

Jürgen Hardt

Präsident

der

Psychotherapeutenkammer

Hessen

Begrüßung zur gemeinsamen Fachtagung der LÄK Hessen und LPPKJP Hessen – „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“ am 18./19. Juni 2010

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Gäste,

ich begrüße Sie im Namen der Landeskammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herzlich zu der heutigen Veranstaltung, die von der Landesärztekammer und von uns getragen wird. Sie ist vom Gemeinsamen Beirat der beiden Kammern organisiert worden, der damit in hervorragender Weise seine Aufgabe erfüllt, die ihm von Gesetzgeber aufgetragen worden ist – ich zitiere aus dem Hessischen Heil-berufsgesetz: § 2 Abs 4:

Die Landesärztekammer und die Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bilden zur gemeinsamen Erörterung von die Ausübung der Psychotherapie betreffenden Fragen.... einen Beirat.

Zuerst möchte ich mich bei den Mitgliedern des gemeinsamen Beirates für die Thematik bedanken, die sie für diese Veranstaltung in den Blick gerückt haben:

„Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“.

Dieser Titel ist auf Kritik gestoßen, wurde doch vermutet, dass wir damit Vorurteile bedienen oder gar schüren, die mit Stiefbeziehungen allgemein verbunden werden und die Stieffamilien, Stiefeltern, Stiefkinder im familiären Kontext sehr belasten. Gegen einen solchen undifferenzierten, vorurteilsvollen Gebrauch des Titels wenden wir uns. Wir haben diesen Titel gewählt, weil der Begriff „Stiefkinder“ allgemein mit Vernachlässigung assoziiert wird – und es geht in der heute und morgen stattfindenden Veranstaltung tatsächlich um Vernachlässigung, um vernachlässigte Patientengruppen, was die psychotherapeutische Versorgung angeht. Natürlich wissen wir, dass Kinder getrennt lebender oder geschiedener Eltern, die in neuen Familienkonstellationen leben – was ja ursprünglich unter Stiefkindern verstanden wurde – sich heutzutage im Großen und Ganzen hinsichtlich ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit nicht von Kindern aus sogenannten natürlichen, biologischen Zwei-Eltern-Familien unterscheiden.

Mit Kindern in neuen Familienstrukturen ist notwendiger Weise Annehmen und Aufnehmen neuer Beziehungen nach Zurücklassen und Aufgeben alter Beziehungsstrukturen verbunden.

Mit dieser Problematik des Aufgebens und wieder Annehmens, des Zurücklassens und wieder Aufnehmens von leidenden Menschen, die der Psychotherapie bedürfen und keine bekommen, wollen wir uns in dieser Tagung beschäftigen. Dass wir den Titel „Stiefkinder“ gewählt haben, soll also nicht

ausgrenzen und abwerten, sondern im Gegenteil betonen, dass wir uns diesen Patienten verpflichtet fühlen und ihnen verbunden sind, dass wir uns ihrer annehmen sollten und dazu bereit sind.

Meine Damen und Herren, bitte erlauben Sie mir eine persönliche Bemerkung zum Thema, die ich auch im Namen meiner Frau, einer Ärztin, Psychiaterin und Psychoanalytikerin machen kann und mit ihr besprochen habe.

Wir haben Anfang der 70er-Jahre gemeinsam in einer sich im Umbruch befindenden Psychiatrie gearbeitet und an der sozialpsychiatrischen Reformbewegung teilgenommen. Unser Anliegen war es – auch und gerade – in der akutpsychiatrischen Versorgung psychotherapeutische Sichtweisen einzuführen. Etwas später bekam ich von der Leitung des Krankenhauses die Gelegenheit, eine psychotherapeutische Modellstation für Langzeit-Psychosekranken aufzubauen und durfte diese Station unter der Schirmherrschaft des ärztlichen Direktors leiten.

Als wir schließlich das Krankenhaus verließen, um gemeinsam eine psychotherapeutisch-psychoanalytische Praxis zu gründen, hatten wir vor, weiterhin psychiatrische Patienten (Psychotische und Borderlinepatienten) psychotherapeutisch ambulant zu behandeln. Das gelang auch, allerdings nicht in dem Maße, wie wir das uns gewünscht hatten.

Ich hatte – als Psychologe mit psychoanalytischer Ausbildung – mehrere psychiatrische Patienten über den Zeitraum von mehreren Jahren in Behandlung. Die Kostenträger hatten gegen eine Behandlung durch mich keinerlei Einwände, weil die Behandlung meist auf Zuweisung und in Absprache mit einer Universitätspsychiatrie erfolgte. Gelegentliche Nachfragen bezüglich der weiteren Behandlungsnotwendigkeit waren schnell erledigt, entweder mit Verweis auf die Klinik und deren Befürwortung oder einer vertrauensärztlichen Stellungnahme. Das waren zum Teil langjährige Behandlungsprozesse mit oft gutem Erfolg, gut zumindest insofern, weil weitere Verschlechterungen ausblieben, was ohne Behandlung eher zu erwarten gewesen wäre, soziale und auch berufliche Integration verbessert oder überhaupt erst möglich wurde und Klinikaufenthalte vermieden oder verkürzt werden konnten.

Im Laufe der Zeit wurde es allerdings schwieriger, solche Behandlungen durchzuführen. Die Kostenträger waren nicht mehr bereit, lange Behandlungsprozesse zu finanzieren oder sie verwiesen auf die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten, die meine Frau zwar wahrnehmen konnte, die mir aber verschlossen waren. So entwickelte sich unsere Praxis mehr und mehr in eine Richtung, die wir eigentlich nicht vorgesehen hatten: wir behandelten in der Mehrzahl gut integrierte, meist akademisch gebildete und beruflich oft erfolgreiche neurotische Patienten, die allerdings nicht aus Luxus Behandlung suchen, sondern weil sie leiden und ohne Hilfe nicht genesen können

Mit der genaueren Auslegung der Psychotherapierichtlinien durch die Kostenträger war die psychotherapeutisch-ambulante Langzeitpsychotherapie für Psychosekranken zumindest innerhalb der gesetzlichen Krankenversorgung

kaum noch möglich. (Die psychiatrischen Ziffern erlauben zwar eingeschränkte Kontakte, die natürlich hilfreich sind, aber sie gestatten keine aufwändige Psychotherapie, die oft notwendig wäre).

Aber es waren nicht nur äußere Gründe, die dazu führten, dass die Behandlung von psychiatrischen Patienten in unserer Praxis immer seltener wurde. Es gab auch Gründe, die mit einer psychotherapeutischen Praxis verbunden sind. Psychotische Patienten sind sperrig gegenüber dem psychotherapeutischen Normalbetrieb. Sie bringen meist nicht die erforderliche Ich-Stärke auf, die vom Praxisbetrieb verlangt werden muss. Sie können oft den Aufschub bis zum nächsten vereinbarten Termin nicht leisten und sind auf die vorgemerkten Termine schwer zu beschränken... Sie werden das alle kennen, wenn Sie jemals in diesem Bereich gearbeitet haben.

Was wäre damals eine Lösung gewesen? Wir planten, bei Gründung der Praxis eine offene Sprechzeit einzurichten und wollten im engen Kontakt mit Beratungsstellen, die in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft eingerichtet worden oder zumindest vorgesehen waren, arbeiten. Aber das zu leisten, was heute Vernetzung genannt wird, gelang nur zum Teil. Denn es stellte sich bald heraus, dass nicht nur die Praxiszwänge der Kooperation Grenzen setzen, sondern dass auch sozialpsychiatrische Einrichtungen nur eingeschränkte Kapazitäten zur Kooperation mit einer normalen Kassenpraxis zur Verfügung haben.

In diesem Zusammenhang gilt es einen weiteren der psychotherapeutischen Praxis intrinsischen Grund, der die Kooperation behindert, zu beachten: Psychotherapie braucht immer absolute Vertraulichkeit, was man im englischen „privacy“, also Privatheit, nennt. Privatheit in diesem Sinne isoliert den Ort der Psychotherapie, d.h. rückt die Praxis aus dem gesellschaftlichen Kontext heraus. Sie steht also einer Vernetzung, die leichtere Durchlässigkeit bewirken soll, entgegen. Die absolute Vertraulichkeit setzt der Kooperation Grenzen, die beachtet werden müssen und deren Überschreitung genaues Bedenken bedarf.

Wir werden, so bin ich mir sicher, in der folgenden Tagung mit dem Spannungsfeld Privatheit versus Vernetzung, sowie den Möglichkeiten und den Schwierigkeiten der Kooperation sehr viel zu tun haben. Denn alle von uns zurückgelassenen, nicht wieder angenommenen oder abgegebenen Patienten konfrontieren uns damit, die Grenzen psychotherapeutischer Praxis und ihre Privatheit zu wahren und zugleich kollegiale Kooperationen aufzusuchen und einzugehen, soweit das möglich ist. Darüber hinaus müssen wir uns fragen, ob die Regularien der Richtlinien-Psychotherapie, die der ambulanten Praxis eine gewisse Stabilität geben, für manche Patientengruppen nicht zu starr und damit zu wenig „anschlussfähig“ an diese sind, sie also zu Stiefkindern machen.

Erst wenn wir diese Problem fachlich gelöst haben, können wir uns mit dem Anliegen an die Kostenträger wenden, die Behandlung von psychothera-

peutischen Stiefkindern so auszustatten, dass die notwendigen Kooperationen eingegangen und mitgetragen werden können.

Ich danke Ihnen und wünsche Ihnen einen anregenden Tagungsverlauf.

Am Ende der Tagung schließt sich der Kreis. Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion betonen die Notwendigkeit der Vernetzung, die bisher lediglich mithilfe von Appellen und Finanzierungsmodellen erreicht werden soll. Dem stehen aber nur begrenzte Mittel zur Kooperation zur Verfügung. So macht sich eine Ratlosigkeit breit. Eine Rückbesinnung auf die Anfänge der Sozialpsychiatrie und die sie tragenden Konzepte eröffnet einen Weg. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften stellten Vernetzungen in der Gesellschaft her, sie waren getragen vom Gedanken der „Solidarität“, die für H.-E. Richter oberstes Lernziel der Gesellschaft sein sollte.

Als Vorbild galt den neuen Initiativen das 13. Arrondissement in Paris, das eine ethische Basierung in der französisch katholischen Soziallehre hatte, also auf christlichen Werten beruhte. Diese Initiativen haben aber ihren Schwung verloren, weil einerseits die Eigenlogik – der Eigensinn – von beteiligten Institutionen sich durchgesetzt hat, weil aber andererseits der Gedanke der Solidarität aus der Gesundheitswirtschaft verdrängt worden ist.

Hier ist die politische Öffentlichkeit gefordert: Krankenbehandlung kann nur als Gemeinschaftsaufgabe gelingen und der verschärfte Wettbewerb unter den „Anbietern“ macht vertrauensvolle Kooperation dysfunktional und unmöglich.

Gemeiname Fachtagung LÄK Hessen und LPPKJP Hessen

„Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“

Bereits zum zweiten Mal fand am 18./19.06. im Haus am Dom in Frankfurt am Main eine gemeinsame Fachtagung der beiden Schwesterkammern Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Psychotherapeutenkammerhessen (LPPKJP Hessen) statt – diesmal unter dem Motto „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“. In der Veranstaltung mit rund 150 sehr interessierten Teilnehmer, zum großen Teil Mitglieder der LPPKJP Hessen, wurde sich folgenden psychotherapeutischen „Versorgungsstiefkindern“ gewidmet: Kinder und Jugendliche, psychosomatisch Erkrankte, chronisch psychisch kranke Menschen, Migranten sowie älteren Menschen. (Bekanntlich müssen weiteren Patienten-gruppen diesem Kreis der „Stiefkinder“ hinzugezählt werden, etwa Suchtkranke oder chronisch körperlich Erkrankte, aber aufgrund der begrenzten Zeitstruktur einer Fachtagung musste eine Auswahl getroffen werden.)

Stellvertretend für den aufgrund einer plötzlichen Erkrankung verhinderten Präsidenten der Ärztekammer Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach sprach Prof. Cornelia Krause-Girth als Mitglied des Gemeinsamen Beirats der beiden Kammern einleitende Worte. Die Einleitung in die Fachtagung seitens der Psychotherapeutenkammer übernahm deren Präsident Jürgen Hardt. Er wies darauf hin, dass mit dem Begriff „Stiefkinder“ in keiner Weise eine Abwertung oder gar Diskriminierung von Kindern von getrennten oder geschiedenen Eltern gemeint ist, sondern metaphorisch auf ein ernstes Problem der psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen werden soll, das sich nach seiner langen Praxiserfahrung trotz anderer Ansätze nicht gebessert, eher verschärft hat. Auch wenn, so Hardt, möglicherweise durch eine größere Flexibilität der Richtlinienpsychotherapie sowie eine engere Vernetzung und Kooperation der Psychotherapeuten mit ihrem professionellen Umfeld Ressourcen für eine bessere Versorgung von psychotherapeutischen „Stiefkindern“ freigesetzt werden können, müssten diese Bemühungen um Kooperation aber die für jede psychotherapeutische Beziehung konstitutive Vertraulichkeit (privacy) berücksichtigen. Er erinnerte an die Versorgungskonzepte, die nach der Psychiatrie-enquete entwickelt wurden, die aber in der Umsetzung auf Grenzen der Praktikabilität stießen. Hier gelte es wieder anzusetzen: die neuen Versorgungsformen zur Bildung von Kooperationen zu nützen und Kapazitäten für eine notwendige Zusammenarbeit zu schaffen.

Ein erfrischendes und kluges Grußwort sprach die Frankfurter Umwelt- und Gesundheitsdezernentin Dr. Manuela Rottmann, in dem sie u.a. auf eine in Frankfurt zu beobachtende sich an der sozialen Schichtung ausrichtende Spaltung der Gesundheitsversorgung mit großer Sorge hinwies; diese soziale Schere sei vor allem bei Kindern und Jugendlichen massiv zu erkennen. Zudem würden ihr viele Patienten immer wieder von Ihrer Überforderung berichten, sich in der Administration und Bürokratie des undurchsichtigen Gesundheitssystems noch zurecht zu finden.

Wie gut ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?

Der öffentliche Vortrag am Freitagabend, moderiert von Marion Schwarz, Mitglied des Gemeinsamen Beirats LÄK/LPPKJP und des Vorstands der LPPKJP, wurde von Prof. Dieter Kleiber, Verhaltenstherapeut und Leiter des Arbeitsbereichs „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (PPG)“ der FU Berlin gehalten, in dem er der Frage nachging: „Wie gut ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?“. Diese Frage beantwortete er in einer der Komplexität der Materie geschulden Tour de Force an Zahlen und Daten zweiseitig:

- Zum einen verfüge Deutschland immer noch über das weltweit beste psychotherapeutische Versorgungssystem; zudem zeigen Studien in der Synopse klar, dass Psychotherapie einen positiven Cost Offset-Effekt bedingt und Kosten-effektiver ist als viele andere Interventionen.

- Auf der anderen Seite steige die Anzahl psychischer Erkrankungsdiagnosen bei den Krankenkassen weiter an (wobei er offen ließ, ob es sich hierbei um einen „echten“ Anstieg der Prävalenz handelt und/oder andere Faktoren, wie bessere Erkennung seitens Behandlern und bessere Informiertheit seitens Patienten, hierzu wesentlich beitragen): Nahezu jeder Dritte Bundesbürger (32,1%; = 15,6 Mio.) im Alter zwischen 18 und 65 Jahren leidet inzwischen unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung und das Lebenszeitrisiko liegt in der gesamten EU mit 50% noch deutlich höher. Zudem bleiben rund 2/3 der psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter unbehandelt, nur 10% der Betroffenen erhalten überhaupt eine adäquate fachgerechte Behandlung.

In der anschließenden Diskussion wurde Überlegungen ausgetauscht, wie dieser Missstand angegangen werden könnte. Kleiber selbst brachte in die Diskussion ein, dass möglicherweise durch das Ableisten von einer größeren Menge von sehr kurzen Therapien (10-20 Sitzungen) bei einer größeren Menge von Patienten Psychotherapeuten Abhilfe schaffen könnten, da sich bekanntlich bereits in den ersten Sitzungen bestimmte Parameter wie Wohlbefinden und Funktionsniveau durchschnittlich drastisch zum positiven hin verändern. Dieser Befund wurde allerdings kritisch hinterfragt, u.a. mit Hinweis auf die bereits von Freud bei vielen Patienten beobachtete kurzfristige „Flucht in die Gesundheit“.

Kinder und Jugendliche

Eröffnet wurde der Samstag von der Vorsitzenden des Gemeinsamen Beirats der LÄK und der LPPKJP Sabine Eckert. Sie unterstrich einerseits den notwendigen Vorrang der fachlichen Auseinandersetzung, der sich letztlich auch als langfristiger Beitrag zu einer reduzierten Kostenentwicklung erweisen könne und hob dabei hervor, dass bei der Diskussion des Themas zwischen der Behandlung und der Versorgung psychisch kranker Menschen unterschieden werden müsse, um die dabei zutage tretenden Differenzierungen im Umgang mit den Patienten zu verdeutlichen. Nach dieser Eröffnung bestritt Dieter Kleiber den ersten Vortrag, moderiert von Helga Jacobi vom Gemeinsamen Beirat der LÄK und der LPPKJP, am Samstagvormittag, in dem es gezielt um die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ging, bei denen rund 4/5 mit psychischen Störungen unbehandelt bleiben. Kleiber bestätigte anhand von empirischen Zahlen die Beobachtung der Frankfurter Gesundheitsdezernentin, nämlich dass sich die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status sehr unterschiedlich verteilt. Die sog. BELLA-Studie erbrachte hierzu folgende Ergebnisse: Oberschicht (16.4%), Mittelschicht (20,9%) und Unterschicht (31.3%). Kleiber plädierte zudem für verstärkte Anstrengungen im Bereich der primären Prävention bei Kindern und Jugendlichen, da hier laut Befunden aus

entwicklungspsychopathologischer Sicht ein wichtiger Ansatzpunkt ist (z.B. Adipositas). Mit dieser Einschätzung kam Kleiber einer wichtigen Forderung des psychotherapeutischen Berufsstands sehr entgegen, nämlich auch im Bereich der Primärprävention verstärkt tätig werden zu können.

Psychosomatisch Erkrankte

Prof. Johannes Kruse, Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, verfolgte, moderiert von Dr. Wolfgang Merkle, Chefarzt der Psychosomatischen Klinik des Hospitals zum Heiligen Geist in Frankfurt/Main, in seinen Ausführungen „den lange Weg des psychosomatischen Patienten bis zur Therapie“. Er setzte sich kritisch mit dem in der (Fach-)Öffentlichkeit bekannten Datum auseinander, dass es ungefähr sieben Jahre dauere bis Patienten mit psychischen Erkrankungen eine angemessene Therapie erhalten. Dieser Befund stammt wie man weiß aus Studien von Manfred Zielke, die laut Kruse methodische Mängel aufweisen; er selbst kommt bei eigenen Erhebungen auf einen ein wenig kürzeren Zeitraum. Als Gründe für die dennoch späte Inanspruchnahme nannte Kruse: eine unzureichende Diagnose psychosomatischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung, strukturelle Defizite in der psychosomatischen Versorgung sowie individuelle und soziale Behandlungsbarrieren. Kruse betonte, dass dem Hausarzt eine wichtige Rolle dabei zukommt, dass somatoforme Patienten die richtige Behandlung bekommen. Hierzu seien aber nicht nur verbesserte Screening-Verfahren und optimierte hausärztliche Kommunikationsskills notwendig, sondern auch ein Verstehen des psychodynamischen Grundkonflikts solcher Patienten, der sich als Sehnsucht nach einem idealisierten Objekt und einer Abwertung desselben grob skizzieren lässt. Zudem plädierte Kruse für realistische Zielsetzungen in der Therapie somatoformer Störungen und stellte hierbei in Frage, ob sehr kurzfristige Therapien trotz Symptomverbesserungen Nachhaltigkeit mit sich bringen könnten.

Chronisch psychisch kranke Menschen

Dr. Brigitte Haaf, psychologische Psychotherapeutin aus Mainz, stellte in ihrem sehr praxisorientierten Vortrag ein integriertes Versorgungsprojekt zur Behandlung chronisch psychisch kranker Patienten vor, dass vom „Netz für seelische Gesundheit Mainz e.V.“ initiiert wurde. Im Frühjahr 2006 wurde hierzu nach §§ 140a ff SGB V ein Vertrag geschlossen. Vertragspartner sind die TK Rheinland-Pfalz, Institutsambulanz und Tagesklinik, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten als Mitglieder des Netzes sowie die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen. Teilnahmen können schwer psychisch Kranke, für die die bestehenden ambulanten Versorgungsformen nicht ausreicht, die Mitglied der TK sind sowie eine Primärdiagnose aus den ICD 10 Bereichen F2, F3 und F4 haben. Das vielfältige Behandlungsangebot des IV-Vertrags umfasst u.a.: (Einzel- oder Gruppen-) Psychotherapie,

diagnostische Maßnahmen (EEG, EKG, Labor etc.), Ergotherapie, Hilfe bei der Wiedereingliederung, sozialpsychiatrische Betreuung, Sport aber auch Entspannung oder Qi Gong. Die teilnehmenden Behandler haben sich verpflichtet, Patienten innerhalb von sieben Tagen einen Clearing-Termin anzubieten. Als Herzstück des IV-Projekts bezeichnete Haaf die regelmäßigen Projekt- und Fallbesprechungen im Team, da bei den im Rahmen des IV-Projekts behandelten oft sehr schwer gestörten Patienten Einzelkämpfertum sehr kraftraubend und unbefriedigend sei. Nachteil des IV-Projekts sei, dass nur eine geringe Zahl an Patienten behandelt werden könnte (etwa aufgrund der Begrenztheit teilnehmender Psychotherapeuten) und dass es ab und an zu Reibungen zwischen heilkundlichen und ökonomischen Logiken komme. Insgesamt äußerte sie sich aber zufrieden über diese Art der kooperativen Behandlung ihrer speziellen „Stiefkinder“ der psychotherapeutischen Versorgung.

Migranten

Der Integration von Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme widmete sich Ramazan Salman vom ethnomedizinischen Zentrum in Hannover in seinem lebendigen Vortrag, der von Uta Cramer-Düncher, Mitglied der Vorbereitungsgruppe der Fachtagung sowie des Vorstands der LPPKJP, moderiert wurde. Einführend klärte er auf, dass Migranten eine sehr viel heterogene Bevölkerungsgruppe in Deutschland darstellen würden als die Nicht-Migranten, die soziologisch oft in nur eine handvoll Untergruppen eingeteilt werden könnten. 2015 werden 40% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Migrationshintergrund haben. Salman plädierte dafür Chancen und Risiken von Migration in Balance zu betrachten: Migration bringe psychisch vermittelte, tief greifende Veränderungen mit sich. Viele Migranten seien aufgrund niedriger Bildung, prekärer Arbeitsverhältnisse und rechtlicher Beschränkungen sozial benachteiligt, was vielfältige Auswirkungen auf ihren Gesundheitsstatus habe. Aber: Migration mache nicht zwangsläufig krank und bei weitem nicht alle Migranten hätten psychische Störungen. Hilfreich seien eine interkulturelle Öffnung des psychotherapeutischen Versorgungssystems, Kultursensibilität, verstärkte Anstrengungen in Integration, Prävention und Forschung sowie ein systemisch-ressourcenorientiertes Vorgehen. Als beispielhaft nannte er hier die Sonnenberger Leitlinien für die Integration von Migranten in die Psychotherapie und Psychiatrie, an denen er selbst maßgeblich mitgearbeitet hat.

Ältere Menschen

Dr. Christiane Schrader, Psychoanalytikerin vom Institut für Alternspsychotherapie und angewandte Gerontologie, sprach zur Psychotherapie mit älteren Menschen. Sie erläuterte, dass Ältere in psychotherapeutischen Praxen erheblich unterrepräsentiert waren und weiterhin noch sind: In den 90er Jahren

lag der Anteil der über 60jährigen dort bei 0,9 bis 1,5 %, inzwischen liegt er für die 60 bis 69jährigen bei 5,0%, für die über 70jährigen bei 1%. Schrader sprach von einem „Vermeidungsbündnis“ zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und Patienten: Auf alle würden, ob man will oder nicht, negative Altersstereotype wirken; zudem mangle es an Wissen und Kenntnissen. Deshalb plädierte sie dafür, dass die psychotherapeutische Behandlung Älterer integraler Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Richtlinienverfahren und der psychotherapeutischen Praxis sein sollte und die bewährten psychotherapeutischen Methoden für diese Altersgruppe weiterentwickelt oder modifiziert werden sollten. Schrader empfahl Psychotherapeuten, sich aktiv um die Behandlung von auch älteren Menschen zu bemühen, da es eine große Bereicherung sei, mit Menschen mit einer reichhaltigen und großen Lebenserfahrung zu arbeiten. Ihr Vortrag wurde von dem ärztlichen Psychotherapeuten Jochen Klauenflügel moderiert.

Abschließende Podiumsdiskussion

Bei der abschließenden Podiumsdiskussion, die von Thomas Merz, Mitglied des Gemeinsamen Beirats der LÄK und der LPPKJP sowie des Vorstands der LPPKJP, und Cornelia Krause-Girth moderiert wurde, empfahl Dr. Hubert Schindler vom Verband der Ersatzkassen aus Berlin Thesenpapiere zur dem, was in der psychotherapeutischen Behandlung der einzelnen behandelten „Stiefkinder“-Patientengruppen von Nöten wäre, zu entwerfen und zu publizieren. Auf einen Einwand von Dr. Ulrich Müller, Vorstandsmitglied der LPPKJP auf dem Podium, wonach die Krankenkassen ihre Budgets weniger unter fachlichen sondern vielmehr unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten „wie ein Industrie-unternehmen“ führten, erläuterte Schindler nochmals die betriebswirtschaftliche Logik von Krankenkassen, die oft ein Denken nur im Ein- maximal Zwei-Jahres-Rhythmus zulasse – und eben meist nicht volkswirtschaftlich längerfristigen Zielsetzungen folgen könne. Die neue Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Goethe – Universität Frankfurt am Main Universitätsprofessorin Dr. Christine Freitag erwähnte ein vielversprechendes Kooperationsprojekt zwischen ihrer Klinik und der Jugendhilfe, das die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor Ort per Vernetzung verbessern soll. Auch Susanne Nöcker vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit sprach sich für eine Bündelung vorhandener Ressourcen durch gezielte Kooperation aus. Warum viele der guten Ideen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von „Stiefkinder“-Patientengruppen nicht ohne weiteres umgesetzt werden könnten, erläuterte Dr. Margarita Bert von der KV Hessen anhand der notwendigerweise ökonomisch orientierten Eigenlogik ihrer Institution. Auf diesen Aspekt der ökonomischen Rahmenbedingungen heilberuflicher Tätigkeit kam auch Dr. Ulrich Müller noch einmal zurück, in dem er verdeutlichte, dass die Umsetzung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinien

nicht dem tatsächlichen Bedarf, insbesondere von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen entspräche. So seien in ländlichen Gebieten psychisch Kranke generell unterversorgt und Patienten hätten oft wöchentlich eine im Grunde nicht zumutbare lange Anfahrtszeit auf sich zu nehmen, um regelmäßig eine Therapie in Anspruch nehmen zu können. Stiefkinder seien auch jene, die bei der veralteten Bedarfsplanung nicht hinreichend berücksichtigt würden.

Wie am Feedback der Teilnehmer und Engagement der Referenten deutlich wurde war die Fachtagung insgesamt ein großer Erfolg, was zu einer weiteren nachfolgenden Gemeinsamen Fachtagung der befreundeten Kammern heilkundlicher Berufe ermutigt.

Dr. Matthias Ochs