ARGE Psychologen und Psychotherapeuten im ÖGB
Dr.Heiner Bartuska
PKH Baumg.Höhe 1
1145 Wien

14/SN - 61/ME

Betrifft GESETZENTWURF
Zl. 61 -GE/19 P1
Datum: 27. AUG. 1991
Verteilt 28. Aug. 1991

29.7.91

Stellungnahme zur 50. ASVG - Novelle

Die 50. ASVG - Novelle findet im großen und ganzen unsere Zustimmung , wobei besonders zu bestätigen ist:

1.) Die sinnvolle Gleichstellung der Psychologen und Psychotherapeuten mit der ärztlichen Hilfe im § 135 aufgrund von Argumenten auf drei Ebenen:

a.) Aus juristischer Sicht ist die gleichwertige Eigenverantwortlichkeit der Psychologen im PG § 3 und Psychotherapeuten im PthG § 1 mit dem Ärztegesetz gegeben, daher ist die Gleichstellung im ASVG systemkonform und richtig. Weiters würde eine auschließlich auf ärztliche Zuweisung basierende Krankenkassenregelung ein Delegationsprinzip für die darauf angewiesenen sozial schlechter gestellten Patienten bedeuten, während besser gestellte jederzeit einen Psychotherapeuten ihres Vertrauens wählen können. Das Delegationsprinzip wurde hingegen im PthG und PG bewußt weggelassen und durch den Gedanken der Zusammenarbeit ersetzt.

b.) Aus sachlichen Gründen würde eine ärztliche Zuweisung verteuernd und unnötig sein, da viele Patienten durchaus selbst im Stande sind, die Art ihrer Probleme selbst einzuschätzen, und außerdem sehr viele Ärzte die entsprechenden Indikationen wegen mangelnder Ausbildung in psychologischer und psychotherapeutischer Wissenschaft oft gar nicht finden können.

c.) Aus Erfahrungsgründen wissen die Psychologen und Psychotherapeuten, daß einige Patienten gar nicht zu einem Psychologen oder Psychotherapeuten kommen würden, wenn sie zuerst einen Arzt aufsuchen müßten, weil sie zB eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus fürchten, oder Medikamente, deren Wirkung sie nicht ausreichend hinterfragen können. Auch die strengere Verschwiegenheitspflicht der Psychologen und Psychotherapeuten fördert das Vertrauen der Patienten.

2.) Die sehr wichtige und positive Bedeutung des § 349 (2) der die Gesamtvertragsfähigkeit der freiwilligen Interessensvertretungen der Psychologen und Psychotherapeuten auf juristisch korrekte Weise herstellt, indem er diese an die Begutachtungspflicht der Beiräte des BMfGSuK bezüglich psychosozialer Versorgung lt. PG und PthG bindet.

Die von manchen befürchtete Erhöhung der Honorare durch die Förderung eines Gesamtvertragspartners der Krankenkassen kann alleine schon deswegen nicht eintreten, da die Honorarrichtlinienkompetenz der Psychologen und Psychotherapeuten ja durch das PG und PthG ja ebenfalls schon den Beiräten im BMfGSuK zugewiesen sind und daher gar nicht bei den freiwilligen beruflichen Interessensvertretungen sind.

Zur Korrektur offensichtlicher redaktioneller Versehen möchten wir anregen:

1.) Die Erläuterungen zum § 135 Abs.2 und 3 entsprechend dem Gesetzesvorschlag zu ändern, sonst könnte jemand mißverständlich annehmen, daß entgegen den obigen Ausführungen und Argumenten eine psychologische und psychotherapeutische Hilfe nur auf ärtzliche Zuweisung von der Krankenkasse finanzierbar wäre.

2.) Im § 349 (2) nicht nur die Begutachtung durch die Beiräte, sondern auch einen darauf beruhenden Bescheid des Bundesministers für Gesundheit anzuführen, damit nicht nur formaljuristisch eine korrekte Formulierung gewährleistet ist, sondern auch wenigstens ein außerordentliches Rechtsmittel aus diesen Entscheidungen möglich wird.
Auch ist es einfacher den § 349 (3) in die zitierten Paragraphen des § 349 (2) aufzunehmen als Ihn extra zu ändern.
Ebenso ist die notwendige Korrektur des § 351 bisher nicht vorgeschlagen, was zB im Streitfall zwischen Psychologen oder Psychotherapeuten und den Krankenkassen aus den Gesamtverträgen bedeuten würde, daß die Vertreter der Ärztekammern in den Landes- oder Bundeschiedskommissionen (§§ 344 - 348) über Kündigung eines Psychologen oder Psychotherapeuten entscheiden würden, was weder den Apothekern, Dentisten noch Hebammen (§ 351) zugemutet wird.
Der § 349 (2) sollte also lauten:
" Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit einer freiwilligen beruflichen Interessensvertretung geregelt, deren Leistungsfähigkeit bezüglich psychosozialer Versorgung aufgrund eines Gutachtens des Psychologenbeirates ($$ 19, 20 Abs 1 Z 8 PG) bzw. des Psychotherapiebeirates (§§ 20, 21 Abs 1 Z 9 PthG) mit Bescheid des Bundesministers für Gesundheit festgestellt ist. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs.1, 341 - 348, und 349 (3) mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessensvertretung tritt."

Zusätzlich möchten wir auf unsere begründeten Forderungen hinweisen , die bisher noch nicht Eingang in die Novelle gefunden haben.

1.) Das ASVG berücksichtigt an drei Stellen den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft (§§ 132 b (2), 132 d (2) (neue Bezeichnung) und 155 (1)). Da aber jetzt die psychologische und psychotherapeutische Wissenschaft lt. PG und PthG eindeutig als Wissenschaften des Gesundheitsbereiches definiert sind, ist auch hier die entsprechende Anführung unerläßlich, da sonst wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse für den Sozialversicherungsbereich unberücksichtigt bleiben könnten.

Es sollten also lauten:
Die §§ 132 b (2) :
" Der Hauptverband hat die Durchführung dieser Gesundenuntersuchungen durch Richtlinien zu regeln. In diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz jeweils als vordringlich erklärten

Maßnahme zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und den Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen.";
132 d (2) :
" Der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hat im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und soziale Verwaltung unter Bedachtnahme auf den Fortschritt der medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Wissenschaft durch Verordnung zu bezeichnen. ...";
155 (1):
" Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finazielle Leistungsfähigkeit neben der oder im Anschluß an die Krankenbahendlung geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

2.) In Fragen der Mutterschaft (§ 117 Z 5 iVm § 159):
Es sollte die psychologische Hilfe ergänzt werden, da von Univ.Doz.Dr. Marianne RINGLER und Univ.Doz.Dr.Beate WIMMER-PUCHINGER nachgewiesen wurde, daß die psychologische Betreuung der Schwangeren und Gebärenden die Auftretenshäufigkeit von Krankheiten und Schädigungen bei Mutter und Kind beträchtlich herabsetzt.

3.) So erfreulich die Erweiterung der freiwilligen Selbstversicherungsmöglichkeit in der Pensionsversicherung im § 16 a für die Psychologen und Psychotherapeuten ist, so muß deutlich auf die eklatante Benachteiligung dieser Berufsgruppen hingewiesen werden. Es sind zwar die selbstversicherten Beiträge den Beiträge nach ASVG, GSVG u. FSVG angeglichen worden, aber durch die Nichtaufnahme in den § 4 (Pflichtversicherung) entsteht jedoch ein Steuernachteil in der Höhe zwischen 60 000.- und 80 000.- öS für die freiberuflich tätigen Psychologen und Psychotherapeuten, da lt. EstG nur Pflichtversicherungen als Ausgaben geltend gemacht werden können. Eine Geltendmachung als außergewöhnliche Belastung kann nur in der Höhe bis 20 000.- öS wirksam werden, wobei sonst keine Ausgaben mehr geltend gemacht werden können. Die Schlechterstellung gegenüber jedem Angestellten, Gewerbetreibenden oder Freiberufler nach FSVG ergibt sich aus dem PG und PthG (Ausnahme von der Gewerbeordnung) und kann jedoch nur eine Verteuerung der Leistungen für den Pat. oder wirtschaftliche Schlechterstellung der Psychologen und Psychotherapeuten bewirken, überdies verstößt diese Regelung gegen den Gleichheitsgrundsatz der Verfassung.

Dr.Heiner Bartuska
PKH Baumgartner Höhe 1
1145 Wien Tel 94 90 60/2685 9.7.91

Argumente für/gegen den § 349 (2) der 50. ASVG-Novelle
Gesamtverträge mit anderen Vertragspartnern

Gegen:

1.) Gesamtvertragsfähigkeit nicht, oder nur sehr schwer gegeben oder nachweisbar. Es können Verträge zugunsten Dritter nach § 881 ABGB abgeschlossen werden. Da nur Einzelverträge möglich scheinen, ist eine sehr gute Verhandlungsposition des Hauptverbandes gegeben. Durch geschicktes Verhandeln sind sicher günstigere Rahmenbedingungen erzielbar, wobei aber die Gefahr einer Qualitätsminderung gegeben ist.
2.) Da eine kontinuierliche Zusammenarbeit sehr schwer möglich ist, können die Gremien schwer beschickt werden, was eine höhere Fluktuation und eine dominate Position des Hauptverbandes bei Problemen und Streitigkeiten schaffen würde.
3.) Ein freier Zusammenschluß einer Plattform sorgt für ein freieres Kräftespiel unter den entstehenden Vereinigungen.
4.) Durch das Fördern der Entstehung verschiedener Vereinigungen ist auch eine gewisse Abnutzung und Energiebindung der Vereinigungen durch die zu erwartenden Dominanzkonflikte zu erwarten.

Für:

1.) Förderung des Zustandekommens eines Gesamtvertrages. Die Gesamtvertragsfähigkeit der Psychotherapeuten und Psychologen i.Ges.wesen wird iuristisch hergestellt.(Systemkonform zu dem PthG und PG.)
2.) Fördert, oder macht sogar erst möglich, eine stabile Beschickung der notwendigen Zusammenarbeitsgremien, wie Landeskommissionen oder Landesschiedkommissionen nach §§ 340 (1), 341 - 348 u. 349 (3).
3.) Schafft Klarheit, wer als Ansprechpartner für den Hauptverband ständig zur Verfügung steht. Der Hauptverband könnte sonst nicht überprüfen, ob eine auftretende Vereinigung auch die für den Gesamtvertrag notwendige Repräsentanz der Berufsgruppe besitzt.
4.) Die sicher stattfindenen Auseinandersetzungen innerhalb der Berufsgruppen finden dann auch innerhalb derselben statt, und werden nicht nach außen getragen, was bei einer völlig freien Plattform mit Sicherheit geschehen würde. Die Förderung, Kompromisse auszuhandeln bewirkt wahrscheinlich gesellschaftsadäquatere Verhandlungspositionen.
5.) Einbindung der Beiräte laut PthG und PG ist iuristisch und praktisch durch die Begutachtungspflicht der Beiräte bezüglich der psychosozialen Versorgung Österreichs gegeben.
6.) Sonst wären nur Einzelverträge möglich.
7.) Schafft eine "kammerlose" Freiberufler-Regelungsmöglichkeit.
8.) Eine minimale Kontrolle über die Mitglieder über Vereinsrecht gegeben.
9.) Da die Honorarkompetenzen lt.PG und PthG bei den Beiräten im BMfGSuK liegen, ist eine Verteuerung für den Hauptverband durch einen Gesamtvertrag nicht zu befürchten.
10.)Es entsteht Mitsprachemöglichkeit der Krankenkassen bei der Versorgungdichte unterversorgter Gebiete.
11.) Die Gefahr wird reduziert, daß nur ein Wahltherapeutensystem mit chaotischen Preisgestaltungen funktionieren würde.

UNIVERSITÄTSKLINIK
FÜR TIEFENPSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE
VORSTAND: DOZ. DR. MARIANNE SPRINGER-KREMSER
A-1090 WIEN, WÄHRINGER GÜRTEL 18-20
TEL.: (0222) 40400 / 3061 oder 43 68 03

Univ.Doz.Dr.Marianne Ringler

Wien, 03. Juni 1991

STATEMENT: GEBURTSVORBEREITUNG

Schwangerschaft ist ein Lebensabschnitt des jungen Erwachsenenalters, in dem in der Lebensgeschichte erworbene Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen einer neuerlichen Prüfung unterzogen werden müssen. Es handelt sich um einen krisenhaften Lebensabschnitt, der aus psychodynamischer Perspektive wesentliche Chancen für Persönlichkeitsveränderungen birgt. Die Bahnen der in einer Schwangerschaft auftauchenden Konflikte beeinflussen

* die persönlichen Einfaltungsmöglichkeiten von Frauen/Müttern, Männern/Vätern
* die Basis ihrer Beziehungsmöglichkeiten zum sich entwikkelnden Säugling und
* somit seinen psychischen und physischen Entwicklungschancen
* die Beziehung des Elternpaares
* Schwangerschaftsbeschwerden und
* Geburts- und nachgeburtliche psychische und somatische Komplikationen

Psychologische Geburtsvorbereitung vermag in präventiver und kurativer Weise zu wirken, durch

* Information
* Anregung zur Auseinandersetzung mit relevanten Themen des einzelnen und des Paares
* Kommunikationsförderung
* Vermittlung von Bewältigungsstrategien für die anfallende Geburtsarbeit
* Förderung "mündiger Patienten"
* Erkennen psychologischer Risikopatienten und deren Vermittlung in ein fokussierte Beratung/Therapie

Das derzeitige System "Schwangerenturnen" wird diesen Aufgaben in keinster Weise gerecht. Schon durch die Bezeichnung lenkt es das Augenmerk vom wesentlichen Aspekt der Geburtsvorbereitung ab, weshalb die Akzeptanz niedrig ist. Die Qualität desselben hängt derzeit gänzlich von Engagement und Interesse des Leiter/In ab.

Psychologische Geburtsvorbereitung, die sich als außerordentlich wirksam erwiesen hat, erfordert zusätzlich zu herkömmlichen Strategien

* Kenntnisse der speziellen Psychodynamik
* psychologische Gesprächsführungstechniken
* lerntheoretisches und kommunikationstheoretisches, sowie systemisches Wissen und seine Anwendung
* Gruppenleiterfähigkeiten- gruppendynamisches Können

Eine Einbindung obiger Fähigkeiten in die Ausbildung von GeburtsvorbereiterInnen ist daher zu fordern.

Unter den Voraussetzungen von geschulten GeburtsvorbereiterInnen, die derzeit allerdings sehr rar sind, ist eine hohe Wirksamkeit in Richtung erwünschter Ziele, erreichbar. Dieses ist deswegen zu fordern, weil sich in der augenblicklichen österreichischen Situation aufgrund der Unzufriedenheit mit dem "Schwangerenturnen" eine Reihe außerinstitutioneller Geburtsvorbereitungen etabliert haben, deren Qualität zu bezweifeln ist. Die Vorbereiter sind vielfach nicht ausreichend ausgebildet, d.h. selbsternannt, sie bereiten an der Realität vorbei vor, indem sie angelesene Wunsch- und Idealforderungen und Leistungsansprüche verstärken, statt zu relativieren, wodurch sie Probleme fördern, bzw. erst erzeugen. Außerdem sind sie aufgrund des privaten Charakters Konsumenten/Klienten jener sozial benachteiligten Schichten, die die Vorbereitung am Nötigsten haben, nicht zugänglich. Geburtsvorbereitung ist derzeit in Österreich ein elitäres Angebot für die Mittelschicht.

Geburtsvorbereitung hat neben ihrer wissenschaftlichen Basis unbedingt in jene Institutionen eingebettet zu sein, in der

die Schwangere zu entbinden wünscht, damit präventives Potential wirksam werden kann. Es hat in äußerst enger Zusammenarbeit mit den Hebammen, Ärzten und beteiligten Stationsschwestern zu erfolgen. Eine entsprechende kompetente Ausbildung und Durchführung von Geburtsvorbereitung hat Psychologen und Hebammen einzuschließen.

LITERATUR

BRÄHLER, E., A. MEIER: Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. Springer, Berlin 1988

LUKESCH, H.: Schwangerschafts- und Geburtsängste. Enke, Stuttgart 1981

RINGLER, M.: Psychologie der Geburt im Krankenhaus.

RINGLER, M.: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Springer, Wien, (im Druck)

14/SN-61/ME XVIII. GP - Stellungnahme (gescanntes Original)

LUDWIG-
BOLTZMANN-
INSTITUT

Institut für
Gesundheitspsychologie
der Frau

STELLUNGNAHME:
PRÄVENTIVER STELLENWERT VON PSYCHOLOGISCHEN GEBURTSVORBEREITUNGSMASZNAHMEN

Vorstand
Univ.-Doz. Dr.
Beate Wimmer-Puchinger

Bastiengasse 36–38
1180 Wien
Telefon 0222 / 476 15
Durchwahl 362
Telefax 471 515 369

Bankverbindung
Zentralsparkasse
Konto Nr. 601 270 200

1. Begründungszusammenhang

Schwangerschaft, in ihrer klassisch-populären Bezeichung als "Zeit der guten Hoffnung" apostrophiert - ist aus psychosozialer Sicht als labile Phase der Umstellung zu bezeichnen. Eine Adaptierung in folgender Hinsicht muß gewährleistet werden:

1.1.) Umstellung der Frau

* Ihre Identität als Frau zur zusätzlichen Identitätsbildung als Mutter
* Umstellung der Beziehung von der Zweierbeziehung (Dyade) zur Dreierbeziehung (Triade) bzw. Familienerweiterung
* Eine soziale Umbruchsituation (Wohnungswechsel, Berufsneuorientierung - Berufsaustieg, Heirat)
* Familiäre Neuorientierung (Eltern, Großeltern mit allen dies implizierenden familiären Konfliktebenen, Partner sowie Eltern vom Partner, und die eigenen Eltern werden unter anderen bzw. neuen Perspektiven betrachtet)

Das heißt, in dieser Phase der kompletten Neuorientierung auf der Basis der Überprüfung aller bisherigen Erfahrungen des vergangenen Lebensabschnittes kommt es unter Berücksichtigung der neu empfundenen Verantwortlichkeit für das Wohl des Kindes zu einer Labilisierung.
Aus zahlreichen internationalen groß angelegten Studien geht eindeutig hervor, daß die Reaktionen auf diese Krisenmomente emotional:

* die frühe Mutter-Kind-Beziehung sowie
* die persönliche Pespektive von Frauen/Männern als Mütter/Väter

entscheidend beeinflußen.

Dies bedeutet, je nach erfahrenen Unterstützungsangeboten und psychosozialen Hilfen und Zuwendung kann diese Stimmung ins resignativ-depressive umkippen, oder aber als normative Krise gut bewältigt werden und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit führen.

1.2) Als definitiv gesichert gilt ferner, daß über die psychovegetative Schiene Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen auftreten können, die auf unbewußt oder bewußt erlebte Streßerlebnisse zurückzuführen sind (signifikantes Ansteigen von Einschlafstörungen, von vegetativen Begleitphänomenen wie Müdigkeit, weinerliche Stimmung, aggressive - affektive Ausbrüche, Bluthochdruck, massive Übelkeit und Erbrechen, div. Beschwerden, ev. Leidenshaltung als permanentes sich belastet und unwohl fühlen).

1.3) Als dritte entscheidende psychologische Komponente gilt es, die Geburtsangst zu beachten.

2.) RESÜME

Aus den obig angeführten wissenschaftlichen Befunden ergibt sich, daß psychologische Schwangerenbetreuung als primär präventive Aufgabenstellung zu bewerten ist.

Dies in folgender Hinsicht:

2.1) Stabilisierung der Persönlichkeit in einem labilen Lebensabschnitt,
Prävention von Beziehungsproblemen auftretender postpartaler Störungsbilder,
Prävention von Stillschwierigkeiten und postpartalen Depressionen.

Dies hat auch aus entwicklungspsychologischer Sicht weittragende Bedeutung für die weitere Eltern-Kind-Entwicklung sowie für die Entwicklung der Beziehung des Elternpaares.

2.2) Eindeutige primär präventive Aufgabenstellung von Schwangerschaftskomplikationen, wie Bluthochdruck, vorzeitige Wehentätigkeit, ev. Mißbildung, und Geburtskomplikationen, wie Vakuum, Zangengeburt, Risse, Geburtsstillstand ect. Nicht zuletzt sei auf die Bedeutung eines subjektiv glücklichen Geburtserlebnisses für die weitere Entwicklung und Anbahnung von Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen. Auch dazu gibt es einschlägige wissenschaftliche Erkenntnisse.

3.) <u>Qualitative Kriterien der Effizienz</u>

Wie angeführt sind daher folgende Kenntnisse für eine effektive Prävention einer Schwangerschaftsbetreuung unerläßlich:

* Information und Kenntnis über Schwangerschaftsverlauf
* Information über alle Phasen der Geburt
* Information über Maßnahmenkataloge der geburtshilflichen Abteilungen
* Information und Kenntnis über die Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft
* Information über die wichtigsten Phasen der Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

* Förderung der Kommunikation der werdenden Eltern über alle relevanten Themen des neuen Lebensabschnittes, die die Elternschaft und die Partnerschaft betreffen
* Vermittlung von objektiven Strategien zur Bewältigung der Geburt
* Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durch gezielte Information
* Hilfestellung bei Umstellungsproblemen (Rauchen, Eßverhalten etc.)
* Erkennen psychologischer "Risikopatientinnen" und deren Vermittlung in eine fokusierende Beratung/Therapie

Das derzeitige ausgebaute Netz von "Schwangerenturnen" nimmt die relevanten psychologischen und sozialen Faktoren nicht im geforderten Ausmaß wahr, da dies vielmehr auf Unterstützung des Kreislaufes und gezielte Übungen für die Wehenbewältigung ausgerichtet ist. Relevante "Risikogruppen" von Frauen werden auch in der Regel mit diesem Angebot bisher nicht erreicht.

Die sich als gezielte wirksame Prävention erwiesene psychologische Geburtsvorbereitung erfordert daher profunde Kenntnisse in

* spezieller Psychodynamik der Schwangerschaft
* der Schwangerschaft und werdenden Elternschaft
* psychologischen Gesprächsführungstechniken
* lerntheoretischem, gesprächs-kommunikationstheoretischem und systemischem Wissen und deren gezielter Anwendung
* Gruppenführung, Gruppendynamik

Es ist daher dringend anzuraten, diese Fähigkeiten in die Ausbildung von Geburtsvorbereiterinnen einzubinden.

Im Vergleich zu anderen Ländern mangelt es in Österreich an einer einheitlichen und um psychologische, gruppendynamische und Gesprächstechniken spezifische Curricula sowie bestimmter Qualitätsrichtlinien.
Geburtsvorbereitung mit zielgruppenspezifischen präventiven Aufgabenstellungen soll in enger Teamarbeit mit den Hebammen, Ärzten sowie sonstigem diesbezüglichen Personal erfolgen.
Eine enge Kooperation zwischen geburtsvorbereitenden Präventivangeboten und jeweiligen geburtshilflichen Einrichtungen ist dringend zu empfehlen.

Resümierend läßt sich daher festhalten, daß aufgrund äußerst positiver internationaler Erfahrungen und einer Fülle von wissenschaftlichen Studien psychologische Geburtsvorbereitung, die von einem über "Schwangerenturnen" hinausgehenden präventivem Konzept ausgeht und Hilfestellungen bei den Krisen der Umstellung gibt, im Sinne einer flächendeckenden österreichweiten Schwangerenvorsorgemaßnahme zu empfehlen ist.

Voraussetzung ist jedoch eine entsprechend ausgerichtete Ausbildung sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen PsychologInnen und Hebammen.

Literatur

Davies-Osterkamp, S.; Psychologie und Gynäkologie, VCH, Weinheim, 1991.

Research Issues in the Assessment of Birth Settings; Report of a Study by the Committee on Assessing Alternative Birth Settings, Institute of Medicine and National Research Council, Washington, D.C., 1982.

Wimmer-Puchinger, B., Schwangerschaft und Streß, Habilitationsschrift, 1985, Wien.

Wimmer-Puchinger, B.; Bronneberg, G.: Geburtsvorbereitung in Österreichs Spitälern, in: Der praktische Arzt, 42.Jg., 583, 1988, S. 559 - 579. Wien

Wimmer-Puchinger, B.: Schwangerschaft als Konflikt, Springer Verlag, Heidelberg, 1989.

Youngs, D.D., Ehrhardt, A.A.; Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, New York, 1980.