	0.65

Anmerkung. L_B = Leistungsfähigkeit im Beruf, L_A = Leistungsfähigkeit im Alltag.

^abasiert auf positiven Rängen.

Die Auswirkungen der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag sowie auf die Anzahl der Krankenstände bei Einzel- und Gruppenbehandlungen wurden mittels χ^2 -Test überprüft (Tabelle 8). Es zeigten sich dabei keine signifikanten Unterschiede für Einzel- und Gruppen-KlientInnen ($p > .05$). Jedoch ist zu sehen, dass sowohl nach Einzel- wie auch nach Gruppenbehandlungen mehr Personen eine Verbesserung ihrer wahrgenommen

Leistungsfähigkeit in Beruf oder Alltag und der Anzahl ihrer Krankenständeangaben als eine Verschlechterung bzw. keine Verbesserung.

Tabelle 8

x²-Test zur Überprüfung von Unterschieden in der Auswirkung der Behandlung auf die wahrgenommene Leistungsfähigkeit in Beruf/Alltag sowie auf die Anzahl von Krankenständen bei Einzel- und Gruppenbehandlungen.

	Einzel		Gruppe		x^2	df	p
	B-/ B ₀	B+	B-/ B ₀	B+			
<i>n</i>	41	97	8	33	1.653	1	.198
<i>n_{erwartet}</i>	37.8	100.2	11.2	29.8			
<i>z-Res.</i>	0.5	-0.3	-1.0	0.6			
	A-/ A ₀		A+		x^2	df	p
	A-/ A ₀	A+	A-/ A ₀	A+			
<i>n</i>	131	204	33	65	0.950	1	.330
<i>n_{erwartet}</i>	126.9	208.1	37.1	60.9			
<i>z-Res.</i>	0.4	-0.3	-0.7	0.5			
	K-/ K ₀		K+		x^2	df	p
	K-/ K ₀	K+	K-/ K ₀	K+			
<i>n</i>	59	70	15	24	0.643	1	.423
<i>n_{erwartet}</i>	56.8	72.2	17.2	21.8			
<i>z-Res.</i>	0.3	-0.3	-0.5	0.5			

Anmerkung. B: Wahrgenommene Leistungsfähigkeit im Beruf. A = wahrgenommene Leistungsfähigkeit im Alltag. --/0 = Leistungsfähigkeit verschlechtert bzw. gleichgeblieben, + = verbessert. K = Wahrgenommene Auswirkung der Behandlung auf die Anzahl an Krankenständen. --/0 = Anzahl an Krankenständen mehr geworden bzw. gleichgeblieben, + = weniger geworden. Z-Res. = standardisierte Residuen.

Die Nullhypothesen der letzten Fragestellung sind somit teilweise zu verwerfen: es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen in der subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Alltag, lediglich für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit zeigte sich ausschließlich für die TeilnehmerInnen von Einzelbehandlungen eine signifikante Verbesserung. Für die Einschätzung der Auswirkungen der Behandlung auf die berufsbezogene und alltägliche

Leistungsfähigkeit sowie die Anzahl der Krankenstände ist die Nullhypothese beizubehalten. Es sei jedoch angemerkt, dass die Hypothesen nicht wie geplant getestet werden konnten und dementsprechend auch die Aussagen über das Verwerfen bzw. Beibehalten der Nullhypothesen nicht den anfangs aufgestellten Hypothesen gerecht werden können.

6. Diskussion

Vor dem Hintergrund arbeitsweltbezogener und gesamtgesellschaftlicher Veränderungen zwingen Arbeitsstrukturen in ständigem Wandel ArbeitnehmerInnen zu schneller Anpassung und können weitreichende gesundheitliche Folgen mit sich bringen (Schütte & Köper, 2013). Dem Verlust der Erwerbstätigkeit aufgrund von psychischen Problemen fallen neben dem monatlichen Einkommen zahlreiche weitere Aspekte zum Opfer, wie z.B. die Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, geregelte Tagestrukturen und soziale Kontakte am Arbeitsplatz (Kroll et al., 2016). Dies steht in Verbindung mit geringerem psychosozialen Wohlbefinden, niedrigerer Lebenszufriedenheit und einem erhöhten Risiko für affektive und andere psychische Störungen (Nurmela et al., 2018; Paul & Moser, 2009; Zuelke et al., 2018), vor allem bei denjenigen Personen, die bereits längere Zeit arbeitslos sind und damit größere Schwierigkeiten haben, einen beruflichen Wiedereinstieg zu erreichen (Carlier et al., 2018).

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine Outcome-Evaluation anhand ausgewählter Fragestellungen und Hypothesen im Rahmen des 4. Förderjahrs von fit2work vorzunehmen. Die Absicht des Projekts ist die Linderung psychischer Beschwerden bei arbeitslosen sowie erwerbstätigen KlientInnen durch klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie oder die Behandlung durch Doppelqualifizierte. Erstmals im Rahmen von fit2work ging es außerdem darum, die Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapie bei der Behandlung psychisch kranker Personen gegenüberstellend zu überprüfen, um feststellen zu können, ob sich die beiden Behandlungsarten in ihrer Effektivität unterscheiden und so unter anderem einen allgemeinen Beitrag zur Gruppenpsychotherapieforschung zu leisten. Im Folgenden sollen die Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert werden und mit ausgewählten Erkenntnissen bereits vorangegangener Studien aus dem eingangs dargelegten theoretischen Hintergrund in Verbindung gesetzt werden.

Der Deskriptivstatistik nach waren rund zwei Drittel der Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn arbeitslos und gaben mehrheitlich als Ursache hierfür psychische Beschwerden an. Die StudienteilnehmerInnen schätzten sich als deutlich eingeschränkt ein in beruflicher und alltäglicher Leistungsfähigkeit, nahmen mehrheitlich Medikamente gegen ihre

psychischen Probleme ein und regelmäßige Arztbesuche vor. Die Gesamtstichprobe konnte den klinischen Instrumenten zufolge im Schnitt mit einer mittelschweren Depression (BDI-II) und mäßig ausgeprägten Einschränkungen der Funktionsfähigkeit (GAF) diagnostiziert werden und zeigte sich als klar behandlungsbedürftig (BSI-53). Bei der Gegenüberstellung der KlientInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen wurde deutlich, dass sich die beiden Teilstichproben nicht signifikant hinsichtlich soziodemographischer Charakteristika (Alter, Geschlecht, Ausbildungsniveau) unterscheiden, lediglich für die Variable Zivilstand zeigte sich, dass mehr Einzel-KlientInnen verheiratet und mehr Gruppen-KlientInnen ledig waren. Einzel-KlientInnen waren im Schnitt schon länger arbeitslos und nahmen sich selbst durch ihre psychischen Probleme als stärker eingeschränkt wahr als Gruppen-KlientInnen. Auch gemäß der klinischen Instrumente BDI und BSI/GSI zeichneten sich Einzel-KlientInnen als stärker belastete Teilstichprobe ab, die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen vor der Behandlung war jedoch bei beiden Gruppen gleich hoch. Somit wird erkennbar, dass die Ausgangslage für Einzel- und Gruppen-TeilnehmerInnen nicht ident war.

Die erste Fragestellung untersuchte, ob sich die Behandlungsansätze klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie und Doppelqualifizierte in ihrer Anzahl an absolvierten Therapiestunden unterschieden. Für die Gesamtstichprobe ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, und alle Ansätze lagen mit ca. 20 Stunden unter der maximalen Anzahl an geplanten Einheiten (30 Stunden) im Rahmen von fit2work, was als Hinweis auf die allgemeine Effizienz des Programms verstanden werden kann. Innerhalb der Gruppenbehandlungen erhielten die TeilnehmerInnen von Psychotherapie im Schnitt jedoch nur etwa sieben im Vergleich zu ca. 19 Einheiten bei den beiden anderen Behandlungsansätzen. Dies wirft die Frage auf, ob Psychotherapie im Rahmen der Gruppenbehandlungen wirksamer ist als andere Behandlungsansätze, zumal für alle Ansätze zu Behandlungsbeginn im Schnitt etwa 24 Einheiten geplant waren. Wie eingangs bereits erwähnt, scheinen sich die Ansätze klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie im Allgemeinen nicht in ihrer Wirksamkeit zu unterscheiden (Jagsch & Alfons, 2017; Laireiter et al., 2017), jedoch ist dieser Sachverhalt, auch vor dem Hintergrund der besonderen Gesetzeslage in Österreich, womöglich nicht hinreichend genau untersucht. Weil die TeilnehmerInnen von Gruppenbehandlungen bereits zu Beginn der Behandlung die weniger belastete Gruppe darstellten, erscheint es nicht verwunderlich, dass weniger Therapieeinheiten benötigt wurden als bei Einzelbehandlungen. Da die Ansätze klinisch-psychologische Behandlung und Doppelqualifizierte jedoch trotz Gruppensetting mehr absolvierte Einheiten aufweisen, wäre es dennoch interessant, weiter zu beforschen, ob insbesondere die Kombination aus Gruppensetting und Psychotherapie

wirksamer sein könnte als andere Methoden oder beispielsweise bei bestimmten Störungsbildern besser greift, zumal – wie bereits in früheren Studien erwähnt – die jeweilige Diagnose einen Einfluss auf die Wirksamkeit einer Therapie hat (Burlingame et al., 2003; Kösters et al., 2006) und auch andere Studien von einer besonderen Wirksamkeit bei der Kombination von bestimmten Settings und Behandlungsansätzen berichten (Burlingame et al., 2003).

Fragestellung zwei adressierte mögliche Unterschiede in Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit sowie in der Qualität der therapeutischen Beziehung gemessen mittels HAQ. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Skalen des HAQ für die TeilnehmerInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen. Die Ergebnisse der KlientInnen-Perspektive decken sich mit den Erkenntnissen früherer Studien, nach denen PatientInnen Einzel- und Gruppentherapie vor anderen Therapieformen wie Kunst- oder Musiktherapie als am hilfreichsten erachteten (von Wietersheim et al., 2008). Weitere Studien zeigten ebenfalls, dass in unterschiedlichen Populationen äquivalente Behandlungsergebnisse von Einzel- und Gruppentherapien erreicht wurden (Powers et al., 2008; Silverman et al., 2008; Strauß & Burlingame, 2012; Thompson-Brenner et al., 2003). Wie von Wietersheim und Kollegen (2008) berichteten, könnten es außerdem auch viel mehr Aspekte wie die therapeutische Zuwendung der BehandlerInnen anstatt die Behandlungsart per se sein, die deutlichen Einfluss auf die Bewertung der Therapie durch die PatientInnen haben. Im Gegensatz zu den KlientInnen gaben die BehandlerInnen hingegen signifikant höhere Zufriedenheitswerte gemäß HAQ für Gruppentherapien im Rahmen von fit2work an. Zieht man abermals die subjektiv und objektiv stärkere Belastung der KlientInnen im Einzelsetting zu Behandlungsbeginn in Betracht, die demnach höhere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufwiesen, ließe sich argumentieren, dass Veränderungen in dieser Gruppe aufgrund der anderen Ausgangslage vergleichsweise schwieriger zu erreichen gewesen sein könnten, was letztendlich Einfluss auf die Einschätzung in den Skalen des HAQ aus Sicht der BehandlerInnen haben wird. Darüber hinaus wurde bei weiterer Differenzierung der Gruppenarten festgestellt, dass die BehandlerInnen von Reha-Gruppen höhere Werte angaben als die KollegInnen aus SEK- und Schmerzgruppen. Dies könnte daran liegen, dass die Atmosphäre und therapeutische Beziehung in Reha-Gruppen besser war als in Gruppen mit chronischen SchmerzpatientInnen oder KlientInnen, die Schwierigkeiten mit sozialen und emotionalen Fertigkeiten besaßen und solche erst erlernen mussten. Letzteres erschwerte möglicherweise die positive Wirkung von gruppenspezifischen Faktoren wie sozialer Unterstützung, Verständnis und Akzeptanz innerhalb der Gruppe – Kühner und Hautzinger

(2012) zufolge zentralen Vorteilen des Gruppensettings –, was dazu führen könnte, dass BehandlerInnen weniger Fortschritt bewirken und sehen konnten und somit niedrigere HAQ-Bewertungen angaben. Letztendlich können, wie Burlingame und Kollegen (2004) berichten, zahlreiche Aspekte wie Gruppenleiter, Patientenmerkmale, Struktur/Setting, Kleingruppenprozesse und formale Veränderungstheorie Einfluss auf eine Gruppenbehandlung nehmen, sodass viele Faktoren dazu in der Lage sind, die höhere Zufriedenheit der Reha-BehandlerInnen unter den GruppentherapeutInnen bzw. der GruppentherapeutInnen im Allgemeinen zu verantworten.

Die dritte Fragestellung analysierte den Behandlungserfolg bei Einzel- und Gruppen-KlientInnen gemessen mit BDI-II und BSI-53. Für beide Erhebungsinstrumente ergaben sich hoch signifikante Zeiteffekte für Einzel- und Gruppenbehandlungen mit durchweg hohen Effektstärken über alle Skalen hinweg (mit Ausnahme der BSI-Skala Somatisierung), aber keine Wechselwirkungen von Zeit und Behandlungsart. Ein Gruppeneffekt zeigte sich lediglich beim BDI für die Behandlungsart Einzeltherapie, die Effektstärke lag hier jedoch im kleinen Bereich. Die mittleren *T*-Werte lagen nach der Behandlung sowohl für Einzel- als auch für GruppenteilnehmerInnen unter $T = 63$, wonach die Stichprobe im Gegensatz zum ersten Erhebungszeitpunkt nicht mehr als behandlungsbedürftig galt. Diese Ergebnisse decken sich teilweise mit früheren Studien, die von einer relativen Äquivalenz des Behandlungserfolges bei Einzel- und Gruppentherapien sprechen (Powers et al., 2008; Silverman et al., 2008; Strauß & Burlingame, 2012; Thompson-Brenner et al., 2003). Schwer in den Hintergrund der berichteten Ergebnisse früherer Studien zu integrieren ist jedoch der Gruppeneffekt, der sich in der vorliegenden Studie beim BDI zulasten der Einzelbehandlungen niederschlägt. Während sich Einzeltherapien gegenüber Gruppenbehandlungen teilweise als leicht überlegen erweisen konnten (Powers et al., 2008; Silverman et al., 2008; Strauß & Burlingame, 2012; Thompson-Brenner et al., 2003), besitzen die Einzel-KlientInnen der vorliegenden Studie nach der Behandlung noch immer einen höheren Ausprägungsgrad der Depression als GruppenteilnehmerInnen. Dieses Ergebnis scheint jedoch nicht verwunderlich, wenn in Betracht gezogen wird, dass KlientInnen aus dem Einzelsetting bereits vor der Behandlung eine höhere psychische Beeinträchtigung zeigten, und sich demnach trotz des signifikanten Zeiteffekts auch nach der Intervention auf einem anderen Niveau als Gruppen-KlientInnen befinden. Dennoch kann das Ergebnis Anreiz für weitere Untersuchungen des Behandlungserfolgs bei Einzel- und Gruppenbehandlungen bieten.

Eine mögliche Veränderung des Beschäftigungsstatus der StudienteilnehmerInnen wurde in Fragestellung vier untersucht. Für die Gesamtstichprobe zeigte sich eine signifikante

Zuwachsrate. Auf Ebene der Behandlungsart konnte festgestellt werden, dass es für Gruppen-KlientInnen, nicht aber für die TeilnehmerInnen einer Einzelbehandlung eine signifikante Veränderung gab. Dies könnte darauf schließen lassen, dass Gruppenbehandlungen wirksamer sind, wenn es darum geht, eine Person beim Wiedereinstieg ins Berufsleben zu begleiten. Es gilt jedoch zu beachten, dass für den Beginn der Arbeitslosigkeit aufgrund von psychischen Beschwerden Personen in Einzelbehandlungen überzufällig häufiger eine Dauer von 25 Monaten oder länger und Personen in Gruppenbehandlungen eine Dauer zwischen 13 und 24 Monaten angaben. Es gehörten somit Einzel-KlientInnen eher zur Gruppe der Langzeitarbeitslosen, die wiederum einerseits eine wichtige Risikogruppe für psychische Erkrankungen bilden (Nurmela et al., 2018) und in weiterer Folge enorme Schwierigkeiten haben, den Wiedereinstieg in die Berufswelt zu schaffen (Carlier et al., 2018). Auch diese Ergebnisse lassen sich demnach deutlich in den bisherigen Forschungsstand integrieren. Ebenso könnte abermals argumentiert werden, dass mehr Gruppen-KlientInnen nach der Behandlung in einem bezahlten Arbeitsverhältnis stehen, weil deren psychische Symptomatik bereits zu Behandlungsbeginn signifikant schwächer ausfiel und ein beruflicher Wiedereinstieg deshalb vermutlich leichter zu realisieren war. Alles in allem gab von denjenigen Personen, die nach der Behandlung wieder in einem bezahlten Arbeitsverhältnis standen, sowohl die klare Mehrheit der Einzel- (ca. 65%) wie auch der Gruppen-KlientInnen (ca. 86%) an, dass dies der Besserung ihrer psychischen Beschwerden geschuldet war, was für die Qualität des fit2work-Interventionsprogramms spricht.

Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppenbehandlungen bezüglich der Veränderung der Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag über die Zeit wurden in der letzten Fragestellung analysiert. Innerhalb der Gesamtstichprobe zeigten sich signifikante Verbesserungen der Klientinnen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten sowohl im beruflichen Kontext als auch im Alltag. Differenziert für die Behandlungsart zeigten sich ebenfalls signifikante Zeiteffekte mit Ausnahme der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit bei Gruppen-KlientInnen. Es sei jedoch erwähnt, dass sich die subjektive Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf zwar nur bei Einzel-KlientInnen über die Zeit verbesserte, jedoch auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt noch als vergleichsweise stärker beeinträchtigt angegeben wurde. Demgegenüber erfolgte bei Gruppen-TeilnehmerInnen keine statistisch signifikante Veränderung über die Zeit, die Leistungsfähigkeit wurde jedoch auch zu beiden Erhebungszeitpunkten als weniger eingeschränkt wahrgenommen. Unter Beachtung dessen, dass sich Einzel-KlientInnen bereits vor Behandlungsbeginn als belastetere Stichprobe wahrnehmen, erscheint es naheliegend, dass auch nach der Behandlung nicht durchgehend

dasselbe Niveau wie bei Gruppen-KlientInnen erreicht wurde, zumal für eine adäquate berufliche Leistungsfähigkeit eine höhere Funktionsfähigkeit erforderlich sein wird als für alltägliche Aktivitäten. Dass sich die erlebte Leistungsfähigkeit dennoch signifikant verbesserte, kann als Hinweis auf die allgemeine Wirksamkeit des Interventionsprogramms verstanden werden. Bei der Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit sowie auf die Anzahl der Krankenstände ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede ausmachen, die Ergebnisse sprechen jedoch durchweg eher dafür, dass StudienteilnehmerInnen positive Auswirkungen der Behandlung an sich feststellen können. Dies deckt sich mit der Gesamtbeurteilung der Nützlichkeit der Behandlung durch die KlientInnen, bei der etwa 60% die Therapie als sehr hilfreich und 35% als eher hilfreich bewerteten. Mit knapp 63% empfanden dabei mehr Einzel-KlientInnen die Behandlung als sehr hilfreich im Vergleich zu Gruppen-TeilnehmerInnen, bei denen es etwa die Hälfte (49.5%) war. Dies stimmt überein mit eingangs berichteten Studienergebnissen, nach denen die befragten PatientInnen der Einzeltherapie den höchsten Nutzen zugesprochen hatten, direkt gefolgt von Gruppenbehandlungen und anderen Therapieformen (von Wietersheim et al., 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl Einzel- wie auch Gruppenbehandlungen positive Veränderungen bei den TeilnehmerInnen von fit2work bewirken konnten. Im Sinne der Erfolgs- und Behandlungszufriedenheit sowie der erlebten Qualität der therapeutischen Beziehung (HAQ) aus Sicht der KlientInnen schnitten die Behandlungsarten beide gut ab. Hinsichtlich der Veränderung des Beschäftigungsstatus erwies sich die Gruppentherapie als effektiver. Darüber hinaus kann schlussgefolgert werden, dass Psychotherapie in gruppentherapeutischen Settings besonders wirksam sein könnte und im Vergleich zu den anderen Behandlungsansätzen eine geringere Anzahl an absolvierten Einheiten benötigte. Dieser Zusammenhang könnte in weiteren Studien näher untersucht werden. Im Rahmen der klinischen Instrumente zeigten sich sowohl für Einzel- als auch für Gruppen-KlientInnen signifikante Zeiteffekte, die Schwere der Depression sank über beide Behandlungsarten hinweg, und beide Gruppen gelten nach der Therapie nicht mehr als behandlungsbedürftig im Sinne des BSI-53. Lediglich für den BDI-II zeigte sich ein signifikanter Gruppeneffekt zulasten der Einzelbehandlungen, ansonsten ergaben sich statistisch gesehen gleich große Verbesserungen über die Zeit für die beiden Behandlungsarten. Im Rahmen der subjektiven Einschätzung der Auswirkung von psychischen Beschwerden auf die berufsbezogene Leistungsfähigkeit zum zweiten Erhebungszeitpunkt ergab sich für TeilnehmerInnen von Einzeltherapien eine signifikante Verbesserung im Gegensatz zu

Gruppen-KlientInnen. Für die allgemeine Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit und die Krankenstände standen sich die Gruppen jedoch in nichts nach.

Es kann festgehalten werden, dass sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlungen im Rahmen von fit2work die psychische Symptomatik effizient lindern können und eine Äquivalenz hinsichtlich der gewünschten Projektziele vorweisen. Andere Parameter, die zukünftig weiteren Aufschluss über den Gesundheitszustand der KlientInnen nach der Behandlung geben könnten, wären beispielsweise die Einnahme von Medikamenten gegen psychische Beschwerden, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte bedingt durch psychische Probleme, sowie Bestrebungen eines verbesserten Gesundheitsverhaltens (Sport, Bewegung, Schlafverhalten, Ernährung, Rauchverhalten).

7. Limitationen

Die vorliegende Studie weist mehrere Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Zum einen verfügt die hier evaluierte Studie aufgrund ihres Längsschnittdesigns nur über eine relative geringe Rücklaufquote. Für das 4. Förderjahr von fit2work waren eingangs 1440 TeilnehmerInnen für Einzelbehandlungen und 340 TeilnehmerInnen für Gruppenbehandlungen festgelegt (Jagsch, 2018). Insgesamt wurden bis zum Zeitpunkt der Auswertung 1267 Fragebögen an die Universität Wien zurückgesandt, davon waren 802 (63.3%) t_1 -Fragebögen, das heißt von Personen, die noch keinen Abschluss-Fragebogen ausgefüllt hatten, 335 (26.4%) Fragebögen lagen für die Zeitpunkte t_1 und t_2 gleichermaßen vor, und die restlichen Fragebögen ($n = 130$, 10.3%) stammten von Personen, von denen bislang nur Erhebungen des zweiten Messzeitpunkts existierten. Bei diesen Zahlen wird deutlich, dass die Studienergebnisse sich noch einmal verändern können, wenn mehr vollständige Fragebogenpaare vorliegen würden und beispielsweise auch die Gruppengrößen von Einzel- und Gruppen-KlientInnen ausgewogener wären.

Ebenso konnten die verschiedenen Gruppenarten aufgrund der zu kleinen Teilnehmerzahl nicht für jede Fragestellung differenziert betrachtet werden, was für einen umfassenden Erkenntnisgewinn durchaus wünschenswert gewesen wäre. Daran schließt sich direkt an, dass die statistische Auswertung der Studie zum Beispiel aufgrund von mangelnder Normalverteilung oder zu kleinen oder unterschiedlich großen Gruppen nicht über alle Fragestellungen hinweg der geplanten Auswertung entsprach. Weitere Einschränkungen wie fehlende Randomisierung und das nicht standardisierte Ausfüllen der Fragebögen können ebenfalls methodische Nachteile mit sich bringen.

Darüber hinaus konnte die BehandlerInnen-Perspektive nicht durchgehend miteinbezogen werden, weil zum Zeitpunkt der Auswertung zu wenig Fremdbeurteilungen vorlagen. Auch dies könnte in Zukunft einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erbringen und der Selbstbeurteilung der KlientInnen gegenübergestellt werden.

Des Weiteren lässt sich sagen, dass der Fragebogen von fit2work einige Fragen im offenen Antwortformat stellt, die nicht in die Auswertung mit einbezogen wurden, wodurch zusätzlich Information verloren geht (z.B. Beruf, eingenommene Medikamente). Dies könnte in zukünftigen Studien beachtet werden.

Außerdem könnte es von Nutzen sein, nach Abschluss der Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere Befragung im Sinne einer katamnestischen Follow-up-Erhebung durchzuführen, um feststellen zu können, wie robust einzelne Veränderungen bei den StudienteilnehmerInnen sind und ob von Langzeiteffekten gesprochen werden kann.

Ein letzter Aspekt ist, dass den einzelnen Diagnosen der KlientInnen von fit2work mehr Beachtung geschenkt werden könnte, um einen störungsspezifischen Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Behandlungsarten und -ansätze vornehmen zu können. Im Rahmen der Behandlungsansätze könnten außerdem weitere Differenzierungen vorgenommen werden: für KlientInnen, die mittels Psychotherapie behandelt wurden, wäre beispielsweise interessant zu wissen, ob der/die Behandelnde eine bestimmte Schule nutzte (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie), um so umfassendere Erkenntnisse im Rahmen der Psychotherapieforschung erlangen zu können.

8. Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich sagen, dass sowohl Einzel- wie auch Gruppentherapie im Rahmen von fit2work hocheffizient psychische Probleme und Symptomatik lindern kann und die Behandlungsbedürftigkeit der Stichprobe deutlich reduziert. Es sei angemerkt, dass, obwohl in der vorliegenden Studie Einzel-KlientInnen zu Behandlungsbeginn als stärker belastete Stichprobe charakterisierbar waren, keine Unterschiede bezüglich einer erhöhten Nutzung des Gesundheitssystems festgestellt wurden. Dies könnte auf eine Unterversorgung von psychisch kranken Arbeitslosen und (noch) Erwerbstätigen hindeuten und die weitere Notwendigkeit von Interventions- und Präventionsprogrammen (z.B. berufliche Stressbewältigungskompetenz) zur Förderung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung arbeitsbezogener Gesundheit implizieren.

Geht die vorliegende Arbeit in erster Linie von einer individuellen Handlungsebene aus, sei festzuhalten, dass eine stressprophylaktische Arbeitsgestaltung auf Firmen- (z.B.

Mitarbeitergespräche, Telefon-Hotlines, Diskussionsrunden, Ressourcen am Arbeitsplatz im Sinne des JD-R-Modells; Bakker et al., 2005) und Gesellschaftsebene (Hillert, 2012) ebenso von Bedeutung sein sollte, also im Sinne einer Verhaltens- und Verhältnisprävention gleichermaßen.

Literaturverzeichnis

- Audhoe, S. S., Nieuwenhuijsen, K., Hoving, J. L., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2018). Perspectives of unemployed workers with mental health problems: Barriers to and solutions for return to work. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 28-34. doi: 10.1080/09638288.2016.1242170
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170-180. doi: 10.1037/1076-8998.10.2.170
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Baumann, U., & Perrez, M. (2006). Grundlagen der klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer, & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Aufl., S. 1-16). Wien: Springer. doi: 10.1007/3-211-36649-0_1
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (2019). *Fit2work – model of good practice*. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter <https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/fit2work>
- Biffel, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., & Rückert, E. (2011). *Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen*. Krems/Wien: Donau-Universität Krems/Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Arbeiterkammer Wien. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter <https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/ak-wien-psychische-belastungen-2011.pdf>
- Brühlmann, T. (2007). Was ist Burnout? *Praxis*, 96, 901-905. doi: 10.1024/1661-8157.96.22.901
- Brydsten, A., Hammarström, A., & San Sebastian, M. (2018). Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: A decomposition analysis of social determinants for mental health. *International Journal for Equity in Health*, 17:59. doi: 10.1186/s12939-018-0773-5
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.3
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and*

- Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (5. Aufl., S. 647-696). New York: Wiley.
- Carlier, B. E., Schuring, M., & Burdorf, A. (2018). Influence of an interdisciplinary re-employment programme among unemployed persons with mental health problems on health, social participation and paid employment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 147-157. doi: 10.1007/s10926-017-9704-3
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Czypionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A., & Röhring, G. (2016). *Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen*. Wien: Institut für höhere Studien. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter http://irihs.ihs.ac.at/3886/1/Bericht_IPensionen_final.pdf
- Egger-Subotitsch, A., Poschalko, A., Kerschbaumer, S., & Wirth, M. (2014). *Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt* (Bericht Nr. 100). Wien: Arbeitsmarktservice Österreich. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_report_100.pdf
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Grobe, T. G., & Schwartz, F. W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 13, 3-23.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck Depressions-Inventar Revision – Manual*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Helminger, W., Martins, C., & Scuvée, B. (2016). *EU in the World – 2016 Edition*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7589036/KS-EX-16-001-EN-N.pdf/bcacb30c-0be9-4c2e-a06d-4b1daead493e>
- Hillert, A. (2012). Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt*, 55(2), 190-196. doi: 10.1007/s00103-011-1411-1
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., ... Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1858-1863. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1858

- Hollederer, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit: ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 35(3), 411-428.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Jagsch, R. (2018). *Zwischenbericht. Evaluierung Einzel- und Gruppenbehandlungen fit2work – Klinisch-psychologische Behandlung versus Psychotherapie* (Unveröffentl. Artikel). Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung, Universität Wien.
- Jagsch, R., & Alfons, M. Y. (2017). Evaluation des Pilotprojekts fit2work – Vergleich von klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie. *Psychologie in Österreich* 37(2–3), 181-189.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., & Zeisel, H. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. doi: 10.2307/2392498
- König, O. (2012). Gruppendynamische Grundlagen. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 21-36). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-03497-8_3
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 146-163. doi: 10.1037/1089-2699.10.2.146
- Kroll, L. E., Müters, S., & Lampert, T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(2), 228-237. doi: 10.1007/s00103-015-2282-7
- Kühner, C., & Hautzinger, M. (2012). Depressive Störungen. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 259-269). Berlin: Springer.
- Laireiter, A.-R. (2017). Klinisch-psychologische Behandlung: Konzept und Praxis. *Psychologie in Österreich*, 37(2–3), 108-117.
- Laireiter, A.-R., Ferstl, T., Bako, C., Schröder, P., & Sommerfeld, J. (2017). Die Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung im Vergleich – Ergebnisse einer retrospektiven Katamnesestudie. *Psychologie in Österreich*, 37(2–3), 190-201.

- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (2004). The effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 143-189). New York: Wiley.
- Lewin, K. (1920). *Die Sozialisierung des Taylorsystems. Eine grundsätzliche Untersuchung zur Arbeits- und Berufspsychologie*. Berlin: Verlag Gesellschaft & Erziehung.
- Maske, U. E., Riedel-Heller, S. G., Seiffert, I., Jacobi, F., & Hapke, U. (2016). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem und diagnostiziertem Burnout-Syndrom. Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“. *Psychiatrische Praxis*, 43(1), 18-24. doi: 10.1055/s-0034-1387201
- Nurmela, K., Mattila, A., Heikkinen, V., Uitti, J., Ylinen, A., & Virtanen, P. (2018). Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 45-52. doi: 10.1007/s00127-017-1457-y
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17-31.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113. doi: 10.1521/ijct.2008.1.2.94
- Rau, R., & Henkel, D. (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. Review der Datenlage. *Nervenarzt*, 84(7), 791-798. doi: 10.1007/s00115-013-3743-6
- Richter, P., & Wegge, J. (2011). Occupational Health Psychology – Gegenstand, Modelle, Aufgaben. In H. U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 337-359). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-13018-2_14
- Rief, W., Hautzinger, M., Rist, F., Rockstroh, B., & Wittchen, H.-U. (2007). Klinische Psychologie und Psychotherapie: eine Standortbestimmung in der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 58(4), 249-259. doi: 10.1026/0033-3042.58.4.249
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

- Schaap, R., de Wind, A., Coenen, P., Proper, K., & Boot, C. (2018). The effects of exit from work on health across different socioeconomic groups: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, *198*, 36-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.12.015
- Schütte, M., & Köper, B. (2013). Veränderung der Arbeit. *Bundesgesundheitsblatt*, *56*(3), 422-429. doi: 10.1007/s00103-012-1623-z
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*(1), 27-41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychological treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907
- Slone, N. C., & Owen, J. (2015). Therapist alliance activity, therapist comfort, and systemic alliance on individual psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, *25*(4), 275-288. doi: 10.1037/a0039562
- Sozialministeriumservice (2018a). Fit2work Personenberatung. Zugriff am 09.04.2019. Verfügbar unter <https://www.sozialministeriumservice.at/site/Arbeitsmarktprojekte/fit2work/Personenberatung/>
- Sozialministeriumservice (2018b). Informationsblatt „Ablauf fit2work Personenberatung“. Zugriff am 09.04.2019. Verfügbar unter <http://fit2work.at/artikel/downloads-materialien-3>
- Strauß, B., & Burlingame, G. M. (2012). Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 193-211). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-03497-8_16
- Strauß, B., & Mattke, D. (2012). „By the crowd they have been broken...“: Gruppentherapie im Wandel. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 1-5). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-03497-8_1
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Thompson-Brenner, H., Glass, S., & Westen, D. (2003). A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(3), 269-287. doi: 10.1093/clipsy/bpg024
- Vogt, M., & Elsigan, G. (2011). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich* (Wissen 2). Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Fonds Gesundes Österreich. Zugriff am 09.04.19. Verfügbar unter <http://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2011-09-21.pdf>

- Von Wietersheim, J., Oster, J., Munz, D., Epple, N., Rottler, E., & Mörtl, K. (2008). Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. Versuch einer Standortbestimmung. *Psychotherapeut*, 53(6), 424-431. doi: 10.1007/s00278-008-0639-1
- Weber, A., Hörmann, G., & Heipertz, W. (2007). Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(43), 2957-2962.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl). Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-13018-2
- Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., ... Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression – results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of Affective Disorders*, 235, 399-406. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.073

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Vereinfachte Darstellung des Ablaufs von fit2work.	14
<i>Abbildung 2.</i> Graphische Darstellung der Untersuchungsdurchführung und der verwendeten Instrumente.	21
<i>Abbildung 3.</i> Häufigkeit von Krankenständen aufgrund psychischer Beschwerden in den letzten drei Monaten bei Einzel- und Gruppen-KlientInnen.	31

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Absolute und relative Verteilung von Gesamtstichprobe und Teilstichproben bezüglich Behandlungsansatz und -art.	29
<i>Tabelle 2.</i> Soziodemographische Daten der StudienteilnehmerInnen differenziert für Gesamtstichprobe, Einzel- und Gruppenbehandlungen.	30
<i>Tabelle 3.</i> <i>t</i> -Tests zur Überprüfung der Einschätzung von Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit und therapeutischer Beziehung (HAQ) bei Einzel- und Gruppenbehandlungen mittels Selbst (s) und Fremdbeurteilung (f).	35
<i>Tabelle 4.</i> Kruskal-Wallis-Test zur Überprüfung der Einschätzung von Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit und therapeutischer Beziehung (HAQ) über die Gruppenarten hinweg mittels Selbst- (s) und Fremdbeurteilung (f).	36
<i>Tabelle 5.</i> Mixed ANOVA zur Untersuchung von Unterschieden zwischen den Behandlungsarten und den Erhebungszeitpunkten sowie von Wechselwirkungen anhand der Variablen BDI-II, BSI, GSI.	37
<i>Tabelle 6.</i> McNemar-Test zur Überprüfung der Veränderung des Beschäftigungsstatus der KlientInnen von Einzel- und Gruppenbehandlungen sowie innerhalb der Gesamtstichprobe.	41
<i>Tabelle 7.</i> <i>t</i> -Tests und Wilcoxon-Test zur Überprüfung der Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag bei Einzel- und Gruppen-KlientInnen und Gesamtstichprobe.	43
<i>Tabelle 8.</i> χ^2 -Test zur Überprüfung von Unterschieden in der Auswirkung der Behandlung auf die wahrgenommene Leistungsfähigkeit in Beruf/Alltag sowie auf die Anzahl von Krankenständen bei Einzel- und Gruppenbehandlungen.	44