

Neurol Rehabil 2008; 14 (1): 41–49

Psychotherapie in der (Neuro-)Rehabilitation

G. S. Barolin

Wien

Zusammenfassung

Das Fallen in Dauer-Invalidität ist eine gravierende Lebenskrise, die der psychotherapeutischen Hilfestellung – als Hilfe zur Selbsthilfe – dringend bedarf. Leider ist dieser Gedanke noch nicht in unser medizinisches und Medizin-administratives Allgemeinverständnis übergegangen. Das höhere Lebensalter ist an und für sich durch seine fortschreitende Behinderung rehabilitationsbedürftig, umso mehr in Zusammenhang mit den häufigen Alterserkrankungen neuro-rehabilitativer, aber auch allgemein-medizinischer Bereiche.

Neben einer berufsspezifischen Psychotherapie gilt es auch einer basalen Psychotherapie (psychotherapeutische Grundeinstellung und Grundhaltung) für alle benachbarten Sozialberufe (Pflege, Physiotherapie etc) den Weg zu ebnen, sie in Lehre und Organisation ständig zu fördern. Das soll einerseits selbstwirksam sein und andererseits den Weg für spezifische psychotherapeutische Maßnahmen kanalisieren, diese sinnvoll begleiten und unterstützen.

Methodische Schlaglichter gebe ich über

- 2-stufige Gruppenpsychotherapie mit integriertem Autogenem Training. Diese vereinigt gruppenspezifische und hypnoide Elemente.
- Imaginative Verfahren
- Vor all dem und ständig begleitend hat systematische Gesprächs-Schulung und -Anwendung zu stehen, die leider auch in den Führungsetagen unserer Institutionen teilweise fehlt.

Es ist zu betonen, dass Psychotherapie keineswegs nur psychisch wirkt, sondern im Sinne der somato-psycho-sozialen Einheit Mensch durchaus auch direkt somatisch wirken kann.

Schlüsselwörter: somato-psycho-soziale Einheit, Methoden der Psychotherapie, Hypnose, Autogenes Training, Imaginative Methoden, Gesprächsschulung

Psychotherapy in (neuro-)rehabilitation

G. S. Barolin

Abstract

Falling in a permanent disability presents a grave life-crisis which needs psychotherapeutic help, help towards self-help. Our medical establishment has so far not yet made this notion common, neither in science nor in administration.

Higher age in itself produces even more necessity in rehabilitation.

Besides psychotherapy as a separate profession, it is necessary to stimulate »basic psychotherapy« for all social professions (nursing, physiotherapy, etc.). This basic psychotherapy in itself brings help; furthermore it indicates the way towards a professional psychotherapy and accompanies this in a profitable way.

I give report on several main fields of psychotherapy in rehabilitation:

- Two-step group psychotherapy with integrated autogenic training, which unites hypnoid and group dynamic elements
- Imaginative methods
- There must be systematic education in conversation, that – it is sad to say – is missing in many representatives of the leading ranks of our establishment, too.

Key words: somato-psycho-social entity, methods of psychotherapy, hypnosis, autogenic training, imaginative methods, education for conversation

© Hippocampus Verlag 2008

Erfahrungshintergrund

Der Autor kommt noch aus der älteren Fachtradition, welche Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie gemeinsam umfasste. Neben einer neurologischen Schwerpunkt-Abteilung wurde von ihm das Ludwig-Boltzmann-Institut

für Neurorehabilitation und Prophylaxe aufgebaut und geleitet. Es war das erste wissenschaftliche Institut dieser Richtung im deutschen Sprachraum. Es war dort immer ein Anliegen, die Möglichkeiten der Psychotherapie »integriert« in die Neuro- und Rehabilitationswissenschaft den Patienten zunutze zu machen.

Die folgenden Ausführungen entstammen somit der systematischen Anwendung von Psychotherapie in der Neurorehabilitation, gelten aber weitgehend auch für die Rehabilitation allgemein.

Zusammenhänge und Trennlinien zwischen Psychotherapie und Rehabilitation

Der von *Barolin* in die Literatur eingebrachte Begriff der »Integrierten Psychotherapie« will deren **Anwendung in allen medizinischen Gebieten** stimulieren, im Sinne einer »basalen« Psychotherapie neben einer »spezialisierten«, und alle medizinisch tätigen Berufsgruppen (keineswegs nur »designierte« Psychotherapeuten) ansprechen.

Psychotherapie und Rehabilitation haben etwas Wesentliches gemeinsam, was sie von anderem in der Medizin unterscheidet. Sie sind »Hilfe zur Selbsthilfe«, also keine medizinischen Maßnahmen, die dem Patienten ohne seine Mitwirkung »übergestülpt« werden (wie etwa Operationen). Sie fördern vielmehr dessen ständige aktive Mithilfe. Überdies bestehen wesentliche **thematische Überschneidungen**. Trotz dieser deutlichen Verwandtschaft haben die beiden Fächer in unserem medizinischen Establishment traditionell wenig miteinander zu tun.

Warum ist das so? Die Rehabilitationsmedizin ist weitgehend an die physikalische Medizin gekoppelt und deren Hauptinstrumentarium bilden Gymnastik, Elektrizität, Wasser etc.

Die Psychotherapie betrachtet traditionsgemäß den Menschen mittleren Lebensalters mit Kommunikations- und Verhaltensstörungen als ihre Hauptklientel. Noch immer richten sich viele in der Psychotherapie dogmatisch nach Freud, und dieser (als psychophysischer Dualist) warnte davor, sich psychotherapeutisch mit körperlich Kranken zu befassen.

Allerdings gibt es auf beiden Seiten fortschrittliche Kräfte, die jene Einengungen und kontraproduktiven Abgrenzungen ihres Faches aufgehoben wissen wollen. In dieser Richtung wollen die vorliegenden Zeilen ein weiterer Schritt sein, hin zur ganzheitlichen Erfassung der »**somato-psycho-sozialen Einheit Mensch**« (Abb. 1).

In der Rehabilitations-Psychotherapie geht es um **differenzierte Anwendung** je nach den unterschiedlichen Rehabilitationszielen:

1. Dort, wo man eine **weitgehende Restitution** der Funktionsfähigkeit anstrebt, geht es vor allem um Ermutigung und Motivation zur konsequenten Beibehaltung der Rehabilitations-Maßnahmen bis zur Erreichung jenes Zieles. Darüber hinaus erübrigt sich weitgehend eine allgemeine komplexe Psychotherapie.
2. Bei Läsionen, welche zu einem **dauernden Behinderungszustand** führen (etwa Schlaganfall), oder dort, wo eine laufende Weiterverschlimmerung zu erwarten ist (etwa Multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose), hat die psychotherapeutische Betreuung vor allem zu helfen
 - a) sich damit abzufinden und die Behinderung zu adaptieren,

- b) das Beste daraus zu machen,
 - c) langfristig Motivation aufzubauen, was neben den spezifischeren psychotherapeutischen Maßnahmen ein ganz wesentlicher Faktor ist.
3. Das hohe Lebensalter führt weitgehend (wo nicht ein plötzlicher Tod dazwischenkommt) auch zu einer fortschreitenden Behinderung, welche neben den körperlichen Rehabilitationsmaßnahmen auch psychotherapeutische verlangt.

In den vorliegenden Zeilen ist überwiegend von bleibender oder sich verschlechternder Invalidisierung die Rede (entsprechend Punkt 2 und 3).

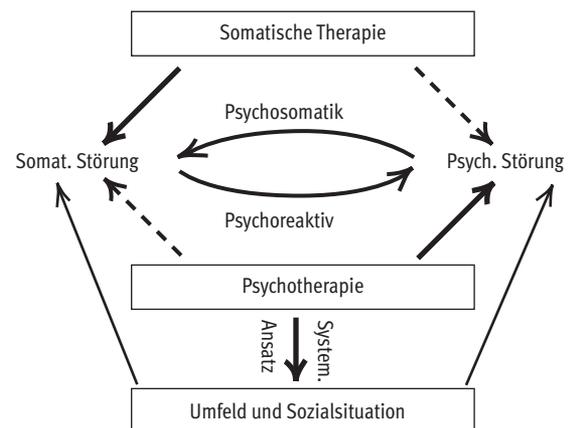


Abb. 1: Die moderne Wissenschaft sieht den Menschen als somato-psycho-soziale Einheit an, also multifaktoriell determiniert von den drei Faktoren: 1) körperliche Faktoren (angeboren und erworben), 2) psychisch wirksame Faktoren aus Gegenwart und Kindheitsentwicklung, 3) das ganze soziale Umfeld (Familie, Beruf, Betreuungssituation im Alter). Das stellt sich als Regelkreissystem dar, welches in mehrere Richtungen wirkt, sowohl für Störungen, als auch für Therapie.

Dick ausgezogene Pfeile = hauptbeeindruckende Wirkung, punktierte Pfeile = Wirkungen, die weniger evident sind, aber durchaus relevant. Psychotherapie kann somit auch direkt somatotrop – also auf körperliche Störungen – wirken.

Die plötzlich auftretende oder progrediente Verunselbständigung bedingt **wesentliche Lebenskrisen**, mindestens ebenso wichtig und behandlungsbedürftig wie die »klassischen Krisen« als Indikation für Psychotherapie (Pubertätskrisen, Erwachsenenreifungskrisen, Berufskrisen, Partnerkrisen etc.). Die beiden **Selbstmordgipfel** einerseits in der Pubertät, andererseits im Senium illustrieren das deutlich.

Wir haben den Ausdruck »**Altersrehabilitation**« in die Literatur eingeführt, blieben damit keineswegs unwidersprochen unter der Argumentation: »Das Alter ist ein physiologischer Vorgang und bedarf keiner Rehabilitation!«. Wir dagegen halten es für ein Artefakt der modernen Medizin, dass der Mensch über seine genetisch präformierte Funktionsfähigkeit hinaus am Leben erhalten wird, dabei aber immer mehr Defekte aufweist, die der Rehabilitation bedürfen (mehr als **20 Jahre** durchschnittlicher Lebensverlängerung seit dem 2. Weltkrieg – schon unter Ausschluss der Kriegstoten). Krämer spricht von der **Fortschrittsfal-**

Integrierte Psychotherapie (n. Barolin)

Will **direkt auf den Patienten zugehen** und nicht darauf warten, bis dieser in einen isolierten Elfenbeinturm der Psychotherapie Einlass begehrt, somit sich dem gesamten Gesundheitssystem zur Verfügung stellen und und möglichst alle erreichen, die ihrer bedürfen:

- die **psychogen** Beeinträchtigten,
- mit ihrer **psychosomatischen** Auswirkung,
- die Patienten mit **primär körperlichen** Beeinträchtigungen unter Mitberücksichtigung ihrer psychischen Begleit- und Folgeerscheinungen:
- speziell in der **Rehabilitation**,
- Menschen **höheren Lebensalters**,
- bis hin zur **Sterbebegleitung**.

Sie betrifft die **gesamte »somato-psycho-soziale Einheit Mensch«** und verwendet dazu psychische Mittel, die **sowohl psychotrop als auch somatotrop** angreifen können, in **Koordination** mit allen Instanzen, die den Menschen betreffen:

- medizinische (Medikation, Physiotherapie etc.),
- Pflege,
- medizinische Assistenzberufe,
- Sozialarbeit,
- Administration,
- Pädagogik,
- Geragogik,
- Seelsorge etc.

Dazu ist wechselseitige Kenntnis der Nachbargebiete vonnöten: Psychotherapeutisches Grundverständnis mit der entsprechenden Einstellung und Aktion, auch bei den nicht gezielt Psychotherapie-Treibenden: **basale Psychotherapie**

Psychotherapeutische »Schulen« sollen als solide Lernbasis dienen. Die Anwendung soll jedoch schulübergreifend sein: **»Patienten-zentriert statt Schul-zentriert«**.

Dazu muss integrierte Psychotherapie auch **»sozial-integriert«** und integrierbar sein mit Bekenntnis

- zur Ökonomie (i. S. von »Sozialethik«)
- und damit auch zur Evaluation.

Wissenschaft und Praxis müssen Hand in Hand gehen, eingebunden in ein übergeordnetes **human-ethisches Postulat**, mit einer besonders ausgeprägten **kommunikativen Komponente**.

Abb. 2: Die von uns so genannte »Integrierte Psychotherapie« will sich allen anderen medizinischen Disziplinen und allen Gesundheitsberufen assoziieren, mit dem Ziel einer Optimierung für den Patienten.

le der Medizin: Umso besser diese wird, desto mehr und schwerer behinderte, ältere Menschen haben wir umso länger zu versorgen.

Inzwischen ist diese Betrachtungsweise (zumindest in den zivilisierten Ländern) weitgehend Allgemeingut geworden.

Auch die Psychotherapie hat sich von der ursprünglichen Freud'schen Ablehnung einer Psychotherapie für alte Menschen distanziert und will sogar berufspolitisch eigene **»Gerontopsychotherapeuten«** benennen. Gegen Letzteres bin ich ambivalent, damit nicht auch in der Rehabilitation wieder ein Spezialist dem Anderen zuweist und der Patient zwischen den sprichwörtlichen zwei Sesseln durchfällt. Sehr wohl bin ich aber für eine stärkere **Betonung der Alterspsychotherapie** in einer Integrierten Psychotherapie.

»Integrierte Psychotherapie« (Abb.2)

Dieser durch unseren Arbeitskreis in die Literatur eingeführte Ausdruck (siehe auch endständige Literaturangabe) postuliert:

■ Psychotherapie soll nicht auf den Patienten warten, vielmehr den Patienten aufsuchen, wo er sie braucht.

- Dazu gehört enge Zusammenarbeit mit der übrigen Medizin einschließlich der Medikation sowie mit den benachbarten wichtigen Sozialmaßnahmen wie Sozialarbeit, Physiotherapie etc.
- Zusammenarbeit mit und/oder Kombination von unterschiedlichen Psychotherapie-Methoden ohne dogmatische Scheuklappen.

■ Dazu unterscheiden wir (didaktisch natürlich, mit fließenden Übergängen) eine basale und eine berufsspezifische Psychotherapie. Die basale soll eine psychotherapeutische Grundeinstellung und Grundmethodik vermitteln, die auch außerhalb einer methodisch differenzierten Psychotherapie allen Gesundheitsberufen zu Eigen sein und auch entsprechend gelehrt werden sollte.

Die basale Psychotherapie ist keineswegs eine »kleinere und billigere Version« der berufsspezifischen Psychotherapie, sondern sie muss ubiquitär im Gesundheitsberuf zum Tragen kommen. Neben der eigenständigen Wirksamkeit im Sinne einer allgemeinen Humanisierung des Gesundheitsberufes dient sie auch dazu, in eine berufsspezifische Psychotherapie überzuleiten und diese ständig zu begleiten, damit die volle Wirkung erzielt wird. Im Folgenden werden die basale und die berufsspezifische Psychotherapie gleichermaßen berührt und der Leser mag aus dem Zusammenhang erkennen, wie diese beiden Arten der Psychotherapie nebeneinander zu bestehen haben respektive ineinander übergehen.

Welche Methoden verwendet die Psychotherapie?

Die verschiedenen Methoden in der Psychotherapie werden üblicherweise nach den »Schulen« unterschieden. Deren gibt es etwa 300. Diese gehen auf einige wesentliche Grundprinzipien zurück, welche in den einzelnen Schulen (oder Ausbildungstraditionen) verschieden modifiziert und eingesetzt werden.

In der Literatur findet sich vielfach eine Einteilung in vier große Gruppen der Psychotherapie: 1) analytisch, 2) behavioristisch, 3) systemisch, 4) humanistisch. Diese Einteilung habe ich immer als erstens unvollständig und zweitens widersinnig abgelehnt. Denn einerseits sind alle Psychotherapiemethoden »humanistisch«, andererseits fehlen Methoden wie die Hypnose völlig in jener Einteilung etc. Inzwischen haben sich auch andere Prominente dazu negativ geäußert. So ist in dem rezenten, über 2.000 Seiten starken Standardwerk von Möller und Mitarbeitern »Psychiatrie und Psychotherapie« zu lesen, dass jene widersinnige Einteilung nur aus standespolitischen, kommerziellen Gründen geschaffen wurde.

Ich gebe in **Abb. 3** eine **Einteilung in sechs große Gruppen der Psychotherapie** wieder, in der alle gängigen Psychotherapieformen unterzubringen sind. Es ist eine Einteilung nach den **vordergründigen Faktoren**, die in den einzelnen Methoden eine Rolle spielen.

Ausdrücklich sei betont, dass diese Faktoren keineswegs nur in der genannten Methodik vorkommen. Das gilt natürlich vor allem für »verbale Kommunikation«. Denn das **Gespräch geht in allen Methoden mit**. Nur gibt es die (unter »verbaler Kommunikation« registrierten) Methoden, wo das Gespräch die Haupt-

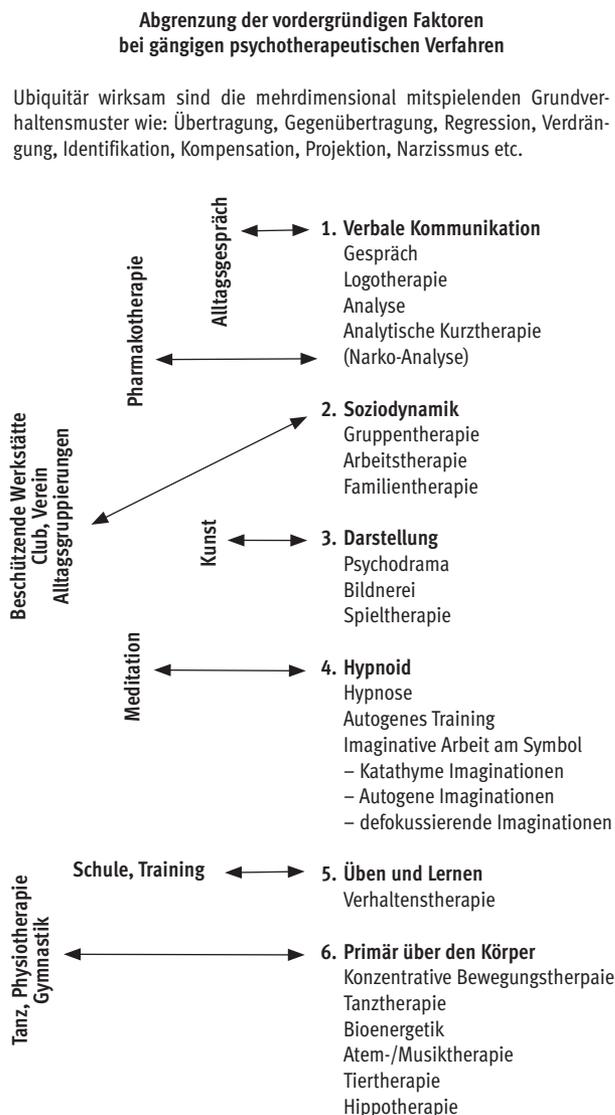


Abb. 3: Diese von mir vorgeschlagene Einteilung der Psychotherapiemethoden enthält alles Gängige (Ich habe 100 Euro ausgesetzt für denjenigen, der mir als Erster eine Psychotherapiemethode nennt, die nicht unterzubringen ist). Es sei aber ausdrücklich betont, dass mehrfach Wirkfaktoren in mehreren Methoden wirken und diese Einteilung daher nur »schematisierend« sein kann – Pfeile nach links bezeichnen Analogien und/oder Übergänge zu Nicht-Psychotherapeutischem.

sache darstellt. Ähnliches gilt für das Hypnoid (das ebenfalls in verschiedenen Methoden quasi »nebenbei« vorkommt, z.B. in der Bildnerie, in der Verhaltenstherapie [dort üblicherweise als »Entspannung« bezeichnet] etc.)

Nachfolgend nur einige methodische Schlaglichter zu psychotherapeutischen Einsatzgebieten in der Rehabilitation. Näheres siehe endständig angegebenes Buch. Die Haupt- und Grundbedingung, damit Psychotherapie überhaupt wirken kann, ist aber – mehr als jede methodische Ausrichtung – menschenzugewandte Humanität und Empathie; oder mit den Worten von Paracelsus: »**Was wirklich heilt, ist die Liebe!**«

Das Gespräch im allgemeinen und in der Rehabilitation speziell Alters-Rehabilitation

Das Gespräch ist das wesentliche Instrument für die basale Psychotherapie, nimmt aber einen wichtigen Platz auch in der spezifischen Psychotherapie ein. Es wird vielfach als zu selbstverständlich angesehen und in seiner Wichtigkeit unterbewertet (Abb. 4).

Es soll den Patienten **sofort** empfangen, wenn er mit uns in Kontakt kommt (nicht wie eine Patientin, die stundenlang auf dem Gang warten musste, sagte: » der weiße Schwarm zieht vorüber und jeder dreht den Kopf weg.«). Das Erstgespräch soll einerseits bereits wichtige Daten aus dem Munde des Patienten liefern, vor allem aber auch eine **menschliche Begegnung** einleiten, welche ihm Vertrauen und Geborgenheit vermittelt.

Angehörige der Gesundheitsberufe und insbesondere der Arzt müssen sich immer klar darüber sein, dass sie aufgrund des deutlichen Niveauunterschieds und der Abhängigkeit des Patienten (nicht rechtlich, aber psychodynamisch) **mit einem Wort etwa zehnmals so viel Wirkung** beim Patienten erzielen können wie ein Alltags-Gesprächswort hat.

Das Gespräch beim (Alters-)Rehabilitationspatienten dreht sich regelhaft primär um das **hic et nunc** (im Gegensatz zu psychoanalytisch-orientierten Gesprächen). Es geht um die Erfassung der Problemsituationen, welche sich durch die neuen Umstände ergeben haben, z.B. Probleme der weiteren **Zukunft**, des weiteren Lebens, des weiteren Kontaktes mit Familie und Freunden, weitere Ausübung von **sinnvollen Tätigkeiten** (seien es neue [Seniorenstudium] oder Intensivierung alter Hobbies), weitere **Sexualität**, Partnerschaft, Beziehung etc. Die **Vereinsamung des alten Menschen** wird vielfach primär nicht verbalisiert, steht aber oft im Hintergrund (wo nicht das Glück eines intakten Zusammenhalts mit Partner und/oder jüngerer Familie besteht). Die Pflege alter und der Aufbau neuer Sozial-Beziehungen sind anzusprechen und es ist daran zu arbeiten. Es ergibt sich beim Patienten fallweise das Bedürfnis, Erlebnisse und Eindrücke aus Kindheit und Jugend wieder hervorzuholen und zu besprechen. Der Therapeut hat dabei nicht – wie in der analytischen Psychotherapie – zu interpretieren, sondern er soll zuhören, das weitere Erzählen ermutigen, mit eventuell bestärkenden und/oder positivierenden Hinweisen versehen (»**Reminiszenztherapie**«, »**life review therapy**«). Manche jahrzehntelang schlummernde Belastung kann dadurch wenn nicht aufgehoben, so doch wesentlich entschärft werden (Familien-Konflikte, Holocaust-Erlebnisse etc).

Im Gegensatz zur allgemeinen Psychotherapie (wo man möglichst wenig »rät«, sondern den Patienten selbst auf Lösungen kommen lässt), soll in der Alters- und Rehabilitationspsychotherapie (in der Neurologie ist ja beides häufig vereinigt) der Therapeut mehr **konkrete Ratschläge und Wegweisungen** geben, denn er ist oft (siehe Vereinsamung des Alters) einer der wenigen oder der einzige Ansprechpartner, und der alte Mensch geht kaum spontan

Das Gespräch im Gesundheitsberuf

Noch vor methodenspezifischer Psychotherapie und diese ständig begleitend. Hilft Patienten und Angehörigen zur allgemeinen Stimmung, »Sinnfindung«/Strategiefindung; ist somit **direkt therapeutisch**.

Vor allem »aktives« **Zuhören** = Feedback wahrnehmen und darauf reagieren

Folge einfachen Benimm-Regeln wie:

- Anklöpfen und mit Funktion vorstellen
 - Freundlichkeit und Korrektheit in Wortwahl, Haltung, Kleidung
 - Klarheit, Verständlichkeit, Echtheit, Richtigkeit, Kompetenz
- cave: »Herumreden«!

Ist **ständiger Balance-Akt** zwischen Strukturieren und Frei-Fließen-Lassen. Primär wertfrei akzeptieren und **Empathie** bekunden. Erst sekundär vorsichtig zu korrigieren versuchen (speziell bei Depressiven)

Mehrdimensionalität

Relativiert »Falsch / Richtig«. Haupttrichtlinien existieren jedoch!

Ehrlichkeit ist nicht Taktlosigkeit / Rücksichtslosigkeit / Aufdrängen

Empathie ist menschliches Mitschwingen,

- nicht: Partei-Ergreifen / unkritische Sentimentalität
- vor allem nicht: negative oder positive Stellungnahme aus eigener Psychodynamik

»**Positivieren**« nennt *Barolin* das Herausheben der ubiquitär vorhandenen positiven Aspekte

Paradoxe Intention (modifiziert nach *Frankl*)

- verhindert übertriebene Erwartungen und Rückschläge daraus
- verhindert »Bestrafungstendenzen« gegen den Arzt
- und hilft zur

Verantwortungsübertragung an den »Partner Patienten«

Verantwortlichkeit und Kontinuität

Sonderformen:

- Altersgespräch: »Reminiszenztherapie«
- Posttraumatische Belastungsstörung (cave: Retraumatisierung)
- unheilbar Kranke und Sterbende: Wahrhaftigkeit und Positivieren

Abb. 4: Auftreten Gestik, Mimik spielen neben dem wichtigsten Kommunikationsinstrument, dem Gespräch, eine wesentliche Rolle. Hier weisen wir vor allem auf die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen hin. Daneben hat aber auch die Kommunikation in der Arbeitsgruppe selbst eine wesentliche Bedeutung für das »Klima«, welches hinwiederum ein direkter Gesundheitsfaktor für den Patienten ist. Darauf wird hier jedoch nicht näher eingegangen (siehe endständiges Buch).

zu einem eigenen Psychotherapeuten, zu einem Rechtsanwalt oder Ähnlichem. Das heißt, es sollen auch **soziale und rechtliche Probleme** erkannt, mitangesprochen und positiv kanalisiert werden, eventuell kann auch der Weg zu professioneller Hilfe gewiesen werden (Erbfragen, Versorgungsfragen, Hilfsorganisation etc.).

Ein wichtiges Prinzip ist das (in meinem Arbeitskreis sogenannte) »**Positivieren**«.

Das heißt, dass die unangenehmen Seiten nicht etwa schön-geredet, sondern zwar wahrheitsgemäß empathisch und verständnisvoll behandelt werden, das Positive aber herausgeholt und dargestellt wird (man kann ja dasselbe Glas als entweder halbvoll oder halbleer beschreiben!). Diese Strategie des Positivierens erstreckt sich **bis auf den Schwerkranken und den Sterbenden; auch für die Angehörigen** (denn deren Begleitung gehört auch zu einer

Das Gespräch mit dem unheilbar Kranken

Patient und Angehörige gleichermaßen: Typischer Phasenverlauf bei unheilbarer Erkrankung. Alle Möglichkeiten gegeben von: Vermischung und Überlappung / zeitlich und inhaltlich

1. Verleugnung

2. Auseinandersetzung

- a) aggressiv
- b) regressiv (meist depressiv)

3. Akzeptanz / Inhaltsfindung / Strategie

Die Rolle des Arztes dabei:

Kompetenz + Ehrlichkeit + Empathie + Methodik + »Positivieren« + Permanenz

1. Gespräch mehrfach beginnen und beantworten

- a) mit Patienten: Wahrheit (taktvoll) / Pos. hervorheben
- b) mit Angehörigen: Negativ-Auswirkungen / Positiv-Strategie

2. zur Begleitung bereit sein

Abb. 5: Beim unheilbar Kranken und Sterbenden ist das Gespräch mit Patienten und Angehörigen eine wichtige therapeutische Maßnahme, die weder »beiläufig« noch »so kurz wie möglich« (weil man sich selber davor scheut), sondern gezielt und gekonnt zu administrieren ist. Es ist dann auch für den Therapierenden selbst nicht etwa frustrierend, sondern kann durch Sichtbarwerden der guten Wirkung sehr befriedigend sein.

Psychotherapie in der Rehabilitation) gilt es, allerdings mit etwas unterschiedlichen Akzenten (Abb. 5).

Bei **Depressiven** (die uns in der Rehabilitation sehr oft begegnen) müssen die **empathische Komponente** und das **Feedback** besonders beachtet werden. Es geht nicht an, die Sorgen und Ängste des Depressiven einfach zu bagatellisieren »... das ist ja gar nicht so schlimm« oder »... das sollten Sie gar nicht beachten«. Denn dann fühlt der Patient sich nicht verstanden und angenommen. Er zieht sich zurück. Man muss ihm zuerst Mitgefühl und Verständnis zeigen. Erst dann kann man eventuell vorsichtig korrigierende Inhalte einbringen. Gleiches gilt allgemein beim **Rehabilitations-Patienten**, wenn er über seine Defekte klagt.

Das scheinbar banale Gespräch kann also sehr wirkungsvoll sein. Man muss sich dessen bewusst sein und allgemeine wichtige Grundregeln beachten, lehren und lernen.

Einige schwere Gesprächsfehler, die nicht nur Gesprächs- sondern allgemeine schwere Verhaltensfehler sind, werden noch im Zusammenhang mit dem Verhalten in der Rehabilitationsarbeitsgruppe besprochen.

2-stufige Gruppen-Psychotherapie mit integriertem Autogenen Training

Diese Methode wurde bei uns über Jahre entwickelt und hat sich speziell bei Alters- und Rehabilitations-Patienten günstig gezeigt (Abb. 6)

Beide Prinzipien – nämlich einerseits das gruppenspezifische der Gruppentherapie, andererseits das (selbst-)hypnotische des Autogenen Trainings – summieren sich nicht nur, sondern scheinen sich

2-stufige Gruppen-Psychotherapie mit integriertem Autogenem Training

- jeweils 3 Quartale
- geschlossene Gruppe
- einmal wöchentlich 2 Std.
- AT + Gespräch
- alternierende Führung
- Psychogene + Somatogene

224 Patienten

eine 7-Jahres-Serie (mit *Wöllersdorfer*)
eine 9-Jahres-Serie (mit *Baghaei Yazdi*)

2/3 gute Erfolge

- besonders gutes Ansprechen:
- Senioren
 - Rehabilitations-Patienten

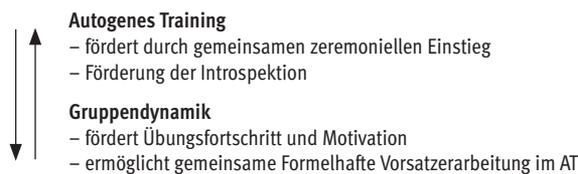


Abb. 6: Dieses (hier durch einige Schlagworte charakterisierte) Psychotherapie-Verfahren wurde von uns in vielfachen methodischen Änderungen erprobt und hat sich schließlich so als optimal seit vielen Jahren bei uns bewährt.

Die beiden gegenläufigen Pfeile wollen symbolisieren, dass die beiden psychotherapeutischen Prinzipien der Gruppendynamik und des Autogenen Training einander wechselseitig potenzieren.

wechselseitig **zu potenzieren**. Ich glaube, dass ein Gutteil der guten Erfolge darauf zurückgeht, weiters aber auch darauf, dass für viele Alters- und Rehabilitationspatienten jene Therapieform zu einem **sozialen Faktor** gegen die Vereinsamung wird. Die Erfolgszahlen stimmen mit **2/3 positiv** mit dem überein, was andere Psychotherapieformen zu bieten haben, dabei aber mit **Kurzfristigkeit und sozialer Verträglichkeit**.

Allerdings ist ja der Erfolgsnachweis der Psychotherapiemethoden relativ rar, überdies wegen unterschiedlicher Vergleichsparameter schwer vergleichbar. Bei den 2/3 scheint es sich aber um eine Art allgemeine Wirkungsgesetzmäßigkeit der Psychotherapie zu handeln, die die verschiedenen Methoden durchzieht.

Betont soll werden, dass unsere 2-stufige Gruppentherapie sich nicht nur beim Alt- und Invalide-Sein als günstig erwiesen hat, sondern auch beim »Alt-Werden«, welches ja in unserer modernen Gesellschaft vielfach durch die Pensionierung klar markiert wird. Das Fallen in ein »Pensionsloch« ist bei pensionierten Männern viel häufiger als bei Frauen. – Mit dem Pensionierungsalter steigt plötzlich die Selbstmordrate der Männer auf das 3-fache derer bei Frauen an. – Es gehen also dabei psychotherapeutische Gesichtspunkte fließend in psychoprophylaktische Gesichtspunkte über. Wir haben das auch mit unseren mehrfachen Vorschlägen für »**Pensions-Vorbereitungs-Seminare**« praktisch noch stärker zum Tragen bringen wollen. Doch haben wir dafür leider weder bei Sozial-Institutionen noch bei Gewerkschaften oder Unternehmer-Verbänden bisher großes Echo gefunden.

Mir scheint es bedauerlich, dass die Methode der »2-stufigen Gruppen-Psychotherapie mit integriertem Autogenem Training« relativ wenig angewandt wird (nicht nur, weil jeder Krämer seinen Laden lobt, sondern weil sich wirklich die bewiesenen beträchtlichen Vorteile für die Patienten daraus ergeben). Das hat vor allem seinen Grund darin, dass Psychotherapie in unseren Ausbildungssystemen (in Österreich genauso wie in Deutschland) immer nur streng schulmäßig dogmatisch unterrichtet wird. Hier kommt aber einerseits die Gruppendynamik zum Tragen, andererseits die selbsthypnotische Wirkung des Autogenen Trainings. Derart **grenzüberschreitende und kombinierte Methoden** fallen leicht unter den Tisch. Ich begrüße es daher, die Methode hier neuerlich resümieren zu können.

Hypnose

Somit wurden von den sechs genannten Psychotherapiemethoden aus Abb. 3 bereits drei näher angesprochen: Gespräch, Hypnoid und die soziotherapeutische Methode der Gruppentherapie. Neben der Selbst-Hypnose des Autogenen Trainings hat auch die klassische **Hetero-Hypnose** wesentliche Einsatzgebiete in der Rehabilitation.

- Bei Verbrennungen ist die Hypnose im Akut-Einsatz sowohl schmerzmindernd als auch vegetativ stabilisierend, reicht dann weiter in die Rehabilitation.
- Auch in der allgemeinen Schmerztherapie kann Hypnose sehr wohl mit eingesetzt werden, und zwar nicht als entweder – oder, sondern additiv. Es gilt bei:
 - terminalen Schmerzen
 - den verschiedenen chronischen Schmerzkrankheiten
 - auch in der Anästhesie vor und nach Operationen (das sei hier nur erwähnt, wenn es auch nicht eigentlich zur Rehabilitation gehört).

Jedenfalls gilt es in sinnvoller Weise hypnotische Maßnahmen mit den medikamentösen zu kombinieren, auch Fremd- und Selbsthypnose. Periodische Heterohypnose kann die Selbsthypnose immer wieder verstärken und verbessern. Die hypnotischen Maßnahmen in der chronischen Schmerztherapie sind nicht nur medikamenten-ergänzend und -sparend, sondern auch deshalb wertvoll, weil eine empathische menschliche Kommunikation dabei stattfindet (Heterohypnose) und der Patient selbst etwas für sich tun kann (Selbsthypnose).

- In meinem Arbeitskreis konnte in einer systemischen Versuchsserie das gute Ansprechen auch organischer Lähmungen auf Hypnose nachgewiesen werden (Aktivierung von Reserve-Kapazitäten wahrscheinlich).

Imaginative Verfahren

Es gibt dabei die Möglichkeit der Gruppen-Imagination oder der Einzel-Imagination. Ein wesentliches Gebiet ist die **Katathyme Imaginationpsychotherapie** (nach *Leuner* – in unserer Abkürzungs-beflissenen Zeit KIP) genannt. Sie zeigt sich ebenfalls sehr günstig in der Relation zwischen aufgewandter Arzt-Zeit und Erfolg, ist also besonders »sozialverträglich«.

Der Patient wird in einem leichten Hypnoid vom Therapeuten angehalten, visuell zu imaginieren. Es werden dazu stufenweise aufbauend relativ neutrale Vorgaben gegeben (Wiese, Berg, Haus etc.). In diese imaginiert der Patient regelhaft psychodynamisch wesentliche eigene Inhalte hinein. Die Imaginationen werden gleichzeitig dialogisch mit dem Therapeuten besprochen. Der Therapeut kommuniziert dabei über die Symbolwelt mit dem Patienten. Die Problem-Situationen des Patienten drücken sich durch die visuelle Imagination nicht realiter, sondern durch Symbole aus (vergleichbar mit dem Traum – daher auch »Wachraumtechnik« genannt). Das Wesentliche daran ist, dass Widerstände, die im einfachen Gespräch beim Patienten auftreten, durch die symbolische Darstellung umgangen werden können. Die positive Verarbeitung im Dialog mit dem Therapeuten kann einerseits auf der Symbolebene weitergeführt, andererseits ins Reale überführt werden. Zeichnen-lassen vertieft und erweitert den therapeutischen Spielraum. Der Patient nimmt seinen Affekt aus der Kathymen Imagination in das reale Leben mit, ob interpretiert wurde oder nicht (Abb. 7).

KIP-Möglichkeiten in der Rehabilitation		
Patient	Therapeut in ständiger empathischer Begleitung	Wirkung
Bilder aus:		
1. Zeit vor der Behinderung	verstärkt	Stärke aus Vergangenheit
2. derzeitigem Behinderungszustand		
– allgemein	schrittweise Hilfe-stellung, Übungsan-leitung	Aussöhnung mit Behin-derung, »Ergotherapie im Symboldrama«
– Symptomkonfron-tation	gezielte Suggestion	direkte Organwirkung
Allgemeinwirkung	leitet an und bestärkt	Entspannung, Dyna-misierung, psychische Konsolidierung

Abb. 7: Die Kathymen Imagination kann durch Arbeit mit und am Symbol Hemmungen und Blockaden umgehen und hat sich auch in der Rehabilitation bewährt.

Die schnelle und gute Wirksamkeit dieser Therapieform erkläre ich mir aus Folgendem:

- der ständigen empathischen Zusammenarbeit mit dem Therapeuten ohne Interpretation eines Besser-Wissers, ohne Konfrontationen, Ermahnungen oder Ratschläge,
- dem Visuellen (denn der Mensch ist ja ein Augen-Tier),
- dem (sich erfahrungsgemäß) Vordrängen von psychodynamisch wesentlichen Komplexen,
- der Möglichkeit des Probehandelns entweder auf der Symbolebene oder auch in konkreten Erinnerungen und Vorstellungen etc.

Bei einigen unserer Rehabilitations-Patienten haben sich (auch für uns) **erstaunlich gute und rasche Effekte** ergeben, so das Verschwinden einer Schlucklähmung nach wenigen Sitzungen, Auslands-Reisen im Rollstuhl bei einer vorher völlig resignierten und deprimierten relativ jungen Schlaganfall-Patientin etc.

Ich selbst halte für Gruppentherapie das vorbeschriebene Schema der **zweistufigen Gruppentherapie mit Integriertem Autogenen Training für am vorteilhaftesten, für Einzeltherapie das hier beschriebene System der Kathymen Imagination.**

Über den Körper gehende Psychotherapie

Ganz wichtig in der **(Langzeit-)Rehabilitation** ist die (Langzeit-)Motivation. Das ist ebenso leicht gesagt wie schwer getan, denn die beste Rehabilitations-Maßnahme wird in der notwendigen jahrelangen begleitenden Anwendung fad und deshalb vernachlässigt. Es geht daher um möglichst viel **Abwechslung und positives Erlebnis** in der Rehabilitation. Abgesehen von allgemeiner Freundlichkeit, Gruppenspielen (bei Kindern), »Wettbewerben« bei der Gymnastik etc. sind diesbezüglich besonders über den Körper gehende Maßnahmen der Psychotherapie geeignet:

- **Hippotherapie** (Gymnastik auf dem bewegten Pferde) ist nicht nur Gymnastik, sondern ein wesentliches kommunikatives Erlebnis mit dem »Rehabilitationskameraden« Pferd. Sie bringt viel Freude und Abwechslung. Den ausgesprochen psychotherapeutischen Wert konnten wir auch im Einsatz in der Sterbebegleitung bei tumorkranken Kindern sehen.
- **Musiktherapie** zur Meditation aber auch zur sinnvollen Gymnastik kennen wir als »rezeptive«. »Aktive« Musiktherapie, also Musizieren auf einfachen (ORFF-)Musikinstrumenten, kann helfen, gelähmte Extremitäten wieder ins Bewegungsmuster einzuführen, und so neuen Auftrieb geben.
- **Kreativtherapie** (Malen, Modellieren etc.) kann einerseits die Psychodynamik auflockern (Nachgespräche werden ergiebiger gemacht etc.), andererseits kann sie neben der Vermittlung von Freude auch Geschicklichkeit in einer gelähmten Extremität usw. fördern.
- **Tanztherapie** ist stark emotionell angreifend, da hier ebenfalls die kognitiven Barrieren umgangen werden und der Körper manches ausdrückt, was sonst verschüttet wäre, und es so für eine Nachbesprechung freigibt. Auch ist erstaunlich, wie manche Gelähmte im Tanz eine gewisse Befreiung von der Behinderung erleben. Tanztherapie kommt aber auch (auf einer niedrigeren Stufe, aber nicht weniger wirksam) für **Bettlägerige** in Frage und auch als **Gruppen-Erlebnis** (Anfassen etc.).

All das wird nicht ungefähr »gemacht«, sondern ist heute schon zu systematischen psychotherapeutischen Systemen ausgebaut, und es gibt eigens geschulte Assistenten (meist Assistentinnen) dafür, die durch ihre Vorbildung Erstaunliches erreichen können. Wichtig dabei: Erwünscht ist **keine isolierte »Delegation an den Spezialisten«**, sondern ständiges kooperatives Zusammenarbeiten und Koordinieren mit den übrigen Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Umgang mit Angehörigen (mit Ansätzen des »systemischen Ansatzes«)

Hierbei kommt das für unsere »Integrierte Psychotherapie« (Abb. 2) genannte fließende Übergehen der Psychotherapie in allgemeine Sozialarbeit (inklusive Administration, Organisation, etc.) besonders zum Tragen.

Eine Frau, die ihren schwerkranken Mann Tag und Nacht pflegte und dadurch keine einzige ruhige Nacht hatte, kam wegen Depression in meine Ordination. Ich nahm den Mann zu einem einmonatigen Rehabilitationsaufenthalt neuerlich in die Abteilung auf und schickte sie auf Urlaub. Daraufhin machte **folgende »wundersame Geschichte«** die Runde in dem kleinstädtischen Einzugsgebiet meiner Abteilung: Zum Barolin kommt eine Patientin. Er behandelt aber nicht sie, sondern ihren Mann; trotzdem ist sie aber davon gesund geworden.

Es gilt, die Angehörigen nicht nur für den Patienten zu motivieren, sondern auch ein **burn-out-Syndrom bei ihnen zu verhindern**. Das ist ein ebenso allgemein-ethisches wie praktisches Postulat. Denn der Zusammenbruch eines pflegenden Angehörigen schadet nicht nur ihm selbst, sondern auch dem weiteren Verlauf für den Patienten.

Die Gespräche mit Angehörigen des unheilbar Kranken wurden schon mit Abb. 5 erwähnt. Ein anderes Problem ist im Angehörigen-Gespräch die notwendige **Überführung des (Alters-)Rehabilitationspatienten in ein Pflegeheim**. Zuerst muss natürlich geprüft werden, ob man den Patienten nicht mit gewissen psychotherapeutischen und/oder sozialarbeiterischen Maßnahmen zuhause halten kann. Das ist immer das Erstrebenswerteste, aber manchmal geht es nicht. Sei es, dass ein Krankheitsbild zu schwer ist und damit die Angehörigen überfordert. Sei es (was leider auch vorkommt), dass die Angehörigen eben einfach nicht wollen.

Man kann dann den Angehörigen erklären (und Unwillige damit zumindest zu motivieren versuchen), dass die Angehörigen auch in einem Pflegeheim weiteres für den Patienten leisten können (regelmäßige Besuche, Spazierengehen, Vorlesen, einfache Karten- oder Brett-Spiele, Hilfe bei Essen und Hygiene-Maßnahmen [jedenfalls aber nicht nur mitgebrachte Süßigkeiten in ihn hineinstopfen]).

Dazu und auch schon zur entsprechenden **Pflege des Patienten zuhause** muss der Angehörige ständig angeleitet und motiviert werden. Wir haben dazu einen **neurologischen Rehabilitationsdienst** organisiert, der bei allen entlassenen Patienten ein halbes bis ein Jahr nach der Entlassung regelmäßige Hausbesuche durchführt und mit den Angehörigen und den Patienten übt (also nicht nur den Angehörigen etwas vormacht, sondern sie anleitet, es selbst zu machen). Vor der Heim-Entlassung werden die Angehörigen bereits dementsprechend systematisch geschult und motiviert. Unsere Physiotherapeuten sind dazu besonders ausgebildet, denn es kommt auch zum Dreier-Gespräch Arzt–Patient–Therapeut. Außerdem zu erwähnen sind noch Angehörigengruppen und Patienten-Selbsthilfegruppen, welche die Angehörigen mit einbeziehen.

Wir erreichen den Angehörigen mit verschiedenen Organisationsformen:

- Dreier-Gespräche Arzt–Patient–Therapeut
- Einzelberatung der Angehörigen
- Angehörigengruppen
- Patientenselbsthilfegruppen, welche die Angehörigen mit einbeziehen.

Wer ist zuständig?

Jeder Angehörige des Gesundheitsberufes ist **für die basale Psychotherapie »berufen«**. In unserem Fall gilt das natürlich speziell für den Rehabilitationsmediziner und die **gesamte Rehabilitationsarbeitsgruppe**.

Ich spreche lieber von »Arbeitsgruppe« als (wie gebräuchlich) »Team«, denn es kommen (und sollen auch kommen) darin wesentliche gruppenspezifische Phänomene zum Tragen. »Team« erinnert (mich?) mehr an ein Fußballmatch; doch das nur nebenbei.

Leider sind in unserem heutigen medizinischen System die **ärztlichen** Angehörigen dieser Arbeitsgruppe am schlechtesten für die basale Psychotherapie ausgebildet. In der medizinischen Ausbildung und Fortbildung wird nämlich das kommunikative Verhalten, **das Gespräch etc., kaum bzw. überhaupt nicht thematisiert**, während in der Krankenpflegeausbildung, in der Ausbildung physikalischer Assistenten etc. darüber einiges in den Lehrplänen steht. Es ist zu hoffen, dass mit dem neuen medizinischen Curriculum (Österreich seit 2001) diesbezüglich auch eine Besserung eintritt. Ansätze dazu sind vorhanden.

Das betrifft leider (!) nicht nur die junge, in Ausbildung stehende Generation, sondern **auch die Leitungskräfte** (die ja so »sprachlos« ausgebildet worden sind). In die angebotenen ausdrücklichen »Gesprächsseminare« kommen sie üblicherweise nicht, denn es besteht **kein Manko-Bewusstsein**.

Nachfolgend einige deutlich kontraproduktive Verhaltensweisen (ich habe darüber eine ganze Sammelmappe aus Mitteilungen von Patienten). Ärzte, die einander bei einer Operation in Lokalanästhesie (wo also der Patient alles mithören konnte) Anekdoten erzählten, statt zu versuchen, durch entsprechende Gespräche den Patienten laufend zu informieren und zu entängstigen. – Das gleiche bei Pflegepersonen, die sich beim Verbinden oder Bettmachen beim Patienten ebenso verhielten.

Der Ordinarier, der gesagt hat: »Ich bin froh, dass ich jetzt einen Psychologen im Stellenplan habe. Da brauche ich nicht mehr so viel Zeit mit dem Reden vergeuden und kann mich mit Wichtigerem befassen«, hat, ebenso wie der nachfolgend erwähnte Oberarzt, ein völliges Skotom für die Wichtigkeit des Gesprächs. Dieser Oberarzt sagte zu einer Ärztin: »Was reden sie da so lang herum. Schreiben sie doch ihre Krankengeschichten!« Als offensichtlicher Meister der negativen Patienten- und Mitarbeiterkommunikation sagte er das übrigens vor dem Patienten!

Der polternde Chirurg, der an den »guten Kern in der rauhen Schale« glaubt, ist völlig auf dem Holzweg, denn der Patient sieht nur die »rauhe Schale«. Zum guten Kern (im Sinne einer guten medizinischen Leistung) sieht er nicht durch und wertet ihn auch

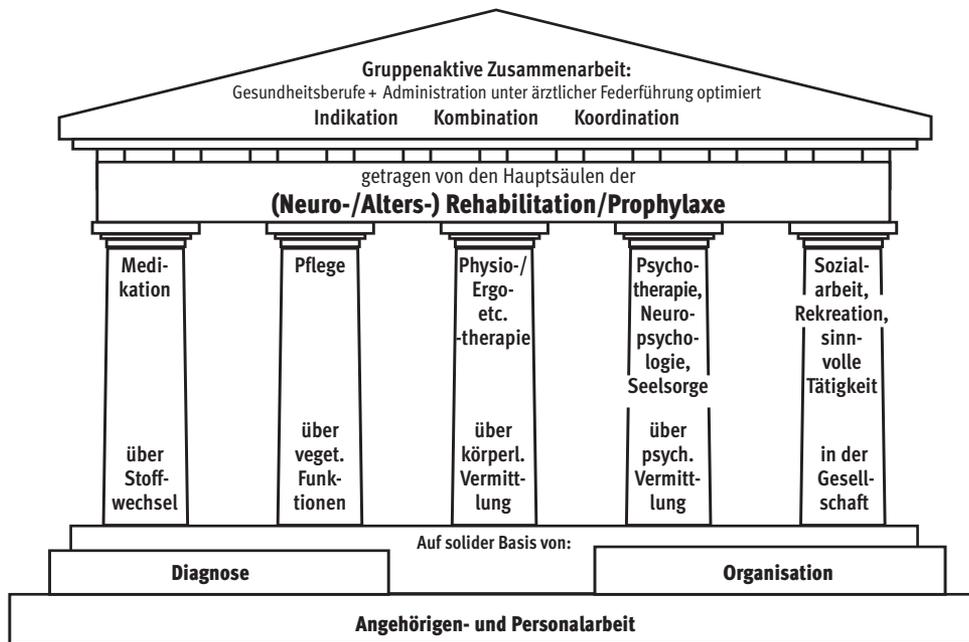


Abb. 8: Psychotherapie (»spezifische« und »basale«) hat in einer modernen Rehabilitations-Organisation als gleichbeachtete, gleichwertige und auch gleichermaßen Zeit- und Mitteldotierte »Säule« zu fungieren. Kein Entweder/Oder, sondern ein systematisch koordiniertes Miteinander.

nicht (wie wir in mehrfachen systematischen Patientenbefragungen feststellen konnten).

Die »spezielle Psychotherapie« soll von Ärzten mit spezieller Psychotherapie-Zusatzausbildung wahrgenommen werden. Leider sind jedoch dafür üblicherweise kaum spezielle Stellen vorgesehen, sondern die betreffenden Ärzte müssen Allgemeindienst machen und sollen »nebenbei« ihre Psychotherapie machen. Das in Österreich eigene Berufsbild des »Psychotherapeuten« hat ein etwa 2.000 Stunden umfassendes berufsbegleitendes Curriculum. Es wird vielfach von Psychologen wahrgenommen, auch von Pädagogen, Geistlichen etc. Leider wird aber in dieser sehr langwierigen Ausbildung kaum Bezug genommen auf den Umgang mit dem körperlich Kranken, dem Rehabilitations-Patienten etc. Es ist daher notwendig, dass ein enger Kontakt mit der ärztlichen Leitung der Rehabilitations-Gruppe besteht, damit wirklich alle an einem Strang ziehen und nicht der Unsinn passiert, dass jeder »nur Seines« macht. **Jedenfalls nochmals: Koordination und Kooperation, Patienten-zentriert, nicht Schul-zentriert!**

Zurück zur Abb. 4, welche einige Grundregeln für die notwendige **Renaissance der Gesprächskultur** aufzeigt. Das menschliche Gespräch ist zwar überall im Verlottern begriffen, bei der ärztlichen Kommunikation ist das aber besonders eindrucksvoll und auch **direkt Patienten-schädigend**. Denn das gute Gespräch wirkt direkt auf die Stimmung des Patienten ein. Und diese ist im Sinne der somato-psycho-sozialen Einheit auch ein direkter Gesundheits-Faktor. Darüber sollten sich alle im Gesundheitsberuf Rechenschaft geben und es mehr berücksichtigen.

Nach all dem scheint es uns wichtig und richtig zu verlangen, dass Psychotherapie als gleichwichtig tragende Säule in der Rehabilitation anerkannt und integriert wird.

Konklusion

Mit der Psychotherapie tut sich in der Rehabilitation ein großes Gebiet auf, welches immer aktueller wird. Denn je besser die Akutmedizin, umso öfter und länger haben wir umso ältere und schwerer behinderte Patienten rehabilitativ zu versorgen. Es hat keinen Sinn, wenn wir in der modernen Akutmedizin ungeheuer viel an Mitteln und Zeit aufwenden, um den Patienten über akute Geschehen hinwegzubringen, ihn aber dann in eine rein vegetative Pflege – körperhygienisch einwandfrei, aber ohne menschliche Zuwendung (also gesamthygienisch in eine Art Nirwana) – versinken lassen.

Dazu gehört einerseits die Tätigkeit des speziell ausgebildeten Therapeuten, aber zumindest ebenso dringlich eine basale Psychotherapie in der Schulung und Ausübung bei allen mit dem Patienten befassten Gesundheitsberufen. Nur durch vermehrte Humanität und Menschen-Zuwendung kann der rasante technische Fortschritt in der Medizin optimal wirken anstatt durch Verdrängung der Menschlichkeit sogar zu schaden.

Literatur

1. Barolin GS: Integrierte Psychotherapie – Anwendung in der Gesamtmedizin und benachbarten Sozialberufen. Springer Verlag, Wien/ New York 2006; mit reichlich weiterführenden Hinweisen

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Dr. hc. Gerhard S. Barolin
 Matzingerstraße 11/20
 A-1140 Wien
 e-mail: barolin@barolin.at
 Tel.: +43/(0)1/98 52 666