

Psychotherapeut 2021 · 66:156–162  
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>  
 Angenommen: 9. Oktober 2020  
 Online publiziert: 16. November 2020  
 © Der/die Autor(en) 2020



David Schymainski<sup>1</sup> · Michael Linden<sup>1</sup> · Georg Schmitt<sup>2</sup> · Mathias Rose<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), Berlin, Deutschland

# Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie

**Psychische Erkrankungen, seien es hirnorganische Störungen, Suchterkrankungen, schizophrene Psychosen, viele depressive Erkrankungen und Angststörungen, somatoforme Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, sind geradezu ihrer Natur nach Langzeit- oder chronische Erkrankungen mit persistierenden oder rezidivierenden Verläufen. Sie schränken die private, aber auch die berufliche Lebensführung und Teilhabe der Betroffenen ein (Köllner 2014; Linden 2009a, 2017a). Sozialrechtlich sind damit viele psychische Erkrankungen gemäß §§ 2 und 26 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) als „Behinderung“ zu verstehen, was bei der Therapieplanung zu berücksichtigen ist (Linden 2016).**

## Hintergrund

Eine ganzheitliche Behandlung muss sich in Fällen psychischer Langzeitstörungen an dem „biopsychosozialen Krankheitsmodell“ orientieren. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell hat fachlich in allen medizinischen Disziplinen Gültigkeit. Dies ist an mehr als 10.000 Publikationsnennungen bei *Google Scholar* zu erkennen. Damit gilt das biopsychosoziale Krankheitsmodell auch in der Psychotherapie und stellt eine wichtige Basis der Sozialmedizin dar (BÄK 2010). Mit der Herausgabe der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Egger 2005;

World Health Organization 2001) ist die Orientierung am biopsychosozialen Krankheitsmodell rechtsverbindlich. Danach ist die Behandlung gerade bei psychisch Kranken auf Funktionsstörungen, Fähigkeitseinschränkungen und Kontextbarrieren gleichermaßen auszurichten (Linden 2017a). Neben der Therapie von Symptomen und zugrunde liegenden psychodynamischen Prozessen der vorliegenden Krankheit ist eine teilhabeorientierte Behandlung der Patienten vonnöten, im Sinne eines Trainings krankheitsbedingt beeinträchtigter Fähigkeiten und Förderung der Teilhabe (Partizipation) in Alltag und Beruf (Linden 2017b; Muschalla et al. 2016).

Bei einer solchen mehrdimensionalen Behandlung kommt insbesondere mit Blick auf Teilhabebeeinträchtigungen sozialmedizinischen Interventionen eine Schlüsselrolle zu (Gühne et al. 2006). Darunter ist eine Fülle an therapeutischen Hilfen zu verstehen, zur Unterstützung der beruflichen und sozialen Teilhabe und Inklusion, um auf Dauer eine unbeeinträchtigte Lebensführung zu ermöglichen. Dies umfasst die Therapiekoordinierung, Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe im Berufsleben und Teilhabe am Alltagsleben sowie unmittelbare soziale Hilfestellungen.

Unter Therapiekoordinierung sind die Organisation und Steuerung einer multiprofessionellen Behandlung zu verstehen. In einem gegliederten Gesundheitswesen stehen Therapeuten nicht allein, sondern es gibt eine Fülle von alternativen und ergänzenden Behandlungsmöglichkeiten und Behandlern. Bei chronischen Erkrankungen und

zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Behandlung sind multiprofessionelle Behandlungen der Standard. Daher sind Therapeuten in der Verantwortung, auch Behandlungsmaßnahmen einzuleiten und zu begleiten, die sie nicht selbst durchführen (können) und sich mit Mittherapeuten unterschiedlichster Art bezüglich der Vor-, Parallel-, Alternativ- und Nachbehandlung abzustimmen. Dies schließt Fachärzte, stationäre Akut- und Rehabilitationsaufenthalte, Aufenthalte in Tagesstätten, Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung und Drogen- oder Suchtberatungsstellen ebenso ein, wie Selbsthilfegruppen oder psychoedukative Gruppenangebote. Weitere Kooperationspartner sind Krankenkassen-Fallmanager, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), der sozialpsychiatrische Dienst (SpD) oder bezirkliche Beratungsstellen.

Zur Förderung der Teilhabe am Berufsleben können Kontakte zu Betriebsarzt, Arbeitgeber oder Betriebsrat, zum Arbeitsamt oder zum Integrationsamt angezeigt sein. Es gibt spezielle Hilfen wie die stufenweise Wiedereingliederung, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Je nach Fall sind die Beantragung eines Grads der Behinderung (GdB), eine vorübergehende berufliche Freistellung durch ein Arbeitsunfähigkeit(AU)-Attest oder die Einleitung einer Erwerbsminderung(EM)-Rente geboten (Borgart et al. 2007; Niehaus et al. 2008).

Schließlich steht eine Reihe von Hilfen bei Problemen in der täglichen Lebensführung zur Verfügung. Beispiele sind die

Einzelfallhilfe, Soziotherapie, Ergotherapie, Schuldnerberatung, die Teilnahme in einem Sportverein bis hin zum betreuten Wohnen.

Eine Behandlungsform, die in besonderer Weise dem biopsychosozialen Paradigma verpflichtet ist und gleichermaßen an Funktionsstörungen, Fähigkeitseinschränkungen und Kontextbarrieren ansetzen kann, ist die Psychotherapie (Linden 2009a; Muschalla et al. 2016). Durch psychotherapeutische Interventionen können Funktionsstörungen gebessert (z.B. Minderung von Angst), Fähigkeitsbeeinträchtigungen trainiert (z.B. Training der sozialen Kompetenz) und Kontextbarrieren beeinflusst werden (z.B. Gespräche mit Familienangehörigen oder Arbeitgebern). Im Rahmen der Behandlungskoordinierung können Psychotherapeuten AU-Atteste, Rehaanträge, Kontakte zur Drogen- und Suchtberatung oder zu Familienhilfen auf den Weg bringen. Psychologische Psychotherapeuten haben im Jahr 2017 diesbezüglich erweiterte Befugnisse erhalten. So kann ein psychologischer Psychotherapeut eine Krankenhausbehandlung, eine Soziotherapie, eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme oder einen Krankentransport (z.B. bei Patienten mit einer Agoraphobie) verordnen.

Die Bedeutung sozialmedizinischer Interventionen in der Psychotherapie wird durch die organisatorischen Vorgaben der „Psychotherapie-Richtlinie“ (Dieckmann et al. 2017; Rürger et al. 2017) bedingt. Es können richtlinienpsychotherapeutisch aufgrund der Antrags-, Bewilligungs-, Organisations- und Kontingierungsbedingungen vorrangig nur chronisch Kranke behandelt werden, da es Monate dauert, bis ein Therapeut und erster Kontakttermin gefunden, das Antragsverfahren auf den Weg gebracht und die Bewilligung erfolgt ist. Im weiteren Verlauf ist die Erreichbarkeit der Psychotherapeuten zumeist sehr eingeschränkt, sodass akute Krisen nur bedingt abzufangen sind. Von Bedeutung ist schließlich außerdem, dass der Therapieumfang befristet ist, so wie bei einer stationären RehaMaßnahme, sodass die Behandlung unabhängig vom Gesundheitszustand des Patienten zu enden hat, was juristisch und ethisch

nur bei chronischen Störungen möglich ist. Für akute und chronische Störungen gelten also unterschiedliche Regeln, was auch die Umfangsbeschränkung der Richtlinienpsychotherapie ermöglicht, unabhängig davon, dass in begründeten Einzelfällen davon abgewichen werden kann. Da in der Richtlinienpsychotherapie also vorrangig nur chronische Störungen zur Behandlung kommen, müssen Psychotherapeuten auch sozialmedizinische Interventionen zum Wohle der Patienten konsequent nutzen.

## Ziel der Arbeit

Bislang gibt es nach dem Wissen der Autoren keine Daten zum Spektrum und zur Häufigkeit sozialmedizinischer Interventionen, die im Arbeitsalltag von Richtlinienpsychotherapeuten von Bedeutung sind. Derartige Informationen sind jedoch wichtig, für die Planung der Aus- und Weiterbildung von Therapeuten, die Organisation der psychotherapeutischen Versorgung und nicht zuletzt die Finanzierungsregularien. In der vorliegenden versorgungsepidemiologischen Studie wurden niedergelassene Richtlinienpsychotherapeuten dazu befragt, mit welchen sozialmedizinischen Interventionen sie in ihrer täglichen Arbeit befasst sind. Die Daten geben einen Einblick in die derzeitige Versorgungssituation.

## Methode

### Teilnehmende Psychotherapeuten

Anhand der online verfügbaren Telefonliste der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wurden niedergelassene Richtlinienpsychotherapeuten angerufen und um Mitarbeit an der Untersuchung gebeten. Die Kontaktierung erfolgte nach dem Zufallsprinzip, jedoch wurde angestrebt, eine gleiche Zahl an Verhaltenstherapeuten und Vertretern der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie einzuschließen. Die Studie wurde durch eine Drittmittelförderung der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg ermöglicht und durch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) unterstützt, die in

einer Rund-Mail ihre Mitglieder zur Teilnahme motivierte. Da ärztliche Psychotherapeuten z. T. auch Aufgaben der Regelversorgung übernehmen, wurden nur psychologische Psychotherapeuten in die Rekrutierung eingeschlossen. Die Erhebung fand von 2019 bis 2020 statt.

## Instrumente

Die Therapeuten wurden zunächst gebeten, einen Selbstauskunftsbogen zu Geschlecht, Alter, Berufsjahren, Ausbildung, Patientenanzahl und Behandlungsschwerpunkten auszufüllen. Sie sollten zudem einzuschätzen, bei welchem Anteil ihrer Patienten private oder berufliche Teilhabeprobleme von Bedeutung sind, eine AU oder EM vorliegt, der Arbeitsplatz eine hilfreiche Ressource oder eher eine Belastung ist und Kontakte zu sozialen Diensten bestehen.

Den Therapeuten wurde dann eine Checkliste mit 38 sozialmedizinischen Interventionen vorgelegt (Abb. 1). Diese basiert auf einer systematischen Zusammenstellung aller einschlägigen patienten- und therapieorientierten Maßnahmen, die beispielsweise auch in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zur Anwendung kommen, ergänzt durch Stichworte, die in der Weiterbildung zum Zusatztitel Sozialmedizin Thema sind (BÄK 2010) und einschlägige Literaturreviews. Diese Liste wurde bereits in abgewandelter Form in anderen Studien eingesetzt (Linden et al. 2018). Sie wurde ergänzt durch ein ausführliches Glossar, in dem alle Interventionen inhaltlich zusammengefasst und operativ beschrieben wurden. Das Glossar wurde den Therapeuten vorab zugeschickt, sodass sie über eine klare Definition zu jedem Stichwort verfügten.

Des Weiteren erfolgte eine Befragung der Therapeuten in den Praxen durch speziell geschulte Forschungsmitarbeiter, die selbst Psychotherapeuten waren, sodass etwaige Fragen oder Missverständnisse noch bereinigt werden konnten. Die Therapeuten wurden gebeten anzugeben, ob ihnen die einzelnen Maßnahmen bekannt oder unbekannt sind, und wie häufig sie damit ggf. in ihrer täglichen Praxis zu tun haben. Die Antwortalternativen waren 1: kenne ich nicht,

2: noch nie, 3: weniger als einmal/Jahr, 4: einmal/Jahr und 5: einmal/Quartal. Die Antworten lassen somit Rückschlüsse zu, welchen Bekanntheitsgrad einzelne Interventionen haben, bzw. welche Rolle ihnen aus der Wahrnehmung der Therapeuten in der täglichen Praxis zukommt. Die Auswertung der Checkliste erlaubt zu den Angaben je Item und des Weiteren die Errechnung eines Summen-Scores mit Minimum(Min.)-/Maximum(Max.)-Werten zur Zahl der durchschnittlich über alle Therapeuten hin bekannten oder häufig vorkommenden Interventionen.

### Statistik

Die Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 27.0 durchgeführt. Berichtet werden deskriptive Daten zu den Häufigkeiten der Antworten je Item in Prozent. Zusätzlich werden Mittelwerte mit Standardabweichungen (SD) und Min./Max.-Werte je Rating-Stufe dargestellt, denen zu entnehmen ist, wie viele der 38 Items im Durchschnitt den Therapeuten nicht bekannt sind sowie wie viele nicht eingesetzt oder häufig initiiert werden.

### Ergebnisse

Es wurden 365 psychologische Psychotherapeuten telefonisch kontaktiert und um ihre Mitarbeit gebeten, wovon 131 an der Studie teilgenommen haben. In 6 Fällen gab es fehlende Angaben, sodass 126 Fragebogen ausgewertet werden konnten.

Von den Teilnehmern waren 74% weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre (SD ±11 Jahre; Min. 32, Max. 74 Jahre), die durchschnittliche Berufserfahrung 17 Jahre (SD ±10 Jahre; Min. 1, Max. 45 Jahre). Es waren 55,7% Verhaltenstherapeuten und 43,5% psychodynamische Psychotherapeuten. Sie gaben im Durchschnitt an, aktuell 39 Patienten (SD ±24 Patienten; Min. 5, Max. 150 Patienten) zu behandeln, was Langzeit- und Kurzzeittherapien sowie Akutsprechstunden und Sitzungen zur Rückfallprophylaxe umfasst.

Als Arbeitsschwerpunkte und von ihnen vorrangig behandelte Störungs-

Psychotherapeut 2021 · 66:156–162 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>  
© Der/die Autor(en) 2020

D. Schymainski · M. Linden · G. Schmitt · M. Rose

## Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Viele psychische Störungen nehmen einen Langzeitverlauf und gehen daher mit sozialen und beruflichen Teilhabe-einschränkungen einher. Dies gilt auch für Patienten in der Richtlinienpsychotherapie. Um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, sind u. a. sozialmedizinische Interventionen erforderlich, wozu die Koordinierung mit anderen Therapeuten, Kontakte zum Arbeitgeber oder zu arbeitsrelevanten Institutionen, häusliche und freizeitbezogene Hilfen oder soziale Unterstützungsmaßnahmen gehören. Es stellt sich die Frage, welche derartigen sozialmedizinischen Interventionen zum Repertoire von Richtlinienpsychotherapeuten in ihrem Arbeitsalltag gehören.

**Material und Methoden.** Es wurden 131 psychologische Psychotherapeuten gebeten, anhand eines Glossars mit 38 sozialmedizinischen Interventionen anzugeben, welche davon sie in ihrer täglichen Praxis anwenden.

**Ergebnisse.** Alle Maßnahmen kamen zur Anwendung. Im Durchschnitt gaben die Therapeuten an, dass ihnen von den 38 Interventionen eine nicht bekannt war, sie mit ca. 14 Interventionen nach eigener Einschätzung nie, mit 8 weniger als einmal/Jahr, mit 8 einmal/Jahr und mit 6 einmal/Quartal befasst waren.

**Schlussfolgerung.** Die vorliegenden Daten zeigen, dass sozialmedizinische Interventionen zum Repertoire vieler Psychotherapeuten gehören. Allerdings finden sich Unterschiede zwischen den Therapeuten, hinsichtlich des Bekanntheitsgrads und der Anwendung sozialmedizinischer Interventionen. Das weist auf Optimierungspotenziale in der Ausbildung, Organisation und Vergütung hin.

### Schlüsselwörter

Psychische Störungen · Chronische Erkrankung · Teilhabe · Psychosoziale Rehabilitation · Behinderung

## Sociomedical interventions in psychotherapy

### Abstract

**Background.** Many mental disorders are often chronic disorders with a long-term course and are therefore accompanied by social and occupational limitations in participation. This is also the case with patients in psychotherapy. In order to provide a comprehensive treatment, sociomedical interventions should be integrated into therapy, such as coordination with other therapists, contact with employers or other work-related institutions, home care, support regarding leisure time or general social assistance. The study goal was to assess which sociomedical interventions are known and routinely used by psychotherapists.

**Material and methods.** A total of 131 psychotherapists were given a list of 38 sociomedical interventions and asked to indicate which of these they know and use in their daily practice.

**Results.** All the interventions were applied. On average therapists were not familiar with 1 out of 38 sociomedical interventions, 14 were never used, 8 were used less than once a year, 8 once a year and 6 once in a calendar quarter year.

**Conclusion.** The data show that sociomedical interventions are part of the repertoire of many psychotherapists; however, there were differences between therapists with respect to the level of awareness and the application of sociomedical interventions. This suggests that there are possibilities of optimization with respect to psychotherapist education, organization and reimbursement.

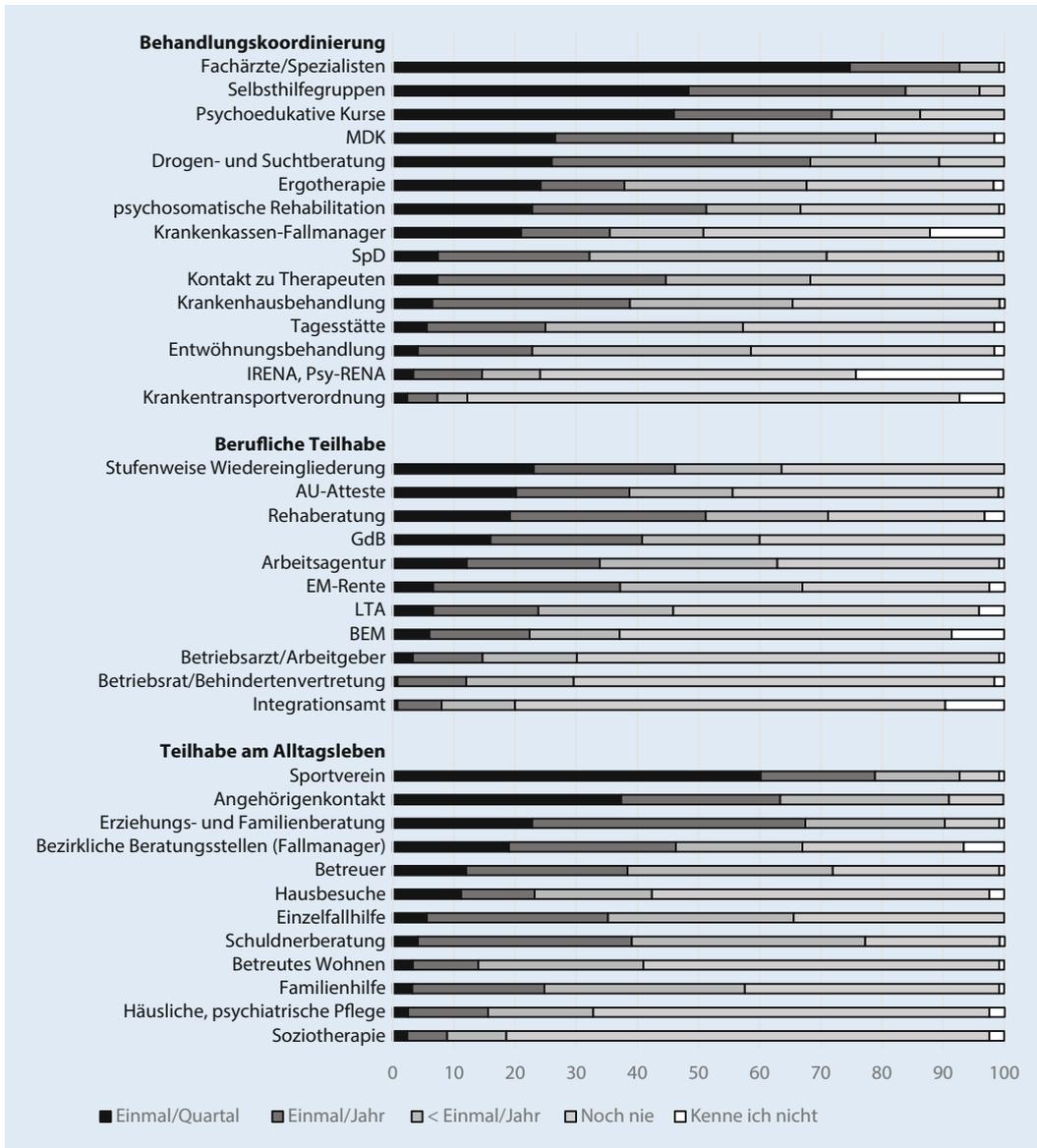
### Keywords

Mental disorders · Chronic disease · Participation · Psychosocial rehabilitation · Impairment

gruppen nannten 91,6% der Therapeuten affektive Störungen, 89,3% Angststörungen, 70,2% Persönlichkeitsstörungen, 45,0% Traumafolgestörungen, 41,9% somatoform-somatische Erkrankungen, 29,8% Essstörungen, 20,6% schizophre-

ne Erkrankungen und 4,6% hirnorganische Störungen.

Die Psychotherapeuten schätzten im Mittel, dass von ihren Patienten 78% (SD ±20,26%; Min. 10% der Patienten, Max. 100% der Patienten) störungsbe-



**Abb. 1** ◀ Anteil (%) der Therapeuten, die angeben, entsprechende sozialmedizinische Maßnahmen nicht zu kennen, sie noch nie zur Anwendung gebracht zu haben bzw. weniger als einmal/Jahr, mindestens einmal/Jahr oder mindestens einmal/Quartal. *AU* Arbeitsunfähigkeit, *BEM* betriebliches Eingliederungsmanagement, *EM* Erwerbsminderung, *GdB* Grad der Behinderung, *IRENA* intensivisierte Rehabilitationsnachsorge, *LTA* Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, *MDK* Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, *Psy-RENA* Reha-nachsorge bei psychischen Erkrankungen, *SpD* sozial-psychiatrischer Dienst

dingte Schwierigkeiten im Privatleben und 56 % (SD ± 22,67 %; Min. 1 %, Max. 100 %) Probleme am Arbeitsplatz haben. Sie schätzten weiterhin, dass 22 % (SD ± 16,86 %; Min. 0 %, Max. 80 %) aufgrund ihrer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig sind, 8 % (SD ± 8,64 %; Min. 0 %, Max. 40 %) aufgrund der psychischen Erkrankung erwerbsunfähig/berentet sind, 5 % (SD ± 7,87 %; Min. 0 %, Max. 60 %) in soziale Dienste eingebunden sind.

Die Therapeuten gaben im Mittel an, dass von den 38 vorgegeben sozialmedizinischen Maßnahmen 1,01 nicht bekannt sei, dass 14,35 nie, 8,27 weniger als einmal/Jahr, 8,35 einmal/Jahr und 6,18 ein-

mal/Quartal zur Anwendung kommen. Dies ist so zu verstehen, dass über alle Therapeuten hinweg, beispielsweise 6,18 der 38 sozialmedizinischen Interventionen mindestens einmal im Quartal in ihrer Arbeit eine Rolle spielen.

Den Prozentanteil der Therapeuten, die angeben, entsprechende sozialmedizinische Maßnahmen nicht zu kennen, sie noch nie bzw. weniger als einmal/Jahr, mindestens einmal/Jahr oder einmal/Quartal zur Anwendung gebracht zu haben, zeigt **Abb. 1**. Die Interventionen sind inhaltlich gruppiert dargestellt, nach den 3 Hauptgruppen „Behandlungskoordination“, „Maßnahmen zur beruf-

lichen Teilhabe“ und „Maßnahmen zur Teilhabe am Alltagsleben“.

Bezüglich der Behandlungskoordination gaben sie an, dass von den aufgeführten 15 Maßnahmen im Mittel 0,52 nicht bekannt seien, dass nie 4,98, weniger als einmal/Jahr 3,29, einmal/Jahr 3,58 und einmal/Quartal 1,12 zur Anwendung kommen. Die Kooperation mit Fachärzten und sonstigen Spezialisten wird mit einmal/Quartal bzw. einmal/Jahr von 92,7 % der Therapeuten am häufigsten genannt, gefolgt von Selbsthilfegruppen von 83,9 %, psychoedukativen Gruppen von 71,8 % sowie Drogen- und Suchtberatungsstellen von 68,3 %. Mit Krankenhausbehandlungen haben

38,8 % der Therapeuten und mit psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalten 51,3 % zu tun. Die neu ermöglichte Verordnung von Krankentransporten spielt hingegen kaum eine Rolle.

Bezüglich der beruflichen Teilhabe gaben die Therapeuten an, dass von den einschlägigen 11 Maßnahmen im Mittel 0,31 nicht bekannt seien, dass nie 5,12, weniger als einmal/Jahr 2,09, einmal/Jahr 2,09 und einmal/Quartal 1,12 zur Anwendung kommen. Von 51,2 % der Therapeuten wird angegeben, dass sie einmal/Jahr bzw. einmal/Quartal mit der Rehaberatung befasst sind, 46,2 % mit der stufenweisen Wiedereingliederung, 40,8 % mit der Beantragung eines GdB, 38,7 % mit Fragen der AU und 37,2 % der EM. Kontakte zu Arbeitgebern haben mit 14,7 %, zum Betriebsrat mit 12 % oder zum Integrationsamt mit 8 % nur wenige Therapeuten.

Bezüglich der Teilhabe am Alltagsleben gaben die Therapeuten an, dass von den einschlägigen 12 Maßnahmen im Mittel 0,18 nicht bekannt seien, dass nie 4,24, weniger als einmal/Jahr 2,87, einmal/Jahr 2,66 und einmal/Quartal 1,79 zur Anwendung kommen. Es berichteten 78,9 % der Therapeuten, einmal/Jahr bzw. einmal/Quartal Kontakte zu Sportvereinen zum Thema zu haben, gefolgt von 67,5 % mit Kontakten zu Erziehungs- und Familienberatungsstellen, 63,4 % mit Angehörigenkontakten und 46,3 % mit Kontakten zu Fallmanagern der Sozialhilfe bzw. 39,1 % zur Schuldnerberatung. Mit der neu ermöglichten Soziotherapie (Frieboes 2003) waren bislang nur 8,9 % der Therapeuten befasst.

## Diskussion

### Geschätzte Häufigkeit und Bedeutung sozialmedizinischer Interventionen

Die vorliegenden Daten erlauben eine Aussage darüber, was aus Sicht der Richtlinienpsychotherapeuten während der Behandlung ihrer Patienten an sozialmedizinischen Interventionen von Bedeutung ist. Es wurde nicht untersucht, was tatsächlich gemacht wurde, sondern die Einschätzung der Therapeuten bezüglich ihrer eigenen beruf-

lichen Tätigkeit wurde erhoben, d. h. ihre behandlungsleitenden kognitiven Schemata und professionellen Konzepte. Dazu wurde eine Methodik mit mehrfacher Validitätssicherung gewählt, d. h., es wurde nicht nur ein Fragebogen verteilt, sondern auch ein erläuterndes Glossar beigelegt, und in einem persönlichen Gespräch zwischen zwei Fachkollegen wurden evtl. Missverständnisse geklärt.

Sozialmedizinische Interventionen sind die Psychotherapie unterstützende Hilfen, die auf das Umfeld der Kranken Einfluss nehmen, d. h. den Arbeitsplatz, die materielle Situation, die häuslichen Verhältnisse und auch die Freizeit. Psychotherapie hat alle diese Lebensbereiche im Auge (Linden 2009b) und daher sollten Psychotherapeuten auch über die Kompetenzen verfügen, auf alle diese Bereiche einzuwirken. Das ist nicht nur mit verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Interventionen im engeren Sinne zu erreichen, sondern erfordert auch soziale Unterstützungsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund ist verstehbar, dass derzeit die Bundespsychotherapeutenkammer diskutiert, eine Schwerpunktbezeichnung Sozialmedizin für Psychotherapeuten einzuführen.

Zur Häufigkeit und zur Bedeutung sozialmedizinischer Interventionen in der Praxis von Richtlinienpsychotherapeuten zeigen die Daten der **Abb. 1** zunächst einmal, dass alle aufgeführten sozialmedizinischen Interventionen vorkommen. Dies ist insofern eine wichtige Information, als sie deutlich macht, dass Richtlinienpsychotherapeuten je nach Fall, Notwendigkeit und persönlicher Fachkenntnis durchaus derartige Maßnahmen als Teil ihrer beruflichen Praxis ansehen und dies in Einzelfällen auch häufiger umsetzen.

Andererseits zeigen die Daten, dass die Psychotherapeuten nach eigener Einschätzung mit etwa 28 der aufgelisteten 38 sozialmedizinischen Interventionen nie oder seltener als einmal im Jahr befasst sind. Sozialmedizinische Interventionen gehören danach nicht notwendigerweise zu ihren täglichen Aufgaben. Dies ist einmal über die niedrigen Fallzahlen zu erklären. Wenn man von etwa 30 aktuellen Behandlungsfällen ausgeht und diese alle im Therapieverlauf auch

sozialmedizinische Hilfsnotwendigkeiten aufweisen, ergibt dies dennoch, aufs Quartal bezogen, niedrige Interventionshäufigkeiten. Hinzu kommt aber noch, dass die Richtlinienpsychotherapeuten vorrangig Patienten mit affektiven Störungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen behandeln, die beispielsweise im Vergleich zu Psychosekranken sozial eher gut integriert sein können. Dennoch gibt es auch bei diesen Patienten Probleme mit der Arbeit, mit Schulden, Erziehungsprobleme, Vereinsamung usw., bei denen sozialmedizinische Hilfen sinnvoll eingeleitet werden könnten. Allerdings ist auch nicht auszuschließen, dass die Daten ein Hinweis auf eine ungenügende fachliche „awareness“ sind.

Von den Interventionsgruppen haben Maßnahmen der Behandlungskoordinierung die größte Bedeutung. Dazu zählt die Koordinierung mit anderen Behandlern, mit Selbsthilfegruppen, psychoedukativen Kursen der Krankenkassen, Drogen- und Suchtberatungsstellen oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Weitere Maßnahmen zur Behandlungskoordinierung zu Tagesstätten, Entwöhnungsbehandlungen, IRENA/Psy-RENA oder Krankentransportverordnungen werden eher seltener in die Behandlung einbezogen.

Nächsthäufig sind Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Alltagsleben. Die Förderung von sportlicher Aktivität via Sportvereinen, die Unterstützung durch Erziehungs- und Familienberatungsstellen, regelmäßige Kontakte zu den Angehörigen zur Einbindung des Umfelds, oder Kontakte zum MDK sind Maßnahmen, die eine Behandlung wesentlich unterstützen können. Hausbesuche, häusliche Pflege, die Möglichkeit des betreuten Wohnens und die Soziotherapie sind selten Gegenstand der Behandlung, was sich aus dem Spektrum der behandelten Störungen erklären lässt.

Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe werden im Vergleich zu Maßnahmen der Behandlungskoordinierung und zu den Maßnahmen zur Förderung des Alltagslebens eher selten in der Behandlung psychisch Kranker berücksichtigt. Die Konsultation von

Rehabilitationsstellen, die stufenweise Wiedereingliederung, die Erväugung eines GdB, AU-Atteste und EM-Renten sowie der Kontakt zur Arbeitsagentur werden am häufigsten vorgenommen, während LTA-Maßnahmen, BEM-Gespräche, Kontakte zum Arbeitgeber oder zum Betriebsrat sowie eine Einschaltung des Integrationsamtes nur selten vorkommen. Dass es einen Bedarf an berufsbezogenen sozialmedizinischen Interventionen bei Patienten in Psychotherapie gibt, ergibt sich aus der hohen Zahl von Patienten mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Borgart et al. 2007; Linden 2009a; Linden und Muschalla 2007; Linden und Weidner 2005). Wenn nun aber mehr als zwei Drittel der Therapeuten meinen, noch nie mit dem Arbeitgeber oder dem Betriebsarzt in Kontakt getreten zu sein, dann ist dies durchaus eine Zahl, die bei der Häufigkeit einschlägiger Problemstellungen strukturelle Fragen aufwirft.

## Offene Fragen

Aus dieser Übersicht ergibt sich eine Reihe von organisatorischen Fragen. Sozialmedizinische Interventionen erfordern Zeit. Die Frage ist, wie diese vergütet wird. Auch die Psychotherapie-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017) ist bezüglich sozialmedizinischer Interventionen nicht sehr klar formuliert und schließt beispielsweise im §5 (5) Maßnahmen, die „ausschließlich“ zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, Erziehungsberatung, Paar- und Familienberatung oder Sexualberatung explizit aus. Dies bedeutet aber nicht, dass bei vorliegender psychischer Krankheit nicht auch Sexualprobleme oder die Berufsförderung ein Behandlungsziel sein könnten oder müssten. Möglicherweise wäre eine Überarbeitung der Richtlinie hilfreich. Es stellt sich schließlich auch die Frage, inwieweit die Therapeuten Initiatoren oder nur Beteiligte sind. Auch die Form der Koordinierung und Einflussnahme bleibt offen. Wenn beispielsweise 85 % der Therapeuten angeben, mehr oder weniger regelmäßig mit dem Thema Selbsthilfegruppen befasst zu sein, dann wirft dies die Frage auf, wie eine Koordinierung kon-

kret ausgestaltet werden kann. Wie können Therapeuten über das Angebot an einschlägigen Selbsthilfegruppen informiert sein, wissen, was dort besprochen wird, und ob dies therapieförderlich oder -hinderlich ist? Wie erfahren sie, ob ein Patient auch eigeninitiativ zusätzlich eine Selbsthilfegruppe besucht?

## Resümee

Viele der vorgenannten sozialmedizinischen Interventionen, wie z. B. eine AU-Attestierung oder Schuldnerberatung, können die Therapeuten aus juristischen oder fachlichen Gründen nicht persönlich durchführen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie nicht dennoch für die Durchführung verantwortlich sind. Psychotherapeuten sind approbiert und damit therapeutisch und juristisch für die Gesamtbehandlung verantwortlich, d. h. auch die Maßnahmen, die sie nicht selbst durchführen. Dies ist vergleichbar mit einem Internisten, der keine Röntgenaufnahme verordnen, sondern nur zu einem Radiologen überweisen darf, der dann die „rechtfertigende Indikation“ stellt und die Untersuchung durchführt. Dennoch kann ein Internist wegen eines Kunstfehlers belangt werden, wenn er die erforderliche Untersuchung nicht einleitet, unabhängig davon, dass er sie nicht durchführen darf.

Zusammenfassend zeigen die vorliegenden Daten, dass sozialmedizinische Interventionen zum Repertoire vieler Psychotherapeuten gehören, wenn sie sich auch in der Wahrnehmung und im Einsatz dieser Hilfen unterscheiden. Multiprofessionelle, mehrdimensionale und biopsychosoziale Therapiekonzepte sind die Grundlage für eine vollumfängliche Versorgung und eine möglichst erfolgreiche soziale Integration psychisch kranker Patienten und Förderung der Teilhabe in allen Lebensbereichen (Muschalla und Linden 2011a, 2011b; Muschalla et al. 2016; Linden et al. 2019). Das Thema bedarf deutlich mehr Beachtung in Wissenschaft und Praxis. Dies ist u. a. daran zu erkennen, dass den Autoren keine vergleichbare Untersuchung bekannt ist, sodass wissenschaftlich und bezüglich der Versorgungspraxis Neuland betreten wurde. Es ergeben sich daraus

Fragen zur organisatorischen Integration sozialmedizinischer Interventionen in den Arbeitsalltag der Psychotherapeuten, aber auch zur Vergütung, zu vordringlichen Forschungsthemen und v. a. zur Ausbildung von Psychotherapeuten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende Untersuchung im Großraum Berlin stattfand, einer gut versorgten Region, mit vielfältigen Hilfsangeboten, in der es keine Begrenzungen wegen beschränkter Verfügbarkeit einzelner Maßnahmen gibt. Die Daten zeigen daher, was unter guten Rahmenbedingungen möglich ist und getan wird. Da die Therapeuten nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, erlauben sie auch eine versorgungsepidemiologische Aussage. In anderen Regionen könnten die Ergebnisse allerdings anders sein. Trotz der ausgefeilten Methodik kann nicht sichergestellt werden, dass die Aussagen nicht auch im Sinne der sozialen Erwünschtheit verfälscht sind. Allerdings würde dies bedeuten, dass der Einsatz sozialmedizinischer Interventionen eher noch geringer angesetzt werden müsste. Es bleibt schließlich außerdem unklar, ob die Therapeuten selbst an der Initiierung und Durchführung einer Maßnahme aktiv beteiligt waren oder nur Patienten hatten, bei denen dies eine Rolle in der Therapie spielte (z. B. AU-Attest).

## Fazit für die Praxis

- Sozialmedizinische Kompetenzen von Richtlinienpsychotherapeuten, eine entsprechende Indikationsstellung und Anwendungen entsprechender Maßnahmen sind bei Psychotherapiepatienten unerlässlich.
- Sozialmedizinische Behandlungserfordernisse und Maßnahmen sollten wissenschaftlich, fachlich und organisatorisch mehr Beachtung finden.
- Dies sollte in der Psychotherapierichtlinie explizite Erwähnung finden.
- Die vorgestellten Daten sind perspektivisch mit Blick auf die neue Psychotherapeutenausbildung von Bedeutung.

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. Michael Linden

Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik,  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin,  
Deutschland  
michael.linden@charite.de

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. Die Studie wurde ermöglicht durch eine Forschungszuwendung der Deutschen Rentenversicherung Berlin Brandenburg.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** D. Schymainski, M. Linden und M. Rose geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. G. Schmitt ist Vertreter eines Berufsverbandes von Psychotherapeuten.

Die Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin und die Datenschutzabteilung der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg haben der Studie zugestimmt (Registrier-Nr. Ethik-Votum: EA4/027/18). Von allen Studienteilnehmenden liegt eine Einverständniserklärung vor.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- BÄK (2010) (Muster-)Kursbuch Sozialmedizin. Bundesärztekammer, Berlin
- Borgart EJ, Okon E, Meermann R (2007) Sozialmedizinische Aspekte im Rahmen ambulanter Fachpsychotherapie. *Forum Psychother Prax* 7:29–36
- Dieckmann M, Dahm A, Neher M (2017) Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Urban & Fischer, München
- Egger JW (2005) Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychol Med* 16:3–12
- Frieboes RM (2003) Soziotherapie gemäß § 37a SGB V. *Nervenarzt* 74:596–600

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)
- Gühne U et al (Hrsg) (2006) S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin
- Köllner V (2014) Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapeut* 59:485–502
- Linden M (2009a) Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 84:137–142
- Linden M (2009b) Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 84:137–142
- Linden M (2016) Die Langzeitperspektive in der Richtlinienpsychotherapie: Rehabilitationspsychotherapie. *Verhaltenstherapie* 26:80–81
- Linden M (2017a) Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the international classification of functioning disability and health (ICF). *Behav Sci Law* 35:124–134
- Linden M (2017b) Teilhabe am Arbeitsleben in der Richtlinienverhaltenstherapie. *Psychotherapeut* 62:371–374
- Linden M, Muschalla B (2007) Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Nervenarzt* 78:39–44
- Linden M, Weidner C (2005) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt* 76:1421–1431
- Linden M, Muschalla B, Noack N, Heintze C, Doepfmer S (2018) Treatment changes in general practice patients with chronic mental disorders following a psychiatric-psychosomatic consultation. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 5:1–6. <https://doi.org/10.1177/2333392818758523>
- Linden M, Schymainski D, Solvie J (2019) Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. *Forum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. Beitrag C3-2019 ([www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de))
- Muschalla B, Linden M (2011a) Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Nervenarzt* 82:917–931
- Muschalla B, Linden M (2011b) Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen Teil 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. 82:1187–1200
- Muschalla B, Bengel J, Morfeld M, Worringer U (2016) Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychother J* 16:37–42
- Niehaus M, Marfels B, Vater G, Magin J, Werkstetter E (2008) Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB374). Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Universität Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department Heilpädagogik und Rehabilitation Professur für Arbeit und berufliche Rehabilitation, Köln (<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265779>)
- Rüger U, Dahm A, Kallinck D (Hrsg) (2017) Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Elsevier, Oxford
- World Health Organization (WHO) (2001) International classification of functioning, disability and health (ICF). WHO Press, Geneva

## Lockdown trifft berufstätige Frauen stärker als Männer

Ein Forschungsteam unter Prof. Dr. Bertolt Meyer, Inhaber der Professur Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der Technischen Universität Chemnitz, hat die psychischen Belastungen infolge der Covid-19 Pandemie untersucht.

Dafür befragten sie im Zeitraum April bis Juni 2020 in drei Befragungswellen insgesamt 3.862 Personen. Das Team fragte gezielt persönliche Faktoren wie Geschlecht, Familien- und Paarsituation sowie Arbeit im Homeoffice ab. Das Forschungsteam wollte sehen, ob es zwischen diesen persönlichen Faktoren Zusammenhänge mit der *Emotionalen Erschöpfung* gibt und wie sich diese im Verlauf der Pandemie entwickeln.

Ein Ergebnis war, dass insbesondere die psychische Gesundheit von Frauen stärker betroffen war als die von Männern. Wesentliche Faktoren waren das Vorhandensein von Vorschul- und Schulkindern im Haushalt in Kombination mit geschlossenen Schulen und Kitas sowie Arbeit im Homeoffice. Das Team schlussfolgert daraus, dass die Pandemie insbesondere für Frauen mit stärkeren psychischen Belastungen verbunden ist. Traditionelle Geschlechterrollen könnten ebenso verstärkt werden. Das Forschungsteam empfiehlt Regierungen und politische EntscheidungsträgerInnen, besonders die Milderung der psychischen Folgen bei Frauen durch die Pandemie im Blick zu haben.

Originalpublikation: Meyer, B., Zill, A., Dilba, D., Gerlach, R., & Schumann, S. (2021). Employee psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Germany: A longitudinal study of demands, resources, and exhaustion. *International Journal of Psychology*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1002/ijop.12743>

**Quelle: Technische Universität Chemnitz ([www.tu-chemnitz.de](http://www.tu-chemnitz.de)) [24.02.2021]**