



**Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
und Psychodynamische Psychotherapie DFT e. V. zur Erstfassung der Richtlinie  
über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung  
insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte  
mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf  
gemäß § 92 Absatz 6b SGB V**

In der DFT sind 29 staatlich anerkannte psychodynamische Aus- und Weiterbildungsinstitute organisiert sind. Zusammen bilden die DFT-Institute über 80% aller psychodynamischen Ausbildungskandidat\*innen bundesweit aus (angehende Psychologische Psychotherapeut\*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen und ärztliche Psychotherapeut\*innen). Insgesamt hat die DFT über 1500 Mitglieder (555 ordentliche, 966 außerordentliche, 2 assoziierte). Diese Mitglieder sind niedergelassen, klinisch stationär tätig, in Ausbildung, lehrend oder auch wissenschaftlich tätig und sind alle durch die Regelungen betroffen, da sie in der Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter tätig sind, zukünftige Psychotherapeut\*innen (die dann an der Versorgung teilnehmen werden) ausbilden oder zu Konzepten und Methoden forschen, wie schwer psychisch kranke Versicherte zukünftig besser zu versorgen wären.

Menschen, die von schweren und oft chronischen psychischen Erkrankungen betroffen sind, haben häufig einen erhöhten Behandlungsbedarf durch mehrere Leistungserbringer (Fachärzt\*innen vieler medizinischer Disziplinen, Psychotherapeut\*innen, Soziotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen, Physiotherapeut\*innen, ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuung, betreutes Wohnen, Krankenhäuser mit ggf. angeschlossenen Ambulanzen etc.). Bisher gibt es in der ambulanten Versorgung keine Möglichkeit der strukturierten und vernetzten Versorgung, was nun mit der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V verändert werden soll.

Die DFT begrüßt dieses Vorhaben, unterstützt die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer und sieht vor allem folgende Punkte als wichtig an:

1. Der Behandlungsbedarf von Menschen, die von schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen betroffen sind, sollte nicht ausschließlich diagnose- und leitlinienorientiert ermittelt werden. Gerade bei den Betroffenen solcher Erkrankungen ist der Behandlungsbedarf patientenorientiert zu ermitteln; alle Störungsbilder des Kapitels F der ICD 10 können zu schweren und chronifizierten Krankheitsverläufen führen. Gerade zum Beispiel die dissoziativen und/oder



psychosomatischen Erkrankungen gehen mit einer ausgeprägten Chronifizierungsgefahr, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Frühberentungsquote einher. Ob dies bei schweren und chronifizierten Verläufen der Fall ist, hängt u. a. von persönlichen Resilienzfaktoren, sozialer Unterstützung, Berücksichtigung sensorischer und körperlicher Faktoren sowie einer objektivierenden Bewertung der Erkrankung, des Krankheitserleben, der Krankheitsdarstellung und -konzepte der Patient\*innen, Berücksichtigung der Therapie- und Änderungsmotivation unter Einbezug von Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnissen der Patient\*innen und des sozialen Kontextes sowie deren Berücksichtigung in der Behandlungsplanung ab.

2. Deshalb sollten psychologische Psychotherapeut\*innen, ärztliche Psychotherapeut\*innen und Kinder-Jugend-Psychotherapeut\*innen aus dem ambulanten und stationären Bereich eine zentrale koordinierende Rolle übernehmen; die medizinisch-somatischen und medikamentös orientierten Behandler\*innen (ambulant und stationär) dürfen an dieser Stelle nicht alleine federführend sein. In den internationalen Leitlinien ist dies bereits Realität, weshalb auch in Deutschland aufgrund einer geforderten Leitliniengerechtigkeit psychotherapeutische Interventionen eine zentrale Bedeutung haben.
3. Betroffene Menschen mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf benötigen das Gefühl, mit ihrer Krankheit nicht alleine zu sein. Sie sollten genauso aufgefangen werden, wie Patient\*innen, die von schweren körperlichen Erkrankungen wie Krebs betroffen sind. Hierfür sind regelmäßige beziehungsbasierte Kontakte überlebensnotwendig. Häufig sind diese zum Aufbau von Tagesstrukturen und Förderung der Alltagsfähigkeit in der aufsuchenden Krankenpflege oder Soziotherapie zu finden. Doch die Bearbeitung der den schweren Erkrankungen meist zugrunde liegenden interpersonellen psychischen Themen muss psychotherapeutisch erfolgen. Hierfür ist besonders die psychodynamische Psychotherapie prädestiniert.
4. Da die Beziehungskonstanz ein wichtiger Faktor in der Behandlung betroffener Menschen darstellt, sollten Wechsel vertrauter Behandler möglichst vermieden, vorbereitet und begleitet werden sowie bereits etablierte vertraute Behandler unbedingt in das Netzwerk der koordinierten Versorgung einbezogen werden.
5. Wichtig ist auch, bessere Übergänge von der stationären in die ambulante Behandlung (und umgekehrt) zu ermöglichen.
6. Es müssen neue Abrechnungsziffern geschaffen werden, damit bei Bedarf eine aufsuchende psychotherapeutische Behandlung möglich wird. Dies betrifft nicht nur den schizophren erkrankten Personenkreis, sondern z. B. auch Menschen, die von schweren Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungsstörungen usw. betroffen sind. Durch die geplante berufsgruppenübergreifende koordinierte Versorgung wird ein gründlicher und regelmäßiger



Austausch aller Behandler\*innen notwendig, wofür ebenfalls Abrechnungsziffern und Strukturen (z.B. verpflichtender regelmäßiger „Runder Tisch“ mit allen Beteiligten) eingeführt werden müssen.

7. Auch sollten Möglichkeiten zur ambulanten Krisenintervention ausgebaut werden, wie z. B. Möglichkeiten einer Präsenz-Betreuung am Wochenende oder einer kurzfristigen Übernachtbetreuung. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollte auch in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen gelten.
8. Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind bessere Schnittstellen zwischen Schule und ambulanter Therapie zu fördern (z. B. auch hier durch Abrechnungsziffern zur aufsuchenden Psychotherapie, zu runden Tischen oder zu Interventionen, die in der Schule erfolgen). Des Weiteren sollten ambulante hybride Besuchungsmöglichkeiten etabliert werden, um erkrankte Kinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, weiterhin am Unterricht teilzunehmen und die Rückführung in den Präsenzunterricht zu erleichtern.

München, 25.01.2021