

Komplexleistungen für Patient*innen mit besonderem Behandlungsbedarf
(betr. § 92 Absatz 6b des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019)

Bleibt die notwendige Reform im Ansatz stecken?

Ausgangslage:

Das ambulante Versorgungssystem ist zersplittert und nicht nur für Patient*innen unübersichtlich und häufig unkoordiniert. Psychotherapie, insbesondere Richtlinien-Psychotherapie z.B. für Menschen mit Psychosen ist im ambulanten Bereich zu selten verfügbar. Vor allem Patient*innen mit längerfristigen Erkrankungen und besonderem Behandlungsbedarf werden in Krisen häufig stationär behandelt, weil sie mit den unkoordinierten ambulanten Teilleistungen nicht zurechtkommen oder die für sie notwendigen Komplexleistungen für sie nicht erreichbar, zu wenig mobil und flexibel sind. Eine dringend notwendige konzeptuelle und personelle Kontinuität in der Behandlung ist nicht gewährleistet.

Hoffnungsvolle Ansätze:

Die S3-Leitlinien für Schizophrenie und Bipolare Störungen empfehlen Psychotherapie in jeder Behandlungsphase und für jede Krankheitsschwere. Dies bedeutet Arbeit mit und an der Beziehung zu den Patient*innen, die zu einem großen Prozentsatz krankheitsbedingt zumindest zeitweilig solche Beziehungen aus eigenem Antrieb nicht suchen oder organisieren können. Die Zusammenarbeit verschiedener behandelnder Personen aus unterschiedlichen Sektoren muss als Komplexleistung koordiniert werden, damit konzeptuelle und personelle Kontinuität erreicht wird. Die Leitlinie für Psychosoziale Therapien empfiehlt eine noch weitergehende Komplexleistung, die SGB V und IX, also Behandlung und Eingliederung, bedürfnisnah und bedarfsgerecht verknüpft, und die verpflichtende Zusammenarbeit in Psychosozialen Ausschüssen (wie in der Psychiatrie-Enquete). Ein vom Bundesgesundheitsministerium aufgelegtes Forschungsnetz zur Reduktion von Zwang belegt diese Forderungen als zwingend notwendige Voraussetzungen. Schon Gesundheitsminister Gröhe (CDU) hatte unter der Überschrift der „stations-äquivalenten Akutbehandlung zuhause“ (StäB) die Krankenhausleistung mobilisiert. Komplexbehandlung muss bedeuten, die Stärken der verschiedenen ambulanten und aufsuchenden Ansätze zu addieren, statt sie auszuschließen – als echtes Gegengewicht zur stationären Behandlung und zur wirksamen Reduktion der Zwangsbehandlung.

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler
Vorsitzende
Universitätsklinikum Charité
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Charitéplatz 1
10117 Berlin
dorothea.vonhaebler@charite.de

Roswitha Hurtz
Stellvertretende Vorsitzende
kbo-Isar-Amper-Klinikum
München-Ost
Ringstr. 14
85540 Haar
roswitha.hurtz@kbo.de

Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg
Stellvertretender Vorsitzender
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Osianderstraße 24
72076 Tübingen
Stefan.Klingberg@med.uni-
tuebingen.de

Prof. Dr. phil. Thomas Bock
Beisitzer
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Martinstraße 52
20246 Hamburg
bock@uke.de

Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf
Beisitzer
Vivantes Klinikum Am Urban
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Dieffenbachstraße 1
10967 Berlin
andreas.bechdorf@vivantes.de

Sekretariat:
Sophie Kremer
DDPP e.V.
Stromstr. 1
10555 Berlin
Fax: 030-700143-4346
sophie.kremer@ddpp.eu

Bankverbindung:
IBAN: DE56 3006 0601 0008 6910 29
BIC: DAAEDED3
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

Die Gefahr:

Es ist zu befürchten, dass die Psychotherapie, insbesondere die Richtlinienpsychotherapie in den aktuell diskutierten Komplexleistungsmodellen nicht ausreichend berücksichtigt und mitgeplant wird. Behandlungsentscheidungen müssen fachgerecht und nicht aufgrund allgemeiner und nicht einzelfallorientierter Vorgaben gefällt werden. Ein Modell, das ausschließlich von psychiatrischen Praxen aus gedacht und in diesem Sinne digitalisiert gesteuert wird, ist nicht gut geeignet, um sektorübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit von der Akutbehandlung bis zur Wiedereingliederung zu leisten. Die Zusammenarbeit z.B. von Psychiatrischen Institutsambulanzen und psychotherapeutischen Praxen wäre weiterhin ausgeschlossen. Praxis(zentren) mit Geldern auszustatten, um ein (digital gesteuertes) Netzwerk zu implementieren, Patient*innen einzuschleusen und nach einem Jahr in die vorherige Behandlungs-Situation zurückzuschicken, ist keine Lösung. Damit wird die notwendige konzeptuelle und personelle Kontinuität verhindert. Es würde allen Leitlinien (s.o.) widersprechen, wäre quantitativ wie qualitativ unzulänglich.

Wir fordern:

1. Die in den aktuellen S3-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Leistungen müssen in vollem Umfang ein selbstverständlicher und leicht zugänglicher Bestandteil von Komplexbehandlungsmodellen sein. Das Gleiche gilt für die in den S3-Leitlinien für Psychosoziale Therapien mit „höchster“ Evidenz empfohlenen mobilen multiprofessionellen Teams.
2. Komplexleistungen müssen für Patienten mit „severe mental illness“ (SMI) im Bedarfsfall auch längerfristig möglich sein.
3. Komplexleistungen umfassen alle SGB V Leistungen und sind zugleich offen und anschlussfähig für Leistungen der Eingliederungshilfe und innovative aufsuchende Hilfen.
4. Komplexleistungen sind auch in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) möglich und lassen die Zusammenarbeit mit psychiatrischen *und* psychotherapeutischen Praxen zu.
5. Alle Anbieter von Behandlung (SGB V) und Eingliederungshilfe (SGB IX) werden zu einer verbindlichen regionalen Zusammenarbeit verpflichtet.

Koordinationsleistungen und Netzwerkgespräche werden für alle an der Behandlung Beteiligten finanziert. Ziel muss eine konzeptuelle und wenn möglich personelle Kontinuität sein.

**Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler
Vorsitzende**

Universitätsklinikum Charité
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Charitéplatz 1
10117 Berlin
dorothea.vonhaebler@charite.de

**Roswitha Hurtz
Stellvertretende Vorsitzende**

kbo-Isar-Amper-Klinikum
München-Ost
Ringstr. 14
85540 Haar
roswitha.hurtz@kbo.de

**Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg
Stellvertretender Vorsitzender**

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Osianderstraße 24
72076 Tübingen
Stefan.Klingberg@med.uni-
tuebingen.de

**Prof. Dr. phil. Thomas Bock
Beisitzer**

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Martinstraße 52
20246 Hamburg
bock@uke.de

**Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf
Beisitzer**

Vivantes Klinikum Am Urban
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Dieffenbachstraße 1
10967 Berlin
andreas.bechdorf@vivantes.de

Sekretariat:

Sophie Kremer
DDPP e.V.
Stromstr. 1
10555 Berlin
Fax: 030-700143-4346
sophie.kremer@ddpp.eu

Bankverbindung:

IBAN: DE56 3006 0601 0008 6910 29
BIC: DAAEDED3
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

Die Unterzeichnenden

Dr. med. Volkmar Aderhold
DDPP-Beirat

Prof. Dr. med. Heinz Böker
DDPP-Beirat

**Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen
(BApK) e.V.**

**Dachverband Deutschsprachiger
PsychosenPsychotherapie
(DDPP) e.V.**

**Deutsche Gesellschaft
für Gruppenanalyse und
Gruppenpsychotherapie e.V. (D3G)**

**Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.**

**Deutsche Psychologische
Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie
(DPGG) e.V.**
Dr. phil. Dorothee Wienand-Kranz,
1. Vorsitzende

Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg
Sprecher für den Abschnitt
Psychotherapie, S3-Leitlinie
Schizophrenie und Vorstand des DDPP

Prof. Dr. Tania Lincoln
Verantwortliche für die Leitlinie
Schizophrenie der Deutschen
Gesellschaft für Psychologie und
DDPP-Beirat

Dr. med. Christian Pape
DDPP-Beirat

Dr. med. Jann Schlimme
DDPP-Beirat

PD Dr. phil. Christian Stiglmayer
für den Dachverband Dialektisch
Behaviorale Therapie (DDBT) e.V.

Prof. Dr. med. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg

**Bundesinitiative Ambulante
Psychiatrische Pflege (BAPP) e.V.**

**Bundesverband
Psychiatrie-Erfahrene*r e.V.**

Jurand Daszkowski
Bundesverband
Psychiatrie-Erfahrene*r e.V.

**Deutsche Gesellschaft
für Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.**

**Deutsche Psychoanalytische
Gesellschaft (DPG)**

**Gesellschaft zur Förderung
empirisch begründeter
Therapieansätze bei
schizophrenen Menschen (gfts)**

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff
Voritzender des Aufsichtsrates des
Internationalen Psychoanalytischen
Universität Berlin (IPU)

Dr. med. Hans-Jochim Meyer
Landesverband Hamburg der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.

**Psychiatrie Initiative Berlin
Brandenburg (PIBB)**

Gwen Schulz
Genesungsbegleiterin im UKE,
Tischlerin und DDPP-Beirat

Systemische Gesellschaft (SG)

Prof. Dr. phil. Thomas Bock
Mitarbeit in den Leitlinien Bipolare
Störungen und Psychosoziale
Therapien, Vorstand DDPP

**Bundesnetzwerk Selbsthilfe
seelische Gesundheit (NetzG) e.V.**

**Bundesweites Netzwerk
Sozialpsychiatrischer Dienste**

**Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege (DFPP)**

**Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)**
Christel Achberger, Vorsitzende und
Richard Suhre, Geschäftsführung

**Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung (DPV)**
Dr. med. Valérie Bouville, Vorsitzende

Nils Greve
Vorsitzender des Dachverbands
Gemeindepsychiatrie e.V.
und DDPP-Beirat

**Landesverband Hessen der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.**

Dr. Klaus Obert
Bereichsleitung Sucht- und
Sozialpsychiatrische Hilfen
Caritsverband für Stuttgart e.V.

Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller
Direktorin, Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public Health,
Universität Leipzig

Prof. Dr. med. Tilman Steinert
Herausgeber S3-Leitlinie
Verhinderung von Zwang

**vpsg- Verein für Psychiatrie und
seelische Gesundheit Berlin/BRB**