



Psychotherapie hilft!

Zeitschrift des Salzburger Landesverbandes für Psychotherapie

GLOBALISIERUNG UND SEELISCHE GESUNDHEIT

Psychotherapie in Deutschland

Patientin klagt SGKK

Versorgung im Pongau

Diagnostik-Leitlinie



SLP

Salzburger Landesverband für Psychotherapie

Editorial

Sie haben die neue Ausgabe der Zeitschrift „Psychotherapie hilft“ in der Hand. Sie erscheint in einem veränderten Layout. Nach intensiver Arbeit wurde das neue Logo des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie – ÖBVP – mit Beginn des Jahres 2008 fertig gestellt. Wir haben daher auch das Erscheinungsbild unserer Zeitschrift im Sinne der Corporate Identity umgestellt. Wir hoffen damit die Attraktivität der Zeitschrift steigern zu können.

Die Krankenstände auf Grund von körperlichen Krankheiten haben in den letzten Jahren zwar abgenommen, jene auf Grund von psychi-(atri)schen Krankheiten haben sich in den vergangenen 15 Jahren fast verdoppelt.

Vor mehr als 50 Jahren hat der Psychoanalytiker Herbert Freudenberger erstmals den Ausdruck „Burn out“ geprägt. Burn out wurde damals als typische Managerkrankheit bezeichnet. Mittlerweile ist es aber zu einem richtigen Massenphänomen geworden.

Der enorme Druck nach Erfolg und Leistung, das ständige „Größer“, „Schneller“ und „Mehr“ führt dazu, dass immer mehr Menschen in die totale Erschöpfung schlittern. Der angebliche Kostendruck zwingt, dass mit immer weniger Ressourcen und in immer weniger Zeit mehr Aufgaben zu bewältigen sind. Ständige Frustration, das Nichterreichen eines Zieles, zu hohe persönliche Erwartungen an eigene Leistungen und Überlastungen erschöpfen.

Die Menschen in pflegenden und lehrenden Berufen waren schon längere Zeit vom Burn out bedroht. Jetzt trifft es auch immer mehr Menschen in der übrigen Arbeitswelt.

Die Betroffenen nehmen ihre persönlichen Bedürfnisse zurück bzw. weniger wahr. Es geht nur noch ums Funktionieren. Freunde, Familie und Hobbys bleiben auf der Strecke. Selbst körperliche Alarmsignale wie Kopfschmerzen, Sodbrennen, Verdauungsstörungen, Atembeschwerden und massive Schlaflosigkeit werden ignoriert. Meist ist Burn out mit Depressionen verbunden.

Ausgehend von der Veranstaltung mit Prof. Dr. Bernhard Strauß zum Thema „Globalisierung und seelische Gesundheit“, über die Susanne Stögner berichtet, geht Prof. Dr. Wolfgang Pichler im Beitrag „Orte der Psychotherapie in der globalisierten Lebens- und Arbeitswelt“ der Frage nach,

was die durch die Globalisierung verursachten Veränderungen in Gesellschaft, Kultur und Wirtschaft für die Aufgabe der Psychotherapie und der PsychotherapeutInnen bedeuten. Er fordert eine „prophylaktische Psychotherapie“, die nicht nur Krankheiten heilt, sondern „Primärprävention in der Herstellung menschengemäßer Rahmenbedingungen“ zu ihrem Anliegen macht.

Bernhard Handlbauer bringt zu diesem Thema einen interessanten Buchtipp: Christian Felber, „50 Vorschläge für eine gerechtere Welt. Gegen Konzernmacht und Kapitalismus“ zeigt auf, was eine Politik, die nur mehr „privatisiert“, anrichtet.

Ich selbst mache einen Blick über die Grenze und ziehe zum Stand und den Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung einen Vergleich zwischen Österreich und der Bundesrepublik Deutschland.

„Patientin klagt Psychotherapie-Modell der SGKK“ – wir informieren Sie über den bisherigen Stand des Verfahrens beim Salzburger Arbeits- und Sozialgericht. Es gibt einen Antrag an den Verfassungsgerichtshof auf „Feststellung der Gesetzwidrigkeit der Satzung der SGKK“ die psychotherapeutische Versorgung betreffend.

Aus dem Pongau gibt es einen Beitrag von Mag.^a Imke Wörmer zur psychotherapeutischen Versorgung Innergebirg, in dem sie Aussagen von Dr. Kletter von der SGKK zurückweist. Dieses Schreiben wurde von der Mehrheit der PsychotherapeutInnen im Pongau und ihren KooperationspartnerInnen unterschrieben.

Die Diagnostik-Leitlinie für PsychotherapeutInnen, die auch Thema einer Fortbildungsveranstaltung des ÖBVP in Salzburg war, wird von Bernhard Handlbauer vorgestellt.



Für Ihre Arbeit die besten Wünsche!

Franz Moser
Für den SLP-Vorstand

Globalisierung und seelische Gesundheit

zum Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Bernhard Strauß
im SN-Saal, am 24. Oktober 2007

Vorbemerkung

Psychotherapie verstanden als „Nahtstelle“ zwischen Individuum und Gesellschaft erfordert für die Behandlung von seelischem Leid eine genaue Kenntnis sowohl der sozialen und ökonomischen Lage des Menschen, wie auch seiner familiären (interpersonellen) Situation. Ziel ist es, den Menschen als Individuum in seinem sozialen Umfeld besser erkennen und verstehen zu können und ihn in seiner konkreten historischen Situation Möglichkeiten der Heilung zu bieten. Von einem komplexen Geflecht wechselseitiger Beeinflussung der Bereiche legen die Entwürfe vom Lebens- und Weltzusammenhang, wie sie in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zu finden sind, Zeugnis ab.

Für die Psychotherapie ergibt sich daraus die Notwendigkeit sich von anderen Wissenschaftsdisziplinen befruchten zu lassen, um auf Fragen zu gesellschaftlichen Veränderungsprozessen Stellung beziehen zu können. Vor diesem Hintergrund und in Hinblick auf die steigenden Zahlen psychischer Erkrankungen (Affektive Störungen, Suchterkrankungen, Psychosen, Demenzen und Angststörungen), oder Voraussagen wie die der WHO, wonach 2020 Depressionen gemeinsam mit koronaren Herzerkrankungen, die weltweit häufigsten Ursachen vorzeitigen Todes und Behinderung sein werden, wollten wir mit unserer Veranstaltung der Frage nachgehen, inwieweit sich globalisierungsbedingte Veränderungen (Auflösung von Grenzen, Migration, Umverteilung der Arbeit, Wandel von Identitäten, mediale Vernetzung, usw.) auf die Psyche und die seelische Gesundheit auswirken.

Für einen Vortrag zu diesem Thema konnten wir Prof. Dr. Bernhard Strauß (Psychologe, Psychoanalytiker, Direktor der Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Jena) gewinnen, der 2005 in Weimar eine Tagung zum Thema „Grenzen – Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung“, veranstaltet hat.

Hier die gekürzte Wiedergabe seines Vortrags: Die fünf Themenbereiche umfassen

1. Begriffsklärung „Globalisierung“
2. Folgen und Begleiterscheinungen der Globalisierung
3. Globalisierung und Gesundheit
4. Globalisierung und seelische Gesundheit

5. Konsequenzen für das Gesundheitswesen und die psychosoziale Arbeit

1. Begriffsklärung

Für die Begriffsklärung bezieht sich Strauß auf die vom Soziologen Ulrich Beck (1997) vorgeschlagene Unterscheidung der Begriffe Globalismus, Globalität und Globalisierung. Globalismus meint in erster Linie die Ideologie und Praxis des Neoliberalismus, der den Weltmarkt zum alleinigen und rechtfertigenden Maßstab von Veränderungen und die Mehrdimensionalität der Globalisierung auf ökonomische Aspekte reduziert.

Globalität bedeutet das Leben in einer Weltgemeinschaft oder -gesellschaft, in der Grenzen verschwinden, die Vorstellung geschlossener Räume fiktiv wird, verschiedene ökonomische, kulturelle, politische Formen aufeinanderprallen und die Selbstverständlichkeiten sich neu rechtfertigen müssen. Weltgesellschaft meint: Was die Menschen scheidet – religiöse, kulturelle und politische Unterschiede – ist an einem Ort, in einer Stadt, immer öfter sogar in einer Familie, in einer Biographie präsent. Unter Globalisierung versteht Beck den sich ständig verändernden Prozess der Vernetzung von Waren, Menschen, Produktionssystemen und Informationen.

2. Die Folgen und Begleiterscheinungen von Globalisierung

sind bekannt und vielfältig: Globalisierung bringt mit sich, dass sich zentrale Elemente des westlichen Modernisierungsprozesses auf alle Länder der Welt ausbreiten, d. h. Marktwirtschaft, moderne Technologie aber auch supranationale politische Einheiten (Finanz-, Arbeits- und Warenmärkte) entstehen, die z. T. sehr viel mächtiger geworden sind als die nationalen politischen Strukturen (z. B. Regierungen). Es gibt eine drastische Expansion des grenzüberschreitenden Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalmarktes in den letzten 25 Jahren. Weitere Schwerpunkte der Globalisierung sind die Mobilität (z. B. transnationale Arbeits- und Fluchtmigration) und der wachsende Informationsaustausch, der sich am deutlichsten über das Internet symbolisiert, verbunden mit einer Informationsexplosion über alle Medien und der Tatsache, dass die Informationsverarbeitung zur Leittechnologie geworden ist. Globalisierung ist von Anfang an ein ambivalenter Prozess. Hypothetisch kann Globalisierung positi-

ve Folgen haben, beispielsweise einen Autonomiegewinn, die Aufhebung von Grenzen, die Ausbreitung von weltumspannenden Mustern politischer und sozialer Organisation im positiven Sinne des Begriffs der Weltgesellschaft. Jedoch hat die Globalisierung auch viele negative Konsequenzen, wie z. B. den raschen, geradezu rauschhaften sozialen Wandel, soziale Anomie, eine Ordnungslosigkeit im Sozialen und potentiell negative Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit. Was die individuellen Auswirkungen der Globalisierung anbelangt, so haben sich Sozialwissenschaftler wie beispielsweise Anthony Giddens, oder Heiner Legewie ausführlich damit beschäftigt. Legewie (1999) hat den Begriff der Entfremdung als zentralen Begriff gebraucht, um die negativen Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen unserer Zeit auf das Individuum zu symbolisieren. Demnach gibt es eine

- Entfremdung von sich selbst (Identitätsproblem)
- Entfremdung von Mitmenschen (Beziehungsproblem)
- Entfremdung von der äußeren Natur und der inneren Natur unseres Körpers (Natur-Leib-Seele-Problem)

In Zeiten der Globalisierung haben sich die Lebensverhältnisse von Menschen grundlegend verändert. Der polnische Philosoph Zigmunt Bauman hat den Begriff der „fluiden Gesellschaft“ gebraucht, eine Gesellschaft, in der Grenzen in Fluss geraten sind, sich Grenzen auflösen, also Entgrenzung, auf der anderen Seite aber auch Fusion, Durchlässigkeit und ständig wechselnde Konfigurationen zu den wesentlichen Grundmustern der menschlichen Existenz gehören. Mit der Ambivalenz der Globalisierung ist verbunden, dass es Gewinner und Verlierer gibt. Es gibt eine Konzentration von Reichtum auf der einen Seite und eine gigantische Ausbreitung von Armut auf der anderen Seite, es gibt Steigerungen der Unternehmensgewinne ins Unermessliche, dagegen eine zunehmende Verarmung von öffentlichen Haushalten. Im Zuge der Rationalisierungswelle gibt es auf der einen Seite Dauerarbeitslosigkeit in zunehmendem Maß, auf der anderen Seite Wirtschaftswachstum.

3. Globalisierung und Gesundheit. Wenn wir uns zunächst mit körperlichen Problemen beschäftigen, so gibt es in diesem Kontext überzeugende Studien aus dem Bereich der Sozialepidemiologie und der medizinischen Soziologie.

In diesen Studien gibt es den Begriff der Coca-Kolonialisierung. Dieser meint, dass es von Norden nach Süden, von den industrialisierten in die Entwicklungs- und Schwellenländer ansteckende Effekte gibt, die mit den Lebensstilen zu tun haben,

die von den reichen in die armen Länder übertragen werden. Tatsächlich ist es so, dass es „Ansteckung“ in beide Richtungen gibt:

Es gibt Gesundheitsrisiken, die sich von Süden nach Norden verteilen, insbesondere die Zunahme von Infektionskrankheiten. Der Transfer dieser Krankheiten ist jedoch weniger einschneidend, als die Gesundheitsrisiken, die sich von Norden nach Süden übertragen, vor allem bezogen auf die Verbreitung von chronischen Zivilisationskrankheiten (koronare Herzkrankheit, Diabetes, bestimmte Krebserkrankungen, Affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen), vornehmlich in den sog. Schwellenländern (z. B. China, Indien).

Auf den Punkt gebracht, kann man die Veränderungen durch die Globalisierung insofern benennen, als man sich auf die medizinsoziologischen Tatsachen besinnt, die hauptsächlich die sozialen Krankheitsrisiken mit Schichtzugehörigkeit und mit der Qualität der Arbeitsverhältnisse in Zusammenhang bringt.

In den Industrieländern hat sich die Globalisierung auf die Erwerbsbevölkerung dadurch ausgewirkt, als es eine steigende Arbeitsplatzunsicherheit gibt, bedingt durch die Verlagerung von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer sowie systematische Rationalisierungen vor allem in der Produktion, die sich durch Personalabbau – durch „Downsizing“ – bemerkbar machen.

Neuere sozialepidemiologische und medizinsoziologische Studien belegen, dass Arbeitslosigkeit, steigende Arbeitsplatzunsicherheit und zunehmende Arbeitsintensität (Produktion unter Konkurrenzdruck, Rationalisierungsfolgen) massive gesundheitsschädigende Effekte haben.

4. Globalisierung und seelische Gesundheit

Anthony Giddens (2001) hat in seinem Buch „Entfesselte Welt“ dargestellt, wie die Globalisierung unser Leben verändert hat und führt aus, dass die wichtigste der gegenwärtigen globalen Veränderungen unser Privatleben betrifft. „Unsere Einstellung zu uns selbst und zu der Art und Weise, wie wir Bindungen und Beziehungen mit anderen gestalten, unterliegt überall auf der Welt einer revolutionären Umwälzung...In mancher Hinsicht sind die Veränderungen in diesem Bereich komplizierter und beunruhigender als auf allen anderen Gebieten...Doch dem Strudel der Veränderungen, die unser innerstes Gefühlsleben betreffen, können wir uns nicht entziehen.“

Auf die Frage, inwieweit es seelische Folgen von Globalisierung bzw. Zunahme bestimmter Störungsbilder gibt, sagt z. B. der amerikanische Psychologe und Psychiater Theodor Millen, die Borderline-Symptomatik sei die typische Symptomatik der Globalisierung: Junge Menschen

hätten heutzutage keine Chancen ein kohärentes Bild von sich zu verinnerlichen. Auf Grund der vielen Optionen, die sie haben, müssen sie deswegen irgendwann aufgeben ihre eigenen Zustände einzuordnen und zu bewerten. Die Borderline-Symptomatik sei das Abbild der Konfusion der modernen Gesellschaft im Individuum.

Für die Schwellenländer gibt es einige Befunde, die zeigen, dass die psychiatrischen Probleme zunehmen und soziale Probleme, zu denen das erhöhte HIV/AIDS Risiko gehört, aber auch Familiensammenbrüche und Gewalt mit diesen psychiatrischen Problemen einhergehen. Für die Zunahme der Depressionen scheinen neben globalisierungsbedingten Veränderungen auch noch andere Gründe maßgeblich, wie etwa die höhere Lebenserwartung und die oftmals damit einhergehende Vereinsamung und Isolation. Ein anderer Grund könnte darin zu sehen sein, dass die Präsentation von Problemen immer mehr psychologisiert wird, was gerade für Schwellenländer zutrifft, in denen die zunehmende Verwestlichung die Symptompräsentation verändert.

Auch die seelische Gesundheit ist in erster Linie durch Aspekte sozialer Ungleichheit und sozioökonomischer Effekte bedingt, so ist z. B. Arbeitsplatzunsicherheit eindeutig und linear korreliert mit einer eingeschränkten psychischen Gesundheit.

Armut wirkt sich unmittelbar auf das Gesundheitsverhalten aus, Mangelerfahrungen führen aus unterschiedlichen Gründen zu einem vermehrten sozialen Rückzug. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsförderung ist geringer, je ärmer die Betroffenen sind, was sehr schnell Folgen auf die Beeinträchtigung von Bildungschancen hat und häufig zu einer transgenerationalen Weitergabe des Problems führt (Armutsspirale).

Migration ist ein Charakteristikum des Globalisierungszeitalters, mit einer dramatischen Zunahme: Gab es 1975 75 Mill. Migranten, waren es 2005 bereits doppelt so viele. Die seelische Gesundheit von Migranten ist meist schon in ihren Ursprungsländern stark beeinträchtigt, insbesondere bei politisch motivierten Migranten, durch das Fehlen von Menschenrechten, durch traumatische Erfahrungen, mangelnde Gesundheitssysteme und displacement im Sinne von Aussonderung aus den üblichen sozialen Gefügen. In anderen Ländern angekommen, erleben Migranten häufig einen aus-

geprägten Mangel an sozialer Unterstützung, werden isoliert, diskriminiert, zwangsweise über die Aufnahmeländer zerstreut. Häufig haben diese Menschen Traumafolgestörungen (PTBS und Depressionen) und das wiederum erhöht das Risiko anderer Krankheiten.

Besonders betroffen davon sind Frauen und Kinder.¹ Wir können beobachten, dass die Mobilität in Zusammenhang mit der Globalisierung zu ganz neuen Formen der Traumatisierung führt, indem Menschen an Orte gelangen, die für sie völlig neu sind.

5. Die Konsequenzen für das Gesundheitswesen

und die psychosoziale Arbeit wären demnach auf einer politischen Ebene die Implementation von Gesundheitsprogrammen, die Armutsbekämpfung, der Ausbau des sowohl heilenden als auch präventiven Versorgungssystems, Präventionsbemühungen zur Verringerung von chronischen Krankheiten und Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Arbeit. Wirtschaftstheoretiker, wie beispielsweise J. Pfeffer beschreiben Praktiken, wie ökonomisch erfolgreiche Betriebe aussehen, die sich um die Menschen kümmern und sprechen klare Empfehlungen aus wie etwa Arbeitsplatzsicherung, gezielte und transparente Einstellungs-

politik, Verstärkung von Teamarbeit, leistungsgerechte Bezahlung, Schulung und Weiterbildung, Abbau von Statusunterschieden, offene Informationspolitik.

Wir, die wir psychosoziale Arbeit leisten, sind mehr mit den Individuen beschäftigt.

Was geschieht auf der Ebene der Individuen?

Richard Sennet hat in seinem Buch über den flexiblen Menschen aufgezeigt, dass der Idealmensch in Zeiten fragmentierter sozialer Beziehungen und Bedingungen ein Mensch sein sollte, der

1. zu Rande kommen muss mit sich und kurzfristigen Beziehungen im Kontext von stetigem beruflichen Wandel und darauf verzichtet, ein konstantes Ich-Gefühl zu haben,
2. der das Ideal der handwerklichen Einstellung im Sinne von „ich kann etwas“ zugunsten eines Ideals potentieller Fertigkeiten aufgibt (Meritokratie) und
3. die Bereitschaft hat, Gewohnheiten aufzugeben, sich von der Vergangenheit löst und Fragmentierung akzeptiert. Da es diesen Menschen nicht geben kann, weil dies an seinen Grundbedürfnissen vorbeigeht, müssen wir uns dementsprechend überlegen, wie wir mit Menschen arbeiten können, damit sie in Zeiten der Globalisierung besser zurecht-



Univ.-Prof.
Dr. Bernhard Strauß

¹ Herr Strauß konnte aus Zeitgründen nicht näher auf die „weibliche Seite der Globalisierung“ eingehen, die beispielsweise von Barbara Ehrenreich und Arlie Russell Hochschild eindrucksvoll beschrieben wird. Vgl. Literaturhinweise.

kommen und diese Globalisierung mitgestalten können. Auch Heiner Keupp sieht die wesentlichen Grundmuster der fluiden Gesellschaft für das Individuum in der Entgrenzung, der Fusion, der Durchlässigkeit und der wechselnden Konfigurationen, die das Management von Grenzen (Boundary Management) erfordern. Demnach besteht die Herausforderung auch für die Psychotherapie in dem Management von Grenzen und dem Bewusstmachen der eigenen Identität. Dies kann durch zunehmendes Respektieren von Identitäten erfolgen, verbunden mit der Aktivierung der Ressourcen, die unsere Identität beschreiben. Gemeint sind auch der Wiederaufbau des Sozialkapitals und das Neuschaffen von sozialen Netzwerken, die verloren gegangen sind.

Sudhir Kakar, indischer Psychoanalytiker und Ehrengast der Weimarer Tagung, sieht die primärste Aufgabe, welche die Globalisierung dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin auferlegt, darin, die eigenen kulturellen Grenzen poröser zu machen, sich zu öffnen und auch Unterschiede zu akzeptieren, die man nicht versteht.

Vor allem jedoch geht es in der Psychotherapie um die Förderung von Bindungs- und Explorations-sicherheit. Auffallend ist die Renaissance einer bestimmten entwicklungspsychologischen Theorie in allen Psychotherapierichtungen, nämlich der Bindungstheorie, die John Bowlby vor 50 Jahren entwickelt hat. Die Bindungstheorie besagt, dass der Mensch ein angeborenes primäres Bedürfnis nach engen Bindungen hat, die die Voraussetzungen dafür sind, um in der Welt zurecht zu

kommen. Sie sind die sichere Basis dafür, die Welt erobern zu können. In der Sehnsucht nach Bindung ist auch ein Stück weit erklärt, warum diese Theorie unter uns PsychotherapeutInnen plötzlich ein so großes Gewicht bekommt. Schließlich wird in der psychotherapeutischen Beziehung eine Bindung geschaffen, von der aus der Patient seine individuellen Bezüge zur Welt neu ordnen kann. Seinen Vortrag schloss Bernhard Strauß mit einem Zitat des ostdeutschen Schriftstellers Heidenreich: „Merkwürdig nur, dass wir dennoch fast alle eine Erinnerung an Gegenden in uns tragen, in denen wir uns glücklich aufgehoben haben, uns zumindest wohl, wenn nicht angenommen und aufgehoben fühlen, mit denen wir vertraut waren oder sind, wie sie mit uns vertraut zu sein scheinen, eine Gewissheit, eigentümlich amalgamiert aus Landschaft, Sprache, Gerüchen und Licht, jene Legierung der Kindheit eben, die wir Heimat nennen. Wo wir solche Erinnerungen entbehren,

wüssten wir doch zumindest unsere Sehnsucht danach zu beschreiben. Eigentümlich auch, dass die derzeit alles und jedes begründende Globalisierung dies nicht ändert. Die Welt als Heimat ist zumindest vorerst nur ein Konstrukt.“



Susanne Stöger

Literaturhinweise zu dem im Text erwähnten AutorInnen:

Bauman, Zygmunt (2003): Flüchtige Moderne. Frankfurt, Suhrkamp.
Beck, Ulrich (1997): Was ist Globalisierung? Frankfurt, Suhrkamp.
Bowlby, John (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München, Kindler.
Ehrenreich, Barbara / Arlie, Russell Hochschild: Die weibliche Seite der Globalisierung. In: Beck, Ulrich (Hrsg.) (2007): Generation Global. Frankfurt, Suhrkamp
Giddens, Anthony (2001): Entfesselte Welt. Frankfurt, Suhrkamp.
Kakar, Sudhir (2006): Kultur und Psyche – Auswirkungen der Globalisierung auf die Psychotherapie. In: Strauß / Geyer (Hrsg.): Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Keupp, Heiner (2003): Wieviel Flexibilisierung verträgt der Mensch? Der Kampf um Menschenbilder in einer globalisierten Welt. In: Gestalttherapie Heft 2/2003, Bergisch-Gladbach, Edition Humanistische Psychologie.
Legewie, Heiner: Sozialer Wandel, Gesundheit und die Zukunft

der Couch. In: Hessel/Geyer/Braehler (Hrsg.) (1999): Gewinne & Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. Opladen, Westdeutscher Verlag.

Pfeffer, J. (1998): The Human Equation. Building Profits by putting people first. Boston, Harvard Business School Press.

Sennett, Richard (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin Verlag.

Bücher von Prof. Dr. Bernhard Strauß zum Thema:

Strauß, Bernhard/Michael, Geyer (Hrsg.) (2006): Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Strauß, Bernhard/Michael, Geyer (Hrsg.) (2006): Grenzen psychotherapeutischen Handelns (2006). Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Im Anschluss an den Vortrag fand unter der Moderation von **Dr. Heinrich Breidenbach** eine Podiumsdiskussion mit folgenden TeilnehmerInnen statt: **Prof. Dr. Bernhard Strauß**, **Dr. Eva Mückstein**, Psychologin, Psychotherapeutin, Präsidentin des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie (ÖBVP), Wien, **Mag. Lorenz Huber**, Wirtschaftskammer, Salzburg, **Prof. Dr. Wolfgang Pichler**, Psychoanalytiker, Universität Salzburg, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, **Petra Ziegler**, EU-Referentin bei Attac, Stv. Obfrau von Attac Österreich, Wien

Orte der Psychotherapie in der globalisierten Lebens- und Arbeitswelt.

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Pichler

Zunächst einige Bemerkungen zum Begriff der „Globalisierung“: „Globalisierung“ der Weltwirtschaft beschreibt den Prozess der Forcierung grenzüberschreitender ökonomischer Aktivitäten durch den Abbau nationalstaatlicher Schranken. Dieser Prozess hatte schon im 19. Jh. begonnen, und setzte sich – unterbrochen von den beiden großen Kriegen im 20. Jh. – nach 1945 fort, wesentlich verstärkt durch neue Kommunikations- und Transporttechnologien und Strategien internationaler Konzerne. An dieser Stelle sollen zwei häufige Missverständnisse benannt werden:

1. Globalisierung beschreibt nicht einen quasi naturgesetzlichen, nicht umkehrbaren Prozess, sondern ist das Ergebnis von politischen Weichenstellungen, die daher grundsätzlich auch revidierbar sind.

2. Globalisierung ist nicht gleich Neoliberalismus:

Tatsächlich haben wir es seit den 80er Jahren mit einer „neoliberalen“ Globalisierung zu tun: Bis in die 80er Jahre war die westliche Welt bestimmt vom wohlfahrtsstaatlichen Konsens der sog. „sozialen Marktwirtschaft“ mit den Attributen: Soziale Sicherheit, Vollbeschäftigungspolitik, Verteilungsgerechtigkeit, nationalstaatliche Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik. Die „neoliberale Wende“ – durch Ronald Reagan und Maggie Thatcher eingeleitet – hat nach dem Scheitern des Kommunismus in Osteuropa auch die

EU erreicht und unser Leben in den letzten Jahrzehnten nachhaltig verändert: Antrieb für diese neoliberalen Schritte der Liberalisierung des Welthandels und der internationalen Finanzmärkte waren und sind letztlich die Verwertungsinteressen des Kapitals, die Erschließung neuer Absatz-, Rohstoff- und Arbeitsmärkte für internationale Konzerne und die Bekämpfung des wohlfahrtsstaatlichen Konsenses der „sozialen Marktwirtschaft“: Eine andere Qualität einer – „ökosozialen“ – Globalisierung mit entsprechenden Rahmenbedingungen für den Welthandel wäre möglich – und wird angesichts steigender sozialer und ökologischer Kosten immer vehementer gefordert.

Mehr und mehr wird der Begriff der „Globalisierung“ aber zur Metapher für das Unbehagen mit der Kultur, mit gesellschaftlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, die nur zum Teil der

Globalisierung als solcher geschuldet sind:

Beklagt werden von der Mehrheit der Menschen eine zunehmende „Ökonomisierung“ aller Lebensbereiche (nicht zuletzt auch der Psychotherapie), Durchsetzung „kalter“ Rationalität in den Betrieben (Führen durch Angst und Zeitdruck; Stress, Mobbing etc.), Effizienzgerede als Rationalisierung von enthemmter Gier, Machtstreben und Sadismus, zunehmende narzisstische Orientierung („Nummer eins“ sein!) anstelle gesellschaftlicher Solidarität; es findet eine Art „Schizoidisierung“ der Gesellschaft statt, Sozialabbau (als „Sozialreform“ verschleiert), Steuer-, Sozial- und Ökodumping im Interesse des Kapitals, Shareholder-Value-Orientierung der Unternehmen, steigende Ungleichheit der Einkommen – siehe Entwicklung der Managergehälter oder der Einkommen aus Vermögen,

Intensivierung von Wettbewerb unter ungleichen Bedingungen (z.B. mit China, Indien), Durchsetzung des Konkurrenzdenkens auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens.

Die Liste ist beliebig verlängerbar. Die ungenaue Zuschreibung dieses Unbehagens an die „Globalisierung“ suggeriert, in der „Öffnung“ des Landes die Wurzel des Übels zu sehen, Ängste vor dem Ausland, Fremdenfeindlichkeit und Ressentiments gegen die EU sind bekanntlich die politisch fatale Folge. Eine differenzierte Sicht auf

die Verhältnisse zeigt aber: Nicht die geistige, kulturelle, soziale und wirtschaftliche Öffnung an sich produziert die zum Teil skandalösen Verhältnisse in unserer Arbeits- und Lebenswelt, sondern der Mangel an sozialen, kulturellen und ökologischen Rahmenbedingungen für die Weltwirtschaft.

Muss sich die Psychotherapie um diese hier nur grob skizzierten sozioökonomischen Verhältnisse kümmern? Ist nicht der psychotherapeutische Prozess ausschließlich definiert durch die Auseinandersetzung mit individuellen, lebensgeschichtlich bedingten Modalitäten der Klienten in der therapeutischen Beziehung? Ist es für die psychotherapeutische Arbeit von Bedeutung, von welchem gesellschaftlichen Ort aus, mit welchem Wissen über sozioökonomische Dynamiken sie erfolgt?

Hier wird folgende These vertreten: Psychotherapeuten brauchen Wissen, Orientierung und ein eigenes



Verhältnis zu Wirtschaft und Gesellschaft, wollen sie nicht Gefahr laufen, ihren Klienten Anpassungsleistungen dort an krankmachende Organisationen und Institutionen zuzumuten, wo die Stärkung des Subjektes im Dienste der Selbst-Behauptung angezeigt wäre. Protestverhalten in der Arbeitswelt wird dann an dieser Stelle unter Umständen weniger leicht als Agieren des ödipalen Konfliktes (fehl)gedeutet, sondern als nachvollziehbarer Widerstand gegen inakzeptable Zumutungen der Arbeitswelt verstanden. Wissen über soziale Dynamiken eröffnet jedenfalls diese Deutungsoption.

Findet die psychotherapeutische Arbeit im Bewusstsein der sozialen Dynamiken in der Arbeitswelt statt, kann eine Entlastung von Schuldgefühlen, von Gefühlen der Beschämung und von häufig gesellschaftlich tabuisierten depressiven Gefühlen des Scheiterns erfolgen.

Wissen über und Reflexion der Bedingungen in der Arbeitswelt setzen den Psychotherapeuten in die Lage, zwischen persönlichen Mustern und Entwicklungsthemen seiner Klienten einerseits und sozialen Pathologien andererseits differenzieren zu können. Andernfalls opfert er die Einsicht in die innere Welt der Klienten oder die Einsicht in die äußeren sozialen Verhältnisse.

Die Arbeitswelt ist zunehmend geprägt von Verunsicherung, von der Angst um den Arbeitsplatz, vom Gefühl der Überforderung und des Zeitdrucks, von der Klage über einen achtlosen und entwürdigenden Umgang mit „Mitarbeitern“ von Seiten der Führungskräfte, von ständiger Beunruhigung durch „Innovationen“ und Veränderungen, von mangelnder Transparenz über Vorgänge im Unternehmen, von der mangelnden Möglichkeit der Mitsprache und damit von Entfremdung.

Zugleich mit der Präkarisierung der Arbeitswelt steigen die Anforderungen an die Menschen permanent: Mitarbeiter sollen bei steigender existenzieller Unsicherheit umfassend verfügbar, erreichbar, flexibel, mobil, einsatzwillig, lernbereit und bei all dem noch grenzenlos begeistert sein. Der (implizite) psychische Kontrakt (Leistung gegen Sicherheit und Fairness), der noch die Arbeitswelt bis etwa Mitte der 80er Jahre bestimmt hat, wurde ersetzt durch Zumutungen, die am Modell eines jugendlichen Singles beim Eintritt in die Arbeitswelt orientiert sind.

Befunde der „Sozial-Psychotherapie“ zeigen die Zunahme von Depression, Angststörungen und



psychosomatischen Beschwerden in den letzten zwei Jahrzehnten. Ebenso nehmen Mobbing und Burn out ständig zu. In Österreich leiden derzeit etwa 850.000 Menschen an Angstneurosen und 450.000 an Depressionen (Dunkelziffer nicht berücksichtigt). Bis zum Jahr 2020 wird laut Prognosen der WHO die Depression nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meistverbreitete Krankheit sein.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten nehmen nach deutschen Untersuchungen in den letzten Jahrzehnten permanent ab – mit einer Ausnahme: Die Fehlzeiten auf Grund psychischer Erkrankungen haben sich in den letzten dreißig Jahren vervierfacht. Eine Reihe von aufwändigen Längsschnittuntersuchungen zeigt einen engen Zusammenhang zwischen Verantwortungsdruck, Zeitdruck, sozialer Anerkennung (durch Führungskräfte) und Depression. Die Wahrscheinlichkeit, depressive Symptome zu entwickeln, steigt demnach bei Dauerstress auf das Doppelte. Der Zusammenhang zwischen Dauerstress und diversen Krankheitsrisiken ist im übrigen empirisch gut gesichert.

Die Leidensformen unserer Klienten sind immer häufiger bestimmt von diffusen depressiven Zuständen, diffusen Ängsten, Panikattacken, Identitätsproblemen, Selbstwertdefiziten, dem Gefühl der Sinnlosigkeit und der inneren Leere, Gefühlen von Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Einsamkeit, Isolation, Formen des Suchtverhaltens.

Das Wissen und die Anerkennung der sozialen Komponente individueller Leidenszustände mag ein Beitrag zur Bearbeitung der Gegenübertragungsgefühle und ein Ansatz sein, zwischen den lebensgeschichtlich bedingten Konflikt- und Defizitthemen und den Pathologien der sozialen Umwelt, also der inneren und der äußeren Realität, klarer unterscheiden zu können.

In diesem Zusammenhang stellt sich nicht nur die

Frage, inwiefern epidemische Befunde in der psychotherapeutischen Arbeit relevant werden, sondern ob sich die Psychotherapie zu sozialen Fragen öffentlich äußern soll: Etwa zu Fragen des Bildungssystems, der Arbeitswelt, der Sozialpolitik, der Kulturpolitik etc. Übt die Psychotherapie hier eine falsch verstandene Abstinenz um den Preis, den öffentlichen Meinungsraum jenen zu überlassen, die im Umgang mit den Medien routinierter und in der Verfolgung ihrer Interessen weniger von Skrupel geplagt sind?

Sollte sich nicht die psychotherapeutische Stimme der Vernunft im Sinne einer „prophylaktischen Psychotherapie“ zu konkreten Fragen der Gesellschaft öffentlich und kritisch zu Wort melden? Oder hat die Psychotherapie – einschließlich der Psychoanalyse – ihr Unbehagen in der Kultur zugunsten einer Integration in das kassenärztliche System aufgegeben?

Die Erfolge in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und „Volksseuchen“ im 19. Jh. sind nicht nur den Fortschritten der Medizin zu verdanken, sondern sehr wesentlich der Entdeckung epidemischer Ursachen und ihrer Bekämpfung durch sanitäre Maßnahmen der Wasserreinhaltung und Abwasserbeseitigung. Die daraus entstandene Public-Health-Bewegung – die in der Kritik an bestehenden sanitären Verhältnissen ihr präventives Potenzial entwickeln konnte – wird heute wiederbelebt. Muss nicht eine „Public-Psychic-Health“-Bewegung heute diese Funktion wesentlich übernehmen?

Ansätze für Primärprävention ergeben sich in der Herstellung menschengemäßer Rahmenbedingungen auf den verschiedenen Ebenen. Hier seien nur einige Beispiele genannt: Auf der Ebene der EU wäre eine eigenständige, ökosoziale Wirtschaftspolitik zu verfolgen. Die Größe des europäischen Wirtschaftsraumes ermöglicht einen eigenen Weg eines „europäischen“ – ökosozialen – Kapitalismus. Der Schutz des europäischen Wirtschaftsraumes vor sozialem und ökologischem Dumping wäre überdies ein Beitrag zur Humanisierung der Weltwirtschaft. Innerhalb der EU wären – abgese-

hen von Fragen, die Europa als Ganzes betreffen – die Regionen in ihren Kompetenzen, Gestaltungsmöglichkeiten und Identitäten zu stärken (europäischer Föderalismus).

Auf der Ebene der Organisationen und Institutionen wären transparente sozial-ökologische Rahmenbedingungen mit verbindlichen Ethik-Standards („social responsibility“) zu etablieren. Allerdings erfordert ihre Umsetzung die Auswahl von solchen Führungskräften, die persönlich in der Lage sind, ihre primären Führungsaufgaben wahrzunehmen (Containment, Zuhören, Verantwortung tragen). Dies gilt für das Führungspersonal in öffentlichen Einrichtungen (z. B. Primärärzte, Schuldirektoren, Behördenleiter) und Manager in Betrieben gleichermaßen.

Es war mein Anliegen, einige – krankmachende – Aspekte unserer Arbeits- und Lebenswelt aufzuzeigen, die häufig allzu verkürzt der Globalisierung an sich zugeschrieben werden. Globalisierung ist das Ergebnis politischer Weichenstellungen, daher ist die Politik aufgerufen, Rahmenbedingungen für ausreichend gute Lebens- und Arbeitsbedingungen auf der Erde („one world“) herzustellen, marktfundamentalistische Ideologien á la Neoliberalismus können die Überlebensfragen nicht nachhaltig lösen. In diesem Zusammenhang wurden auch Überlegungen zu einer „prophylaktischen Psychotherapie“ nach dem Vorbild der Public-Health-Bewegung angestellt.

Abgesehen von genetischen Faktoren sind psychische Krankheiten wesentlich durch frühe Sozialisationserfahrungen bedingt. Ich habe versucht, einen Zusammenhang psychischer Erkrankungen zu einigen sozialen Faktoren der heutigen Arbeits- und Lebenswelt herzustellen, die auch im späteren Leben wirksam werden und bei entsprechender Prägung und Disposition psychische Leidenszustände verursachen. Für die psychotherapeutische Arbeit erscheint daher die Auseinandersetzung mit den sozioökonomischen Verhältnissen der Klienten für das Verstehen ihrer individuellen Triebchicksale nützlich und notwendig.

Einige Literaturhinweise

Beck, Ulrich (Hrg.) (1998): Politik der Globalisierung. Frankfurt/M., Suhrkamp.
Bourdieu, Pierre (1998): Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion. Konstanz, Universitätsverlag.
Chomsky, Noam (1999): Profit over People. Neoliberalismus und globale Weltordnung. Hamburg – Wien, Europaverlag.
Gabriel, Yannis (1999): Organizations in Depth. London, Sage Publ.
Grefe, Ch./Greffrath, M./Schumann, H. (2003): Attac – Was wollen die Globalisierungskritiker? Reinbek b. Hamburg, Rowohlt.
Die Gruppe von Lissabon (1997): Grenzen des Wettbewerbs. Die Globalisierung der Wirtschaft und die Zukunft der Menschheit. München, Luchterhand.
Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M., Campus.

Lohmer, Mathias (Hrg.) (2000): Psychodynamische Organisationsberatung. Stuttgart, Klett-Cotta.
Reiche, Reimut (2004): Triebchicksal der Gesellschaft. Über den Strukturwandel der Psyche. Frankfurt/M., Campus.
Safrański, Rüdiger (2003): Wieviel Globalisierung verträgt der Mensch? München-Wien, Hanser.
Sennett, Richard (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin, Berlinverlag.
Sievers, B./Ohlmeier, D./Oberhoff, B./Beumer, U. (Hrg.) (2003): Das Unbewusste in Organisationen. Gießen, Psychosozial Verlag.
Stiglitz, Joseph (2002): Die Schatten der Globalisierung. Berlin, Siedler.
Weinzierl, Rupert/WiWiPol (Hrg.) (2003): American Way of Life vs. Europäischer Weg. Wien, Löcker.

Buchtipps

Christian Felber

**50 Vorschläge für eine gerechtere Welt
Gegen Konzernmacht und Kapitalismus
Wien: Deuticke 2006,
336 Seiten, Euro 19,90**



Eine positive Nebenwirkung unserer Globalisierungs-Veranstaltung war für mich der Besuch am Büchertisch und der Kauf von Christian Felbers Buch.

Als Mitbegründer von „attac“ formuliert er seine Thesen „subjektiv und pointiert, doch fundiert und überzeugend“ – so der Klappentext.

Und in der Tat: Das Buch ist eine Fundgrube an Informationen und Anregungen, um die sattsam in den Medien abgehandelten Ohnmachtsszenarios bzgl. der ökonomischen und sozialen Entwicklung unserer Gesellschaft einmal aus einer ganz anderen, weniger paralysierenden Perspektive wahrnehmen zu können. Dass viele negative gesellschaftliche Entwicklungen nicht zwangsläufig so ins Ausweglose verlaufen müssten, sondern durchaus Steuerungselemente und Handlungsmöglichkeiten bestünden, das macht Felber überzeugend sichtbar.

Es ist das Vorherrschen einseitiger neoliberaler Wirtschaftskonzeptionen, das viele der bekannten negativen Auswirkungen der Globalisierung erzeugt. Es hat auch mit dem Scheitern bzw. der Paralyse sozialdemokratischer und ökologischer Politik zu tun, dass so viele Errungenschaften der 70er Jahre derzeit unter lautem Jubel der Neoliberalen den Bach hinuntergehen. Insofern regt Felbers Buch an, sich zu informieren, und die vorherrschende Resignation wegen vermeintlich nicht vorhandener Gestaltungsmöglichkeiten in der Wirtschafts- und Sozialpolitik abzulegen.

Die Politik hat sich in den letzten Jahrzehnten vorwiegend mit der Abwehr der Demagogen und der eigenen Machtsicherung befasst und ihre Träger erscheinen über weite Strecken nicht mehr fähig, kluge offensive Konzepte gegen den neoliberalen Raubbau zu entwickeln. Oder, um noch einmal den Klappentext zu zitieren:

„Politik und Wirtschaft scheinen sich heute ausschließlich um globale Konkurrenzfähigkeit zu

bemühen, es regiert der Standortwettbewerb. Sichtbare Auswirkungen dieser neoliberalen Strategie sind Megafusionen, Massenarbeitslosigkeit und Kapitalflucht.“

Das Buch analysiert die Entwicklungen in 18 verschiedenen wirtschaftspolitischen Bereichen. Diese Kurzanalysen sind mit besonderem Orientierungsgewinn zu lesen. Felber stellt ihnen 50 konkrete Alternativen zur gegenwärtigen Form der Globalisierung entgegen. Einige Beispiele:

Bändigung der Finanzmärkte

Ein neues Bretton Wood
Reform des Internationalen Währungsfonds
Kapitalverkehrskontrollen
Verbot von Hochrenditefonds

Globale Steuergerechtigkeit

Steueroasen schließen
Global einheitliche Konzernbesteuerung
Weltsteuerbehörde

Zähmung von Konzernen

Verbindliche Regeln für Konzerne
Standortschutzabkommen
Globale Fusionskontrolle
Demokratisierung und Größenschranke für Unternehmen

Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Interessant auch, was Felber in diesem Kapitel schreibt: „Das Mantra lautet hier: Die Kosten explodieren aufgrund des Fortschritts der Medizin und der Alterung der Bevölkerung. (Aber:) Solange die Wirtschaft wächst, dürfen auch die Ausgaben für das Gesundheitssystem steigen, ohne dass wir einen höheren Teil des Volkseinkommens dafür ausgeben müssen.... Im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung bewegen sich die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1975 auf mehr oder weniger gleich bleibendem Niveau: um sechs Prozent des BIP. Frage: ... wieso sind dann die Beitragssätze spürbar gestiegen? Antwort ... die Finanzierung der Krankenversicherung (hängt) an der Lohnsumme, und diese schrumpft anteilmäßig am Volkseinkommen. Hier und nicht bei der Kostenexplosion liegt das Finanzierungsproblem der Krankenversicherung.“

Felber kritisiert die Entwicklung in Deutschland, wo private Krankenversicherungen zugelassen wurden, die nun die jungen, gut verdienenden und gesunden Singles aus den öffentlichen Krankenkassen absaugen, mit dem Effekt, dass diese mit weniger Beiträgen das Gros der schwer kranken Bevölkerung versorgen müssen. Zum Glück wurde diese Zerschlagung der Solidargemeinschaft in Österreich nicht vollzogen, obwohl es Versuche dazu gab.

Was aber in Österreich praktiziert wurde, war „die finanzielle Austrocknung des Systems, die zu Leistungskürzungen und damit früher oder später zum Zwang der privaten Zusatzversicherung führt. Diese Strategie hat sich schon mehrfach bewährt: Erst wird die öffentliche Leistung (Bahn, Post, Bildung, Rente) finanziell ausgetrocknet und – trotz Wirtschaftswachstum – eingeschränkt, sodann wird in Folge der auftretenden Qualitätsmängel nach Privaten gerufen, die das angeblich „besser“ können.“

Am Ende dieser Entwicklung „bleibt der öffentlichen Versicherung nur die teure Armen- und Grundversorgung. Die Privaten holen sich nach den süßesten Rosinen immer größere Teile der finanzkräftigen Mittelschicht mit ‚Zusatzprodukten‘ ...

„Die aktuelle Politik – finanzielle Austrocknung, Leistungskürzung und Ausweitung von Zahlungen – ist der falsche Weg. Die Alternative liegt in der Verbreiterung der Beitragsgrundlage, der Mobilisierung ausreichender Mittel für das Gesundheitssystem, einer maßvollen Leistungsausweitung und in der Abschaffung sämtlicher Zahlungen/Selbstbehalte ... (es) müsste die Beitragsgrundlage von der Lohnsumme auf alle Einkommen ausgedehnt werden ... (und es) sollte die Höchstbeitragsgrundlage aufgehoben werden. Das würde allein in Österreich 998 Millionen Euro ... fast sechsmal soviel wie das durchschnittliche

Defizit sämtlicher Krankenkassen in den letzten fünf Jahren (einspielen).“

„Selbstbehalte führen dazu, dass Versicherte für eine Leistung, die sie grundsätzlich schon einmal bezahlt haben, ein zweites Mal ablegen müssen. Die Idee dahinter ist die sparsamere „Inanspruchnahme“ von Gesundheitsleistungen und Medikamenten. Studien zeigen aber, dass kranke Menschen häufiger krank werden, dass „Gesundbleiben“ ein Luxus ist, den sich nur Reiche leisten können. Ärmere sind hingegen gezwungen, das System öfter in Anspruch zu nehmen (schlechtere Ernährung, schlechtere Wohnung, schlechtere Arbeitsbedingungen). Mit Selbsthalten werden somit die Schwächsten der Gesellschaft bestraft. ... Sie führen nicht dazu, dass Menschen eigenverantwortlich handeln, sprich gesünder leben, sondern dass sie, wenn sie krank werden, den Arztbesuch aufschieben. ... Holland hat aus diesem Grund die 1997 eingeführten Selbstbehalte im Jahr 2000 wieder abgeschafft. Österreich zog daraus keine Lehren.“

Felber verweist auch auf die kostensenkenden Alternativen zur reinen „Apparatemedizin“ (ganzheitlichen Heilmethoden) und auf die Vorteile kleiner dezentraler Strukturen (Schaffung von sinnvollen Arbeitsplätzen in der Region, Verbesserung der regionalen Infrastruktur und der Kaufkraft, Verringerung des Pendelverkehrs, Entlastung der Umwelt). „Das Geld dafür ist vorhanden. Was fehlt, ist der Wille, gesundheitspolitische Ziele zu formulieren und dann auch zu finanzieren.“

Ich hoffe, mit diesen Zeilen Ihr Interesse geweckt zu haben und bin überzeugt, dass Sie dieses Buch mit großem Gewinn lesen werden.

Bernhard Handlbauer

„Globalisierung und seelische Gesundheit“ im Salzburger Nachtstudio

Mittwoch, 30. April 2008, 21.01 Uhr, im Programm von Ö1

Prof. Bernhard Strauß wird im Rahmen dieser Sendung ausführlich zu Wort kommen.
Die Sendung wurde von Dr. Maria Mayer, ORF Salzburg gestaltet.

Für alle, die das Thema interessiert:
Bitte vormerken!

Ein Blick über die Grenze

Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Wenn man einen Vergleich zwischen Österreich und Deutschland anstellt, dann gibt es Verschiedenes und Ähnliches in den beiden Ländern¹:

Gleich ist, dass in beiden Ländern die psychischen Krankheiten stark zunehmen und dass die für die Psychotherapie notwendigen finanziellen Mittel nur unzureichend zur Verfügung gestellt werden.

Im Bericht „Gesundheit in Deutschland“, Juli 2006, heißt es zu „seelischer Gesundheit“:

„Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wurde wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Wie neuere Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So verstirbt etwa einer von sieben schwer depressiven Patienten durch Suicid. Zudem sind Depressionen häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Auch Angsterkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet... Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens. Bisher wird wahrscheinlich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und eine angemessene Behandlung eingeleitet.“²

Prof. Kriz führt folgende Zahlen an:

Jeder dritte Erwachsene erkrankt im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen im Jahr. Klärt man diese Personen über ihre Erkrankung auf und macht ihnen ein Angebot zur psychotherapeutischen Behandlung, nimmt jeder Dritte dies wahr. Daraus errechnet sich ein Bedarf von über fünf Millionen Patienten, die jährlich einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Dies ist das 7-fache dessen, was z. Z. an Behandlungsplätzen zur Verfügung steht.

Es gibt etwa 300.000 ambulante und 400.000 stationäre Behandlungsplätze.

Ambulant versorgen 12.000 psychologische Psychotherapeuten (davon 8.000 weiblich) und 3.500 ärztliche Psychotherapeuten (davon 2.300

weiblich) die Patienten. Hinzu kommen noch ca. 2.500 Kinder- und Jugendtherapeuten (davon 1.800 weiblich), die rund 160.000 Kinder und Jugendliche versorgen.

Stationär gibt es in etwa 400 „Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie“ und circa 80 „Krankenhäusern für Psychosomatik und Psychotherapie“ Behandlungsplätze. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in rund 110 Krankenhausabteilungen ca. 30.000 Patienten behandelt.

Es gibt auch ein starkes Ost-Westgefälle in der psychotherapeutischen Versorgung. So kamen 2003 in den alten Bundesländern auf je 10.000 Einwohner 2,44 Psychotherapeuten, während es in den neuen Bundesländern nur 0,63 waren.

Prof. Kriz resümiert: „Zahlreiche Studien belegen somit übereinstimmend: Der Aufwand für Psychotherapie spart erheblich Kosten. Dies sollte angesichts der Unterversorgung in Bezug auf den Bedarf einerseits und der Klagen über die hohen Kosten des Gesundheitssystems andererseits bedacht werden. Mehr Psychotherapie würde das Gesundheitssystem entlasten – ganz zu schweigen von der Verbesserung für viele fehlbehandelte und chronifizierte Patienten.“

Verschieden ist, dass in Deutschland erst vor 8 Jahren das „Psychotherapeutengesetz“ in Kraft trat, während es in Österreich schon seit 17 Jahren ein „Psychotherapiegesetz“ gibt. In Deutschland wurden aber bereits die Bundeskammer für Psychotherapie und die Länderkammern errichtet, was in Österreich u. a. am Widerstand der Arbeiterkammern und eines Teils der Ärzteschaft vorerst gescheitert ist.

Verschieden sind auch die anerkannten Psychotherapierichtungen und die entsprechenden Ausbildungseinrichtungen.

„Das Modell ‚Österreich‘ mit seinen auf Ausbildungsgänge zugeschnittenen Psychotherapie-Gesetz und einer entsprechend großen Anzahl an ‚Verfahren‘ ist für die BRD schon wegen der gesetzlichen und untergesetzlichen berufssozialrecht-

1. Im Folgenden beziehe ich mich auf einen Artikel von Prof. Dr. Jürgen Kriz von der Universität Osnabrück in „Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung. Tagungsdokumentation. ver.di-Fachtagung vom 29. 11. 2006.“

2. Quelle und weitere Hinweise: <http://www.gbe-bund.de>

lichen und strukturellen Zulassungen zumindest derzeit nicht realisierbar.“

In Deutschland gibt es nur drei „Richtlinienverfahren“, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie, die in den 8 Jahren seit dem Psychotherapeutengesetz als weiteres Verfahren anerkannt wurde.

„Die Beschränkung der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung nur auf die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen – und damit die Marginalisierung sowie die Ausgrenzung von Ausbildungs- und Kassenabrechnungsstrukturen von humanistischen und systemischen (sowie ggf. körperorientierten) Ansätzen ist eine Fehlentwicklung in der BRD, die bei vielen Forschern, Juristen und Fachleuten im Gesund-

heitssystem, vor allem aber auch im Ausland vorwiegend Unverständnis und Kopfschütteln hervorruft.“

Prof. Kriz fordert abschließend, dass die Zulassungswege für Psychotherapie grundlegend und dringend geändert werden müssen. Er schlägt ein 4-Säulen-Modell vor, das eine methodenübergreifende Grundausbildung und darauf aufbauend psychodynamische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische Ansätze vorsieht, da kein Therapeut alle Ansätze lernen kann und zudem eine Identität mit einem bestimmten Ansatz und dessen Menschenbild wichtig erscheint.

Franz Moser

Patientin klagt Psychotherapie-Modell der SGKK

Eine Salzburger Psychotherapie-Patientin hat die SGKK auf Gleichbehandlung geklagt. Bekanntlich gewährt die SGKK einen Kostenzuschuss von Euro 31,80 pro Psychotherapieeinheit, sofern der Psychotherapeut / die Psychotherapeutin einen „besonderen Erfahrungsnachweis“ erbringen kann. Dieser Nachweis ist nach Ansicht des SLP auf willkürlichen „Knock-out-Kriterien“ aufgebaut, mit dem vordringlichen Ziel, möglichst viele PsychotherapeutInnen von Abrechnungen über Sachleistungen oder erhöhte Zuschüsse auszuschließen, sprich: den Markt der Anbieter zu verknappen und dadurch Kosten zu sparen. Es werden aber durch diese Politik der marktbeherrschenden SGKK nicht nur 75% der Salzburger PsychotherapeutInnen diskriminiert und einer Wettbewerbsverzerrung unterworfen, sondern es werden auch alle PatientInnen, die bei jener diskriminierten Mehrheit der Salzburger PsychotherapeutInnen in Behandlung sind, vor dem ASVG ungleich behandelt. Obwohl sie gleich viel Krankenbeiträge leisten, erhalten sie niedrigere Psychotherapiezuschüsse (€ 21,80 statt € 31,80). In der gegenständlichen Patientenklage wird dieser Verstoß der SGKK gegen das ASVG aufgezeigt und eine Gleichbehandlung verlangt.

Die Richterin am Salzburger Arbeits- und Sozialgericht (Dr. Doris Posch) hat am 09. 10. 2007 den Beschluss gefasst, das Verfahren zu unterbrechen und einen Antrag auf Feststellung der

Gesetzwidrigkeit der Satzung der SGKK beim Verfassungsgerichtshof einzubringen.

Sollte der Verfassungsgerichtshof der Klägerin Recht geben, bedeutet das nicht, dass alle EmpfängerInnen des erhöhten Zuschusses diesen nachträglich zurückzahlen müssten, wie kürzlich aus kassennahen Kreisen behauptet wurde.

Nach unserer Rechtsauffassung müsste die SGKK der Klägerin die Differenz zum erhöhten Zuschuss nachzahlen. PatientInnen, denen nur der niedrige Zuschuss gewährt wurde, könnten den erhöhten Zuschuss von Euro 31,80 nachträglich ab dem 01. 07. 2004, dem Inkrafttreten der „Leistungsvereinbarung Psychotherapie“, einklagen.

Der SLP fordert aus folgenden Gründen einen einheitlichen Zuschuss von Euro 31,80 für alle Versicherten:

1) der 1992 mit 300 öS (= € 21,80) festgelegte Zuschuss wurde in den vergangenen 16 Jahren nie erhöht oder auch nur der Inflation angepasst, was ein in der Sozialpartnerschaft und im Gesundheitswesen völlig unübliches und unakzeptables Vorgehen ist. Ein einheitlicher neuer Zuschuss von Euro 31,80 würde die Inflation abgelten und eine reale Erhöhung von ca. Euro 1,- gegenüber dem Jahr 1992 bedeuten. Dies wäre für die SGKK ver-

kraftbar.

2) Nach der Aussage von Dr. Kletter wurden 2006 bereits 62% aller Zuschuss-Therapien nach dem erhöhten Zuschuss (€ 31,80) abgerechnet. Es ginge also lediglich darum, bei 38% der Therapien den Zuschuss

von Euro 21,80 auf Euro 31,80 zu erhöhen. Auch das ist finanziell für die SGKK ohne größere Probleme verkraftbar.

Bernhard Handlbauer

Auszug aus dem

Beschluss des Landesgerichtes Salzburg

als Arbeits- und Sozialgericht
vom 09. 10. 2007

Auf S. 4 - 6 des Beschlusses wird der Antrag auf Feststellung der Gesetzwidrigkeit der Satzung der beklagten Partei (=SGKK) beim Verfassungsgerichtshof wie folgt begründet:

„Aufgrund des Bundesgesetzes vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) sind Psychotherapeuten ex lege zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung berufen, wobei dieses auch die hierfür erforderlichen Qualifikationen normiert. Mit der Erfüllung dieser Voraussetzungen und der Eintragung in die Psychotherapeutenliste ist das Recht verbunden, unabhängig von der Schwere der Erkrankung sämtliche Fälle – somit auch die sog. „schweren“ Fälle – psychotherapeutisch zu behandeln. Das Psychotherapiegesetz geht somit davon aus, dass Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweise für den Umgang mit schwerkranken Menschen mit psychiatrischen und sonstigen schweren Krankheitsbildern geeignet sind. Ein besonderer Erfahrungsnachweis wird nicht verlangt. Dieses Qualitätsurteil des Gesetzgebers ist für die Krankenversicherungsträger verbindlich.

Bei der Differenzierung hinsichtlich der Höhe des gewährten Kostenzuschusses zwischen Psychotherapeuten mit und ohne besonderen Erfahrungsnachweis ist für das beschließende Gericht kein sachlich begründeter Zusammenhang zwischen der Behandlung und der Qualifikation der Psychotherapeuten erkennbar. Patienten von Psychotherapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis erhalten den erhöhten Kostenzuschuss nämlich auch in den sog. „leichten“ Fällen, in welchen ein besonderer Erfahrungsnachweis nach den Intentionen der Regelung – nämlich der Verbesserung der Behandlung psychisch schwer kranker

Patienten (...) – nicht erforderlich ist.

Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweis müssen ihren Patienten bei Geltendmachung des Kostenvorschusses mitteilen, dass sie über keinen „besonderen Erfahrungsnachweis“ iSd Abs. 7 des Anhanges 6 der Satzung der beklagten Partei verfügen. Es wird somit der Eindruck erweckt, dass diese über keine ausreichenden Erfahrungen verfügen und eine Psychotherapie von lediglich minderer Qualität anbieten würden, obwohl sie gemäß dem Psychotherapiegesetz sämtliche Behandlungen vornehmen dürfen. Auch Psychotherapeuten mit langjährigen Erfahrungen im Bereich der niedergelassenen Psychotherapie mit ausgezeichneten Qualifikationen werden hierdurch in unsachlicher Weise benachteiligt. Es ist davon auszugehen, dass dies eine unzulässige Wettbewerbsverzerrung bzw. eine sittenwidrige Beeinträchtigung der Wettbewerbsposition von Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweis und eine unsachliche und unverhältnismäßige Beeinträchtigung der Berufsausübungsfreiheit darstellt.

In der Lehre wird weiters bezweifelt, dass ein Therapeut, welcher eng mit dem klinisch-psychiatrischen Bereich zusammengearbeitet und dort Erfahrungen gesammelt hat, eine qualifiziertere und wirksamere Psychotherapie anbietet. Danach hängt die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung nur sehr eingeschränkt von solchen Erfahrungen ab (...).

Die von der Satzung aufgestellten zusätzlichen Qualitätskriterien bewirken weiters eine starke Orientierung zur Psychiatrie, weshalb die im Psychotherapiegesetz normierte Eigenständigkeit der Psychotherapie unsachlich diskriminiert wird.“

Betrifft: Psychotherapeutische Versorgung im Pongau

Stellungnahme zur Aussage Dr. Kletters bei der 23. Sitzung der Plattform Psychiatrie (27. 03. 2007)

Von Mag. Imke Wörmer, Psychotherapeutin in Bischofshofen

Ausgangspunkt:

Die Versorgungsproblematik „Inner Gebirg“ resultiert laut Dr. Kletter (SGKK) „ganz wesentlich aus einer Verweigerungshaltung von Leistungserbringern, sich am Sachleistungsmodell zu beteiligen“ (23. Sitzung der Plattform Psychiatrie am 27. März 2007). Dieser Vorwurf richtet sich generell auch gegen KollegInnen aus Stadt und Land „ohne besonderen Erfahrungsnachweis“ (nach Kriterien der SGKK), die sich „in einem auffallend geringen Maße an der Versorgung von wirtschaftlich schwachen Patienten auf Sachleistungsbasis beteiligen“ (ebd.).

Wegweiser:

Gehen wir mal konstruktiver Weise davon aus, dass es sowohl der SGKK als auch den Salzburger PsychotherapeutInnen darum geht, eine möglichst qualitativ gute und umfassende psychotherapeutische Versorgung für die Menschen in Salzburg zu gewährleisten, die Psychotherapie benötigen und sie in Anspruch nehmen wollen.

Der Ton der berufspolitischen Auseinandersetzung seitens Dr. Kletter, wie er laut Protokoll der Sitzung Plattform Psychiatrie vom 27. 03. 2007 spürbar ist, gespickt mit Unterstellungen unlauterer Absichten, Misstrauen, Diffamierungen und Drohungen ist letztlich nur destruktiv.

Stellungnahme:

1. Es gibt sachliche Gründe, die den Rückgang des Anteils erbrachter Therapiestunden im Rahmen des Sachleistungs-Modells erklären (siehe 1. „Standortbestimmung Pongau“!).
2. Tatsache ist, dass die KollegInnen, die aufgrund der Zugangskriterien der SGKK überhaupt die Möglichkeit haben, am Sachleistungs-Modell mitzuarbeiten, es tun, obwohl es mehrere gravierende Schwachstellen im Modell gibt (siehe 2. „Widrigkeiten im aktuellen SGKK Sachleistungs-Modell“!) die die Begeisterung naturgemäß minimieren. Ein partnerschaftlicher und sachlicher Ton der Auseinandersetzung würde ganz einfach nach diesen Hintergründen fragen, um die Situation zu verstehen und zu optimieren.

Erklärung der Abkürzungen und Begriffe:

SL-Modell = Sachleistungs-Modell

PatientInnen nehmen Psychotherapie in Anspruch und bezahlen einen Selbstbehalt von € 12,40 pro Einheit. Die restlichen Kosten verrechnen die PsychotherapeutInnen direkt mit der Krankenkasse.

Jeden Monat werden von der SGKK insgesamt 50 Sachleistungstherapien zu 30 Stunden für das gesamte Bundesland Salzburg gewährt.

Sachleistungen sind somit „Psychotherapien auf E-card“ mit einem 20%igen Selbstbehalt, allerdings im SGKK-Modell auf einen kleinen Kreis der Beitragszahler beschränkt.

WS-Modell = Psychotherapie für
Wirtschaftlich Schwache

Das vom Land Salzburg finanzierte Modell ermöglicht psychisch Kranken mit geringem Einkommen eine Psychotherapie. Dieses Modell wurde vor dem 01. 07. 2004 vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) des Landes Salzburg verwaltet, seit 01. 07. 2004 wurde die Verwaltung von der SGKK übernommen und an die „Arge Psychotherapie“ ausgelagert.

SE = Schwer Erkrankte

1. Standortbestimmung Pongau:

Es gibt im Pongau von insgesamt 24 PsychotherapeutInnen 14 KollegInnen, die im Rahmen des SL-Modells Therapieplätze zur Verfügung stellen können, davon nur fünf Kolleginnen mit Vereinbarungen für WS und SE, und neun KollegInnen mit Vereinbarungen ausschließlich für WS. Von diesen 14 Personen sind nur zwei vollberuflich im Pongau tätig! Die anderen sind entweder nur mit Teilzeit psychotherapeutisch tätig, oder haben eine Erst- oder Zweitpraxis in der Landeshauptstadt. Aufgrund dieser Ausgangswerte ist die Optik der effektiven Beteiligung eine völlig andere. Die Beteiligungszahlen können nicht gewertet wer-

den, als würde es sich um 14 vollberuflich im Pongau niedergelassene PsychotherapeutInnen handeln.

Es hat effektive Rückgänge im Pongau durch personelle Veränderungen gegeben, z. B. hat eine Kollegin den Pongau verlassen, eine andere hat ihre Tätigkeit um fast die Hälfte reduziert, beide haben in einem hohen Maß WS- und SE-Plätze angeboten.

Einige KollegInnen, die ausschließlich WS-Vereinbarungen haben, berichten, dass immer wieder PatientInnen aus der WS-Regelung herausfallen und dadurch kein Therapiebündnis zustande kommt, oder dass diese PatientInnen über Zuschussregelung plus Unterstützungsfond laufen, was die Statistik bzgl. Beteiligung SL-Modell ebenfalls nach unten beeinflusst.

Es gibt, wie auch in der Stadt, einige KollegInnen die, obwohl sie die von der SGKK geforderten Erfahrungsnachweise erbringen könnten, keine Vereinbarung für SL eingegangen sind. Gründe hier für liegen in erster Linie in fachlich begründeten Schwachstellen des Modells (s. u.).

Viele KollegInnen haben unabhängig von der SGKK neben ihrem Standardtarif, Sozialtarife für bedürftige KlientInnen, und befreien sich dadurch von inakzeptablen Widrigkeiten im Rahmen des SL-Modells, ohne sich von einer sozialen Verantwortung loszusagen, die nebenbei bemerkt jede/r für sich lösen sollte. Der fortgesetzte moralische Druck der hier in Richtung PsychotherapeutInnen ausgeübt wird, und der das Versorgungsproblem auf die scheinbar nicht vorhandene Leistungsbereitschaft der PsychotherapeutInnen reduziert, ist eine falsche Unterstellung, und wir weisen diese entschieden zurück.

Viele KollegInnen im Pongau sind aufgrund ihres von der SGKK definierten Statusses „ohne besonderen Erfahrungsnachweis“ zu sein, überhaupt nicht befugt eine Vereinbarung für schwer erkrankte PatientInnen einzugehen. Die Argumentation der SGKK, gerade für schwer erkrankte PatientInnen besonders erfahrene und fähige ProfessionistInnen zur Verfügung stellen zu wollen, ist im Sinne von Qualitätssicherung verständlich, bei näherem Hinsehen jedoch in der Umsetzung fehlerhaft und in der Argumentation nicht stringent (s. u.).

2. Widrigkeiten im aktuellen SGKK-Sachleistungs-Modell:

Folgende Schwachstellen im SL-Modell sind weitere zentrale Gründe dafür, dass die Zustimmung und folglich die Beteiligung am Modell der SGKK zur psychotherapeutischen Versorgung in Salzburg nicht in großem Ausmaß gegeben ist. Diese Kritikpunkte sind wohlgermerkt Inhalt der grundsätzlichen und nicht regionalspezifischen Debatte

und sollten folglich auf landes- und bundespolitischer Ebene weiter diskutiert werden.

Die Spaltung der PsychotherapeutInnen in solche „mit besonderem Erfahrungsnachweis“ und „ohne besonderem Erfahrungsnachweis“ mag, wie erwähnt, aus dem Motiv heraus entstanden sein, für schwer erkrankte PatientInnen eine bestmögliche Behandlung zu sichern. Rechtlich mag das von Seiten der SGKK abgesichert sein. In dem Bemühen um Qualitätssicherung und Evaluierung von Psychotherapie treffen diese Motive bei den PsychotherapeutInnen bzw. den sie vertretenden Verbänden (SLP, ÖBVP) auf eine eindeutig kooperative und gleich gesinnte Haltung.

Konsequenz dieser Maßnahme durch die SGKK – eine Spaltung der TherapeutInnen in besonders Erfahrene und weniger Erfahrene nach den Kriterien der SGKK – ist, dass dadurch ein Großteil (3/4) der PsychotherapeutInnen ausgeschlossen wird, als vollwertiges Mitglied im Modell mitzuarbeiten. Der Pool an ProfessionistInnen wäre von vornherein umfassender, und das Problem einer zu geringen Beteiligung würde sich wahrscheinlich so nicht stellen, gäbe es diese Spaltung nicht.

Zur Qualifikation der Behandlung schwer erkrankter PatientInnen:

Vom BMfG anerkannte PsychotherapeutInnen haben eine im Schnitt 6jährige wissenschaftliche Berufsausbildung absolviert, die meisten im Anschluss an ein 4 bis 6 jähriges Universitätsstudium. Sie erfüllen Qualitätsstandards, die zur Ausübung von Psychotherapie berechtigen. Weiters liegt es in der Natur der beruflichen Entwicklung und vor allem in der Eigenverantwortlichkeit sog. junger KollegInnen, abgesichert durch Supervision, Intervention und laufender verpflichtender Fort- und Weiterbildung, zu entscheiden, welche PatientInnen er/sie übernimmt und welche nicht, um einen Behandlungserfolg zu sichern.

Herr Dr. Kletter beharrt auf der rechtlichen Ebene und argumentiert weiter, PsychotherapeutInnen „ohne Erfahrungsnachweis“ könnten am SL-Modell mit WS teilnehmen. Hier liegt ein gravierender Fehler, nämlich in der formalen Trennung von schwer erkrankten (SE) und wirtschaftlich schwachen (WS) KlientInnen. Theoretisch ist dieser gedanklich konzeptuelle Ansatz nachvollziehbar. In der Praxis stellt er sich als Irrtum heraus, da nahezu alle WS-KlientInnen eine schwere psychische Erkrankung aufweisen! Sollte es also das Anliegen sein, schwer erkrankte Menschen vor unerfahrenen TherapeutInnen zu schützen, ist diese Maßnahme nicht geeignet.

Die Behandlung schwer erkrankter und/oder wirtschaftlich schwacher PatientInnen ist per se eine

höchst Anspruchsvolle und Diffizile. Fast immer handelt es sich um Langzeittherapien und der Kooperations- und Vernetzungsaufwand ist ein sehr viel höherer als bei anderen PatientInnen. Wie oben erwähnt arbeiten viele KollegInnen natürlich mit dieser PatientInnengruppe, aber nicht immer im Rahmen des SL-Modells. Warum? Folgende Faktoren belasten zusätzlich und unnötiger Weise den Arbeitsprozess mit dieser PatientInnengruppe:

Die Unsicherheit bzgl. Bewilligung der Sachleistung zu Beginn des Therapieprozesses:

Seriöser Weise kann nicht nach der ersten Sitzung bereits ein Antrag gestellt werden. Auch nach Antragstellung dauert es bis zu einem Monat bis klar ist, ob der/die PatientIn SL erhält. Was passiert wenn nicht?

Das Gleiche gilt für WS PatientInnen: Sie können den Antrag zwar schon vor Beginn der Behandlung, unabhängig von dem/der TherapeutIn einreichen. Aber, ohne eine unnötige Pathologisierung vornehmen zu wollen, ist die Mehrzahl der Betroffenen, die sich in einem massiv eingeschränkten gesundheitlichen Zustand, oft in einer Krise befinden, in der Lage dazu? Wer soll ihnen dabei helfen?

Die nächste Störung ist die **nicht gesicherte Kontinuität der Behandlung aus wirtschaftlicher Sicht**. Es ist legitim seitens der Kasse, nach einem Jahr einen Behandlungsfortschritt überprüfen zu wollen. Stellt sich dieser ein, wird dem/der LangzeitpatientIn jedoch evtl. die umfassende finanzielle Unterstützung durch die Kasse entzogen. Was dann?

Die Honorierung der psychotherapeutischen Leistung von Euro 62,- pro Einzelsitzung entspricht einem Sozialtarif, de facto ist es ein unzumutbar niedriger Honorarsatz. Der ÖBVP empfiehlt in der Honorarordnung einen Mindestsatz von derzeit Euro 66,- bis zu einem Höchstsatz von Euro 133,-. Die Erwartung, PsychotherapeutInnen würden nach z. B. 6-jährigem Studium, 6-jähriger psychotherapeutischer Ausbildung (Kosten rund € 50.000, die zur Gänze eigen finanziert sind), weiteren Zusatzqualifikationen durch Fort- und Weiterbildungen, und langjähriger Berufserfahrung, also hoch qualifiziert, zu diesen Bedingungen mehr als in einem bestimmten Ausmaß arbeiten, ist absurd. Die Pseudoethik, die hier stillschweigend ins Feld geführt wird, so als wäre es verwerflich über adäquate finanzielle Aspekte zu reden, ist nicht konstruktiv. Die Frage

nach sozialem Engagement wird missbraucht, um qualifiziertes Arbeiten zum Sozialtarif quasi als Selbstverständlichkeit zu etablieren. Für nicht psychotherapeutisch Tätige sei ergänzend erwähnt: 20 bis 25 Stunden direkte KlientInnenarbeit bedeutet eine reale Arbeitsbelastung von 40 bis 50 Std./Woche.

Weitere volkswirtschaftliche Aspekte der Diskussion:

Das Budget für psychotherapeutische Leistungen ist begrenzt. Wie in allen gesellschaftlichen Bereichen, so auch im Gesundheitsbereich, so auch in der psychotherapeutischen Versorgung, sind wirtschaftliche Faktoren ein selbstverständlicher Teil der Diskussion. Nirgendwo stehen Gelder unbegrenzt zur Verfügung, es muss im Auftrag der Versicherungsgemeinschaft gewirtschaftet werden. Die Frage ist nur, aus welcher Perspektive heraus werden Zahlen und statistische Werte für diesen Teil der Diskussion erhoben?

Werden diese scheinbar objektiven Zahlen hinterfragt? Werden Ausgaben für Psychotherapie, die für sich genommen hoch erscheinen in Relation zu anderen (Un-)Summen im Gesundheitsbereich gesehen? Werden die indirekten Kosten, die der Gesellschaft durch nicht behandelte psychische Erkrankungen entstehen, mit einberechnet?

Aufgrund objektiv nicht unbegrenzter finanzieller Ressourcen wurde seitens Dr. Kletter der Schwerpunkt der Versorgung auf WS und SE gelegt, in Konkurrenz zu einem Modell, das vorhandene Mittel gleichmäßig verteilt.

Dieser Standpunkt als Verantwortlicher des zuständigen Ressorts der SGKK hat seine nachvollziehbare Berechtigung. Es gibt aber neben diesem auch andere reflektierte und verantwortungsbewusste Standpunkte, z. B. ein Modell, das vorhandene Mittel unabhängig von der Schwere der Erkrankung gleichmäßig verteilt, das jedoch die wirtschaftlich benachteiligte Gruppe wie bisher (SMD-Regelung) und in unserem Sozial- und Gesundheitssystem üblich, durch zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen auffängt. Wir erwarten doch auch, dass wir in der Allgemeinarztpraxis die Kosten der Konsultation aufgrund einer leichten Beeinträchtigung, wie etwa eines viralen Infekts, aufwandsadäquat auf E-card erhalten, und nicht nur bei einer schweren Lungenentzündung o. ä. Die Anzahl der zu bewilligenden Behandlungen sollte mit der Schwere der Erkrankung zusammenhängen, nicht aber der Umfang der Kostenübernahme pro Behandlung.



Mag.^a Imke Wörmer

Überforderung durch Kompliziertheit und Undurchschaubarkeit des Antragswesens:

Unsere Erfahrung ist, dass der Zugang zu Psychotherapie für die Betroffenen sehr viel komplizierter, weil mit vielen Unsicherheiten und Eventualitäten verbunden, dadurch sehr wohl auch schwieriger geworden ist.

KooperationspartnerInnen aus angrenzenden Berufsgruppen, die als ZuweiserInnen fungieren, konnten bisher ihren PatientInnen oder KlientInnen eine überschaubare Information über die Vorgangsweise bei Inanspruchnahme von Psychotherapie geben. Das basierte bisher bereits auf einer äußerst zuvorkommenden Haltung, und ist jetzt kaum noch zu erwarten, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass KollegInnen aus angrenzenden Berufsgruppen sich derart mit der Materie vertraut machen. Das ist zum Nachteil aller.

Verwirrung mündet oft in Frustration:

Auch wenn laut Herrn Dr. Kletter eine Vollversorgung auf E-card als nicht machbar kommuniziert wird, wurde „Psychotherapie auf E-card“ sehr wohl in den Medien als Leistung der Kasse kolportiert, und löste, und löst nach wie vor Enttäuschung, Verwirrung und Frustration seitens der KlientInnen aber auch der KooperationspartnerInnen aus. Es gibt eben Psychotherapie auf E-card (als Sachleistung) nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen seitens der PatientInnen, und die reale Möglichkeit, einen SL-Therapieplatz dann auch zu finden, ist aus besagten Gründen sehr eingeschränkt. Das Gefühl, dass sich beim Einzelnen einstellen kann, nämlich ungerecht behandelt zu werden, ist nahe liegend.

Auch wenn seitens der SGK die Anonymisierung der sensiblen Daten im Antragsverfahren versichert wird, stellen wir immer wieder eine Verunsicherung bis Misstrauen diesbzgl. fest. Auch ist nicht nachvollziehbar, warum der/die TherapeutIn nicht anonymisiert wird (gerade bei den immer wieder auftauchenden Konflikten zwischen Begutachtungsstelle und AntragsstellerIn, wäre das ein Schritt in Richtung Objektivierung und Unvoreingenommenheit).

Ärgerliche ‚Kleinigkeiten‘, wie die Zwangsgliedschaft in der ARGE Psychotherapie und dem damit verbundenen Organisationsbeitrag von Euro 130,- der Verpflichtung des/der PsychotherapeutIn, den Selbstbehalt bei der/dem KlientIn einsammeln zu müssen, statt dass er wie z. B. in der Direktverrechnung der VAEB üblich, vom Versicherungsträger per Erlagschein direkt vom Patienten eingehoben wird, der enorme Mehraufwand an Bürokratie, wären sicher kein wirkliches Problem, würde in den anderen zentralen Punkten mehr Einigkeit erzielt werden.

Fachliche Bedenken gegen das neue Antragswesen:

Die Rechtskompetenz der Kassen Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen einerseits, eine Störung des sensiblen Behandlungsprozesses / des Vertrauensverhältnisses / der Eigenverantwortlichkeit der BehandlerInnen andererseits, könnten durchaus fruchtbare und in den Prozess der Qualitätssicherung zu integrierende Aspekte sein. Auch hier gibt es verschiedene professionelle und aus unterschiedlichen Perspektiven heraus gewachsene Standpunkte, die es zu respektieren und zu nutzen gilt. Sie sollten sich nicht in einem Machtkampf erschöpfen, sondern im Hinblick auf das gemeinsame Ziel (s. o.!), die reale gegenseitige Bedingtheit synergetisch nutzen, um konkrete Lösungsschritte voranzutreiben.

Vielen psychotherapeutischen KollegInnen mag es durchaus auch kein Problem sein, das neue Antragswesen inhaltlich mit zu tragen. Manche mögen sogar die Not zu einer Tugend machen, und die Anträge als Impuls zu Reflexion und Standortbestimmung nutzen. Wir setzen allerdings voraus, dass die Mehrzahl der KollegInnen dies per se aus einem selbstverständlichen Qualitätsanspruch an ihre Arbeit heraus praktiziert, und dafür nicht auf eine äußere Kontrollinstanz angewiesen ist.

Viele KollegInnen haben offensichtlich aus ihrer professionellen Perspektive heraus gravierende inhaltliche Einwände, wie es in der bundesweiten Diskussion differenziert dargestellt wird. Diese gilt es zu berücksichtigen.

Offensichtlich funktioniert das aktuelle Salzburger Sachleistungsmodell für Psychotherapie noch nicht ausreichend. Die PsychotherapeutInnen Innergebirg als Leistungsverweigerer zu bezeichnen ist absurd, in der von Dr. Kletter lancierten Form undifferenziert und Ruf schädigend.

Die Pongauer PsychotherapeutInnen geben in engagierter und qualifizierter Form ihr Bestes. Wir erwarten das auch von unseren KooperationspartnerInnen.

Mit freundlichen Grüßen,

Mag.^a Imke Wörmer

(für den AK Psychotherapie Inner Gebirg)

Dieser Brief wird als Basis für eine wertschätzende, differenzierte und sachliche Diskussion der verbesserungswürdigen Psychotherapiesituation von folgenden PsychotherapeutInnen und engen medizinischen KooperationspartnerInnen aus der Region ausdrücklich unterstützt:

PsychotherapeutInnen:

Mag.^a Rita **Müller** – Mag. Alfons **Wörmer** –
 Dr.ⁱⁿ Magdalena **Fuschlberger** – Mag. Thomas
Radauer – Mag.^a Claudia **Sallaberger** –
 Mag.^a Christine **Petsche** (i.A.u.S.) – Mag.^a Irene
Springer – Mag. Werner **Schatzl** – Ingrid
Amesberger (i.A.u.S.) – Verena **Vespermann** –
 Mag.^a Mathilda **Kainz-Wölflingseder** – Mag.^a Eva
Kiefer – Mag.^a Nina **Sabaini-Wallner** –
 Dr.ⁱⁿ M. Brigitta **Beghella** – Dr. Hans **Gratz** (Arzt f.
 Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische
 Medizin) – Anna **Moser** – Claudia **Toferer**
 (i.A.u.S.) – Mag.^a Laure Marie **Zaubzer** – Regina
Gfatterhofer (i.A.u.S.) – Dr. Thomas **Stephanides**
 (Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeut
 i.A.u.S.) – Mag.^a Gertraud **Wiener** (i.A.u.S.) –
 Mag.^a Martina **Neumayr** – Mag. Johannes **Desch** –
 Mag.^a Dr.ⁱⁿ Eleonore **Resl** – DSA Konrad **Reitsamer**
 – Silvia **Pointner** – Mag.^a Uta **Perz**

KooperationspartnerInnen:

Prim. Dr. Marc **Keglevic** (FA f. Psychiatrie) –
 Dr. Markus **Masoner** (FA f. Psychiatrie und
 Psychotherapeutische Medizin) – Dr. Olaf
Rossiwall (FA f. Psychiatrie) – Dr. Christoph
Fürthauer (Arzt für Allgemeinmedizin, Bezirks-
 ärztvertreter Pongau) – Dr.ⁱⁿ Evelin **Fürthauer**
 (Ärztin für Allgemeinmedizin) – Dr. Bernhard
Klettner (FA f. Gynäkologie) – Dr. Christian
Meusburger (FA f. Psychiatrie, Fachgruppen-
 obmann) – Dr. Michael **Lederer** (FA Psychiatrie) –
 OA Dr.ⁱⁿ Josefa **Niemeyer** (FÄ f. Psychiatrie) –
 Dr.ⁱⁿ Isolde **Rudolph** (FÄ f. Psychiatrie) –
 Dr. Kurt **Latzelsperger** (FA f. Psychiatrie) –
 Dr.ⁱⁿ Gunda **Rohrmoser** (FÄ Innere Medizin) –
 Dr. Otto **Hintersteiniger** (Arzt für Allgemein-
 medizin) – Dr. Gert **Zanker** (FA f. Neurologie)

Wir dürfen folgende neue Mitglieder herzlich im SLP begrüßen:

Frau Mag.^a Ingeborg Fussi, Obertrum (seit 31.07.07)

Frau Dr.ⁱⁿ Michaela Koller, Salzburg (seit 31.07.07)

Frau Mag.^a Elisabeth Schöllhammer, Salzburg (seit 12.09.07)

Frau Marlies Schruff-Heinzle, Salzburg (seit 18.09.07)

Frau Dr.ⁱⁿ Traudl Antes, Salzburg (seit 18.09.07)

Herrn Mag. Ludwig Mondl, Salzburg (seit 23.01.08)

Termine

Sektion der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Termin: Mittwoch, 5. März und 4. Juni 2008, jeweils um 19.30 Uhr

Ort: Sternbräu in der Griesgasse

Leitung: Dr.ⁱⁿ Gertrude Steinmair

Sektion der hauptberuflich niedergelassenen PsychotherapeutInnen

Termin: Dienstag, 1. April und 17. Juni 2008, jeweils von 9 - 11.30 Uhr

Ort: Gasthof Wastlwirt

Leitung: Dr. István Kunz

22. Ordentliche SLP-Landesversammlung 2008

Termin: Mittwoch, 18. Juni 2008

Veranstaltungsservice des SLP

Wir können Ihnen folgende Möglichkeiten anbieten, psychotherapie-relevante Veranstaltungsankündigungen in unserer Zeitschrift zu veröffentlichen. Unsere Zeitschrift erscheint in einer Auflage von 1800 Stück und ergeht an: PsychotherapeutInnen im Bundesland Salzburg, psychosoziale Institutionen, Gesundheitseinrichtungen, Politik, Presse, Interessensvertreter und engagierte Personen im Gesundheitswesen.

1. Seminarangebote und Ankündigungen von SLP-Mitgliedern

| | | |
|---------|--------------|----------|
| Tarife: | 1/4 Seite: | 50 Euro |
| | 1/2 Seite: | 70 Euro |
| | Ganze Seite: | 100 Euro |

2. Veranstaltungen von Institutionen, Kliniken, Ausbildungsvereinen und Landesverbänden des ÖBVP:

| | | |
|---------|--------------|----------|
| Tarife: | 1/4 Seite: | 100 Euro |
| | 1/2 Seite: | 135 Euro |
| | Ganze Seite: | 200 Euro |

3. Kommerzielle, im Psychotherapiebereich relevante Ankündigungen (Zusatz: ‚Bezahlte Einschaltung‘):

| | | |
|---------|--------------|----------|
| Tarife: | 1/4 Seite: | 175 Euro |
| | 1/2 Seite: | 235 Euro |
| | Ganze Seite: | 350 Euro |

Für Rundmail-Aussendungen gilt:

| | |
|--------------------------------------|---------|
| Ankündigungen mit relevantem Inhalt: | |
| Mitglieder: | 15 Euro |
| Nicht-Mitglieder: | 30 Euro |
| Kommerzielle Angebote: | 60 Euro |

Ankündigungen auf unserer Homepage: 60 Euro

Der Vorstand des SLP behält sich vor, Veranstaltungen/Ankündigungen auf ihre Psychotherapie-Relevanz zu prüfen und gegebenenfalls Veröffentlichungen abzulehnen.

Diagnostik-Leitlinie

für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Entstehung und Hintergrund

Die Diagnostik-Leitlinie wurde vom Psychotherapiebeirat im Juni 2004 beschlossen. Sie kann über die Homepage des Ministeriums oder des ÖBVP heruntergeladen oder auch als Buch erworben werden.

Ich möchte hier nicht auf den Inhalt der Leitlinie, sondern auf ihren Entstehungshintergrund eingehen. Grundlage für meine Ausführungen ist eine ÖBVP-Fortbildungsveranstaltung, die in Salzburg mit Dr. Eva Mückstein und Prof. Dr. Stefan Wiesnagrotzky im Herbst 2007 zu diesem Thema stattfand.

Im Psychotherapiegesetz von 1990 wird die Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und als umfassende Behandlungsmethode bezeichnet. Ihr wird eine eigenständige Diagnostik zugeschrieben.

Der ICD 10 als psychiatrische Standarddiagnostik ist für uns PsychotherapeutInnen in vielen Bereichen unbefriedigend. Der Arbeitsauftrag an eine Fachgruppe im Psychotherapiebeirat lautete u. a.:

Gibt es eine eigenständige psychotherapeutische Diagnostik?

Und: Wie gehen PsychotherapeutInnen in der Praxis diagnostisch vor?

Nach 65 Sitzungen des Fachausschusses liegt nun das Ergebnis in Form der Diagnostik-Leitlinie vor:

Diagnostik ist demnach ein Element psychotherapeutischen Handelns, sie findet prozessbegleitend statt (also nicht einmalig, als Statusdiagnose) und ist für das psychotherapeutische Handeln unverzichtbar. Psychotherapeutische Diagnostik ist also vor allem ein Prozess: „Das diagnostische Vorgehen wird einerseits als Voraussetzung für das Zustandekommen des psychotherapeutischen Prozesses angesehen und kommt andererseits während des ganzen psychotherapeutischen Prozesses zur Wirkung.“

Die größte Schwierigkeit bei der Formulierung der Leitlinie stellte die Suche nach einer gemeinsamen Sprache dar. So ist z. B. das OPD-Verfahren zu spezifisch tiefenpsychologisch. Ziel war aber eine schulenübergreifende Richtlinie, die von jeder

Schule in Richtung einer eigenen „Software“ weiterentwickelt werden kann.

Rechtsgrundlagen:

§ 1 PsthG: Verpflichtung und Berechtigung zur eigenständigen Diagnostik.

§ 120 ASVG sieht eine psychotherapeutisch-diagnostische Abklärung vor, ob eine krankheitswertige seelische Störung vorliegt.

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand von vollkommenem körperlichen und seelischen Wohlbefinden – also nicht nur als das Fehlen von Krankheit. Bekanntlich operieren die Krankenkassen mit einem eingeschränkteren Gesundheitsbegriff, was zu Verständigungsschwierigkeiten führte.

Bei den Diagnostik-Leitlinien geht es vor allem um unsere persönliche Diagnostik: Sie soll handlungsleitend für den psychotherapeutischen Prozess sein.



Die Diagnosestellung wird anhand von drei Dimensionen vorgenommen:

1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit
2. Psychotherapeutische Beziehung
(Beziehungsaufnahme, Beziehungsgestaltung, Zielorientierung, Prozessdiagnostik)
3. Krisenhaftigkeit

Der „Psychotherapeutische Status“ zur Diagnostik-Leitlinie versucht auf zwei Seiten eine Strukturierungshilfe und ein Reflexionsinstrumentarium für Diagnostik und Indikation zur Verfügung zu stellen. Er ist für PsychotherapeutInnen gedacht, dient ihrer Reflexion, ist also kein diagnostisches Dokument, das nach außen weitergegeben werden kann.

Weitere Informationen:

Bartuska / Buchsbaum / Metha / Pawlowsky / Wiesnagrotzki (Hrsg.): Psychotherapeutische Diagnostik: Leitlinien für den Standard. Springer Verlag 2005, Euro 34,80.

Bernhard Handlbauer



WIENER ZENTRUM FÜR ENERGETISCHE PSYCHOTHERAPIE

AUSBILDUNG IN ENERGETISCHER PSYCHOTHERAPIE

(EP) bzw. EDxTM (Energy Diagnostic and Treatment Methods) nach Dr. Fred Gallo/USA

Die zugrunde liegende Theorie deutet Probleme als Störung im bioenergetischen System, die durch Stimulierung („Klopfen“) bestimmter Akupunkturpunkte aufgelöst wird. Ein wichtiger Teil dieser Arbeit besteht in der Diagnose und Behebung „psychischer Umkehrungen“, sogenannter unbewusster „Selbstsabotagemuster“, die jegliche Zielerreichung blockieren. **Stabile und nachhaltige klinische Erfolge gibt es bei einem breiten Spektrum von Symptomen**, wie z.B. bei der Behandlung jedweder Ängste, Phobien, Panikattacken, traumatischer Erfahrungen, Depressionen, Süchten (z.B. bei Ess- oder Nikotinsucht), bei Befindlichkeitsstörungen aller Art (wie z.B. Stress, Überforderung, Kummer, Eifersucht, Trauer, Hass, Ärger, Schuldgefühle, etc.), Schmerz, Selbstwertproblemen, u.v.m. **Weitere Informationen finden Sie unter: www.e-psy.at**

Diese Traumatechnik ist als Weiterbildung für PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen in Österreich anerkannt!

EINFÜHRUNG, LEVEL I und LEVEL II KOMPAKT:

Seminarleitung: Mag. Karin Neumann & Mag. Astrid Zips

Wann: Montag, 25.8.- Freitag, 29.8.2008 (Mo.-Do. je 9-17.30 Uhr, Fr. 9-13.00 Uhr),

Kosten: Euro 820,- + 20 % USt (inklusive Skripten) inklusive Praxistag am 10.10.2008 von 14-19 Uhr

Wo: dbh Don Bosco Haus, 1130 Wien, Sankt Veitgasse 25

Übernachtungsmöglichkeit im Seminarhaus: (Bitte reservieren Sie persönlich im dbh, 01-878390: EZ Euro 49,50, DZ Euro 44,40, jeweils inklusive Frühstück).

LEVEL III UND IV mit Dr. FRED GALLO PERSÖNLICH IN WIEN:

(Diese Seminare finden meist nur in Deutschland und der Schweiz statt, 2008 in Wien!)

Wann: Donnerstag, 23. – 26. Oktober 2008 (Do.-Sa. je 9-18 Uhr, So. 9-13.30 Uhr),

Kosten: Euro 580,- + 20 % Umsatzsteuer (inklusive Skripten)

Am 22. Okt. hält Dr. Gallo von 19.30-21 Uhr einen allgemeinen Vortrag an der SFU!

Wo: sfu Sigmund Freud Universität Wien, 1030 Wien, Schnirchg. 9 a (U-3 Station)

Das Seminar findet in englischer Sprache mit deutscher Übersetzung statt!

Übernachtungsmöglichkeiten: (Bitte reservieren Sie persönlich bei den Hotels)

a) Schwabl Wirt, 1030 Wien, Erdbergstr. 111, EZ ab Euro 47, DZ ab Euro 78, Telefon: +43 (0)1-713 52 29, Fax 0043-(0)1-712 11 38 (9 DZ + 3 EZ vorhanden): 5 Min. Fußweg zur Uni

b) Sporthotel, 1030 Wien, Baumgasse 83, EZ für sfu 87,-, DZ für sfu Euro 102,-, Telefon: 0032(0)1-79882010 (79 Zimmer vorhanden):10 Min. Fußweg zur Uni

Alle angeführten Seminare können ausschließlich aufbauend besucht werden!

ANMELDUNG + INFOS: Mag. Astrid Zips, 0699-18049436 bzw. zips@e-psy.at

Nähere Infos können Sie gerne per Mail im Büro des SLP anfordern.

Arbeitsgruppen und Ansprechpersonen des SLP

Arbeitsgruppen des SLP

Berufsethisches Gremium des SLP

Dr.ⁱⁿ Mercedes Zsifkovics, Tel. 0662/8042-2030

Email: mercedes.zsifkovics@salzburg.gv.at

Informationsstelle für Psychotherapie

Mag.^a Ingrid Gstöttner, Tel. 0662/429263

Öffnungszeiten: Donnerstag 12:30 – 15:00 Uhr

Email: ingrid.gstoettner@aon.at

Verbrechensopfergesetz

Dr.ⁱⁿ Gertrude Steinmair, Koordinatorin, Tel. 0662/878653

Email: g.steinmair@gmx.at

Supervision

Dr. Helmut Schwanzar, Koordinator, Tel. & Fax 0662/843589

Email: h.schwanzar@aon.at

Sektion der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Dr.ⁱⁿ Gertrude Steinmair, Tel. 0662/878653

Email: g.steinmair@gmx.at

Sektion der hauptberuflich niedergelassenen PsychotherapeutInnen

Dr. István Kunz, Tel. & Fax 0662/880851

Email: istvan.kunz@gmx.at

BezirkspsychotherapeutInnen

Bezirkspsychotherapeutin Pongau

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Magdalena Fuschlberger, Tel. 0650/8820498

Email: fuschlberger_PT@gmx.at

Bezirkspsychotherapeutin Pinzgau

Mag.^a Martina Neumayr, Tel. 0662/885565

Email: martina.neumayr@aon.at

Bezirkspsychotherapeutin Nördlicher Flachgau

Dr.ⁱⁿ Ulla Diltsch, Tel. 06272/6013

Email: ulla.diltsch@onemail.at

Bezirkspsychotherapeut Lungau

DSA Konrad Reitsamer, Tel. 06474/8273, 0650/5771084

Email: konrad.reitsamer@aon.at

Bezirkspsychotherapeut Tennengau

Dr. Helmut Bieler, Tel. 06245/70878

Email: psychotherapie@tele2.at

Vorstand des SLP



Dr. Bernhard HANDLBAUER
Vorsitzender
Tel.: 0662 / 83 46 78
E-Mail: handlbauer@utanet.at

- ❖ Kontakte Politik und Gesundheitswesen
- ❖ Öffentlichkeitsarbeit



Mag. Gerald BALINS
Schriftführer
Tel.: 0664 / 13 05 506
E-Mail: gerald.balins@sol.at

- ❖ KandidatInnenvertreter
- ❖ KandidatInnenforum (KFO)



Susanne STÖGNER
Stellvertretende Vorsitzende
Tel.: 0699 / 10 88 02 68
E-Mail: s.stoegner@gmx.at

- ❖ Öffentlichkeitsarbeit
- ❖ Zeitschrift des SLP
- ❖ Länderforum (LFO)

Büro des SLP

Wolf-Dietrich-Straße 13, 5020 Salzburg



Dr. Franz MOSER
Finanzreferent (Kassier)
Tel.: 0676 / 63 51 661
E-Mail: franz.moser@sol.at

- ❖ Homepage
- ❖ Länderforum (LFO)



Mag.^a Daniela WAGENEDER
Tel.: 0662 / 82 38 25
Fax: 0662 / 42 27 37
E-Mail: s.l.p@aon.at
Öffnungszeiten:
Dienstag 10 bis 13 Uhr
Mittwoch 9 bis 11 Uhr

- ❖ Mitgliederservice
- ❖ Adressverwaltung
- ❖ Auskünfte

