

Aus der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Sozialmedizin und Richtlinienpsychotherapie  
Social Medicine and Guideline Psychotherapy

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

David Schymainski  
Aus Duisburg

Datum der Promotion: 25.06.2023



## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	iii
Abbildungsverzeichnis .....	iv
Zusammenfassung .....	1
1 Einleitung .....	3
1.1 Richtlinienpsychotherapie und Sozialmedizin .....	4
1.2 Ziel der Studie und Fragestellungen .....	6
2 Methodik .....	7
2.1 Teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten.....	7
2.2 Fallvignetten .....	7
2.3 Instrumente .....	8
2.4 Statistische Analysen .....	9
3. Ergebnisse .....	15
3.1 Deskriptive Statistik .....	15
3.2 Häufigkeiten sozialmedizinischer Interventionen .....	15
3.3 Weitere statistische Analysen .....	19
4. Diskussion .....	24
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	24
4.2 Interpretation der Ergebnisse .....	25
4.3 Stärken und Schwächen der Studie .....	27
4.4 Implikationen zukünftige Forschung.....	28
5. Schlussfolgerungen .....	30
Literaturverzeichnis.....	31
Eidesstattliche Versicherung.....	37
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	38
Auszug aus der Journal Summary List .....	39
Druckexemplar der Publikation .....	43

---

Lebenslauf .....	53
Komplette Publikationsliste .....	54
Danksagung .....	55

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste aller 38 sozialmedizinischen Interventionen gegliedert nach den Kategorien "Behandlungskordinierung", "Teilhabe am Arbeitsleben" und "Teilhabe am Alltagsleben" .....	11
Tabelle 2: Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf .....	19
Tabelle 3: Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus .....	22
Tabelle 4: Rate Sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit der Therapieschule .....	23

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Häufigkeit der Interventionen "Behandlungskoordination" in Prozent .... 16

Abbildung 2: Häufigkeit der Interventionen "Teilhabe am Arbeitsleben" in Prozent ..... 17

Abbildung 3: Häufigkeit der Interventionen "Teilhabe am Alltagsleben" in Prozent..... 18

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Jeder dritte Deutsche leidet an einer psychischen Erkrankung. Zu den häufigsten Erkrankungen gehören Angststörungen, Suchterkrankungen und affektive Störungen. Ihrer Natur nach handelt es sich häufig um Langzeiterkrankungen mit chronischen Verläufen. Dadurch wird die Teilhabe am Arbeits- und Alltagsleben eingeschränkt. Die Behandlung sollte sich an einem ganzheitlichen biopsychosozialen Modell orientieren und neben der Symptomatik auch Fähigkeits- und Kontextfaktoren analog der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren. Die Psychotherapie ist eine Behandlungsform, in der das biopsychosoziale Paradigma aufgegriffen und alle Ebenen gleichsam berücksichtigt werden können. Dabei spielen sozialmedizinische Interventionen wie beispielsweise Krankentransporte, Soziotherapie, Ergotherapie, Tagesstätten und stufenweise Wiedereingliederung eine Schlüsselrolle. Dies belegen auch aktuelle Studien. Gegenwärtig gibt es keine Daten zu Spektrum, Rate oder Empfehlungen sozialmedizinischer Interventionen in der Psychotherapie.

**Methode:** Zwei Mitarbeiter\*innen der Arbeitsgruppe haben 131 Psychologische Psychotherapeut\*innen in Niederlassung zu insgesamt 322 Patient\*innen im Rahmen eines Interviews befragt, welche von 38 vordefinierten sozialmedizinischen Interventionen bereits durchgeführt wurden oder empfohlen/erneut empfohlen wurden. Berichtet werden die Einschätzungen der Mitarbeiter\*innen.

**Ergebnisse:** Mehr als 70% aller Patient\*innen in Psychotherapie leiden an chronifizierten Erkrankungen. Sozialmedizinische Interventionen gehören zum Repertoire von Psychologischen Psychotherapeuten. Am häufigsten zum Einsatz kommen Kontakte zu Fachärzt\*innen/Spezialist\*innen (50%), gesetzliche Betreuer\*innen (40%) und Arbeitsunfähigkeitsatteste (28%). Am seltensten kommen Kontakte zum Integrationsamt (1,2%), Krankentransporte (0,9%) und Hausbesuche (0,6%) zum Einsatz. Bei chronischen Verläufen kommt es häufiger zum Einsatz und zur Empfehlung sozialmedizinischer Interventionen, ebenso bei aktuell arbeitsfähigen Patient\*innen. Verhaltenstherapeut\*innen machen häufiger Gebrauch von sozialmedizinischen Interventionen als psychodynamisch praktizierende Psychotherapeut\*innen.

**Diskussion:** Sozialmedizinische Interventionen sind Bestandteil von psychotherapeutischen Behandlungen und unterstützen die Förderung der Teilhabe. Gleichzeitig weisen unsere Daten einen erhöhten Bedarf auf. Daher gebührt ihnen mehr Beachtung im Bezug zur Integration in die Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut\*innen und in die Gestaltung der Alltagspraxis.

## Abstract

**Background:** One out of three Germans suffer from a mental disorder. The most current ones are anxiety disorders, addiction disorders and affective disorders. They are, by nature, long-term disorders with a chronic course. Occupational and daily life can be restricted. In line with the International Classification of Functioning, disability and health (ICF), treatment should follow a biopsychosocial model and, besides symptoms, consider capacity and context factors. Psychotherapy is a treatment method, that considers the biopsychosocial paradigm on all three levels. Sociomedical interventions as patient's transportation, sociotherapy, occupational therapy, day-care and stepped occupational reintegration are key-elements. Several studies support this. Up to now there is no existing data on spectrum, rate and needs of sociomedical interventions in psychotherapy.

**Method:** Two employees of our project group interviewed 131 psychological psychotherapists in own practice to 322 Patients with regard to which of the 38 predefined sociomedical interventions were done or should be done/should be done again. We report the rating of the employees of our project-group.

**Results:** More than 70% of all patients in Psychotherapy suffer from chronic disorders. Sociomedical interventions belong to the repertoire of psychological psychotherapists; they differ in frequency of application. Most frequent are contacts of medical specialists (50%), legal guardian (40%) and sick-leave certificates (28%). Least frequent are contacts to an integration office (1.2%), patient transportation (0.9%) and home-visits (0.6%). Sociomedical interventions are considered more often in patients with chronic courses and in patients without sick-leave certificates. Behavioral Psychotherapists consider sociomedical interventions more often than psychodynamic therapists.

**Discussion:** Sociomedical interventions are part of psychotherapeutic treatment and support the enhancement of participation. At the same time, data shows a high need of them. Thus, sociomedical interventions should receive more attentions as to how they can be integrated into training and daily practice of psychotherapists.



## 1 Einleitung

Jedes Jahr sind ca. 33,3% der Gesamtbevölkerung in Deutschland von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen. Bei einer 12-Monats-Prävalenz sind Angststörungen (16,2%), Alkoholsucht (11,2%) und affektive Störungen (8,2%) die am häufigsten diagnostizierten Störungen (Wittchen et al., 2012). 2014 betrug der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankenstand 16,6% (Moussiopoulou et al., 2021). Im Hinblick auf die Krankheitsdauer verzeichneten psychische Erkrankungen im Jahr 2020 einen neuen Rekordwert von durchschnittlich 38,1 Arbeitsunfähigkeitstagen (DAK, 2021). Damit liegen psychische Erkrankung auf Platz zwei nach Muskel- und Skeletterkrankungen (Moussiopoulou et al., 2021). Psychische Erkrankungen schränken nicht nur die berufliche Teilhabe, sondern auch die Teilhabe am Alltagsleben enorm ein (Linden, 2017b). Es kann demnach zu ganzheitlichen Partizipationsstörungen kommen. Ein Grund dafür ist, dass psychische Störungen ihrer Natur nach Langzeiterkrankungen darstellen, welche häufig mit chronischen Verläufen einhergehen (Merikangas et al., 2007). Sozialrechtlich handelt es sich demnach, laut §§ 2 und 26 des neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), um „Behinderungen“ (Schymainski et al., 2021a). Von einer Behinderung spricht man, wenn „Körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen“ vorliegen, die Betroffene „in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“. Demnach sind die meisten psychischen Störungen nach § 2 Abs. 1 SGB IX als „Behinderung“ zu verstehen (Druss et al., 2009, Bhattacharya et al., 2006, Brieger et al., 2004, Linden, 2008, Linden et al., 2019). Für die Behandlung psychischer Erkrankungen bedeutet dies, dass neben der Symptombehandlung auch Fähigkeits- und Kontextfaktoren berücksichtigt werden sollten. Um dies gewährleisten zu können, bedarf es der Orientierung am biopsychosozialen Modell (Egger, 2005, Muschalla et al., 2016, Linden, 2017a), welches alle drei Ebenen gleichsam einschließt. Spätestens seit der Anerkennung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die „World Health Organisation“ im Jahr 2001 (Schuntermann, 2001) ist die biopsychosoziale Ausrichtung einer Behandlung rechtsverbindlich (Schymainski et al., 2021a).

## 1.1 Richtlinienpsychotherapie und Sozialmedizin

Die einzige Behandlungsmöglichkeit, die auf allen drei Ebenen ansetzen kann und sich dem biopsychosozialen Modell in hinreichender Weise verschreibt, ist die Richtlinienpsychotherapie. Darunter versteht man die Anwendung von wissenschaftlich anerkannten Verfahren gemäß der Psychotherapierichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (Dieckmann et al., 2020). Die Psychotherapie ist seit über 40 Jahren im deutschen Gesundheitssystem verankert (Rüger, 2007) und gilt laut § 14 der Psychotherapeutenrichtlinie als „besonders nachhaltige Behandlung“ (Linden, 2017b, Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019). Funktionen/Symptome (z.B. Reduktion der depressiven Symptomatik), Fähigkeitseigenschaften (z.B. Förderung der sozialen Kompetenz) und Kontextbarrieren (z.B. Probleme mit Kolleg\*innen auf der Arbeit) werden gleichzeitig berücksichtigt und bieten somit die Grundlage für ein bestmögliches Behandlungsergebnis (Anderson Steeves et al., 2014, Linden, 2016, Linden, 2008, Yang et al., 2008). Die Durchführung einer Richtlinienpsychotherapie unterliegt im Vorfeld einem ausführlichen Antragsverfahren (Dieckmann et al., 2020). Die Versicherten müssen einen Antrag bei ihrer Krankenkasse stellen, der bei Langzeittherapien durch einen therapeutischen Bericht begleitet werden muss und von einem/einer Gutachter\*in bewilligt werden muss. Diese Bewilligung ist kontingentiert, was bedeutet, dass die Therapie nach einer bestimmten Anzahl an Sitzungen beendet wird, unabhängig vom Krankheitsstatus der Patient\*innen. Diese Fakten untermauern, dass die Richtlinienpsychotherapie ethisch, juristisch und therapeutisch eine Behandlungsform für chronische Erkrankungen darstellt, da akute Erkrankungen unmittelbare Behandlung erfordern. (Linden, 2008, Linden, 2016, Schymainski et al., 2021a). Zwar haben Psychologische Psychotherapeut\*innen die Möglichkeit der Anzeige einer Akuttherapie (12 Sitzungen, Antragsfrei), diese ist jedoch nicht mit einer Richtlinienpsychotherapie gleichzusetzen.

In diesem Zusammenhang spielen sozialmedizinische Interventionen eine Schlüsselrolle (Borgart et al., 2008, Becker et al., 2011). Darunter sind Therapiemöglichkeiten zu verstehen, welche die ganzheitliche biopsychosoziale Förderung der beruflichen und privaten Teilhabe laut Definition der ICF unterstützen und somit die Lebensqualität und Inklusion chronisch kranker Menschen positiv beeinflussen können (Schymainski et al., 2021a, MacKay, 2006). Sozialmedizinische Interventionen sind Therapiemöglichkeiten aus der Sozialmedizin. Diese stellt einen interdisziplinären Fachbereich der Humanmedizin dar und befasst sich epidemiologisch mit Faktoren wie Krankheitsentstehung und

Gesundheitsförderung in der Gesellschaft (Muschalla and Linden, 2011a). Sie analysiert Möglichkeiten zur Prävention und Bekämpfung der Verstärkung von Krankheiten (Muschalla and Linden, 2011a). Als gesetzliche Grundlage der Sozialmedizin gilt das Sozialgesetzbuch (SGB) (Muschalla and Linden, 2011b). Sozialmedizinische Interventionen können Möglichkeiten zur Behandlungs koordinierung, zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und zur Förderung der Teilhabe am Alltagsleben umfassen.

Ein multiprofessioneller Behandlungsansatz ermöglicht einen professionellen Austausch mit Kolleg\*innen aus verschiedenen Fachbereichen. In einem gut strukturierten Gesundheitssystem wie in Deutschland stehen Psychotherapeut\*innen nicht alleine da (Schymainski et al., 2021a). Jedoch werden sie häufig nicht in die Zuweisung von Patient\*innen in andere Bereiche (z.B. eine stationäre Rehabilitation) eingebunden (Borgart et al., 2007). Psychotherapeut\*innen sollten demnach mit anderen Behandler\*innen im Austausch stehen und gemeinsam die Behandlungsplanung im Sinne einer nachhaltigen Vor-, Parallel- und Nachbehandlung gestalten. Konkrete Möglichkeiten hierzu stellen Kontakte zu Fachärzt\*innen/Spezialist\*innen dar, um die Notwendigkeit von Arbeitsunfähigkeitsattesten (AU-Atteste) fachübergreifend zu koordinieren (Borgart et al., 2008). Ergotherapeut\*innen können die Teilhabe am Sozialleben oder eine ausgeglichene „Work-Life-Balance“ fördern (Danielsson et al., 2020, Danielsson et al., 2019). Weitere konkrete Ansprechpartner\*innen sind Sozialarbeiter\*innen, Kolleg\*innen in stationären Einrichtungen, Soziotherapeut\*innen, der sozialpsychiatrische Dienst (SpD), der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder Fall-Manager\*innen (Schymainski et al., 2021b, Björkelund et al., 2018, Gensichen et al., 2004, Becker et al., 2011, Fjeldheim et al., 2015). Weitere Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich aus Hinzunahme von psychoedukativen Kursen, Schuldnerberatungen, Drogenberatungsstellen, Familienhilfen oder sportlichen Aktivitäten (Rethorst et al., 2009, Meltzer et al., 2011, Niebauer, 2017). Im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben können Psychotherapeut\*innen mit Arbeitsmediziner\*innen, Arbeitgeber\*innen, der Agentur für Arbeit oder Integrationsämtern kooperieren oder Kontakte dorthin initiieren (Schymainski et al., 2021b). Daneben gibt es noch die Möglichkeiten der Initiierung einer stufenweisen Wiedereingliederung oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (Pichler et al., 2021). Nicht zuletzt gibt es eine Reihe an sozialmedizinischen Interventionen, die die Teilhabe am Alltagsleben fördern können. Hierzu zählen Maßnahmen wie Hausbesuche, Angehörigengespräche, betreutes Wohnen, Soziotherapie oder der Besuch von Sportclubs (z.B. Rehasport) (Wydra and Kaczmarek, 2017, Kozhushko and Vladimirova, 2022, Berardi et al., 2022).

Insgesamt gibt es laut Datenlage und aktuellem Forschungsstand zahlreiche sozialmedizinische Unterstützungsmöglichkeiten. Einige dieser Interventionen können von Psychotherapeut\*innen selbst durchgeführt werden, andere können initiiert werden, durchgeführt werden sie dann von entsprechenden Kooperationspartner\*innen und/oder Einrichtungen.

## 1.2 Ziel der Studie und Fragestellungen

Im Rahmen der Studie „Teilhabe Probleme und sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie (TSIRP)“, welche den Einfluss sozialmedizinischer Interventionen auf die berufliche und private Teilhabe der Patient\*innen in einer Richtlinienpsychotherapie untersucht, konnten wir (Schymainski et al., 2021a) bereits zeigen, dass Psychotherapeut\*innen ein allgemeines Verständnis sozialmedizinischer Interventionen besitzen und sie sich mit diesen stellenweise konfrontiert sehen. Dabei wurde untersucht, was für Psychotherapeut\*innen im Laufe einer Behandlung denkbar wäre, nicht, was konkret gemacht wurde (Schymainski et al., 2021a). In der vorliegenden Publikation wollen wir herausfinden, was konkret im Hinblick auf sozialmedizinische Interventionen gemacht wird oder was gemacht werden könnte anhand von aktuell laufenden Behandlungen. Wir vermuten eine ungleiche Verteilung sozialmedizinischer Interventionen und glauben, dass Psychotherapeut\*innen bei schwer belasteten Patient\*innen häufiger auf sozialmedizinische Interventionen zurückgreifen. Wir vermuten ebenfalls eine häufigere Berücksichtigung sozialmedizinischer Interventionen in der Verhaltenstherapie im Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie. Die Erkenntnisse dieser Publikation sind insofern wichtig, als dass sie richtungsweisend für die Integration sozialmedizinischer Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie sind. In den vergangenen Jahren wurden die Befugnisse von Psychotherapeut\*innen durch Verordnungsmöglichkeiten von z.B. Krankenhausbehandlung, Krankentransport, psychosomatische Rehabilitation und der Soziotherapie erweitert (Gemeinsamer-Bundesausschuss, 2017). In den Jahren 2020 und 2021 kamen Verordnungsmöglichkeiten der Ergotherapie und der häuslichen und psychiatrischen Pflege hinzu. Wir möchten diese Entwicklung fördern. Weitere Fragestellungen aus der Studie ergeben sich für die strukturelle und organisatorische Konzeption der Alltagspraxis sowie für die Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut\*innen.

Nach unserem Kenntnisstand betreten wir mit dieser Studie Neuland in der Vernetzung von Psychotherapie und sozialmedizinischen Interventionen zur Förderung der Teilhabe.

## 2 Methodik

Als Grundlage der Publikation diente die versorgungsepidemiologische Querschnittstudie „Teilhabeprobleme und sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie“ (TSIRP) mit Primärdaten, welche durch eine Drittmittelförderung der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg ermöglicht werden konnte. Zusätzliche Unterstützung gewährte die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV), welche ihre Mitglieder\*innen in einem offenen Brief zu Teilnahme motivierte (Schymainski et al., 2021a). Der Ethikantrag wurde von der Ethikkommission der Charité- Universitätsmedizin Berlin genehmigt (EA4/027/18).

### 2.1 Teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten

Mittels einer im Internet öffentlich zugänglichen Therapeutenliste der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wurden niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten nach dem Zufallsprinzip telefonisch, aber auch per E-Mail, kontaktiert und um Mitarbeit an der Untersuchung gebeten. Der Fokus der Rekrutierung lag dabei auf Psychologischen Psychotherapeut\*innen. Ärztliche Psychotherapeut\*innen wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, da sie große Teile der Regelversorgung übernehmen und damit möglicherweise eine Datenverzerrung verursachen könnten. Bei der Rekrutierung haben wir versucht, die gleiche Zahl an Verhaltenstherapeut\*innen und psychodynamischen Psychotherapeut\*innen in die Studie einzuschließen (Schymainski et al., 2021a, Schymainski et al., 2021b).

Insgesamt konnten so in der Zeit von Januar 2019 bis April 2020 131 Psychologische Psychotherapeut\*innen aus den Schulen der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie zu 322 Patient\*innen (Fallvignetten) rekrutiert und befragt werden.

### 2.2 Fallvignetten

Im Rahmen der Studie und in Vorbereitung auf das Interview wurden alle teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeut\*innen gebeten, ohne besondere Auswahlkriterien über zwei oder vier Patient\*innen zu berichten. Vorausgesetzte Kriterien waren eine aktuelle Behandlung mit bereits zehn oder mehr geleisteten Behandlungseinheiten und ein arbeitsfähiges Alter zwischen 20 und 60 Jahren. Als Hintergrund hierfür sei die Förderung der beruflichen Teilhabe durch sozialmedizinische Interventionen genannt.

## 2.3 Instrumente

Die gesamte Studie umfasste einen Selbstauskunftsbogen und einen patientenzentrierten Fragebogen mit integrierter Ratingliste aller 38 vordefinierten sozialmedizinischen Interventionen. Weiteres Untersuchungsmaterial umfasste ein Glossar zu allen 38 sozialmedizinischen Interventionen. Schließlich umfasste das Studienmaterial noch ein semi-strukturiertes Interview mit einem von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen der Arbeitsgruppe (im Folgenden Interviewer\*in genannt), ihrerseits ebenfalls Psychologische Psychotherapeut\*innen mit Fachrichtung Verhaltenstherapie.

Zunächst wurden die Psychologischen Psychotherapeut\*innen mittels Selbstauskunftsbogen gebeten Angaben zur eigenen Person bezüglich Geschlecht, Alter, Ausbildung, Berufserfahrung in Jahren, Anzahl aktuell zu behandelnder Patient\*innen und Behandlungsschwerpunkte zu machen. In Anschluss fand ein semi-strukturiertes Interview in den jeweiligen Praxen der teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeut\*innen in Bezug zum patientenzentrierten Fragebogen statt, um zusätzliche Fragen zu stellen und Unklarheiten zu bereinigen. Die Interrater Reliabilität zeigte hohe Übereinstimmungen zwischen den beiden Interviewern ( $\kappa = 0,803$  (95% CI),  $p < 0,0005$ ).

Die Psychologischen Psychotherapeut\*innen wurden gebeten Angaben über Geschlecht, Alter, Familienstatus, Diagnose(n), Schwere und Verlauf der Erkrankung und den Anteil an beruflichen und privaten Teilhabeproblemen bei ihren Patient\*innen zu machen. Zusätzlich wurde erfragt, ob eine Arbeitsunfähigkeit (AU) oder eine Erwerbsminderungsrente (EM) vorliegt, ob der Arbeitsplatz als hilfreiche Ressource oder eher als Belastung gesehen wird und ob Anbindungen zu sozialen Diensten bestehen. Im Anschluss wurden die Psychologischen Psychotherapeut\*innen gebeten, die Ratingliste mit 38 vordefinierten Sozialmedizinischen Interventionen auszufüllen. Diese basiert auf patientenorientierten Maßnahmen, wie sie beispielsweise auch in Rehakliniken zur Anwendung kommen. In abgewandelter Form wurde die Liste bereits in anderen Studien eingesetzt (Linden et al., 2018). In der hier vorliegenden Studie wurden die Interventionen in 3 Kategorien eingeteilt. 15 Interventionen gehören dabei zur Kategorie „Behandlungskoordination“, 11 zu „Teilhabe am Arbeitsleben“ und 12 zu „Teilhabe am Alltagsleben“ (Schymainski et al., 2021b). In Tabelle 1 sind alle 38 sozialmedizinischen Interventionen aufgelistet und beschrieben. Zur Vorbereitung und Orientierung auf das Interview wurde den Psychologischen Psychotherapeut\*innen vorab ein Glossar geschickt, welches die 38 Interventionen detailliert beschreibt und Operationalisierungsmöglichkeiten darstellt

(Schymainski et al., 2021a). Im Interview wurde dann jede Intervention detailliert besprochen, z.B. durch gezieltes Fragen: „Wie sind Sie in Kontakt mit dem sozialpsychiatrischen Dienst getreten?“, „Wurde die Intervention von Ihnen angeordnet/eingeleitet?“, „Warum glauben Sie, ist es notwendig, dass der Patient psychoedukative Kurse besuchen sollte?“ Im Anschluss gab die Interviewer\*in ein eigenes Rating ab: „Wurde gemacht und ist nicht nochmal indiziert“, „wurde gemacht und sollte erneut erwogen werden“, „wurde nicht gemacht, aber sollte erwogen werden“ und „wurde nicht gemacht und ist nicht indiziert“. In dieser Publikation wurden die Ratings der Interviewer\*in ausgewertet.

Die beanspruchte Zeit für die Teilnahme an dieser Studie lag, je nachdem ob sich die Psychologischen Psychotherapeut\*innen zur Darstellung von zwei oder vier Fallvignetten entschieden, zwischen einer und zwei Stunden und wurde mit einer Aufwandsentschädigung in Anlehnung an die GOP 870, 2,3facher Satz in Höhe von 105,05 € für zwei Fallvignetten und 201,10 € für vier Fallvignetten vergütet.

## 2.4 Statistische Analysen

Die Berechnungen wurden mit dem IBM Statistikprogramm SPSS Version 27.0 durchgeführt. Berichtet werden deskriptive Häufigkeiten in Prozent, Mittelwert (MW), +/- Standardabweichung (SD) und Min/Max-Werte.

Häufigkeiten der sozialmedizinischen Interventionen, unterteilt nach Kategorien, werden in Prozent angegeben. Die einzelnen Gesamtscores werden in MW, +/- SD und Min/Max berichtet. Hierbei werden die Ratingstufen „wurde gemacht“ und „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ berücksichtigt.

Die Analyse der Unterschiede in den MW +/- SD sozialmedizinischer Interventionen innerhalb der Ratingstufen „wurde gemacht“ und „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf (erste Episode, rezidivierend, chronisch exazerbierend und chronisch persistierend) separat für jede der drei Unterkategorien, wurde mittels einer Varianzanalyse (einfaktorielle ANOVA) berechnet. Mittels Tukey-Post-hoc Test wurde im Anschluss ermittelt, wo sich signifikante Unterschiede befinden.

Der Vergleich von Unterschieden in den MW bei der Berücksichtigung von sozialmedizinischen Interventionen in den Ratingstufen „wurde gemacht“ und „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ hinsichtlich einer aktuell vorliegenden AU, gesondert für jede Kategorie von Interventionen, wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben sowie dem Mann-Whitney-U Test analysiert. Der Vergleich von Unterschieden in den MW zwischen den

beiden Therapieschulen (Verhaltenstherapie vs. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) im Hinblick auf die Berücksichtigung sozialmedizinischer Interventionen wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben analysiert.

Zur Überprüfung der Signifikanz wurde als Grenzwert  $p < 0,05$  festgesetzt.



Tabelle 1: Liste aller 38 sozialmedizinischen Interventionen gegliedert nach den Kategorien "Behandlungskoordination", "Teilhabe am Arbeitsleben" und "Teilhabe am Alltagsleben"

### **Behandlungskoordination**

Krankenkassen-Fallmanager\*in

Überwacht individuelle Fälle der versicherten Personen

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

Dienst der Krankenkassen zur Einschätzung medizinischer Zustände bei Patienten

Sozial-psychiatrischer Dienst (SpD)

Staatliche Einrichtung für Krisen-Interventionen und Versorgung von Patienten mit schweren psychischen Störungen

Fachärzte/-ärztinnen/Spezialist\*innen

Ärzte verschiedener Fachrichtungen für somatische oder psychische Störungen in privater Praxis oder im Krankenhaus

Ergotherapie

Behandlung und Förderung von somatischen, psychologischen und beruflichen Fähigkeiten

Drogen- und Suchtberatung

Einrichtungen zur Behandlung von Suchtproblemen

Psychoedukative Kurse

Kurse und Seminare zur Erweiterung des Wissens der eigenen Krankheit, finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen

Selbsthilfegruppen

Treffen von Patient\*innen mit ähnlichen Problemen

Tagesstätten

Einrichtung für Patient\*innen zur Förderung der Tagesstruktur und Selbstständigkeit

Psychosomatische Rehabilitation

Krankenhäuser mit Fokus auf die Behandlung von chronischen Erkrankungen

Wird fortgesetzt

IRENA, Psy-RENA (Reha-Nachsorge)

Fortsetzung

Nachsorgeprogramm im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation

Krankentransportverordnung

Von den Krankenkassen finanzierter Transport von Patient\*innen

Krankenhausbehandlung

Behandlung von Patient\*innen im Krankenhaus

Kontakt zu Therapeut\*innen

Behandlungskoordination mit Therapeutinnen aus dem stationären Setting

Entwöhnungsbehandlung

Behandlungsoption für Patient\*innen mit Abhängigkeitserkrankungen

### **Teilhabe am Arbeitsleben**

Grad der Behinderung (GdB)

Maßeinheit für den Grad der Beeinträchtigung durch eine Behinderung

Arbeitsunfähigkeitsatteste (AU)

Ärztlicher Nachweis über die akute Unfähigkeit zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit

Stufenweise Wiedereingliederung

Wiedereingliederung in den Beruf durch schrittweise Erhöhung der Anzahl an Arbeitsstunden

Betriebsärzt\*in/Arbeitgeber\*innen

In einer Firma tätige Ärzt\*in, die für die berufliche Inklusion der Mitarbeiter in Hinsicht auf die medizinischen Voraussetzungen zu Ausübung der Tätigkeit in der Firma verantwortlich ist

Betriebsrat/Behindertenvertretung

Interessenvertreter von Arbeitnehmer\*innen in einer Firma

BEM (betriebliches Eingliederungsmanagement)

Gesetzlich vorgeschriebenes Vorgehen von Firmen zur Förderung der Reintegration von Arbeitnehmerinnen nach längerer, krankheitsbedingter Abwesenheit

Wird fortgesetzt

Fortsetzung

**Arbeitsagentur**

Staatliche Agentur für Verwaltung und Unterstützung von arbeitslosen Menschen mit dem Ziel, diesen eine berufliche Tätigkeit zu vermitteln

**Integrationsamt**

Staatliche Einrichtung zur Unterstützung jeglicher Art von Menschen mit Behinderungen

**Rehabilitation**

Reha-Service Stelle der Rentenversicherungen

**LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)**

Institutionen zur Förderung der beruflichen Reintegration

**Erwerbsminderungsrente (EM-Rente)**

Vorzeitige Rente aufgrund von Zustand nach Erkrankung (auch psychische Erkrankungen)

**Teilhabe am Alltagsleben****Soziotherapie**

Versorgung und Betreuung von schwer eingeschränkten Patient\*innen durch Sozialarbeiter\*innen oder anderen Spezialist\*innen in der Gesundheitsversorgung

**Häusliche-psychiatrische Pflege**

Unterstützung schwer erkrankter Patient\*innen zu Hause

**Familienhilfe**

Finanzielle und psychologische Hilfe für Familien

**Betreutes Wohnen**

Zur Verfügung gestellte Wohnungen für bedürftige Menschen im Rahmen von Sozialträgern

**Schuldnerberatung**

Betreuung von hoch verschuldeten Patient\*innen

**Einzelfallhilfe**

Individuelle Unterstützung von Patient\*innen im Hinblick auf Alltagstruktur

Wird fortgesetzt

## Hausbesuche

Fortsetzung

Therapeut\*innen besuchen Patient\*innen zu Hause

## Gesetzliche Betreuer\*innen

Vertreter der Patient\*innen in unterschiedlichsten Belangen

## Bezirkliche Beratungsstellen (Fallmanager\*in)

Staatliche Beratungsstellen mit der Funktion in allgemeinen Lebensfragen beratend zu unterstützen

## Erziehungs- und Familienberatung

Beratungsstelle für Probleme mit Partner\*in oder Kindern

## Angehörigenkontakte

Kontakt von Therapeut\*innen mit dem sozialen Umfeld der Patient\*innen

## Sportclub

Einrichtungen zu Förderung der sportlichen Aktivität, welche zum Teil von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden

Quelle: Schymainski et al., 2021b, S. 3-4.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Deskriptive Statistik

365 niedergelassene Psychologische Psychotherapeut\*innen wurden via Telefon kontaktiert. 131 konnten in die Studie eingeschlossen werden. Davon waren 56,5% Verhaltenstherapeut\*innen und 44,3% psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut\*innen. 74% der Psychologischen Psychotherapeut\*innen waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 54 (+/- 11, min: 32, max: 74) Jahre. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 17 (+/- 10, min: 1, max: 45) Jahre. Im Durchschnitt haben die Psychologischen Psychotherapeut\*innen insgesamt 39 Patient\*innen (+/- 24, min: 5, max: 150) in Form von Akuttherapie, Kurz- und Langzeittherapie und Rezidivprophylaxe behandelt (Schymainski et al., 2021b).

322 Fallvignetten wurden insgesamt in der Studie berücksichtigt. Davon waren 58,4% von Verhaltenstherapeut\*innen und 41,6% von psychodynamischen Therapeut\*innen. 65,8% der Fallvignetten bezogen sich auf weibliche Patient\*innen mit einem Durchschnittsalter von 42 (+/- 11, min: 20, max: 64) Jahren. 56,1% waren aktuell nicht berufstätig aufgrund von Erwerbsminderungsrente (8,6%), akute Arbeitsunfähigkeit (29,2%), arbeitsunfähig und arbeitslos (10,0%) oder arbeitslos (8,3%). Klinische Diagnosen umfassten affektive Störungen (61,2%), Angst- und Zwangsstörungen (30,1%), Traumafolgestörungen (24,8%), Persönlichkeitsstörungen (16,1%) und somatoforme Störungen (15,8%). Dem Urteil der Therapeut\*innen nach handelte es sich bei den Krankheitsverläufen um erste Episoden (22,6%), um rezidivierende Störungen (37,9%), chronisch exazerbierende Störungen (10,3%) oder um chronisch-persistierende Verläufe (29,2%). Insgesamt handelt es sich bei 77,4% um Langzeiterkrankungen (Schymainski et al., 2021b).

#### 3.2 Häufigkeiten sozialmedizinischer Interventionen

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeiten sozialmedizinischer Interventionen im Hinblick auf die Ratingstufe „wurde gemacht“ für die Kategorie „Behandlungskoordination“. Am häufigsten wurde der Kontakt zu Fachärzten/Spezialisten angegeben (50%), gefolgt von stationärer psychosomatischer Rehabilitation (27,9%) und Kontakten zum MdK (24,2%). Am seltensten berücksichtigt wurden Tagesstätten (3,1%), Entwöhnungsbehandlungen

(2,8%) und Krankentransporte (0,9%). Von allen 15 Interventionen in der Kategorie „Behandlungskoordination“ wurden durchschnittlich 1,76 (+/- 1,73, min: 0, max: 9) Interventionen in der Behandlung berücksichtigt.

Am häufigsten empfohlen bzw. erneut empfohlen wurden psychoedukative Kurse (44,1%), Selbsthilfegruppen (33,5%) und IRENA/psy-RENA Nachsorge (30,7%). Am seltensten empfohlen wurden Krankenhausbehandlung (4,0%), Entwöhnungsbehandlung (3,4%) und Krankentransport (2,2%). Von allen 15 Interventionen in der Kategorie „Behandlungskoordination“ wurden durchschnittlich 2,09 (+/- 1,79, min: 0, max: 8) Interventionen in der Behandlung empfohlen bzw. erneut empfohlen.

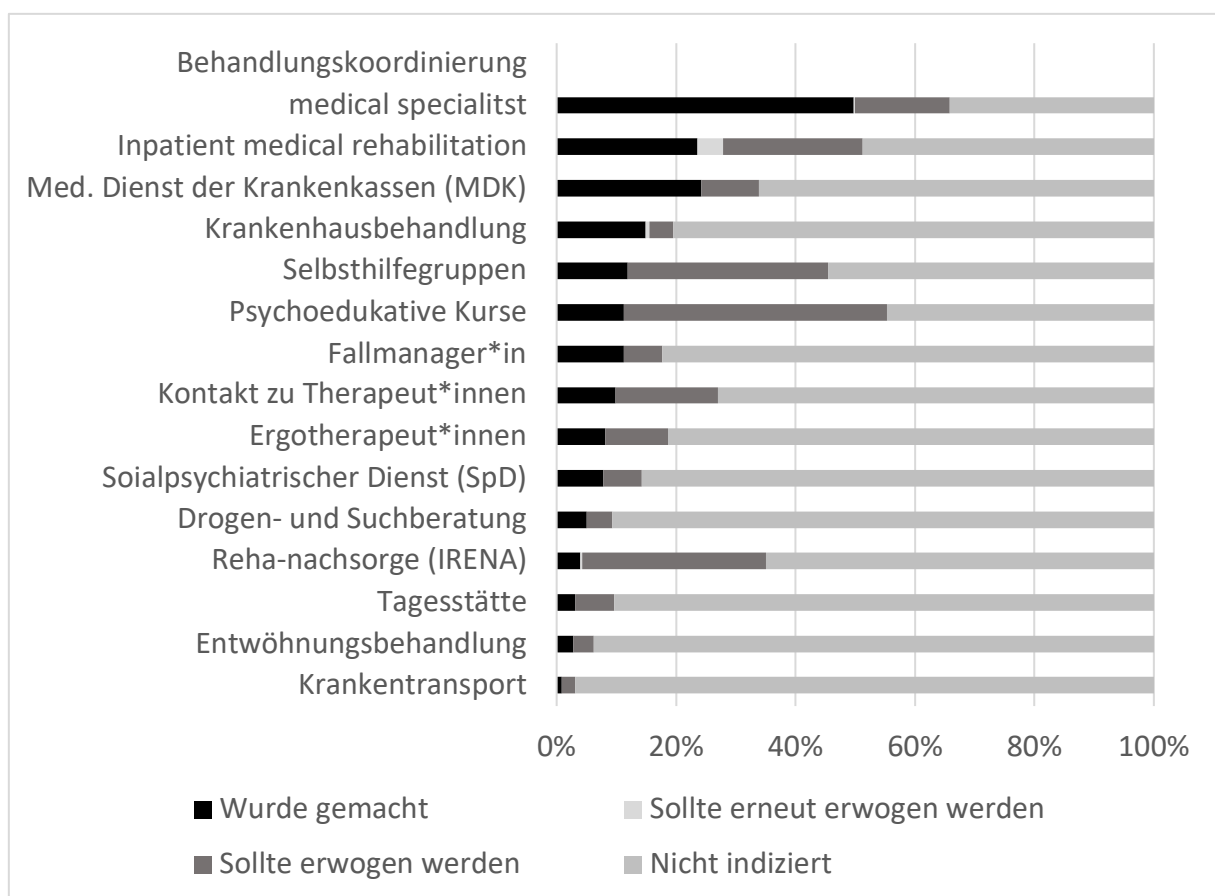


Abbildung 1: Häufigkeit der Interventionen "Behandlungskoordination" in Prozent, Quellenangabe: Schymainski et al., 2021b, S. 7

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten sozialmedizinischer Interventionen im Hinblick auf die Ratingstufe „wurde gemacht“ für die Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“. Am häufigsten wurden AU-Atteste angegeben (28,0%), gefolgt vom GdB (27,9%) und Kontakten Arbeitsagentur (16,8%). Am seltensten berücksichtigt wurden Kontakte zum Betriebsrat/Behindertenvertretung (5,9%), LTA-Maßnahmen (5,6%) und Kontakte zum Integrationsamt (1,2%). Von allen 11 Interventionen in der Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“ wurden durchschnittlich 1.38 (+/- 1,64, min: 0, max: 8) Interventionen in der Behandlung berücksichtigt.

Am häufigsten empfohlen bzw. erneut empfohlen wurden Kontakte zu Reha-Beratungsstellen und LTA-Maßnahmen (jeweils 22,4%), stufenweise Wiedereingliederung (17,8%) und Kontakte zur Arbeitsagentur (13,7%). Am seltensten empfohlen wurden AU-Atteste (8,7%), BEM (8,4%) und Kontakte zum Integrationsamt (6,2%). Von allen 11 Interventionen in der Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“ wurden durchschnittlich 1,44 (+/- 1,89, min: 0, max: 10) Interventionen in der Behandlung empfohlen bzw. erneut empfohlen.

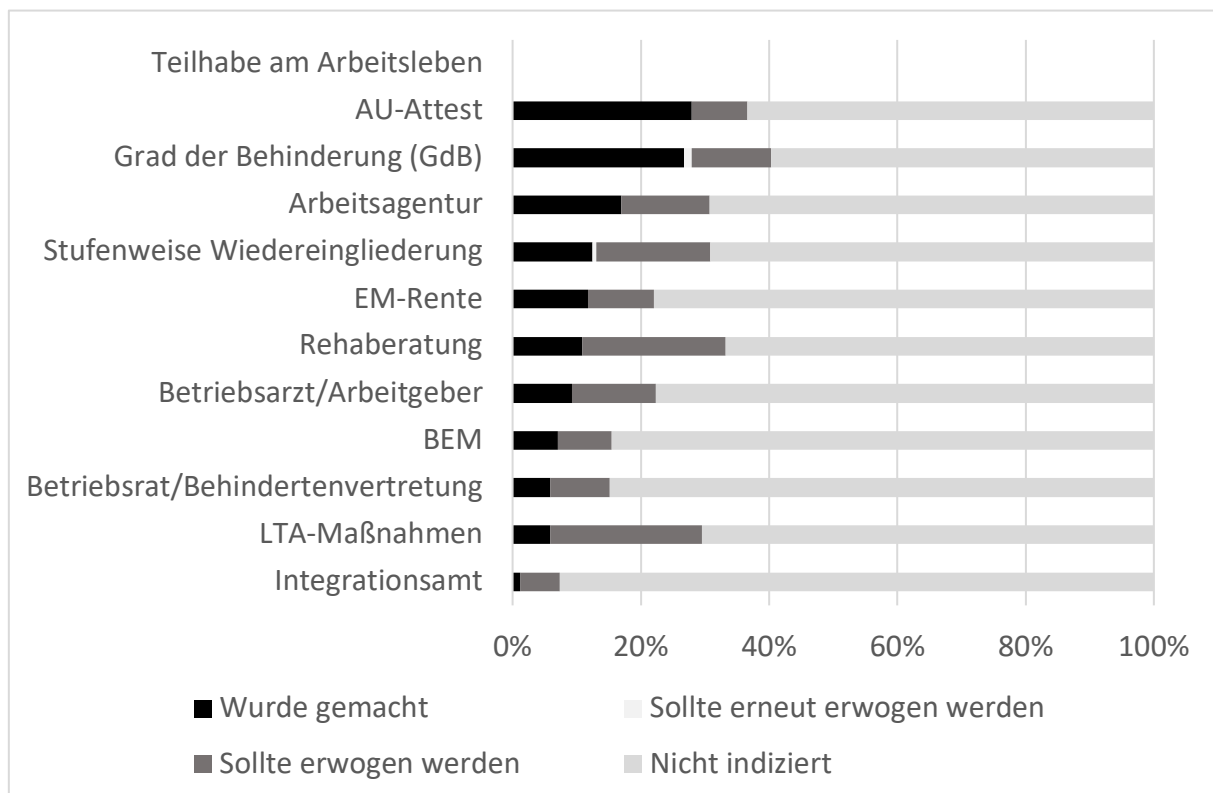


Abbildung 2: Häufigkeit der Interventionen "Teilhabe am Arbeitsleben" in Prozent, Quellenangabe: Schymainski et al., 2021b, S. 8

Abbildung 3 zeigt die Häufigkeiten sozialmedizinischer Interventionen im Hinblick auf die Ratingstufe „wurde gemacht“ für die Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“. Am häufigsten wurde die Anbindung an einen Betreuer angegeben (40,0%), gefolgt von Sportclubs (27,3%) und Kontakten zu Angehörigen (9,0%). Am seltensten berücksichtigt wurden Einzelfallhilfe (3,1%), häusliche/psychiatrische Pflege (1,9%) und Hausbesuche (0,6%). Von allen 12 Interventionen in der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ wurden durchschnittlich 0,78 (+/- 1,03, min: 0, max: 5) Interventionen in der Behandlung berücksichtigt. Am häufigsten empfohlen bzw. erneut empfohlen wurden Sportclubs (45,7%), Angehörigengespräche (26,7%) und Betreuer (26,4%). Am seltensten empfohlen wurden Schuldnerberatung (3,7%), Familienhilfe (3,1%) und häusliche/psychiatrische Pflege (2,5%). Von allen 12 Interventionen in der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ wurden durchschnittlich 1,33 (+/- 1,49, min: 0, max: 8) Interventionen in der Behandlung empfohlen bzw. erneut empfohlen (Schymainski et al., 2021b).

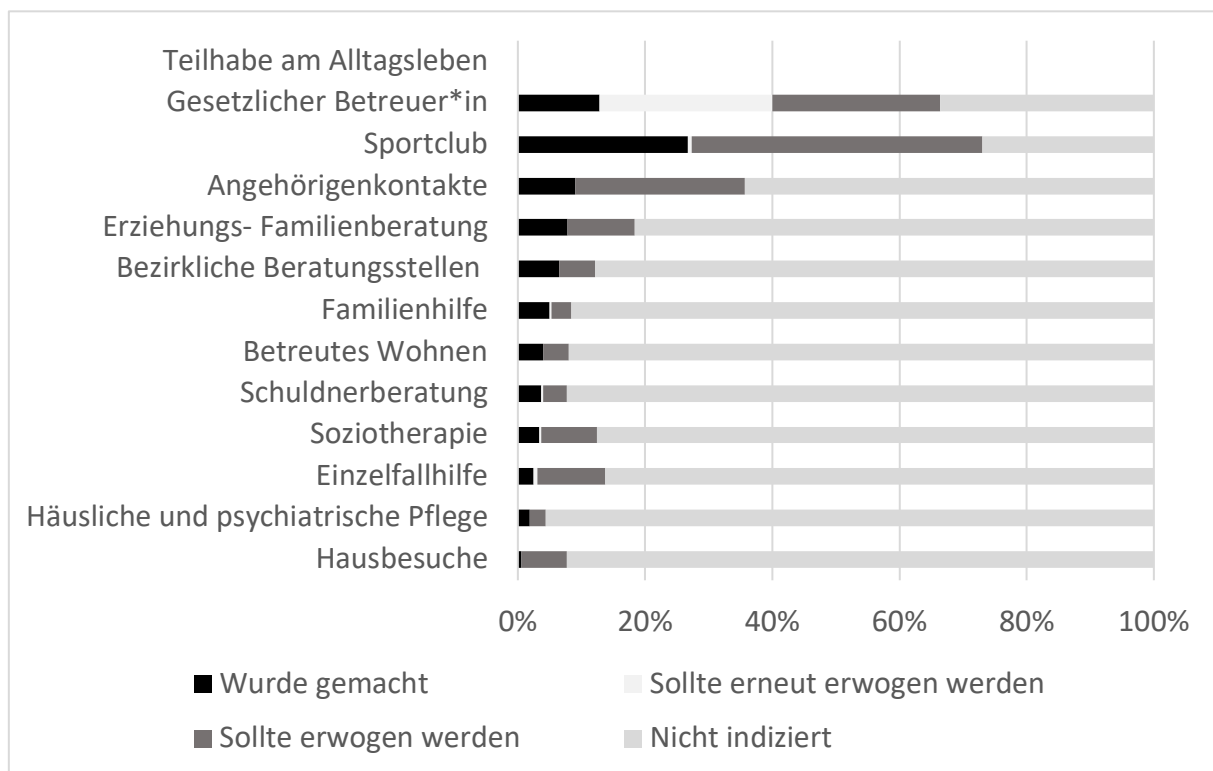


Abbildung 3: Häufigkeit der Interventionen "Teilhabe am Alltagsleben" in Prozent, Quellenangabe: Schymainski et al., 2021b, S. 8



### 3.3 Weitere statistische Analysen

Die Analyse des Einflusses des Krankheitsverlaufs auf die Rate sozialmedizinischer Interventionen in den Ratingstufen „wurde gemacht“ und „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ zeigt signifikante Unterschiede für die Kategorie „Behandlungskordinierung“ in beiden Ratingstufen („Wurde gemacht“:  $F_{3,318} = 8,13$ ,  $p = < 0,01$ ; „sollte erwogen/erneut erwogen werden“:  $F_{3,318} = 3,78$ ,  $p = < 0,01$ ). In der Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“ zeigte sich für die Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ ein signifikanter Unterschied mit  $F_{3,318} = 4,66$ ,  $p = 0,01$ . In der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ zeigte sich für die Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ ein signifikanter Unterschied mit  $F_{3,318} = 8,70$ ,  $p < 0,01$ . Die Ergebnisse der Varianzanalysen sind Tabelle 2 zu entnehmen (Schymainski et al., 2021b).

Tabelle 2: Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf

Kategorien	Wurde gemacht (MW und SD)	Sollte erwogen/erneut erwogen erden (MW und SD)
<b>Behandlungs- kordinierung</b>		
Erste Episode	1,15 (1,25)	1,75 (1,57)
Rezidivierend	1,64 (1,73)	1,90 (1,83)
Chronisch- exazerbierend	2,71 (2,16)	2,80 (2,01)
Chronisch- persistierend	2,05 (1,70)	2,32 (1,73)
Teststatistik	$F_{3,318}=8,13$ , $p<0,001$	$F_{3,318}=3,78$ , $p<0,01$
<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>		
Erste Episode	1,37 (1,68)	0,97 (1,35) wird fortgesetzt

Rezidivierend	1,16 (1,60)	1,28 (1,77)	Fortsetzung
Chronisch- Exazerbierend	1,91 (1,72)	2,23 (2,43)	
Chronisch- persistierend	1,47 (1,60)	1,73 (2,08)	
Teststatistik	$F_{3,318}=2,05, p=0,10$	$F_{3,318}=4,66, p<0,001$	
<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>			
Erste Episode	0,51 (0,60)	0,88 (1,13)	
Rezidivierend	0,85 (1,11)	1,15 (1,24)	
Chronisch- exazerbierend	0,89 (1,13)	2,26 (2,34)	
Chronisch- persistierend	0,85 (1,13)	1,57 (1,48)	
Teststatistik	$F_{3,318}=2,18, p=0,09$	$F_{3,318}=8,70, p<0,001$	

Quelle: Schymainski et al., 2021, S. 6.

Post hoc Vergleiche mittels Tukey HSD Test ergaben unter der Ratingstufe „wurde gemacht“ in der Kategorie „Behandlungskordinierung“ signifikante Unterschiede zwischen „Erstepisode“ ( $M = 1,15$ ;  $SD = 1,25$ ) und „Chronisch exazerbierend“ ( $M = 2,71$ ;  $SD = 2,16$ ), zwischen „Erstepisode“ und „Chronisch persistierend“ ( $M = 2,05$ ;  $SD = 1,70$ ), sowie zwischen „Rezidivierend“ ( $M = 1,64$ ;  $SD = 1,73$ ) und „Chronisch exazerbierend“ ( $M = 2,71$ ;  $SD = 2,16$ ). Post hoc Vergleiche mittels Tukey HSD Test ergaben unter der Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ in der Kategorie „Behandlungskordinierung“ signifikante Unterschiede zwischen „Erstepisode“ ( $M = 1,75$ ;  $SD = 1,57$ ) und „Chronisch

Exazerbierend“ ( $M = 2,80$ ;  $SD = 2,01$ ) und zwischen „Rezidivierend“ ( $M = 1,90$ ;  $SD = 1,83$ ) und „Chronisch Exazerbierend“ ( $M = 2,80$ ;  $SD = 2,01$ ).

Post hoc Vergleiche mittels Tukey HSD Test ergaben unter der Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ in der Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“ signifikante Unterschiede zwischen „Erstepisode“ ( $M = 0,97$ ;  $SD = 1,35$ ) und „Chronisch Exazerbierend“ ( $M = 2,23$ ;  $SD = 2,43$ ), zwischen „Erstepisode“ und „Chronisch persistierend“ ( $M = 1,73$ ;  $SD = 2,08$ ) und zwischen „Rezidivierend“ ( $M = 1,28$ ;  $SD = 1,77$ ) und „Chronisch Exazerbierend“ ( $M = 2,23$ ;  $SD = 2,43$ ).

Post hoc Vergleiche mittels Tukey HSD Test ergaben unter der Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ in der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ signifikante Unterschiede zwischen „Erstepisode“ ( $M = 0,88$ ;  $SD = 1,13$ ) und „Chronisch Exazerbierend“ ( $M = 2,26$ ;  $SD = 2,34$ ), zwischen „Erstepisode“ und „Chronisch persistierend“ ( $M = 1,57$ ;  $SD = 1,48$ ) und zwischen „Rezidivierend“ ( $M = 1,15$ ;  $SD = 1,24$ ) und „Chronisch Exazerbierend“ ( $M = 2,26$ ;  $SD = 2,34$ ) (Schymainski et al., 2021b).

Tabelle 3 zeigt den Vergleich der Raten sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit vom AU-Status (AU vs. keine AU). Signifikante Unterschiede zeigten sich in allen Ratingstufen für die Kategorien „Behandlungskoordination“ und „Teilhabe am Arbeitsleben“. In der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“.

Tabelle 3: Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus

Kategorien	AU	Keine AU	Teststatistik
<b>Behandlungs- koordination</b>			
Wurde gemacht	1,35 (1,53)	2,35 (1,70)	$t_{(289)}=-5,06, p<0,001$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,61 (1,59)	2,81 (1,91)	$t_{(389)}=-5,61, p<0,001$
<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>			
Wurde gemacht	1,02 (1,50)	1,88 (1,75)	$U=6176,5, p<0,001$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,02 (1,50)	2,82 (2,34)	$U=4008,5, p<0,001$
<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>			
Wurde gemacht	0,67 (0,98)	0,78 (0,92)	$t_{(289)}=-0,93, p=0,35$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,03 (1,25)	1,81 (1,67)	$U=6406, p<0,001$

Quelle: Schymainski et al., 2021b, S. 6

Tabelle 4 zeigt die Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit der Therapieschulen. Verhaltenstherapeut\*innen setzen signifikant mehr sozialmedizinische Interventionen ein. Die Interviewer\*innen empfehlen den Einsatz sozialmedizinischer Interventionen bei Patient\*innen der Verhaltenstherapie in der Kategorie „Behandlungskoordination“ signifikant häufiger (Schymainski et al., 2021b).

Tabelle 4: Rate Sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit der Therapieschule

Kategorien	Psychodynamische Th.	Verhaltens Th.	Teststatistik
<b>Behandlungs- koordinierung</b>			
Wurde gemacht	0,61 (0,89)	0,89 (1,11)	$t_{(297.82)}=-3,24, p=0,00$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,98 (1,80)	2,16 (1,77)	$t_{(318.87)}=-3,55, p=0,00$
<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>			
Wurde gemacht	0,99 (1,53)	1,66 (1,66)	$t_{(300.14)}=-3,78, p=0,00$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,22 (1,81)	1,61 (1,94)	$t_{(298.07)}=-1,85, p=0,07$
<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>			
Wurde gemacht	1,40 (1,64)	2,02 (1,76)	$t_{(315.28)}=-2,52, p=0,01$
Sollte erwogen/erneut erwogen werden	1,00 (1,23)	1,56 (1,63)	$t_{(283.86)}=-0,92, p=0,34$

Quelle: Schymainski et al., 2021b, S.7.

## 4. Diskussion

Nach unserem Kenntnisstand handelt es sich bei dieser Studie um die erste und einzige Studie zur Untersuchung der Rolle sozialmedizinischer Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. Durch die Befragung von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut\*innen zur Anwendung und/oder Empfehlung sozialmedizinischer Interventionen bei deren Patient\*innen konnten wichtige Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Interventionen wie oft zum Einsatz kommen oder empfohlen werden, welcher Wissensstand bzgl. der Sozialmedizin und möglichen Maßnahmen in der täglichen ambulanten psychotherapeutischen Praxis vorhanden ist und welche Faktoren die Anwendung sozialmedizinischer Interventionen beeinflussen. Dabei ist es wichtig zu erwähnen, dass die gewonnenen Daten nicht nur auf Fragebögen beruhen. Sie basieren auf einem detaillierten Glossar mit Definitionen und Anwendungsmöglichkeiten aller 38 vordefinierten sozialmedizinischen Interventionen und den Urteilen der Psychologischen Psychotherapeut\*innen, welche im Anschluss durch den/die Interviewer\*in validiert wurden, um mögliche Unstimmigkeiten und Missverständnisse auszuschließen.

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die erhobenen Daten belegen, dass sozialmedizinische Interventionen von vielen Psychotherapeut\*innen im Verlauf einer Behandlung berücksichtigt oder empfohlen werden (Schymainski et al., 2021b). Dabei zeigen die Daten, dass in der Kategorie „Behandlungskordinierung“ Interventionen wie „Kontakte zu Fachärzten/Spezialisten“, „Psychoedukative Kurse“ und „stationäre Psychosomatische Rehabilitation“ am häufigsten zur Anwendung kommen oder am häufigsten empfohlen werden, während „Drogenberatung“, „Entwöhnungsbehandlung“ und „Krankentransport“ vergleichsweise selten vorkommen. Die Interventionen der Kategorie „Teilhabe am Arbeitsleben“ werden insgesamt zwar seltener berücksichtigt, aber zeigen dabei eine homogenere Verteilung über alle Interventionen hinweg. Hier kommen „AU-Atteste“, „GdB“ und „Rehaberatung“ am häufigsten vor, während „BEM“, „Betriebsrat/Behindertenvertretung“ und „Integrationsamt“ selten vorkommen. Bei der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ zeigt sich, dass Interventionen wie „Sportclubs“, „gesetzlicher Betreuer\*in“ und „Angehörigengespräche“ häufig berücksichtigt werden, wohingegen „Hausbesuche“, „Schuldnerberatung“ und „Häus-

liche und Psychiatrische Pflege“ selten Thema in der Alltagspraxis sind. Bei dem Vergleich der Rate sozialmedizinischer Interventionen in Abhängigkeit der Krankheitsverläufe zeigten sich signifikante Unterschiede in allen Kategorien und Ratingstufen außer in der Ratingstufe „wurde gemacht“ in den Kategorien „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe am Alltagsleben“. Mithilfe von Post-hoc Vergleichen konnte festgestellt werden welche Krankheitsverläufe sich signifikant unterscheiden. Insgesamt werden sozialmedizinische Interventionen bei Patient\*innen mit einem chronisch exazerbierenden Verlauf signifikant häufiger berücksichtigt als bei anderen Krankheitsverläufen. Bei der Rate an sozialmedizinischen Interventionen in Abhängigkeit des aktuellen Krankheitsstatus zeigen die Daten signifikante Unterschiede zwischen Patient\*innen mit aktueller AU im Vergleich zu Patient\*innen ohne aktueller AU mit häufiger Anwendung der Interventionen bei Patient\*innen ohne aktueller AU über alle Kategorien und Ratingstufen hinweg. Einzig in der Ratingstufe „wurde gemacht“ innerhalb der Kategorie „Teilhabe am Alltagsleben“ zeigen die Daten kein signifikantes Ergebnis. Bei der Rate an sozialmedizinischen Interventionen in Abhängigkeit der psychotherapeutischen Fachrichtung zeigen sich signifikante Unterschiede in allen Kategorien und Ratingstufen, außer bei der Ratingstufe „sollte erwogen/erneut erwogen werden“ in den Kategorien „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe am Alltagsleben“. Insgesamt werden sozialmedizinische Interventionen in der Verhaltenstherapie signifikant häufiger berücksichtigt als in psychodynamischen Verfahren.

#### **4.2 Interpretation der Ergebnisse**

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen zunächst, dass sozialmedizinische Interventionen im Repertoire niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut\*innen fest verankert sind und diese auch zum Einsatz kommen, sich jedoch in der Häufigkeit der Anwendung stark unterscheiden (Schymainski et al., 2021b). Während Kontakte zu Fachärzten/Spezialisten oder AU-Atteste fester Bestandteil der Alltagspraxis sind, kommen Hausbesuche oder Ergotherapie selten vor. Bei der Empfehlung sozialmedizinischer Interventionen zeigen die Daten hohe Übereinstimmungen zwischen den Angaben der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und den Interviewer\*innen, was die Berücksichtigung der Interventionen unterstreicht. Sozialmedizinische Interventionen sind evidenzbasierte Therapiemöglichkeiten und können eine psychotherapeutische Behandlung unterstützen (Schymainski et al., 2021b). Eine Fülle von Studien konnte bereits zeigen, dass sozial-

medizinische Interventionen positive Effekte auf die Lebensqualität, die Teilhabe am Arbeitsleben und die Bewältigung erschwerender Umwelteinflüsse haben können (Borgart et al., 2008, Brieger and Bernhard, 2012, Danielsson et al., 2020, Danielsson et al., 2019, Nieuwenhuijsen et al., 2020, Eakman et al., 2022, Kroll and Lampert, 2011, Schmid, 2015, Salomonsson et al., 2018). Sozialmedizinische Interventionen können von Psychotherapeut\*innen selbst oder von multidisziplinären Fachkolleg\*innen verordnet werden, wenn die Indikation besteht (Muschalla et al., 2016). Viele sozialmedizinische Interventionen können jedoch nicht allein von Psychotherapeut\*innen verordnet oder angewandt werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Sektorenübergreifenden Kooperation (Altmann et al., 2016) von Kolleg\*innen aus verschiedenen Fachbereichen wie z.B. Ergotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Rehabilitationskliniken, Suchttherapeut\*innen, Arbeitsmediziner\*innen oder Schuldnerberater\*innen. Dabei sollten Psychotherapeut\*innen in Frage kommende Maßnahmen initiieren. Beispielsweise könnten sie Patient\*innen nahelegen, sich beim SpD zu melden, um eine Einzelfallhilfe zu beantragen. Die Daten zeigen, dass Psychotherapeut\*innen vorausschauend arbeiten und „sektorenübergreifend“ denken. Dennoch zeigen die Daten auch, dass die Sozialmedizin in der Psychotherapie aktuell unterrepräsentiert ist und mehr Beachtung erfahren sollte (Borgart et al., 2007, Kobelt, 2006, Schymainski et al., 2021b). Die Empfehlungen der Interviewer\*innen zeigen, dass hier noch Potenzial nach oben besteht (Schymainski et al., 2021b). Dies gilt vor allem für Interventionen wie Sportclub, psychoedukative Kurse, gesetzlicher Betreuer\*in und betriebliche Reintegration (Schymainski et al., 2021b). Dabei ist wichtig zu beachten, dass die Applikation sozialmedizinischer Interventionen in der Psychotherapie als individualisierte Behandlung verstanden werden sollte und durch hinreichende Diagnostik im Vorfeld abgeklärt werden muss. Ein Grund dafür ist, dass dieselbe Intervention von zwei Patient\*innen unterschiedlich interpretiert werden kann. Während ein\*e Patient\*in beispielsweise die Hinzuziehung des Betriebsrats als positiv und hilfreich versteht, kann jemand anderes dies als Verletzung seiner/ihrer Privatsphäre und Selbstkontrolle verstehen. Eine weitere Erkenntnis aus unseren Daten ist, dass Verhaltenstherapeut\*innen häufiger Gebrauch von sozialmedizinischen Interventionen machen als psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut\*innen. Unsere Daten entsprechen dabei dem aktuellen Forschungsstand. Eine Studie zum Einfluss einer kognitiv-behavioral-therapeutischen Intervention im ergotherapeutischen Kontext auf Schlafstörungen zeigte positive Effekte der Intervention auf die Schlafqualität (Eakman et al., 2022). Andere Autoren ver-



weisen in ihren Arbeiten zu sozialmedizinischen Aspekten oder zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Psychotherapie explizit auf die Verhaltenstherapie (Borgart et al., 2007, Linden, 2017b) oder berichten von positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Ergotherapeut\*innen und Psychotherapeut\*innen und stützen sich dabei auch auf die Verhaltenstherapie (Hügin et al., 2022). Mögliche Gründe hierfür könnten sein, dass die Verhaltenstherapie ihrer Natur nach handlungsorientierter ist, wodurch sie mit sozialmedizinischen Interventionen einfacher zu vernetzen ist. Viele Inhalte der Verhaltenstherapie sind auch Arbeitsinhalte von Fachkolleg\*innen aus den verschiedenen sozialmedizinischen Bereichen. Beispielsweise wird in der Verhaltenstherapie häufig der Versuch unternommen, Struktur im Leben der Patient\*innen zu schaffen, dies jedoch manchmal mit wenig Aussicht auf Erfolg, da Psychotherapeut\*innen den Alltag der Patient\*innen nicht begleiten können. Einzelfallhelfer\*innen jedoch können Patient\*innen engermaschiger im Alltag betreuen und dadurch einen konsequenteren Blick auf die Strukturgestaltung haben. Eine weitere Erklärung liegt in den möglicherweise unterschiedlichen Charakteristiken der Patient\*innen. Patient\*innen die sich für eine Verhaltenstherapie entscheiden, sind vermutlich offener gegenüber handlungsnahen Techniken bei der Behandlung ihrer Themen. Kolleg\*innen in den psychodynamischen Verfahren könnten den Einfluss von „Außen“ als störend für innerpsychische Prozesse während der Behandlung interpretieren und diese daher vermeiden. Weitere Daten unserer Studie zeigen, dass bei Patient\*innen ohne aktuellem AU-Attest oder einem chronischen Krankheitsverlauf häufiger sozialmedizinische Interventionen berücksichtigt werden. Aktuelle Studien zeigen ähnliche Erkenntnisse. In einem Review wird explizit auf Studien zu Möglichkeiten der Rückkehr zum Arbeitsplatz hingewiesen (Nieuwenhuijsen et al., 2020). Andere Studien befassen sich ebenfalls mit der Wirksamkeit von Interventionen, die dabei helfen sollen, Patient\*innen aus der AU zurückzuholen (Björkelund et al., 2018, Øyeflaten et al., 2016, Danielsson et al., 2019, Høgelund et al., 2010, Salomonsson et al., 2018, Hulten et al., 2022). Die Parallelen unterstreichen die Bedeutung und Notwendigkeit einer besseren Integration sozialmedizinischer Interventionen in die ganzheitliche Patient\*innenversorgung von schwer beeinträchtigten Patient\*innen.

### **4.3 Stärken und Schwächen der Studie**

In der Studie und ihrer Durchführung müssen einige Stärken und Schwächen berücksichtigt werden. Die Untersuchung fand im Großraum Berlin statt. Dabei handelt es sich um

eine gut versorgte Region mit vielen Hilfsangeboten, in der es keine Einschränkungen bezüglich der Verfügbarkeit von einzelnen sozialmedizinischen Maßnahmen gibt. Die Daten zeigen also, was möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen gut sind. Da die Psychologischen Psychotherapeut\*innen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, erlauben die Daten auch versorgungsepidemiologische Aussagen. In ländlichen Gebieten kann die Gesundheitsversorgung weniger gut vernetzt sein, was dazu führen würde, dass gesundheitsfördernde Interventionen ausbleiben könnten und dadurch ein möglicher Therapieerfolg behindert werden würde. Trotz der ausgefeilten Methodik mit multipler Validitätssicherung kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Aussagen der Psychologischen Psychotherapeut\*innen nicht im Sinne der sozialen Erwünschtheit verfälscht sind. Dies könnte jedoch bedeuten, dass der Einsatz sozialmedizinischer Interventionen eher noch geringer angesetzt werden müsste, was wiederum die Notwendigkeit dieser Studie unterstreichen würde. Auch kann eine Verzerrung der Daten dahingehend nicht ausgeschlossen werden, als dass eventuell ein Großteil der Psychologischen Psychotherapeut\*innen zur Teilnahme eingewilligt haben, gerade weil sie Patient\*innen mit sozialmedizinischer Bedürftigkeit in Behandlung haben. In diesem Zusammenhang konnte auch nicht festgestellt werden, ob die Fallvignetten den wenigen Ausschlusskriterien entsprachen, oder ob die Psychotherapeut\*innen Fälle ausgewählt haben, die zum Sinn der Studie „passten“.

#### **4.4 Implikationen zukünftige Forschung**

Die vorliegende Studie unterstreicht die Bedeutung sozialmedizinischer Interventionen in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von chronisch kranken Menschen. Gleichzeitig wirft sie neue Fragen im Hinblick auf zukünftige Forschungsprojekte auf. Denkbar wären Studien zur praktischen Umsetzbarkeit der Integration sozialmedizinischer Interventionen in die psychotherapeutische Behandlung. Mit Blick auf bereits erwähnte Befugniserweiterungen von Psychotherapeut\*innen in den letzten Jahren (Gemeinsamer-Bundesausschuss, 2017) zeigt die Alltagspraxis positive Effekte in der Zusammenarbeit von beispielsweise Psychotherapie und Ergotherapie (Hügin et al., 2022). Auch wären Untersuchungen zur Wirksamkeit der einzelnen Interventionen möglich, indem konkrete Verfahren und Techniken untersucht werden könnten, um allgemeingültige Handlungsempfehlungen auszusprechen. Aktuelle Studien setzen sich bereits mit Themen wie der Reduzierung der AU-Rate (Nieuwenhuijsen et al., 2020, Øyeflaten et al.,

2016), dem Einfluss von Case-Management auf Patienten mit chronischen Erkrankungen (Gensichen et al., 2004) und Verfahren wie der Ergotherapie (Eakman et al., 2022) auseinander. Weitere Untersuchungen zum Einfluss konkreter Verfahren beispielsweise im Rahmen von Familienhilfen, Psychoedukation, Soziotherapie u.v.a. würden die Möglichkeit bieten, sozialmedizinische Interventionen zugänglicher, verstehbarer und integrierbarer zu machen.

## 5. Schlussfolgerungen

Aus den vorliegenden Daten können mehrere Schlussfolgerungen gezogen werden. Wir konnten zeigen, dass sozialmedizinische Interventionen bei einigen Patient\*innen in psychotherapeutischer Behandlung nicht zu vernachlässigende Instrumente darstellen. Dabei zeigt die Datenlage, dass niedergelassene Psychotherapeut\*innen bereits ein breites Verständnis über die Existenz dieser Interventionen haben, diese teilweise auch in der alltäglichen Versorgungspraxis zum Einsatz kommen (Schymainski et al., 2021b). Gleichzeitig zeigt sich ein hoher Bedarf, durch ausgesprochene Empfehlungen/Indikationen, an sozialmedizinischen Interventionen, wodurch deutlich wird, dass das Bewusstsein für solche Maßnahmen geschärft werden muss (Schymainski et al., 2021b). Um dies bewerkstelligen zu können, bedarf es jedoch einer organisatorischen Anpassung der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut\*innen im Hinblick auf eine vertiefende Integration sozialmedizinischer Aspekte. Aktuell ist der Fachbereich Sozialmedizin tendenziell ein „Randthema“ in der Ausbildung, was dazu führt, dass viele Psychotherapeut\*innen gar nicht erst um die Existenz dieser Maßnahmen wissen. Schließlich sei noch auf die damit verbundene Notwendigkeit der strukturellen Anpassungen (z.B. Vergütung, Anzahl Patient\*innen, sektorenübergreifende Zusammenarbeit etc.) hingewiesen, da die Berücksichtigung sozialmedizinischer Interventionen zeitintensiv ist und Psychotherapeut\*innen daher eine Mehrbelastung außerhalb der Behandlungssitzungen in Kauf nehmen müssten. Insgesamt können sozialmedizinische Interventionen eine psychotherapeutische Behandlung im Sinne einer ganzheitlichen biopsychosozialen Krankheitsbehandlung positiv beeinflussen und neben der Symptombehandlung auch an Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen sowie privaten Partizipationsstörungen ansetzen. Daher sollte die Sozialmedizin als solche wissenschaftlich, organisatorisch und strukturell mehr Beachtung finden und in der Psychotherapierichtlinie berücksichtigt werden (Schymainski et al., 2021a).

## Literaturverzeichnis

- Altmann, U., Thielmann, D., & Straus, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis*, 43(07), 360-366. <https://doi.org/10.1055/s-0042-115616>
- Anderson Steeves, E., Martins, P. A., & Gittelsohn, J. (2014). Changing the food environment for obesity prevention: key gaps and future directions. *Current obesity reports*, 3(4), 451-458. <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0120-0>
- Becker, T., Weinmann, S., Gühne, U., & Reker, T. (2011). Psychosoziale Therapien. In *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (pp. 1051-1064). Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-03637-8\\_38](https://doi.org/10.1007/978-3-642-03637-8_38)
- Berardi, A., Di Napoli, G., Ernesto, M., Fabbrini, G., Conte, A., Ferrazzano, G., ... & Galeoto, G. (2022, March). The Effectiveness of Equine Therapy Intervention on Activities of Daily Living, Quality of Life, Mood, Balance and Gait in Individuals with Parkinson's Disease. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 3, p. 561). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030561>
- Bhattacharya, J., Choudhry, K., Lakdawalla, D., & Institute of Medicine Committee on Disability in America. (2006, February). Chronic disease and trends in severe disability in working-age populations. In *Workshop on Disability in America: A New Look. Summary and Background Papers* (pp. 113-142).
- Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E. L., Ariai, N., ... & Westman, J. (2018). Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0711-z>
- Borgart, E. J., Okon, E., & Meermann, R. (2008). Sozialmedizinische Aspekte in der Verzahnung von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Das Gesundheitswesen*, 70(07), A40. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1086265>
- Borgart, E. J., Okon, E., & Meermann, R. (2007, March). Sozialmedizinische Aspekte im Rahmen ambulanter Fachpsychotherapie. In *Forum Psychotherapeutische Praxis* (Vol. 7, No. 1, pp. 29-36). Hogrefe Verlag Göttingen. <https://doi.org/10.1026/1860-7357.7.1.29>

- Brieger, P., & Bernhard, B. (2012). Psychoedukation in der Gruppe ergänzt medikamentöse Therapie. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 13(4), 57-63.
- Brieger, P., Blöink, R., Röttig, S., & Marneros, A. (2004). Disability payments due to unipolar depressive and bipolar affective disorders. *Psychiatrische Praxis*, 31(4), 203-206. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814806>
- DAK. (29.November, 2021). Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2006 bis 2020 (AU-Tage je Fall) [Graph]. In *Statista*. Zugriff am 08.Mai 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/>
- Danielsson, L., Elf, M., & Hensing, G. (2019). Strategies to keep working among workers with common mental disorders—a grounded theory study. *Disability and rehabilitation*, 41(7), 786-795. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1408711>
- Danielsson, L., Waern, M., Hensing, G., & Holmgren, K. (2020). Work-directed rehabilitation or physical activity to support work ability and mental health in common mental disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 34(2), 170-181. <https://doi.org/10.1177/0269215519880230>
- Dieckmann, M., Becker, M., & Neher, M. (Eds.). (2020). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. (12. Auflage 2021, S. 3-4) Elsevier Health Sciences.
- Druss, B. G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N. A., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2009). Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 14(7), 728-737. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.13>
- Eakman, A. M., Schmid, A. A., Rolle, N. R., Kinney, A. R., & Henry, K. L. (2022). Follow-up analyses from a wait-list controlled trial of occupational therapist–delivered cognitive–behavioral therapy for insomnia among veterans with chronic insomnia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.045682>
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Fjeldheim, S., Levin, I., & Engebretsen, E. (2015). The theoretical foundation of social case work. *Nordic Social Work Research*, 5(sup1), 42-55. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1067900>

- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2017, 16. März). *Verordnungsmöglichkeiten von Leistungen durch Psychotherapeuten geregelt* [Pressemeldung]. [https://www.g-ba.de/downloads/34-215-673/07-2017-03-16\\_Verordnungsmöglichkeiten%20Psychotherapeuten.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/34-215-673/07-2017-03-16_Verordnungsmöglichkeiten%20Psychotherapeuten.pdf)
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 18. Oktober 2018/21. Dezember 2018.
- Gensichen, J., Beyer, M., Schwäbe, N., & Gerlach, F. M. (2004). Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management-Ein BMBF-Projekt. *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80(12), 507-511. <https://doi.org/10.1055/s-2004-832426>
- Høgelund, J., Holm, A., & McIntosh, J. (2010). Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours?. *Journal of health economics*, 29(1), 158-169. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.009>
- Hügin, J., Bloutian-Walloschek, M., & Sayferth-Frank, M. (2022). Ein Gewinn für alle Beteiligten–Zusammenarbeit von Ergo-und Psychotherapie. *ergopraxis*, 15(01), 10-13.
- Hultén, A. M., Bjerkeli, P., & Holmgren, K. (2022). Work-related stress and future sick leave in a working population seeking care at primary health care centres: a prospective longitudinal study using the WSQ. *BMC public health*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13269-8>
- Kobelt, A. (2006). Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 224-231.
- Kozhushko, L. A., & Vladimirova, O. N. (2022). Accompanied accommodation for disabled people with mental disabilities. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii Imeni SS Korsakova*, 122(4), 117-121. <https://doi.org/10.17116/jnevro2022122041117>
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2011). Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(4), 47. <https://doi.org/10.3238/aerztebl.2011.0047>
- Linden, M. (2008). Was ist Psychotherapie gemäß SGB IX. *Verhaltenstherapie*, 18, 144-145. <https://doi.org/10.1159/000151489>
- Linden, M. (2016). Die Langzeitperspektive in der Richtlinienpsychotherapie: Rehabilitationspsychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 26(2), 80-81. <https://doi.org/10.1159/000446598>

- Linden, M. (2017). Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Behavioral sciences & the law*, 35(2), 124-134. <https://doi.org/10.1002/bsl.2283>
- Linden, M. (2017). Teilhabe am Arbeitsleben in der Richtlinienverhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 62(4), 371-374. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0200-1>
- 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 services research and managerial epidemiology*, 5, 2333392818758523. <https://doi.org/10.1177/2333392818758523>
- Linden, M., Schymainski, D., & Solvie J. (2019, 10. Dezember). Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf)
- MacKay, D. (2006). The United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *Syracuse J. Int'l L. & Com.*, 34, 323.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Dennis, M. S. (2011). Personal debt and suicidal ideation. *Psychological medicine*, 41(4), 771-778. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001261>
- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, T. B., Von Korff, M., & Kessler, R. C. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1180-1188. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1180>
- Moussiopoulou, J., Schmitt, A., & Falkai, P. (2021). Psychiatrische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. *CME*, 18(9), 47-58. <https://doi.org/10.1007/s11298-021-1888-3>
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M., & Worringer, U. (2016). Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 1(16), 37-42.
- Muschalla, B., & Linden, M. (2011a). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 82(7), 917-931. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3305-8>
- Muschalla, B., & Linden, M. (2011b). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 82(7), 1187-1200. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3306-7>



- Niebauer, D. (2017, 16. November). *Die Bedeutung von Psychoedukation für die seelische Gesundheit wohnungsloser Frauen und Männer*. [Tagungsbeitrag]. BAG W Bundestagung 2017, Berlin. [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/TGD/TGD\\_17\\_BUTA-AG\\_06-NIEBAUER.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/TGD/TGD_17_BUTA-AG_06-NIEBAUER.pdf)
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H. R., Braathen, T. N., Lie, S. A., Brage, S., ... & Breivik, K. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation—a mediation model. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1084-x>
- Pichler, E. M., Stulz, N., Wyder, L., Heim, S., Watzke, B., & Kawohl, W. (2021). Long-Term Effects of the Individual Placement and Support Intervention on Employment Status: 6-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 1728. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709732>
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise. *Sports medicine*, 39(6), 491-511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Rüger, U. (2007). Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut*, 52(2), 102-112. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0534-1>
- Salomonsson, S., Hedman-Lagerlöf, E., & Öst, L. G. (2018). Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychological medicine*, 48(12), 1954-1965. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000065>
- Schmid, P. F. (2015). Person and society: Towards a person-centered sociotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 217-235. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1062795>
- Schuntermann, M. (2001). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Kurzdarstellung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 11(06), 229-230. <https://doi.org/10.1055/s-2001-19074>

- Schymainski, D., Linden, M., Schmitt, G., & Rose, M. (2021a). Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 66(2), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>
- Schymainski, D., Solvie, J., Linden, M., & Rose, M. (2021b). Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 590-599. <https://doi.org/10.1002/cpp.2649>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., & Gaebel, W. (2012, 14. Juni). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland*. [Symposiumsbeitrag]. DEGS Symposium, Robert Koch-Institut Berlin. <https://sozialephobie.info/wp-content/uploads/2015/05/Was-sind-die-häufigsten-psychischen-Störungen-in-Deutschland.pdf>
- Wydra, G., & Kaczmarek, C. (2017). Von der Fähigkeits-zur Mobilitätsorientierung in Gesundheits-und Rehasport. *Bewegung, Raum und Gesundheit. Hamburg: Feldhaus*, 111-119.
- Yang, L. Q., Che, H., & Spector, P. E. (2008). Job stress and well-being: An examination from the view of person-environment fit. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 567-587. <https://doi.org/10.1348/096317907X243324>

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, David Schymainski, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Sozialmedizin und Richtlinienpsychotherapie, Social Medicine and Guideline Psychotherapy selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

David Schymainski hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Linden, M., Schymainski, D., & Solvie J. (2019, 10. Dezember). Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf)

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche; Zusammenstellung der Liste sozialmedizinischer Interventionen gemeinsam mit Julia Solvie und Prof. Dr. Michael Linden (Tabelle 1); Erarbeitung der zur Publikation führenden Manuskripts gemeinsam mit Julia Solvie Prof. Dr. Michael Linden.

Publikation 2: Schymainski, D., Linden, M., Schmitt, G., & Rose, M. (2021). Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 66(2), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>, Online prepub: 16.11.2020; Erscheinungsdatum: 12.03.2021

Beitrag im Einzelnen: Studienkonzept, Drittmittelinwerbung und Projektleitung durch Prof. Linden und Prof. Rose; Ausarbeitung des Studiendesigns gemeinsam mit Prof. Dr. Michael Linden und den anderen Koautoren; Hauptanteil an der Durchführung der Studie inklusive Rekrutierung von Teilnehmer\*innen; Hauptanteil an der Aufarbeitung und Auswertung der erhobenen Daten gemeinsam mit Julia Solvie; Wesentlicher Beitrag zur kritischen Prüfung der Resultate mit Herausheben der relevanten Aussagen der Studie einschließlich ihrer Limitationen; Selbstständige graphische Darstellung der Ergebnisse in Abbildungen (Abbildung 1).

Publikation 3: Schymainski D, Solvie J, Linden M, Rose M. Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy (2021). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29 (2), 590-599. <https://doi.org/10.1002/cpp.2649>, Online prepub: 14.07.2021, Erscheinungsdatum: 13.04.2022.

Beitrag im Einzelnen: Studienkonzept, Drittmittelinwerbung und Projektleitung durch Prof. Linden und Prof. Rose; Ausarbeitung des Studiendesigns gemeinsam mit Prof. Dr. Michael Linden und den anderen Koautoren; Hauptanteil an der Durchführung der Studie inklusive Rekrutierung von Teilnehmer\*innen; Hauptanteil an der Aufarbeitung und Auswertung der erhobenen Daten gemeinsam mit Julia Solvie; Wesentlicher Beitrag zur kritischen Prüfung der Resultate mit Herausheben der relevanten Aussagen der Studie einschließlich ihrer Limitationen; Selbstständige graphische Darstellung der Ergebnisse in Abbildungen (Tabelle 1- 4 sowie Abbildungen 1-3); Erarbeitung des zur Publikation führenden Manuskripts gemeinsam mit Prof. Dr. Micheal Linden.

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift des Doktoranden

## Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2019** Selected Editions:  
SCIE,SSCI Selected Categories: **“PSYCHOLOGY, CLINICAL”** Selected Category Scheme: WoS

**Gesamtanzahl: 131 Journale**

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	Annual Review of Clinical Psychology	6,126	13.692	0.009570
2	CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW	17,220	10.255	0.020720
3	JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY	16,003	6.484	0.014170
4	PSYCHOLOGICAL MEDICINE	26,702	5.813	0.039350
5	CLINICAL PSYCHOLOGY-SCIENCE AND PRACTICE	3,680	5.541	0.002760
6	Clinical Psychological Science	2,599	5.415	0.011100
7	NEUROPSYCHOLOGY REVIEW	3,114	4.840	0.004050
8	DEPRESSION AND ANXIETY	9,355	4.702	0.013860
9	JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY	23,082	4.632	0.014050
10	BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY	18,086	4.500	0.014680
11	COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY	1,686	4.413	0.003130
12	International Journal of Clinical and Health Psychology	1,247	4.250	0.001830
13	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY	18,652	4.204	0.018530
14	ASSESSMENT	5,131	3.706	0.007560
15	Health Psychology Review	2,008	3.705	0.005360
16	JOURNAL OF SEX RESEARCH	5,076	3.683	0.008170

17	INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS	9,613	3.668	0.010750
18	JOURNAL OF CLINICAL CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOLOGY	5,724	3.656	0.008930
19	ADDICTIVE BEHAVIORS	13,899	3.645	0.022950
20	Mindfulness	4,006	3.581	0.008500
21	EUROPEAN EATING DISORDERS REVIEW	2,622	3.560	0.004600
22	Internet Interventions-The Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health	996	3.513	0.002720
23	European Journal of Psychotraumatology	1,987	3.478	0.004940
24	CLINICAL CHILD AND FAMILY PSYCHOLOGY REVIEW	2,850	3.468	0.002800
25	Personality Disorders-Theory Research and Treatment	1,635	3.421	0.004520
26	International Journal of Transgenderism	957	3.369	0.001190
27	BEHAVIOR ANALYST	686	3.250	0.000390
28	BEHAVIOR THERAPY	5,758	3.243	0.006320
29	PSYCHOTHERAPY	3,204	3.191	0.003190
30	ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR	7,470	3.131	0.012180
31	JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT	5,696	3.083	0.010000
32	JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS	7,130	3.079	0.009390
33	HEALTH PSYCHOLOGY	11,888	3.056	0.015480
34	JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE	5,255	2.988	0.007140
35	PSYCHOTHERAPY RESEARCH	2,958	2.984	0.003610

36	INTERNATIONAL PSYCHO-GERIATRICS	7,341	2.940	0.009920
37	AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE	2,780	2.925	0.004250
38	BRITISH JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY	2,980	2.917	0.003690
39	JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY	9,261	2.864	0.010750
40	Journal of Eating Disorders	795	2.828	0.002190
41	PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT	12,296	2.825	0.014380
42	Journal of Mental Health	2,482	2.703	0.002930
43	JOURNAL OF POSITIVE BEHAVIOR INTERVENTIONS	1,258	2.683	0.001350
44	PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY-THEORY RESEARCH AND PRACTICE	1,290	2.645	0.001660
45	COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH	5,069	2.603	0.004680
46	Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy	2,371	2.595	0.005650
47	BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY	3,738	2.541	0.002020
48	NEUROPSYCHOLOGY	5,844	2.506	0.006230
49	JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY	5,488	2.503	0.007730
50	CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY	3,087	2.477	0.003900
51	Psychology of Violence	1,237	2.381	0.003510
52	CLINICAL NEUROPSYCHOLOGIST	3,567	2.232	0.003440
53	EXPERIMENTAL AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	2,673	2.217	0.003000

54	JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT	8,074	2.185	0.004090
55	FAMILY PROCESS	2,559	2.175	0.002390
56	Eating Behaviors	3,176	2.156	0.005010
57	ARCHIVES OF CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY	4,705	2.154	0.004180
58	INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE	2,724	2.139	0.003660
59	JOURNAL OF CLINICAL PSY- CHOLOGY	8,753	2.138	0.006250
60	SEXUAL ABUSE-A JOURNAL OF RESEARCH AND TREAT- MENT	1,337	2.130	0.001400
61	BEHAVIOR MODIFICATION	2,246	2.105	0.001990
62	COGNITIVE AND BEHAVIO- RAL PRACTICE	1,837	2.096	0.002290
63	Psychological Services	1,236	2.095	0.002820
64	JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSESSMENT	3,207	2.056	0.003570



# Druckexemplar der Publikation

Received: 22 April 2021 | Revised: 5 July 2021 | Accepted: 6 July 2021  
DOI: 10.1002/cpp.2649

## RESEARCH ARTICLE

WILEY

# Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy

David Schymainski | Julia Solvie | Michael Linden  | Matthias Rose

Research Group Psychosomatic Rehabilitation,  
Department of Psychosomatic Medicine,  
Charité University Medicine Berlin, Berlin,  
Germany

### Correspondence

Michael Linden, Department of Psychosomatic  
Medicine, Charité University Medicine Berlin,  
CBF, FPR, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin,  
Germany.  
Email: michael.linden@charite.de

### Funding information

State Pension Insurance Berlin-Brandenburg

### Abstract

**Objective:** Psychological disorders often take a long-term course, resulting in impairment in daily life and work. Treatment must therefore target not only symptoms of illness but also capacity limitations and context restrictions, as outlined in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This includes sociomedical and interdisciplinary interventions like coordination with other specialists, contact to employers and employment agencies, social support agencies, debt counselling, self-help and leisure groups. There are no data on the spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy.

**Method:** Following a semistructured interview schedule, 131 psychotherapists in private practice were asked to report on unselected patients. The interviewer assessed to what degree 38 predefined sociomedical interventions were applied so far or should be considered in the future.

**Result:** Reports for 322 patients were gathered. All sociomedical interventions were applied, depending on the sick leave status and course of illness. Cognitive behaviour therapists used more sociomedical interventions than psychodynamic therapists.

**Conclusion:** The data show that sociomedical interventions are a frequent part of psychotherapy. They are used preferably in patients with participation restrictions. Psychotherapeutic concepts and education should include sociomedical aspects.

### KEYWORDS

bio-psycho-social treatment, chronic mental disorders, psychotherapy, social medicine, sociomedical interventions

## 1 | INTRODUCTION

Many mental disorders take by their very nature long-term, persistent or recurrent courses, as this is the case in addiction disorders, psychoses, anxiety disorders, depressive disorders, somatoform disorders or personality disorders (Linden, 2017). Mental disorders and especially those with a chronic course often lead to social impairment, be it at work, in the family, in social interactions or in daily activities (Druss et al., 2000; Merikangas et al., 2007). The

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001) defines “functioning” in the context of a person’s body functions, activities and social as well as professional participation. The term “disability” refers to impairments in any of these dimensions (Lehmann et al., 2002). Thus, many mental disorders can be seen as “disabilities,” as they are characterized by long-term health impairments and also by participation restrictions and impairment (Bhattacharya et al., 2006; Brieger et al., 2004; Druss et al., 2009).

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.  
© 2021 The Authors. *Clinical Psychology & Psychotherapy* published by John Wiley & Sons Ltd.

Following the definitions of the ICF, treatment should follow a bio-psycho-social treatment concept and support functioning, capacity limitations and context restrictions alike (Egger, 2005; Linden, 2017; WHO, 2001) to support social and professional participation and thus promote an independent life and inclusion (UN, 2006). Psychotherapy is the only treatment mode that can work similarly on impaired functions/symptoms (e.g., reduction of anxiety), capacity limitations (e.g., training of social competence) and context restrictions (e.g., family-related problems). The simultaneous consideration of personal and environmental factors is indispensable to achieve the best outcome (Fjeldheim et al., 2015; Steeves et al., 2014; Yang et al., 2008).

In such a multilevel treatment, sociomedical interventions are indispensable and a core element of treatment (Muschalla & Linden, 2011). They can be defined as all measures that help the patient to achieve the best functional status and social participation in daily life and work. They target not only the illness but even more so help to master daily demands, to overcome environmental barriers and to provide support and resources in daily life. This encompasses a variety of measures: (a) Therapists should guarantee multiprofessional treatment and cooperate parallel or in succession with other therapists of all kinds, such as medical specialists, occupational therapists, social workers and others. (b) There are additional treatments like psychoeducation courses, drug counselling, family and education counselling, debt counselling and sport activities (Brieger & Bernhard, 2012; Meltzer et al., 2011; Rethorst et al., 2009). (c) Further cooperation partners are the medical departments of the health insurance, work agencies, sociopsychiatric services or case managers of the social security office. (d) To support work ability and job security, therapists can cooperate with company physicians, the employer, employee representatives, the job centre or the integration office. Further work oriented measures exist in the form of occupational integration management, stepped job reintegration, in-company integration management or operational health management (Høgelund et al., 2010). (e) Therapists can support the patient by sick leave certificates or certificates of disability (Borgart et al., 2008; Niehaus et al., 2008). (f) Additionally, there are also sociomedical interventions to support patients in their daily life such as individual case work, sociotherapy and assisted living. Ergotherapy can help to improve physical activity, subjective well-being or work-life balance (Danielsson et al., 2014, 2019, 2020). (g) Finally, there are interventions to increase social contacts or enrich life in general. Some of all these interventions may be done by therapists themselves. Others will have to be initiated, guided and supervised by the therapist.

There is a lack of data on the role of sociomedical interventions in psychotherapy and to what degree they are or should be applied (Borgart et al., 2008). The primary focus of psychotherapists is traditionally directed to the improvement of illness processes and symptoms. Although this can indirectly improve participation, it does not include measures to directly change environmental conditions (Salomonsson et al., 2018). There are indicators that such interventions may even not be known and used by many psychotherapists (Schymainski et al., 2021). This could be caused by barriers which sociomedical interventions encounter in

#### Key Practitioner Message

- Psychotherapy patients are often suffering from long-term disorders, which result not only in symptoms of illness but also in participation restrictions.
- Treatment must follow a multidimensional, interdisciplinary, bio-psycho-social concept, including sociomedical interventions in regard to cotherapies, work integration and daily life.
- Sociomedical interventions are known and implemented by psychotherapists in many of their patients.
- A sociomedical perspective and training of psychotherapists is needed.

the context of psychotherapy. There are, for example, some psychotherapeutic schools that allow only little variation in treatment procedures. Others require therapeutic abstinence in regard to day-to-day problems. There is often not enough time to deal with such additional aspects.

Objective of the present study was to investigate the spectrum, rate and need of sociomedical interventions in a sample of patients in routine ambulatory psychotherapy. Questions to answer are which sociomedical interventions have already been applied or should be applied. Such data are needed to discuss how sociomedical interventions can be integrated into the daily psychotherapeutic work, how this can be reimbursed and how psychotherapists should be trained. This is to our knowledge the first survey of this kind.

## 2 | METHOD

### 2.1 | Psychotherapists and cases

All citizens in Germany are covered by health insurance. This allows unlimited psychotherapeutic counselling by general practitioners or psychiatrists on a primary level free of costs. Additionally, there is on a secondary level specialist psychotherapy, either psychodynamic (PD) or cognitive behaviour therapy (CBT) for up to 80 CBT or 100 PD weekly 50-min sessions. They are fully reimbursed by health insurance. Patients can contact the specialist psychotherapists directly or on referral by other physicians.

Based on official lists from the Association of Statutory Health Insurance, we contacted psychotherapists in private practice without any preselection, apart from sampling a similar number of cognitive behaviour therapists and psychodynamic psychotherapists. The study was supported by the Association of German Psychotherapists (DPtV), which sent out an e-mail to motivate their members to participate.

Therapists were asked to report on the last two to four patients they had seen, who were in the working age of 20–60 years and had at least 10 treatment sessions.

**TABLE 1** Sociomedical interventions**Coordination of multidimensional/multi-professional treatment**

Case manager of health insurance  
 Supervises individual care of insured persons  
 Medical service of health funds  
 Assessment of individual patients by medical specialists of the health insurance  
 Sociopsychiatric services  
 State institution for crisis intervention and care for patients with severe mental disorders  
 Medical specialist  
 Medical specialists of different medical disciplines for somatic or mental disorders, working in private practice or hospitals  
 Occupational therapists  
 Therapists providing training of somatic, psychological and occupational capacities  
 Drug counselling  
 Institutions providing counselling and treatment for alcohol and drug addiction  
 Psychoeducative courses  
 Courses and seminars, as provided by health insurance and others for informing patients on many health related topics  
 Self-help groups  
 Meeting of patients with similar problems  
 Day-care institutions  
 Institutions which take care of mentally ill or handicapped persons during the day  
 Inpatient medical rehabilitation  
 Hospitals with a special focus on the treatment and rehabilitation of chronic disorders  
 Post rehabilitation treatment groups  
 Group treatment in the aftercare following medical inpatient rehabilitation  
 Patient transportation  
 Transportation of patients to treatment, which is paid by health insurance  
 Hospital treatment  
 Inpatient hospital treatment  
 Consultation with hospital therapists  
 Consultation with therapists in hospitals and other inpatient units  
 Withdrawal treatment  
 Treatment option for patients with addiction disorders

**Work participation**

Certificate of disability  
 Official certification of degree of impairment  
 Sick-leave certificate  
 Official certification of acute inability to work  
 Stepped occupational reintegration  
 Reintegration in the job with progressive increase of working hours  
 Company doctor/employer  
 Employers and company doctors who are responsible for work inclusion of sick and/or disabled employees  
 Works council  
 Representatives of the employees in a company  
 Company integration management  
 Statutory procedure in the company to organize work reintegration for disabled employees  
 Employment agency  
 State agency for administration and support of jobless persons  
 Integration office  
 State agency to provide help of all kinds for disabled persons

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

Rehabilitation information service
Counselling centres of the health and pension insurance
Training for job reintegration
Institutions which provide training for job reintegration
Disability pension
Early retirement pension
<b>Participation in daily life</b>
Sociotherapy
Care and counselling for severely impaired patients by social workers and other health care specialists
Home-psychiatric care
Support for severely impaired patients in regard to housekeeping and treatment at home
Family support
Financial and psychological help for families
Assisted living
Sheltered living
Debt counselling
Counselling service for patients with financial problems
Individual case support
Individual support by a counsellor with regard to daily routines
Home visits
Therapist sees the patient at home
Legal guardian
Legal representative of the patient in different areas of life
County counselling services
State counselling services which give help in all areas of life
Family counselling
Counselling services for problems with partner and children
Contacts to relatives
Therapist contacts with family members of a patient
Sports club
Sports clubs which allow physical activities and social contacts, paid by health insurance or the patient himself

## 2.2 | Instruments

Therapists were asked for their own gender, age, professional education, years of practice, number of patients and focus of disorders. In order to prepare for the interview, they were given a glossary with extensive definitions of 38 sociomedical interventions, which can be grouped in coordination of multidimensional treatment, professional participation and participation in daily life (Table 1).

Therapists were then interviewed in their office by researchers who were themselves psychotherapists. They followed a semistructured interview schedule, which allowed asking additional questions and clarifying possible misunderstandings. The interrater reliability showed a high agreement between the two raters ( $\kappa = .803$  [95% CI],  $p < .0005$ ).

Assessed were age of the patients, gender, family status, diagnosis, severity and course of illness, work problems and status. There was a list of 38 predefined sociomedical interventions, as outlined in the

glossary. The interviewer discussed each item with the therapist by asking for details such as “How did you get in contact with sociopsychiatric services?” or “Was the intervention initiated by yourself?” or “What are the reasons that you think debt counselling is needed?” The interviewers, who are experts in sociomedical matters, then made a rating: “done and not indicated again,” “done and should be considered again,” “not done but should be considered” and “not done and not indicated.” This procedure allows a validation of the answers of the therapist. In this paper, we report the interviewer ratings.

## 2.3 | Ethical considerations

Therapists were informed in writing and orally about the study and were remunerated for their time according to official remuneration guidelines for therapists. There was no direct involvement of patients and no interference with treatment.

The study was done with a research grant from the State Pension Insurance Berlin-Brandenburg. The study was reviewed and approved by the ethical committee of the Charité University Medicine Berlin (register-no. ethical-votum: EA4/027/18) and the data and research surveillance department of the State Pension Insurance Berlin-Brandenburg.

### 3 | RESULTS

We contacted 365 psychological psychotherapists by phone and included 131 in the study, of which 56.5% were cognitive behaviour therapists (CBT) and 44.3% psychodynamic therapists (PD). There were 74% female therapists. The average age was 54 ( $\pm 11$ , min: 32, max: 74) years, and they were working as psychotherapist for 17 years on average ( $\pm 10$ , min: 1, max: 45). On average, they treat 39 patients ( $\pm 24$ , min: 5, max: 150), including acute contacts, short-term (>24 sessions), long-term (>24 sessions) and prophylactic treatment.

In total, 322 case vignettes were discussed, of which 58.4% were from CBT and 41.6% from PD therapists. Case vignettes referred in 65.8% of cases to women with a mean age of 41.64 years ( $\pm 10.99$ , min: 20, max: 64), 8.6% being on early retirement, 29.2% on sick leave, 10.0% on sick leave and unemployed and 8.3% unemployed. In total, 56.1% of cases were out of work. Clinical diagnoses were in 61.2% affective disorders, in 30.1% anxiety and obsessive-compulsive disorders, in 24.8% trauma- and stress-related disorders, in 16.1% personality disorders and in 15.8% somatoform disorders. According to the judgement of therapists, patients suffered from first episodes of mental disorders in 22.6%, from recurrent disorders in 37.9%, from chronic-exacerbating disorders in 10.3% and from chronic-persistent disorders in 29.2% of cases. In total, 77.4% of cases were long-term disorders.

Frequencies of sociomedical interventions in regard to "coordination of multiprofessional treatment" are shown in Table 1. Most frequent were contacts to other medical specialist in 50% of cases, followed by inpatient medical rehabilitation (27.9%), contact to medical services of health funds (24.2%), hospital treatment (15.5%), self-help groups (11.8%), psychoeducative courses (11.2%) and contacts to case managers of the health insurance (11.2%). Least frequent were drug counselling (5.0%), post rehabilitation treatment groups (4.3%), day-care institutions (3.1%), withdrawal treatment (2.8%) and patient transportation (0.9%). From all 15 preset interventions on average, 1.76 (SD: 1.73; min: 0, max: 9) were already done per patient.

Most often recommended were psychoeducative courses (44.1%), followed by self-help groups (33.5%), post rehabilitation treatment groups (30.7%), inpatient medical rehabilitation (23.3%), consultation of hospital therapists (17.1%), consultation of medical specialists (15.8%), occupational therapists (10.6%) and medical service of health funds (9.6%). Least frequent taken into consideration were day care (6.5%), sociopsychiatric services (6.5%), case manager of health insurance (6.5%), drug counselling (4.3%), hospital treatment (4.0%), withdrawal treatment (3.4%) and patient transportation (2.2%). From all 15 interventions on average, 2.09 ( $\pm 1.79$ ; min: 0, max: 8) were recommended per patient.

Regarding working participation, most frequently already done were sick leave certificates (28.0%), certificates of disability (27.9%), contacts to the employment agency (16.8%), stepwise occupational reintegration (13.1%), disability pension (11.8%) and contacts to the rehabilitation information service (10.9%). Least frequent were contacts to the company doctor or the employer of the patient (9.3%), contacts to the company integration management (7.1%), contacts to the works council (5.9%), training for job reintegration (5.6%) and contact to an integration office (1.2%). From all 11 interventions on average, 1.38 ( $\pm 1.64$ ; min: 0, max: 8) per patient were already done.

The highest rate of recommended interventions in regard to work participation is found for contacts to the rehabilitation information service and training for job reintegration, both with 22.4%, stepped occupational reintegration (17.8%), contacts to the employment agency (13.7%), company doctor/employer (13.0%), certificate of disability (12.4%), disability pension (10.2%), contacts to works council (9.3%), sick leave certificates (8.7%), company integration management (8.4%) and integration office (6.2%). From all 11 interventions on average, 1.44 ( $\pm 1.89$ ; min: 0, max: 10) were recommended per patient.

Regarding participation in daily life, most frequent were consultation of a legal guardian (40.0%), attending a sports club (27.3%), contact to relatives (9.0%), family counselling (7.8%), county counselling services (6.5%), family aid (5.3%), assisted living (4.0%), debt counselling (4.0%), sociotherapy (3.7%), individual case support (3.1%), home care (1.9%), psychiatric care (1.9%) and home visits (0.6%). From all 12 interventions on average, 0.78 ( $\pm 1.03$ ; min: 0, max: 5) per patient were already done.

In this group of interventions, most often recommended were sports clubs (45.7%), contacts to relatives (26.7%), legal guardians (26.4%), family counselling (10.6%), individual case support (10.6%), sociotherapy (8.7%), home visits (7.1%), county counselling services (5.6%), assisted living (4.0%), debt counselling (3.7%), family aid (3.1%) and home care and psychiatric care (2.5%). From all 12 interventions on average, 1.33 ( $\pm 1.49$ ; min: 0, max: 8) were recommended per patient.

Relating the rate of already done or recommended sociomedical interventions to the course of illness (first episode, recurrent, chronic exacerbating and chronic persisting), analysis of variance shows significant overall differences (Table 2) in regard to "coordination of multidimensional treatment" for done and recommended interventions ("done":  $F_{3,318} = 8.13$ ,  $p < .001$ ; "should be considered":  $F_{3,318} = 3.78$ ,  $p < .01$ ), to recommended "professional participation" ("should be considered":  $F_{3,318} = 4.66$ ,  $p = .01$ ) and to recommended "participation in daily life" ("should be done":  $F_{3,318} = 8.70$ ,  $p < .001$ ).

Post hoc comparisons using the Tukey HSD test indicated for already done multidimensional treatment significant differences between "first episode" ( $M = 1.15$ ;  $SD = 1.25$ ) on one side and "chronic exacerbating" ( $M = 2.71$ ;  $SD = 2.16$ ) and "chronic persisting" ( $M = 2.05$ ;  $SD = 1.70$ ) on the other and between "recurrent course" ( $M = 1.64$ ;  $SD = 1.73$ ) and "chronic exacerbating" ( $M = 2.71$ ;  $SD = 2.16$ ). Post hoc comparisons for recommended multidimensional treatment showed significant differences between "first episode" ( $M = 1.75$ ;  $SD = 1.57$ ) and "chronic exacerbating" ( $M = 2.80$ ;  $SD = 2.01$ ) and between "recurrent course" ( $M = 1.90$ ;  $SD = 1.83$ ) and "chronic exacerbating" ( $M = 2.80$ ;  $SD = 2.01$ ).

Post hoc comparisons using the Tukey HSD test indicated for recommended professional participation significant differences between “first episode” ( $M = 0.97$ ;  $SD = 1.35$ ) and “chronic exacerbating”

**TABLE 2** Rate of sociomedical interventions in relation to course of illness

	Done mean (standard deviation)	Should be considered mean (standard deviation)
Coordination of multidimensional treatment		
First episode	1.15 (1.25)	1.75 (1.57)
Recurrent course	1.64 (1.73)	1.90 (1.83)
Chronic exacerbating	2.71 (2.16)	2.80 (2.01)
Chronic persisting	2.05 (1.70)	2.32 (1.73)
Analysis of variance	$F_{3,318} = 8.13$ , $p < .001$	$F_{3,318} = 3.78$ , $p < .01$
Work participation		
First episode	1.37 (1.68)	0.97 (1.35)
Recurrent course	1.16 (1.60)	1.28 (1.77)
Chronic exacerbating	1.91 (1.72)	2.23 (2.43)
Chronic persisting	1.47 (1.60)	1.73 (2.08)
Analysis of variance	$F_{3,318} = 2.05$ , $p = .10$	$F_{3,318} = 4.66$ , $p < .001$
Participation in daily life		
First episode	0.51 (0.60)	0.88 (1.13)
Recurrent course	0.85 (1.11)	1.15 (1.24)
Chronic exacerbating	0.89 (1.13)	2.26 (2.34)
Chronic persisting	0.85 (1.13)	1.57 (1.48)
Analysis of variance	$F_{3,318} = 2.18$ , $p = .09$	$F_{3,318} = 8.70$ , $p < .001$

**TABLE 3** Rate of sociomedical interventions in relation to sick leave

	Sick leave mean (standard deviation)	No sick leave mean (standard deviation)	
Coordination of multidimensional treatment			
Done	1.35 (1.53)	2.35 (1.70)	$t_{289} = -5.06$ , $p < .001$
Should be considered	1.61 (1.59)	2.81 (1.91)	$t_{289} = -5.61$ , $p < .001$
Work participation			
Done	1.02 (1.50)	1.88 (1.75)	$U = 6176.5$ , $p < .001$
Should be considered	1.02 (1.50)	2.82 (2.34)	$U = 4008.5$ , $p < .001$
Participation in daily life			
Done	0.67 (0.98)	0.78 (0.92)	$t_{289} = -0.928$ , $p = .35$
Should be considered	1.03 (1.25)	1.81 (1.67)	$U = 6406.5$ , $p < .001$

( $M = 2.23$ ;  $SD = 2.43$ ) as well as “chronic persisting” ( $M = 1.73$ ;  $SD = 2.08$ ) and between “recurrent course” ( $M = 1.28$ ;  $SD = 1.77$ ) and “chronic exacerbating” ( $M = 2.23$ ;  $SD = 2.43$ ).

Post hoc comparisons using the Tukey HSD test indicated for recommended participation in daily life significant differences between “first episode” ( $M = 0.88$ ;  $SD = 1.13$ ) and “chronic exacerbating” ( $M = 2.26$ ;  $SD = 2.34$ ) as well as “chronic persisting” ( $M = 1.57$ ;  $SD = 1.48$ ) and between “recurrent course” ( $M = 1.15$ ;  $SD = 1.24$ ) and “chronic exacerbating” ( $M = 2.26$ ;  $SD = 2.34$ ).

We also compared patients who were on sick leave or not (Table 3). Significant differences were found for already done and recommended regarding “coordination of multidimensional treatment” and “work participation.” For “participation in daily life,” significant differences were found for “should be considered,” but not for “done.”

To answer which role the professional orientation of the therapist has, we compared patients in psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy (Table 4). The results show that cognitive behaviour therapists include more sociomedical interventions. For their patients also, more such interventions are recommended by the expert interviewer.

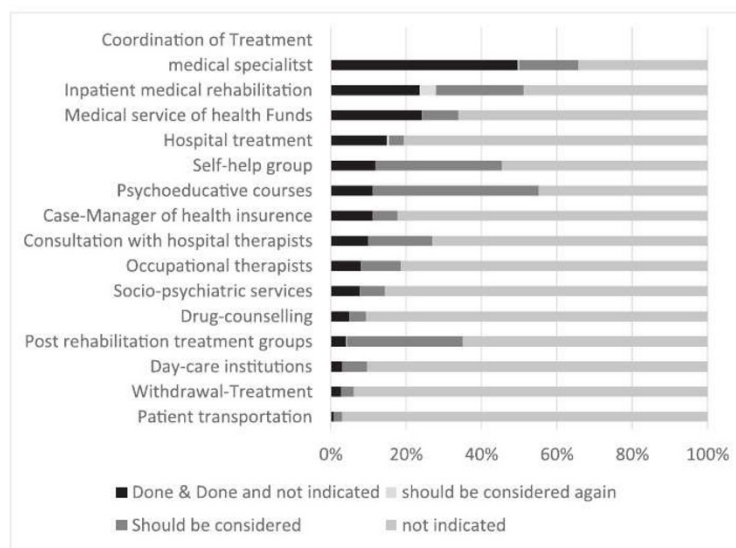
## 4 | DISCUSSION

Treatment of patients should be guided by their needs. As mental disorders often take a chronic course, resulting in participation restrictions, treatment must follow the bio-psycho-social concept as outlined by the ICF (WHO, 2001). This includes not only interventions that target symptoms of illness but also actions to help the patient overcome impairment and improve participation in life (Kealy et al., 2020).

To our knowledge, the present study is the first and only study to report data on the role of sociomedical interventions in psychotherapy. In this context, it is of relevance that the data on what has been or should be done are not only coming from questionnaires but are based on a detailed glossary with definitions of all sociomedical interventions and on reports and judgements of the therapists themselves

**TABLE 4** Rate of sociomedical interventions in relation to psychotherapeutic school

	<u>Psychodynamic Th.</u> mean (standard deviation)	<u>Behavioural Th.</u> mean (standard deviation)	
Coordination of multidimensional treatment			
Done	0.61 (0.89)	0.89 (1.11)	$t_{297.82} = -3.24, p < .001$
Should be considered	1.98 (1.80)	2.16 (1.77)	$t_{318.87} = -3.55, p < .001$
Work participation			
Done	0.99 (1.53)	1.66 (1.66)	$t_{300.14} = -3.78, p < .001$
Should be considered	1.22 (1.81)	1.61 (1.94)	$t_{298.07} = -1.85, p = .07$
Participation in daily life			
Done	1.40 (1.64)	2.02 (1.76)	$t_{315.28} = -2.52, p < .01$
Should be considered	1.00 (1.23)	1.56 (1.63)	$t_{283.86} = -0.92, p = .34$

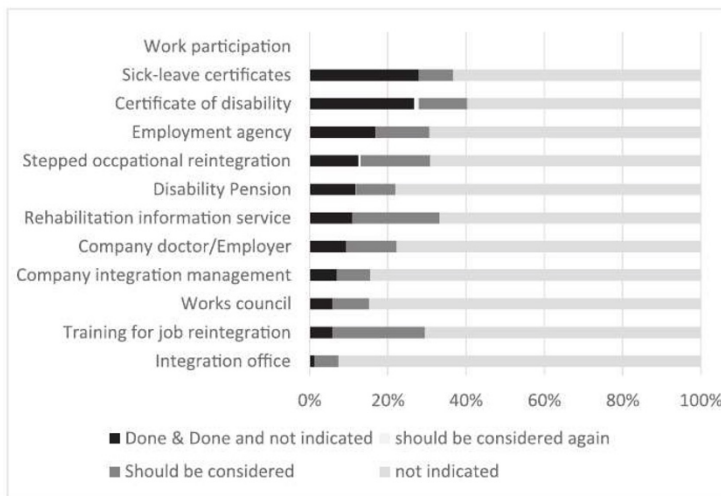
**FIGURE 1** Percentage of cases with "Coordination of multi-professional treatment"

that have then been validated by the expert interviewers to clarify possible misunderstandings.

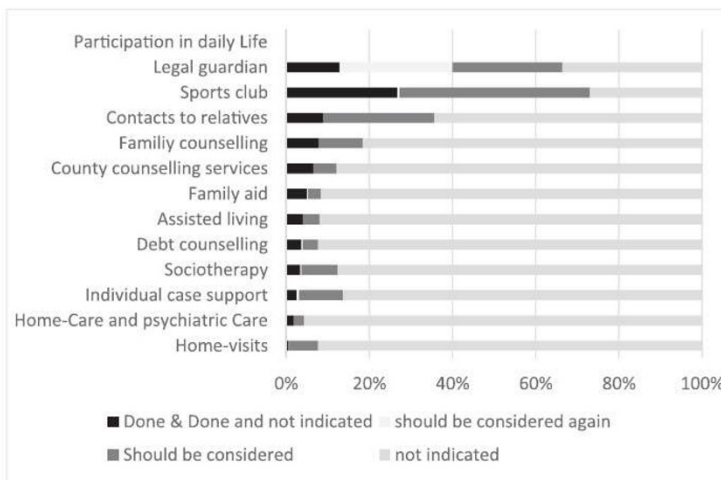
The list of 38 sociomedical interventions summarizes most of what can or should be done for patients with impairment. It cannot be assumed that all interventions are applied to all patients, as these are very specific measures. For example, debt counselling is only indicated in patients who have financial problems because of their illness. Counting interventions that have been done or should be considered, Figures 1–3 show that the different sociomedical interventions are indicated not in all but only some patients. Home visits or drug counselling are rarely indicated, while coordination with cotherapists, or sick leave certificates are rather a daily routine. Sociomedical interventions may be done by therapists themselves, but also by other cooperation partners. Still, it can be seen as a therapeutic duty of psychotherapists to initiate such measures and make sure that

they are done properly, if they are needed by the patient (Muschalla et al., 2016).

Looking only on what has been done, the data show that all sociomedical measures are known to psychotherapists and are elements of their psychotherapeutic work. The data on the needs of sociomedical treatments correspond with subjective estimates of therapists on their daily work, which also showed that they consider such interventions as part of their routine (Linden, 2009). Sociomedical interventions are evidence based, similar to other therapeutic actions that can support psychotherapeutic treatment and have an impact on the patient's social and economic environment (i.e., workplace, financial situation and situation at home). There are studies which show that the quality of life of patients, self-efficacy in coping with the environment, and functioning at work can be improved by sociomedical interventions (Borgart et al., 2008;



**FIGURE 2** Percentage of cases with "Work participation" interventions



**FIGURE 3** Percentage of cases with "Participation in daily life" interventions

Brieger & Bernhard, 2012; Danielsson et al., 2014, 2019, 2020; Høgelund et al., 2010; Leuteritz & Landl, 1996; Meltzer et al., 2011; Salomonsson et al., 2018; Schmid, 2015; Svanberg et al., 2010).

One aspect in the treatment of chronic illnesses is a need for multilevel and interdisciplinary interventions. Many of the sociomedical interventions cannot be applied by the psychotherapists themselves but require the collaboration with other professional contributors such as physicians, social workers, sport therapists, administration employees or inpatient and rehabilitation facilities. Nevertheless, it is the responsibility of the therapists to initiate what has to be done and coordinate the collaboration. For example, they can admit patients to inpatient rehabilitation but provide follow-up treatment. The data suggest that psychotherapists have a view beyond the horizon and are team players.

The comparison of patients with different courses of illness and of patients who are presently on sick leave or not shows that patients with chronic illnesses and with participation problems get sociomedical help preferably. These are also more often applied in patients in cognitive behaviour therapy, for whom also more respective recommendations are made. It may be concluded that this is due to differences in the type of patients.

Nevertheless, there is some concern that sociomedicine may be underrepresented in psychotherapeutic treatment and should get more attention (Borgart et al., 2008; Kobelt, 2006). The recommendations of the interviewees on what should be considered in further treatment show that there may be some treatment reserves. This concerns preferably self-help groups, psychoeducative courses, job reintegration measures, legal guardians, and sports clubs. However, it is



important that sociomedical interventions within psychotherapy have to be understood as individualized/personalized treatment options, which can differ in their usefulness and their meaning from one patient to the other. The same sociomedical intervention can have a different effect and indication depending on the needs, context and also the cooperation of the patient (Gazzillo et al., 2020). For example, while the contact to the patient's employer, in order to optimize cooperation and thus positive long-term health consequences for the patient, can be interpreted as an act of care by one patient, another patient might interpret this intervention as an act of violation against his autonomy and privacy. Therefore, a good and thorough planning and implementation of sociomedical items has to be done the same way as psychotherapeutic treatment itself has to be individualized.

Limitations of the study are that it was done in Berlin, Germany, an area with many psychotherapists and provision of all types of sociomedical treatment options. In other regions, the situation and the results may be different. The data therefore show what is done and can be done under optimal environmental conditions. There may also have been a response bias by the participating psychotherapists, as it could be a selection who agreed to participate in a study on the role of patient social problems in psychotherapy.

There are several conclusions which can be drawn from our data: (a) Sociomedical interventions are needed in many psychotherapy patients. (b) Psychotherapists are aware of such treatment needs and apply sociomedical interventions. (c) The data suggest that there may be some unmet treatment needs, so that the awareness for these treatment options should be increased. (d) The education of therapists should include sociomedical interventions. (e) Reimbursement of such treatments should be adapted as these may be time consuming and often require work outside of the individual treatment sessions.

Given the number of patients in need and the diversity and complexity of respective interventions, more research is needed to address the structural aspects of psychotherapeutic work including sociomedical aspects by, for example, comparing different work models like cooperation with a central institution of specialists trained on sociomedical aspects and needs, in order to relieve psychotherapists, as the sociomedical aspects consume an intensive amount of time, which often cannot be provided in daily practice. Furthermore, our data cannot tell whether sociomedical interventions, psychotherapy or both are responsible for an increase in the well-being of patients. Further, research could focus on longitudinal studies with patients in psychotherapeutic treatment with prior identified sociomedical needs. That would allow a comparison in different points in time with regard to change in the well-being of the patients.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

The authors want to thank the psychotherapists and the German Psychotherapy Association (DPtV) for their collaboration in the study. The study was supported by a study grant of the State Pension Insurance Berlin-Brandenburg.

#### CONFLICT OF INTEREST

D. Schymainski, J. Solvie, M. Linden and M. Rose have no conflict of interest.

#### DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data are stored at the Charité University Medicine Research Group Psychosomatic Rehabilitation and be retrieved from the authors.

#### ORCID

Michael Linden  <https://orcid.org/0000-0002-5763-5512>

#### REFERENCES

- Bhattacharya, J., Choudhury, K., & Lakdawalla, D. N. (2006). Chronic disease and trends in service disability in working age populations. In M. J. Field, A. M. Jette, & L. Martin (Eds.), *Workshop on disability in America: A new look* (pp. 113–142). National Academy Press.
- Borgart, E. J., Okon, E., & Meermann, R. (2008). Sozialmedizinische Aspekte in der Verzahnung von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Das Gesundheitswesen*, 70, 29–36. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1086265>
- Brieger, P., & Bernhard, B. (2012). Psychoedukation in der Gruppe ergänzt medikamentöse Therapie. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 13, 57–63.
- Brieger, P., Blöink, R., Röttig, S., & Marneros, A. (2004). Disability payments due to unipolar depressive and bipolar affective disorders. *Psychiatrische Praxis*, 31, 203–206. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814806>
- Danielsson, L., Elf, M., & Hensing, G. (2019). Strategies to keep working among workers with common mental disorders—A grounded theory study. *Disability Rehabilitation*, 41, 786–795. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1408711>
- Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E. L., Carlsson, J., & Waem, M. (2014). Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 168, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.049>
- Danielsson, L., Waem, M., Hensing, G., & Holmgren, K. (2020). Work-directed rehabilitation or physical activity to support work ability and mental health in common mental disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34, 170–181. <https://doi.org/10.1177/0269215519880230>
- Druss, B. G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N. A., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2009). Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 14, 728–737. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.13>
- Druss, B. G., Marcus, S. C., Rosenheck, R. A., Olfson, M., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2000). Understanding disability in mental and general medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1485–1491. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1485>
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3–12.
- Fjeldheim, S., Levin, I., & Engebretsen, E. (2015). The theoretical foundation of social case work. *Nordic Social Work Research*, 5(sup1), 42–55.
- Gazzillo, F., Dazzi, N., Kealy, D., & Cuomo, R. (2020). Personalizing psychotherapy for personality disorders: Perspectives from control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*.
- Høgelund, J., Holm, A., & McIntosh, J. (2010). Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics*, 29, 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.009>
- Kealy, D., Aafjes-van Doorn, K., Ehrenthal, J. C., Weber, R., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2020). Improving social functioning

- and life satisfaction among patients with personality dysfunction: Connectedness and engagement in integrative group treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27, 288–299. <https://doi.org/10.1002/cpp.2427>
- Kobelt, A. (2006). Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 3, 224–231.
- Lehmann, A., Alexopoulos, G., Goldman, H., Jeste, D., & Ustun, T. B. (2002). Mental disorders and disability: time to reevaluate the relationship? In D. Kupfer, M. First, & D. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. 201–218). American Psychiatric Association.
- Leuteritz, R., & Landl, R. (1996). Lebensqualität durch Soziotherapie. In R. Strobl (Ed.), *Schizophrenie und Psychotherapie* (Edition pro mente ed.) (pp. 243–259). Linz.
- Linden, M. (2009). Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin Rehabilitation*, 84, 137–142.
- Linden, M. (2017). Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 124–134. <https://doi.org/10.1002/bsl.2283>
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Dennis, M. S. (2011). Personal debt and suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 41, 771–778. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001261>
- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, T. B., Von Korff, M., & Kessler, R. C. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1180–1188. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1180>
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M., & Worringer, U. (2016). Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 15, 37–42.
- Muschalla, B., & Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 82, 917–931. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3305-8>
- Niehaus, M., Marfels, B., Vater, G., Magin, J., & Werkstetter, E. (2008). Company integration management: Study on the implementation of company integration management according to Paragr. 84 (2) of the Ninth Code of Social Law (SGB IX). Social Science Open Access Repository, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265779>
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise. *Sports Medicine*, 39, 491–511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Salomonsson, S., Hedman-Lagerlof, E., & Ost, L. G. (2018). Sickness absence: A systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychological Medicine*, 48, 1954–1965. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000065>
- Schmid, P. F. (2015). Person and society: Towards a person-centered sociotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14, 217–235. <https://doi.org/10.1080/14779757.2015.1062795>
- Schymainski, D., Linden, M., Schmitt, G., & Rose, M. (2021). Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 66, 156–162. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>
- Steeves, E. A., Martins, P. A., & Gittelsohn, J. (2014). Changing the food environment for obesity prevention: Key gaps and future directions. *Current Obesity Reports*, 3(4), 451–458.
- Svanberg, J., Gumley, A., & Wilson, A. (2010). How do social firms contribute to recovery from mental illness? A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 482–496. <https://doi.org/10.1002/cpp.681>
- UN. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/socdev/enable/rights/convtexte.htm>
- World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO Press.
- Yang, L. Q., Che, H., & Spector, P. E. (2008). Job stress and well-being: An examination from the view of person-environment fit. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 567–587.

**How to cite this article:** Schymainski, D., Solvie, J., Linden, M., & Rose, M. (2021). Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2649>

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Komplette Publikationsliste

Schymainski D, Solvie J, Linden M, Rose M. (2021). Spectrum, rate and unmet needs of sociomedical interventions in outpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29 (2), 590-599. <https://doi.org/10.1002/cpp.2649>. Impact Factor: 2.477

Schymainski, D., Linden, M., Schmitt, G., & Rose, M. (2021). Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 66(2), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00467-1>.

Linden, M., Schymainski, D., & Solvie J. (2019, 10. Dezember). Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie. *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_C/2019/C3-2019-Sozialmed-Richtlinien-Psychotherapie.pdf)

## Danksagung

An diese Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Zuallererst möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Michael Linden für die Anstellung als wissenschaftlicher Mitarbeiter in diesem Projekt und für die damit verbundene Möglichkeit, in seiner Arbeitsgruppe zu promovieren, bedanken. Dabei schätze ich auch die Freiheit in der Gestaltung der Arbeit. Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Matthias Rose für die Möglichkeit, unsere Studie in seiner Klinik durchzuführen.

Ich danke Julia Solvie. Ihr geschulter Blick und ihre fachliche sowie moralische Unterstützung waren für die Fertigstellung meiner Dissertation von großer Bedeutung.

Ich bedanke mich bei allen Psychologischen Psychotherapeut\*innen, die an unserer Studie teilgenommen haben. Mit Ihrer Teilnahme haben Sie einen außerordentlichen Beitrag zur Berücksichtigung der Sozialmedizin in unserem Fachbereich geleistet und mögliche Weichen für die zukünftige Ausrichtung der unserer Arbeit, vor dem Hintergrund einer nachhaltigen Genesung unserer Patient\*innen geleistet. Für Ihre Zukunft wünsche ich ihnen alles Gute.

Für die finanzielle Unterstützung danke ich der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (DRV-Berlin-Brandenburg), insbesondere Herrn Dr. Ulrich Eggens.

Auch bedanke ich mich bei Herrn Georg Schmitt, Vorsitz des Landesvorstands der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), für die Unterstützung dabei, die Mitglieder der DPtV auf die Teilnahme an unserer Studie aufmerksam zu machen.

Schließlich möchte ich mich bei Familie und Freund\*innen für ihre emotionale Unterstützung, ihre Geduld und ihre Zusprüche während des Studiums, der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und der Arbeit an dieser Dissertation bedanken. In Liebe.