

E. Steiner und L. Reiter

Einstellungen von Psychotherapeuten zur professionellen Kooperation. Ergebnisse einer explorativen Studie*

Zusammenfassung Mit den in Österreich 1990 beschlossenen und in vergleichbaren Ländern zur Beschlußfassung anstehenden Gesetzen wird Psychotherapie als eigenständige Profession im Gesundheitssystem anerkannt. Um eine optimale und effiziente Versorgung sicherzustellen, gibt es immer wieder Forderungen und Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung interessierte uns, welche Aspekte professioneller Kooperation für Psychotherapeuten bedeutsam sind und welche Einstellungen sie dazu haben. Sieben Psychotherapeuten mit langer Berufserfahrung wurden dazu ausführlich interviewt. Auf Grundlage dieser Interviews wurde ein Fragebogen mit 78 Items entwickelt und an 79 Psychotherapeuten erprobt. Die Items des Fragebogens werden zu Themenbereichen zusammengefaßt und interpretiert. Die Analyse der Antworten führte zu einer vorläufigen Typologie von Therapeuten hinsichtlich ihrer Einstellung zu professioneller Kooperation.

Schlüsselwörter: Psychotherapeutische Kooperation, Einstellungen, Professionalisierung.

Attitudes of psychotherapists towards professional co-operation. An exploratory study

Abstract With the law for psychotherapeutic practice in 1990 psychotherapy entered the health-care system as a new profession. To provide a better and more efficient service politicians and professionals again and again made proposals for an enhancement of co-operation between the different professional groups in this system. On this background the present pilot study examines the opinions of psychotherapists towards co-operation with other professionals outside institutional settings. The study consists of two parts. In a first step seven experienced psychotherapists were interviewed about cooperation and the importance of this topic for their professional work. In a second step a 78-item questionnaire informed by the result of the interviews was administered to 79 psychotherapists in Austria. The result supports a multi-faceted concept of co-operation. The items are grouped according to certain domains and interpreted. An explorative factor analysis of the questionnaire indicates a provisional typology of therapists in regard to their attitudes towards professional co-operation.

Keywords: Psychotherapeutic co-operation, attitudes, professionalization.

Les attitudes des psychothérapeutes envers la coopération entre professionnels. Résultats d'une étude exploratoire

Résumé La psychothérapie est en passe de devenir profession indépendante au sein du système de santé: des lois ont été approuvées en Autriche en 1990 et sont prêt de l'être dans d'autres pays. Ceci fait que les praticiens de ce métier appartiennent désormais à un domaine professionnel dans lequel se manifeste constamment un besoin d'améliorer la coordination des prestations et la coopération entre leurs fournisseurs.

La réforme de la psychiatrie a permis de satisfaire – au moins au niveau régional – l'exigence d'une offre ambulatoire tenant compte de toute la complexité des troubles psycho-sociaux et du fait qu'ils sont indissociables de différents domaines du quotidien des patients; ce but est atteint grâce à une offre de traitements intégrés et multidisciplinaires. Hans Strotzka a proposé que l'on utilise ce même modèle de traitement au niveau de l'offre en psychothérapie: dans le cas idéal, cette dernière ne doit être pratiquée que dans le contexte de groupes interdisciplinaires appliquant une pluralité de méthodes; en effet, ce n'est qu'en procédant ainsi qu'on peut travailler dans des conditions

* Die Autoren widmen diese Studie dem Andenken an Univ.-Prof. Hans Strotzka, zu dessen Leitideen die schul- und disziplinübergreifende Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zählte.

adaptées aux patients et superviser le travail. Le législateur a satisfait jusque dans certaines limites à l'exigence d'une collaboration entre professionnels. Compte tenu des exigences venues soit du sein de la profession, soit de l'extérieur (à savoir surtout des milieux politiques) et demandant que les spécialistes coopèrent en fonction de chaque cas, nous avons voulu savoir quels sont les facteurs que les psychothérapeutes eux-mêmes considèrent comme importants par rapport à cette démarche. L'étude devait être menée en deux étapes: (1) examen préliminaire de l'objet et (2) observation de la collaboration pratique. Notre objectif scientifique était pragmatique: nous voulions savoir quand la collaboration professionnelle est indiquée et quand elle est plus efficace que des méthodes moins exigeantes en rapport avec la coordination des prestations (ex.: adresser le patient à d'autres). Dans la partie de l'étude qui est actuellement terminée (attitudes des psychothérapeutes envers la coopération entre professionnels) nous nous sommes concentrés sur un type de collaboration volontaire pratiquée hors des équipes et institutions existantes; il s'agit là d'un aspect qui a été peu étudié.

Des démarches de coopération se trouvent dans tous les domaines du quotidien. Nous coopérons, par exemple, au niveau de la coordination de la vie familiale et du ménage; la forme dominante dans ces domaines est une simple répartition des tâches en fonction du sexe et de l'âge des participants et elle est organisée par le biais d'une démarche ouverte et continue de communication. D'autres types de coopération se trouvent dans les jardins d'enfants, les écoles, etc., bref, collaborer est un élément central du quotidien, qui n'est pas toujours enregistré consciemment et que l'on ne thématise qu'à partir du moment où il ne fonctionne pas. Se référant aux théories du jeu et de l'échange, les spécialistes de la psychologie sociale ont largement étudié la coopération en tant que forme d'interaction humaine. Une des questions centrales de leurs travaux fut: quand faut-il qu'en cours d'interaction une personne coopère avec d'autres, et quand est-il préférable qu'elle se comporte de manière égo-centrique? Un modèle du type de situation correspondant à ce problème a été utilisé dans de nombreuses expériences: celui du "dilemme itératif du prisonnier". Dans ce type de relations sociales une collaboration est élaborée sur des bases rationnelles mais aussi en fonction d'un aspect émotionnel. Les travaux de Winfried Bion présentent une description détaillée de ces phénomènes. L'auteur entend par coopération la formation d'équipes dont l'efficacité dépend de facteurs relevant de la dynamique des groupes. Selon sa thèse centrale, tout groupe social va se subdiviser toujours en deux – un "groupe actif" et un "groupe affectif" – et être influencé par cette division. Ces mêmes phénomènes de dynamique des groupes sont présents lorsque les participants ne se rencontrent pas concrètement; ils se trouvent donc même dans des "groupes virtuels".

En fonction des objectifs que nous avons fixés à notre étude, nous avons élaboré une stratégie de recherche en deux étapes. Dans le but de cerner les

manières subjectives dont la coopération est considérée, nous avons d'abord mené des interviews semi-structurées avec sept thérapeutes disposant d'une longue pratique professionnelle, considérés comme "coopératifs" et exerçant leur métier dans différents contextes. Les renseignements acquis par le biais de ces interviews, complétés d'informations tirées de la littérature, ont servi à construire un questionnaire comportant 78 items en rapport avec l'attitude des sujets. En tout 79 psychothérapeutes ont rempli ce questionnaire.

Les résultats de l'étude montrent que les psychothérapeutes manifestent une attitude positive envers une coopération volontaire pratiquée en fonction de chaque cas et la considèrent comme avantageuse. Ceci fait qu'il y a de bonnes chances pour qu'ils répondent de manière "ouverte" à une offre dans ce sens et qu'un processus de coopération soit mis en marche. Si l'on passe du niveau d'une adhésion globale – que nous avons appelée "représentation idéologique" du concept de coopération – à celui d'attitudes plus étroitement liées à des comportements concrets, il devient utile de différencier plus avant. Une proportion considérable des réponses présente un large degré de variance, ce qui implique qu'il faut accepter que le consensus entre psychothérapeutes n'est pas très marqué. Un grand nombre de personnes interrogées considèrent qu'une coopération entre professionnels permet d'éviter des dommages éventuels. Ceci s'applique autant au préjudice que pourraient souffrir les clients en conséquence de stratégies thérapeutiques qui se bloqueraient mutuellement qu'aux problèmes posés au travail thérapeutique par des clients qui cherchent à mettre en conflit leurs différents thérapeutes. Seule un peu moins de la moitié des personnes interrogées ont une attitude positive envers l'application en psychothérapie du "modèle du case management" pratiqué avec succès dans d'autres domaines du système de santé pour organiser les démarches de coopération. Les attitudes varient également par rapport à une éventuelle collaboration entre spécialistes, telle qu'elle est pratiquée de manière routinière en médecine. Une majorité considère que les coûts indirects occasionnés par le fait que d'autres thérapeutes sont difficilement atteignables ne nuit pas forcément à la collaboration. Pourtant les coûts directs résultant du fait que le travail de coopération n'est pas rémunéré sont perçus par la moitié des thérapeutes interrogés comme un obstacle à la démarche. Alors que nous avions formulé l'hypothèse contraire, une grande majorité ne pense pas que la réussite de cette dernière dépende du sexe des spécialistes concernés. Selon une première classification des psychothérapeutes en fonction de leur attitude envers la collaboration entre professionnels, ceux-ci se répartissent en trois types présumés: (1) le thérapeute est ouvert à une coopération à différents niveaux; (2) le thérapeute a une attitude généralement positive, mais ne collabore que de manière très sélective; (3) le thérapeute ne s'intéresse pas à une coopération ou même rejette cette possibilité. A notre avis les résultats de l'étude permettent de conclure que lorsqu'il s'agit de coopérer, les psychothérapeutes ne disposent pas de

routines établies et élaborent leurs propres stratégies en cours de carrière. Cet aspect s'est manifesté clairement dans les interviews menées dès le début du projet; il se confirme en outre par le fait qu'on n'enregistre pas de différences statistiques entre les trois indices lorsqu'on subdivise l'échantillon en fonction de la profession d'origine des thérapeutes, de leur situation professionnelle, de leur orientation thérapeutique et de la durée de leur activité professionnelle. Nous n'acceptons toutefois pas l'idée qu'en ce qui concerne la collaboration entre psychothérapeutes, des solutions simples existent, qui seraient applicables à tous les cas. L'un des objectifs de notre étude était de cerner une "atmosphère", au-delà de la manière subjective dont l'individu perçoit la situation. Il s'agira de compléter

les résultats présentés ici – et concernant des attitudes – d'une étude de la pratique "vécue" de la collaboration entre professionnels. Ceci devrait permettre de répondre aux questions suivantes: Dans quelles conditions et avec quelle fréquence une collaboration est-elle vraiment pratiquée? Quelles sont les alternatives à cette forme très complexe d'interaction sociale? Quels sont les rapports entre "attitude envers la coopération" et "comportement coopératif"? Ce n'est qu'une fois qu'une étude auprès d'un échantillon représentatif de psychothérapeutes aura été menée et aura fourni des réponses à ces questions qu'on pourra, par exemple, exiger des responsables qu'ils intègrent à la formation (continue) un apprentissage de la coopération en tant que "skill" professionnel.

1. Einleitung

Mit den in Österreich 1990 beschlossenen und in vergleichbaren Ländern vor der Beschlussfassung stehenden Gesetzen wird Psychotherapie als eigenständige Profession im Gesundheitssystem anerkannt (Reiter und Steiner, 1996). Damit tritt diese Berufsgruppe in ein Arbeitsfeld ein, in dem die Forderung nach Verbesserung der Koordination der Leistungen und Kooperation der darin Tätigen ständig präsent ist. In der ambulanten psychiatrischen Versorgung konnte im Zuge der Psychiatriereform die Forderung, auf die Komplexität psychosozialer Störungen mit ihrer Verwobenheit in verschiedene Bereiche des Alltags der Patienten mit integrierten und multidisziplinären Behandlungsangeboten zu antworten, zumindest regional weitgehend eingelöst werden (Rudas, 1989; Bergold und Filsinger, 1993; Falloon und Fadden, 1993; Röder, 1995). Dieses Behandlungsmodell forderte Hans Strotzka (1985) auch für die psychotherapeutische Versorgung: „Idealerweise sollte Psychotherapie nur in interdisziplinären und methodenpluralistischen Teams praktiziert werden, da nur unter solchen Bedingungen patientengerecht gearbeitet und Supervision angeboten werden kann.“ (op. cit., S. 258). Seine Definition von Psychotherapie als „geplanter Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten“, die zur „Behandlung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die man aufgrund eines Konsensus als psycho- oder soziogen betrachtet“ dient, wurde fast wörtlich in den § 1 (1) des österreichischen Psychotherapiegesetzes übernommen (op. cit., S. 262). Auch seiner Forderung nach professioneller Zusammenarbeit ist der Gesetzgeber mit Einschränkungen gefolgt.¹ Vor die-

sem Hintergrund professionsinterner und -externer Forderungen (letztere vor allem aus der Politik) nach fallbezogener Kooperation der Fachleute interessierte uns, was nun von Psychotherapeuten selbst daran als wichtig erachtet wird. Die Studie sollte in zwei Schritten durchgeführt werden: (1) Erkundung des Gegenstandes und (2) Beobachtung der Praxis von Kooperation. Ausgehend vom Idealbild Strotzkas war unser Forschungsziel ein praktisches: Wann ist professionelle Zusammenarbeit indiziert? Wann ist sie effizienter als weniger aufwendige Methoden der Koordination von Leistungen wie z.B. Überweisung? Im vorliegenden Teil der Untersuchung über die Einstellung von Psychotherapeuten zur professionellen Kooperation konzentrierten wir uns auf die bisher nur wenig erforschte freiwillige Zusammenarbeit außerhalb bestehender Teams.

Der theoretische Hintergrund für diesen Untersuchungsteil ist die These, daß professionelles Handeln von Angehörigen helfender Berufe in einem arbeitsteiligen und multiparadigmatischen Feld mit unterschiedlichen Zielen, Programmen und Arbeitsabläufen entsprechend dem Behandlungsauftrag der jeweiligen Berufsgruppe oder therapeutischen Richtung stattfindet. Dauerhafte multiprofessionelle und interinstitutionelle Teams sind eher die Ausnahme. Zentral für die Arbeit der Mitglieder jeder Berufsgruppe ist die je eigene

zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

§ 14. (2) Der Psychotherapeut hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern seiner oder einer anderen Wissenschaft auszuüben. Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.

Nach den Erläuterungen (Kierein, Pritz, Sonneck, 1991) wird dabei „vor allem die in der Praxis – jedenfalls im psychosozialen Feld – bereits funktionierende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten angesprochen.“ (op. cit., S. 145). Als Hilfspersonen werden explizit Ausbildungskandidaten der Psychotherapie genannt.

§ 15. Der Psychotherapeut sowie seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

¹ § 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen

Arbeitsweise mit Kontrolle von Prozeß und Resultat, aus der sich die fachspezifische Verantwortung gegenüber den Patienten wie auch gegenüber der Gesellschaft ableitet. Eine der Folgen dieses Professionalisierungsprozesses besteht darin, daß die wechselseitige Kenntnis der Arbeitsweise der einzelnen Berufsgruppen begrenzt ist. Dies ist mit ein Grund, daß die Effizienz der Versorgung insgesamt nicht optimal erscheint und das Risiko der Fehlversorgung von Patienten besteht. Darauf verweisen auch Analysen epidemiologischer Daten über Psychotherapiebedarf (Stumm, 1988) sowie Studien über „Filter“ zwischen den von unterschiedlichen Berufsgruppen dominierten Versorgungsebenen (Goldberg und Huxley, 1992). Um dem entgegenzusteuern, gab es immer wieder Vorschläge zur Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten der einzelnen Berufsgruppen, wobei vor allem Varianten des Teamkonzeptes sowie des „case-managements-Modells“ als mögliche Leitlinien für eine neue Versorgungspraxis diskutiert wurden (Chauvenet, 1974; WHO, 1986; Holloway, 1988; Prior, 1993).

2. Definition und Verständnis von Kooperation

Kooperation findet in allen Lebensbereichen statt. So nehmen wir daran z.B. bei der Koordination des Familienlebens und des Haushalts teil, wobei die dort vorherrschende Form der Kooperation eine einfache Arbeitsteilung nach Geschlecht und Alter der Mitglieder ist, die über laufende offene Kommunikation geregelt wird (Douglas, 1991). Wir erleben sie im Kindergarten, in der Schule etc., kurz: Kooperation ist ein nicht extra wahrgenommenes zentrales Element des Alltags und wird nur beim Scheitern überhaupt zum Thema. Das Wort „Kooperation“ wird in zwei Hauptbedeutungen gebraucht. Zum einen im Kontext von Arbeit und Produktion, wo es als Sammelbegriff für unterschiedlichste Formen der Koordination arbeitsteiliger Leistungen dient. Zum anderen bezeichnet das Wort auch das „Zusammenwirken“ (Ko-Aktion) als eine dem Kampf entgegengesetzte Form der Interaktion, wie z.B. bei Karten- und Brettspielen (Ehlich, 1987). Als ein Definitionsbeispiel zitieren wir Gärtners (1993, S. 45) Bestimmung von Kooperation im Gespräch: „Zwei oder mehr Gesprächsteilnehmer agieren in einer Gesprächssituation miteinander, nicht gegeneinander, indem sie entweder (1) sowohl ihre eigenen Zielvorstellungen als auch die ihrer Gesprächspartner realisieren oder erkennbar zu realisieren versuchen oder (2) auf die Zielvorstellungen ihrer Gesprächspartner Rücksicht nehmen und ggf. ihre eigenen vernachlässigen.“ (vgl. dazu das „cooperative principle“ von Grice, 1991; Holly, 1987).

2.1 Sozialwissenschaftliche Konzepte ohne direkten Bezug zur Psychotherapie

Der Zugang zum Thema Kooperation wird häufig über die Bestimmung eines gemeinsamen Ziels der an der Kooperation beteiligten Personen gewählt. Falkenberg (1987, S. 167) definiert z.B. Kooperation über das (Handlungs-) Ziel einer Gruppe als intentionale Aktivität der Gruppenmitglieder. Ein Ziel ist ein kooperatives Ziel

einer Gruppe, wenn (1) jedes Mitglied der Gruppe das Ziel anstrebt, (2) kein Mitglied der Gruppe ohne unverhältnismäßig großen Aufwand allein das Ziel erreichen kann und (3) alle Mitglieder zusammen unter bestimmten Umständen das Ziel erreichen können. Diese Bestimmung von Kooperation über ein gemeinsames Ziel einer Gruppe von Personen verweist auf ein beständiges Problem. Im multiparadigmatischen Feld der psychosozialen Versorgung sind gemeinsame Ziele der Fachleute nicht ohne weiteres gegeben, denn es bestehen innerhalb der Profession Psychotherapie beträchtliche Zieldifferenzen zwischen einzelnen Schulrichtungen (vgl. dazu Grawe et al., 1994, S. 708 f). Die Uneinheitlichkeit gemeinsamer Ziele zeigt sich auch in der relevanten Umwelt der Profession. In der Diskussion um „Psychotherapie auf Krankenschein“ in Österreich ist neben der Kostenfrage auch die Differenz zwischen dem „Globalziel“ von Psychotherapie nach dem Psychotherapiegesetz und dem für die Krankenkassen verbindlichen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ein wichtiger Punkt in der Auseinandersetzung (Kletter, 1995, S. 25).

Handlungsziele sind Teil des fach- bzw. schulspezifischen Wissens innerhalb der einzelnen Professionen. Psychotherapeuten lernen in ihrer Ausbildung professionelles Handeln in Form schulspezifischer Zweck-Mittel-Schemata. Auch wenn konkretes therapeutisches Handeln meist ein Bündel von Zwecken erreicht, liegt das Fachspezifische gerade darin, daß ein bestimmter Zweck herausgehoben und als „Hauptzweck“ gesetzt wird, alle anderen mit der Behandlung verbundenen Folgen werden als Nebenfolgen betrachtet. In der Beobachtung des Handelns von Psychotherapeuten durch Angehörige einer anderen Schulrichtung – wozu es bei der Arbeit an einem gemeinsamen Fall notwendigerweise kommt – beurteilen diese zunächst nach ihren eigenen professionellen Unterscheidungsmöglichkeiten und damit verbundenen Perspektiven. Dieser Sachverhalt scheint mit ein Grund für eine Reihe von Kontroversen über optimale Behandlungspläne zu sein – diese sind oft nur hinsichtlich einer Fachrichtung optimal (Röder, 1995, S. 47; Schaffenberger, 1995, S. 217).

Eigenes rationales Handeln und die Erwartung, daß der andere ebenfalls rational handelt, erlaubt eine vergleichsweise einfache Steuerung des eigenen Handelns. In Formen sozialen Kontaktes, wo man nicht von ausreichender gegenseitigen Vertrautheit und Kenntnis ausgehen kann, gehört die Unterstellung wechselseitiger Rationalität zu einer Unsicherheit stark reduzierenden Typisierung des sozialen Umganges. Je anonymere die Interaktionspartner sind, um so wichtiger wird diese Unterstellung wechselseitiger Rationalität (Liedtke, 1987). So wird durch die Rationalitätsannahme („jeder Beteiligte handelt lege artis“) eine Diskussion der Grundlagen der jeweils anderen Profession weitgehend vermeidbar. Diese wird als rational funktionierende „black box“ betrachtet, nur der „Output“ ist Gegenstand der Beobachtung. Psychotherapeuten werden jedoch in ihrer Ausbildung dahingehend trainiert, bei ihrer therapeutischen Arbeit Rationalitätsannahmen und rationale Erklärungen ihrer Klienten zu „hinterfragen“, d.h. diese nicht als gültig oder zumindest nicht als

vollständig zu sehen. Die Anwendung dieses Modells im Umgang mit Kollegen erscheint daher als eine ungeeignete Form, Zusammenarbeit mit diesen zu sichern.

Kooperation als eine Form der menschlichen Interaktion wurde im Kontext von Spiel- und Tauschtheorien in der Sozialpsychologie ausführlich untersucht (Axelrod, 1987; Rapoport, 1986). Eine der zentralen Fragestellungen bei diesen Studien war: Wann soll eine Person bei einer fortlaufenden Interaktion mit anderen Personen kooperieren, und wann sollte sie sich selbstsüchtig verhalten? Der Situationstyp, der diesem Problem entspricht, wurde in vielen Experimenten als „iteriertes Gefangenendilemma“ modelliert. Axelrods Theorie der Kooperation beruht auf der Untersuchung von Personen, die ihren eigenen Interessen ohne Einfluß einer zentralen Herrschaftsinstanz nachgehen, die sie zur Kooperation zwingen könnte. Dies entspricht der Situation, in der sich Psychotherapeuten hinsichtlich der uns hier interessierenden Kooperation außerhalb von Teams befinden. Axelrod geht dabei nicht von altruistisch orientierten Interaktionspartnern, sondern von der Optimierung des Selbstinteresses bei jedem einzelnen aus. Wesentlich für kooperatives Verhalten ist, daß die Interaktion der Partner aufrecht bleibt (vgl. Winograd und Flores, 1986, S. 157 f) und die Zukunft im Verhältnis zur Gegenwart aufgewertet wird. Wenn also damit gerechnet werden kann, daß die Zusammenarbeit mit anderen Psychotherapeuten in Zukunft wahrscheinlicher ist, dann ist kooperatives Verhalten im Augenblick die optimale Strategie. Ist die Erwartung oder der Wunsch nach weiterer Zusammenarbeit in der Zukunft gering, so wird Kooperation zu teuer und die Interaktion eher abgebrochen. Um Kooperation überhaupt aufrecht erhalten zu können, ist ein Mindestmaß an Interaktion der Beteiligten notwendig. Die Häufigkeit der Interaktion wird z.B. dadurch erhöht, daß man nur sehr wenige Kooperationspartner hat. Für Psychotherapeuten folgt daraus, daß für Kooperation eher kleine professionelle Netze von Vorteil sind. Wichtig in diesem Konzept ist, daß für den Erfolg von Kooperation keine Freundschaft erforderlich ist, sondern nur Dauerhaftigkeit der sozialen Beziehung. Der entstehende wechselseitige Vorteil (Gouldner, 1984) und die Aussicht auf die Fortsetzung der für die Beteiligten vorteilhaften Beziehung erzeugen dabei einen selbstverstärkenden Zirkel, der die Fortsetzung der Kooperation sicherstellt.

Neben den rationalen Momenten in der Gestaltung von Zusammenarbeit ist auch der emotionale Aspekt dieser sozialen Beziehungen zu beachten. Dies ist ausführlich in den Arbeiten von Bion (1990) und darauf aufbauenden Untersuchungen (Holmqvist und Fogelstamm, 1994) beschrieben worden. Kooperation wird von Bion als Bildung von Arbeitsgruppen aufgefaßt, deren Effizienz durch gruppenspezifische Faktoren beeinflusst wird. Seine zentrale These ist, daß in jeder sozialen Gruppe immer zwei Gruppen präsent und wirksam sind: die „Arbeitsgruppe“ und die „emotionale Gruppe“. Die Arbeitsgruppe erledigt den Arbeitsauftrag der Gruppe. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe kooperieren als unterscheidbare Individuen. Jedes einzelne Mitglied gehört der Gruppe freiwillig an, da es

Interesse daran hat, daß das Ziel bzw. die Aufgabe der Gruppe ausgeführt wird. Aufgrund seiner Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit Patienten hat Bion eine Form der unbewußten Gruppendynamik beschrieben, die bei den meisten Gruppen eine Rolle spielt. Er bezeichnet dies als „emotionale Grundannahme“ der Gruppe (basic assumption group), die einer Tendenz zur kollektiven unbewußten und spontanen Regression entspricht. Nach Bion gilt das nicht nur für therapeutische Gruppen, sondern auch für professionelle Teams und Mitarbeiterkollektive im Klinikbereich. Bedeutsam für die Kooperation von Psychotherapeuten außerhalb von Teams ist, daß nach Bions Theorie das konkrete Zusammentreffen der Beteiligten nicht erforderlich ist, auch „virtuelle Gruppen“ zeigen dieselben gruppenspezifischen Phänomene. Ein weiterer Aspekt bei der Beschreibung und Analyse von Kooperation von Psychotherapeuten, auf den wir hier nicht weiter eingehen, sind Markt- und Einkommensgesichtspunkte der Beteiligten (vgl. für die ärztliche Profession dazu Freidson, 1975).

2.2 Untersuchungen und Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation im Gesundheitsbereich

Der oftmals beschriebene Mangel an Zusammenarbeit zusammen mit der Forderung nach Verbesserung der Koordination von Gesundheitsleistungen führte immer wieder zu Reformversuchen. Dabei ging und geht es vor allem um die Zusammenarbeit von Fachleuten in der Nachsorge nach der Entlassung aus einem Krankenhaus (Ertler et al., 1990; Gerteis, 1993). Um die Koordination zu verbessern, wurden auch im psychosozialen Sektor multidisziplinäre Institutionen in der Form von „Konferenzen“ oder eigenen Koordinationseinrichtungen geschaffen, mit Hilfe derer die verschiedenen Leistungen aufeinander abgestimmt und im Hinblick auf die Versorgung der Patienten optimiert werden sollen (Rudas, 1989).

In der geforderten Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen treten jedoch infolge der zunehmenden professionellen Spezialisierung eine Reihe von Problemen auf (Reiter, 1977; Jantzen et al., 1991). Als Beispiel sei hier auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die im Rahmen der Psychiatriereform durch die Schaffung kleindimensionierter bürgernaher Einrichtungen für die flexible psychosoziale Versorgung der Bevölkerung entstanden sind (Thornicroft, 1991; Morgan, 1993, S. 33; Rössler und Meise, 1993; Röder, 1995). Nach dem Urteil dieser Autoren hat die Reform anstelle von Flexibilisierung der Versorgung eher zu planlosem Nebeneinander und zu Fehl-, Unter- oder Überbetreuung geführt. Dieser entstandenen Fragmentierung sollte vor allem mit „case management“-Modellen begegnet werden, um die Ressourcen der außerstationären Versorgung zu erschließen und zu verknüpfen. Dahinter stand die Vorstellung, das erprobte System der Zusammenarbeit im Krankenhaus auf die „Gemeinde“ zu übertragen. Die dazu notwendige „multidisziplinäre Kommunikation“ kann sich jedoch gerade nicht auf die Zeit und Aufwand sparenden Selbstverständlichkeiten der Kommunikation verlassen, die innerhalb des Krankenhau-

ses durch die tägliche Interaktion geübt wird. Aber auch im Krankenhaus ist Kooperation als anspruchsvolle Form sozialer Interaktion nicht frei von Gefährdung. So wurden dort in bestimmten Fächern spezielle Kooperationsformen entwickelt. Beispiele dafür sind im stationär-psychiatrischen Bereich das von Aaltonen und Rekköläinen (1994) diskutierte Modell des „shared image guiding“ für multiprofessionelle Teams (vgl. dazu Purzner, 1991), in der multiprofessionellen Therapie von Drogenabhängigen das Modell eines „collaborative language system“ (Anderson und Goolishian, 1991).

Multidisziplinäre Teams funktionieren nach Pinto et al. (1993), wenn ein übergeordnetes Ziel vorliegt, sich die Mitglieder physisch nah sind und wenn von vornherein Team- und Arbeitsregeln bestehen. Tjosvold (1988) fand in seiner Untersuchung von 39 Mitarbeitern in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung, daß bei kooperativen Zielen Vertrauen, Austausch von Information und Ressourcen, effiziente und produktive Arbeit sowie die Überzeugung auf die Fortsetzung der Zusammenarbeit bestand. Bei konkurrierenden Zielen berichteten die Interviewten von Mißtrauen, wenig Austausch und niedriger Produktivität und Moral aller Beteiligten. Im pädagogischen Bereich wurde das Problem der Kooperation zwischen verwandten Berufsgruppen („Regelpädagogen“ und „Sonderpädagogen“) von Ortmann (1988) beschrieben. Kooperatives Handeln ist in der Regel nicht nur sachlich, sondern auch zeitlich aufeinander bezogen. Oft ist Kooperation unmittelbar und bedarf der gemeinschaftlichen raumzeitlichen Präsenz der Beteiligten, die face-to-face Kommunikation ist dafür paradigmatisch. Abweichungen von der raumzeitlichen Präsenz, wie sie auch in der Teamarbeit in Betrieben oder Krankenhäusern gegeben ist, erhöht den Aufwand für die Aufrechterhaltung und Abstimmung (Becher, 1992). Kooperation zwischen Mitarbeitern von Institutionen (Krankenhausabteilungen, Therapieinstituten etc.) wird in der Regel von den anderen Mitarbeitern beobachtet und ist damit „öffentlich“. Erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche Kooperation wird anhand von „Fallgeschichten“ innerhalb der Institution tradiert („in jenem Fall war es so und so“) und formt so die Erwartungen auch neu aufgenommener Mitarbeiter, die mit anderen Abteilungen oder Institutionen nie zu tun hatten. Der interne und externe „Ruf“ einer Institution, „kooperativ“ oder „nicht kooperativ“ zu sein, wird damit außerordentlich schwer korrigierbar, da diese Geschichten als Element der Grenzziehung des Systems Teil der „corporate identity“ der Institution selbst werden (vgl. dazu Ruesch, 1975, S. 69). Für die außerhalb von Institutionen tätigen Psychotherapeuten gilt ähnliches. Auch hier formen sich über gemeinsame behandelte Fälle Traditionen und Geschichten, die Zuschreibungen und Identitäten in der psychotherapeutischen Gemeinschaft beeinflussen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Koordination der Leistungen durch Kooperation der beteiligten professionellen Helfer als Voraussetzung für effektive und effiziente medizinische und psychotherapeutische Versorgung innerhalb des Krankenhauses

gilt. Multidisziplinäre Behandlungsteams erfüllen weitgehend diese Forderungen. Die Zusammenarbeit der Teammitglieder soll dabei zur Routine werden; Teamsupervision gilt als Mittel der Wahl, dabei auftretende Probleme zu bewältigen bzw. auf neue Anforderungen zu antworten.

2.3 Probleme und Besonderheiten bei der Übertragung von Konzepten und Befunden auf die Kooperation von Psychotherapeuten

Innerhalb der Psychotherapie waren es vor allem Familientherapeuten, die von Anfang an ein multikausales und multipersonales Verständnis und Behandlungsmodell der psychischen und soziale Schwierigkeiten ihrer Klienten entwickelten (Reiter und Montag, 1976; Reiter und Becker, 1977) und sich systematisch mit der Rolle von beteiligten „Helfersysteme“ und Zuweisern befaßten (Selvini-Palazzoli et al., 1983; Wynne et al., 1986; Andersen, 1987; Ludewig, 1988, 1992; Steiner et al., 1988; Anderson und Goolishian, 1991; Schiepek et al., 1995). Schweitzer (1989, S. 248) formuliert das zugrundeliegende Dilemma bei dieser Arbeit folgendermaßen: „Wie Fachleute gemeinsam das Problem verschärfen können, zu dessen Lösung jeder von ihnen angeblich eingestellt ist.“ Auch andere Autoren betonen die ungünstigen Folgen unterschiedlicher Orientierungen der Helfer für effizientes Arbeiten (Will und Baird, 1984). In den meisten Fällen wird das Zusammenwirken mit anderen Helfern aus einer „lokalen“ professionellen Perspektive analysiert (Selvini und Selvini-Palazzoli, 1993; Speed, 1992); die anderen beteiligten Fachleute sind relevante Elemente entweder im therapeutischen System selbst („Problemsystem“) oder in der Umwelt des therapeutischen Systems („Zuweisersystem“). Es geht dabei nicht um die Bestimmung gemeinsamer Therapieziele oder Therapiestrategien, sondern andere Helfersysteme werden vor allem im Hinblick darauf untersucht, wie sie die eigene Therapie beeinflussen und wie damit am besten zu verfahren ist. Dazu werden Strategien entwickelt, die die Qualität des eigenen professionellen Handelns innerhalb vertrauter Grenzen gewährleisten sollen. Einige in jüngster Zeit vorgelegte Erfahrungsberichte (Bergold et al., 1993) geben einen Überblick über neuere Entwicklungen in der sektorierten ambulanten psychosozialen Versorgung, gehen aber nicht im Detail auf Probleme in der Kooperation von Psychotherapeuten ein.

Da professionelle Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten in der Ausbildung zum Psychotherapeuten kaum gelehrt, sondern als eine im Alltag erworbene Fertigkeit angesehen wird, ist auch zu prüfen, ob sich Frauen und Männer in der Form der Kooperation bzw. der Einstellung dazu unterscheiden (vgl. dazu Harris, 1995, S. 74 ff). Auch wenn solche Unterschiede nicht als genetisch bedingt anzusehen sind, so ist doch die frühe Erziehung in die Geschlechterrolle mit habituellen Formen des sozialen Umgangs verbunden. Soziale Intelligenz als Voraussetzung für soziale Interaktion bildet sich im Umgang von Kind und Mutter heraus; Mütter verhalten sich im Umgang mit ihrem Kleinkind je nach Geschlecht des Kindes anders (Fivaz-Depeursinge,

1991). Beobachtungen im Kindergarten zeigen, daß sich Knaben häufiger als Mädchen kompetitiv verhalten. Aus diesen Beobachtungen läßt sich die Hypothese ableiten, daß Männer eher zu konkurrierenden, Frauen eher zu kooperativen Formen des professionellen Zusammenwirkens neigen (vgl. Bergin und Garfield, 1994, S. 622; Welter-Enderlin, 1988).

3. Methode

3.1 Die Vorstudie – Experteninterviews

Das Anliegen der Untersuchung bestand darin, empirisch zu untersuchen, ob Psychotherapeuten „professionelle Kooperation“ für wichtig erachten, welches subjektive Wissen über Theorie und Praxis von Kooperation sie haben und welche Einstellungen dazu zu finden sind. Dazu wählten wir eine zweistufige Untersuchungsstrategie. Um einen Überblick über vorhandene subjektive Konzepte von Kooperation zu erhalten, führten wir zunächst halbstrukturierte Interviews mit Therapeuten durch, die eine lange Berufspraxis aufwiesen, als „kooperativ“ galten und in unterschiedlichen Arbeitssituationen tätig waren. Mit der in diesen Interviews gewonnenen und aus der Literatur ergänzten Information konstruierten wir einen Einstellungsfragebogen, der die gefundenen Themenbereiche professioneller Kooperation möglichst abdecken sollte. Die Erprobung des Fragebogens an einer größeren Gruppe von Psychotherapeuten hatte das Ziel, die in den Interviews gefundenen Resultate auf eine etwas breitere empirische Basis zu stellen (Reiter und Steiner, 1995).

Insgesamt wurden im ersten Halbjahr 1994 im Raum Wien sieben Psychotherapeuten interviewt (L.R. zwei Interviews, E.S. fünf Interviews).² Es waren vier Frauen und drei Männer, alle zwischen vierzig und fünfzig Jahren alt und mit mindestens zwölf Jahren Berufspraxis. Vier waren Fachärzte für Psychiatrie, drei Psychologen; zwei arbeiteten in ihrer Einzelpraxis, zwei nur im institutionellen Setting und drei sowohl im institutionellen Bereich wie auch in freier Praxis. Die Interviews dauerten zwischen eineinhalb und zwei Stunden, wobei das Thema bei allen Interviewpartnern auf großes Interesse stieß. Die Interviewer betonten zu Beginn des Gespräches, daß der Fokus der Untersuchung auf der freiwilligen, fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und anderen Fachleuten im psychosozialen Versorgungssystem – die wiederum Psychotherapeuten sein können – außerhalb von Teams liegt. Das Interview wurde mit der Aufforderung an den Gesprächspartner fortgesetzt, über einen möglichst kurz zurückliegenden, konkreten Fall einer gelungenen oder mißlungenen Kooperation zu erzählen. Davon ausgehend wurde dem Gesprächsverlauf angepaßt gefragt, wer hauptsächlich Kooperation initiiert, wie sie aufrechterhalten wird, welche Bedingungen för-

derlich oder hemmend für den Erfolg sind, welches Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht, wie Kooperationspartner ausgewählt werden, wie die Interviewten von anderen zur Kooperation eingeladen oder aufgefordert werden, welche Kooperationsformen bevorzugt werden, wie Kooperation beendet wird, wie Konflikte geregelt werden etc. Der Abschluß des Gespräches bestand in der Frage nach Empfehlungen für eine optimale Gestaltung von Kooperation. Diese Interviews dienten nicht nur zur Informationssammlung über möglichst alle mit dem Thema Kooperation verbundenen Themenbereiche, sondern es wurde darüber hinaus versucht, in den aufeinanderfolgenden Interviews den bis dahin gewonnen Wissenstand auch kritisch zu prüfen (Gerhardt, 1986, S. 65 ff). Dazu wurden die Ergebnisse von beiden Autoren diskutiert, um so bereits gebildete Konstrukte zu modifizieren, als zu spezifisch zu verwerfen bzw. durch neue zu ergänzen. Faßt man die Interviewergebnisse zusammen, so wurden von den von uns interviewten Psychotherapeuten folgende Aspekte von Kooperation für wichtig erachtet:

- allgemeine Bewertung und Einschätzung von Kooperation,
- notwendige und hinreichende Bedingungen für Kooperation,
- Kooperation und Berufserfahrung,
- Kooperation und Geschlecht der Kooperationspartner,
- Kooperation und Berufsgruppenzugehörigkeit,
- Kooperation und Ausbildung,
- Wirksamkeit von Kooperation,
- Praxis der Kooperation,
- Alternativen zu Kooperation,
- Kooperation und Vertraulichkeit (Psychotherapiegesetz)

sowie die von uns direkt erfragten

- Ratschläge zur Gestaltung von Kooperation.

3.2 Fragebogenkonstruktion und Erhebung

Auf Grundlage der Interviewergebnisse, die fallweise durch in der Literatur angeführte Überlegungen differenziert wurden, formulierten wir 90 Items in Form von Behauptungen. Für die konkrete Formulierung der Items verwendeten wir soweit wie möglich Sätze und Satzteile, die von unseren Interviewpartnern geäußert worden waren. Durch dieses Vorgehen wurde sichergestellt, daß die Behauptungen im Fragebogen dem Verständnis der Befragten weitgehend entsprachen. Um zu verhindern, daß sich eine durchgehend positive oder negative Einstellung verzerrend auswirkt (response-set bias), wurden innerhalb jedes Themenbereiches Items auch „negativ“ formuliert. Als Antwortskala wählten wir für alle Items eine 5stufige Rating-Skala (trifft immer zu / stimmt vollkommen, trifft häufig zu / stimmt eher ja, unentschieden / stimmt weder noch, trifft kaum zu / stimmt eher nicht, trifft nie zu / stimmt gar nicht). Das bei dieser Antwortskala bekannte Problem der Mehrdeutigkeit des mittleren Wertes nahmen wir dabei in Kauf. Für die Prüfung von Formulierung, Relevanz, Verständlichkeit, zu großer inhaltlicher Ähnlichkeit

² Für die Bereitschaft zu ausführlichen Interviews danken wir Dr. Elisabeth Gam, Univ.-Doz. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger, Dr. Dinah John, Dr. Gerda Klammer, OA Dr. Werner Leixnering, OA Dr. Karl Panzenbeck und Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck.

von Items etc. stellten sich die Mitarbeiter des Instituts für Ehe- und Familientherapie zur Verfügung.³ Die revidierte Version des Fragebogens bestand aus 78 Items. Auf dem Deckblatt des Fragebogens war der Zweck der Erhebung angegeben („Fragebogen zur Zusammenarbeit von Psychotherapeuten“), gefolgt von einer kurzen Anleitung („Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Situation des Zusammenwirkens mit andere Fachleuten im psychosozialen Versorgungsbereich [Psychotherapeuten, Psychiater, Familienberater, Sozialarbeiter, Psychologen etc.], die nicht zu Ihrem Behandlungsteam gehören. Es geht hier um Ihre Sichtweise der professionellen Zusammenarbeit [...]. Bitte beantworten Sie jede Frage auf folgender 5-Punkte-Skala: ...“). Zusätzlich wurden einige Fragen zur Person und beruflichen Praxis (Alter, Geschlecht, Quellenberuf, Psychotherapieausbildungen, Arbeitssituation und Dauer der Berufspraxis) gestellt. Der Fragebogen war anonym zu beantworten, einige der Psychotherapeuten schickten den Bogen jedoch mit z.T. ausführlichen Kommentaren zurück.

3.3 Die Stichprobe

Der Fragebogen wurde im Laufe des zweiten Halbjahres 1994 von beiden Autoren in der Regel persönlich mit einem kurzen mündlichen Hinweis auf den Zweck dieser Untersuchung zusammen mit einem frankierten Rückkuvert an Psychotherapeuten übergeben. Durch die „persönliche“ Verteilung der Fragebögen gelang es, eine Rücklaufquote von mehr als 85% zu erreichen. Insgesamt wurde der Fragebogen von 79 Therapeuten ausgefüllt zurückgeschickt, wobei jedoch nicht in jedem Fall alle Fragen beantwortet wurden. Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen und ausbildungsbezogenen Merkmale der Psychotherapeuten, die den Fragebogen beantwortet haben.

Auch in diesem Untersuchungsabschnitt versuchten wir, möglichst berufserfahrene Psychotherapeuten zu gewinnen. Damit sollte sichergestellt werden, daß die Antworten auf praktischer Erfahrung mit professioneller Kooperation beruhen. Wichtig war uns ferner, daß die hauptsächlichen „Quellenberufe“ der Therapeuten, in denen verschiedene Modelle von Zusammenarbeit „sozialisiert“ werden, ausreichend vertreten sind. Aufgrund der beruflichen Biographie und dem Arbeitsfeld beider Autoren ist die Stichprobe jedoch durch einen überproportionalen Anteil systemischer Therapeuten (vgl. Tabelle 1) gekennzeichnet. Die von uns befragten Psychotherapeuten bilden keine Zufallsstichprobe der in die Psychotherapeutenliste in Österreich eingetragenen Therapeuten, die Aussagen sind daher auch nicht repräsentativ für die Berufsgruppe.

4. Ergebnisse

Die folgende Darstellung der Untersuchungsergebnisse ist in zwei Abschnitte gegliedert. Zunächst werden die Ergebnisse auf Itemebene beschrieben, wobei diese zu

Tabelle 1. Merkmale der Stichprobe

Alter (Mittelwert/Standardabw.)	41,1 / 6,9
Berufserfahrung (Mittelwert/Standardabw.)	9,4 / 6,3
<i>Geschlecht</i>	%
Frauen	73,4
Männer	26,6
<i>Quellenberuf</i>	
Sozialarbeit	34,2
Psychologie	29,1
Pädagogik	22,8
Psychiatrie	13,9
<i>Therapieausbildung</i>	
Systemische Therapie	49,4
Systemische Therapie und andere Therapieform	26,6
Psychoanalyse/Tiefenpsychologie	8,8
Humanistische Psychologie	3,8
Andere/unbekannt	11,4
<i>Arbeitssituation</i>	
Freie Praxis und Institution	44,3
Nur Beratungsstelle/Therapieinstitut	38,0
Nur freie Praxis	8,8
Nur andere Institution (Krankenhaus etc.)	7,6
Unbekannt	1,3

inhaltlich möglichst homogenen Bereichen zusammengefaßt sind. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird jeweils nur eine Auswahl tabellarisch dargestellt. Im zweiten Abschnitt wird anhand einer exploratorischen Faktorenanalyse der Fragebogenantworten eine Typologie von Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Einstellung zur Kooperation entwickelt. Bei beiden Formen der Analyse der Antworten ist zu bedenken, daß es sich hier um eine erste Untersuchung dieses Gegenstandsbereiches handelt und die Ergebnisse vor allem den Zweck haben, Hypothesen für weiterführende Untersuchungen zu gewinnen.

4.1.1 Einheitlich positiv beantwortete Items als implizite „Repräsentation“ von Kooperation (Tabelle 2)

Hier sind Items angeführt, die in der von uns befragten Gruppe von Psychotherapeuten einheitlich beantwortet wurden. Das Kriterium dafür war, daß über 80% der Befragten der Behauptung zustimmten bzw. bei negativ formulierten Items diese ablehnten und die Kategorie „stimmt weder/noch“ relativ gering besetzt war. Diese Items können als die „ideologische Repräsentation“ professioneller Kooperation aufgefaßt werden, die das gemeinsame Verständnis skizziert und damit als unbestrittene „Geschäftsgrundlage“ für konkrete Zusammenarbeit bedeutsam ist. Diese „Repräsentation“ ist durch die positive Einstellung zu Merkmalen wie Vertrauen in die Kompetenz des Partners, Vorteil der wechselseitigen Kenntnis der Arbeitsweise, Erwartung eines persönlichen und fachlichen Gewinns etc. gekennzeichnet. Ein wichtiger Aspekt ist ferner die Zustimmung zur Kooperation durch den informierten Klienten.

³ Wir danken Dr. Corina Ahlers, Mag. Andrea Brandl-Nebehay, Dr. Joachim Hinsch und DSA Hedwig Wagner für die Durchsicht der ersten Version des Fragebogens.

ten. Die für jede Therapieform wichtige therapeutische Beziehung wie auch die Gestaltungsfreiheit in der Therapie werden durch Kooperation als nicht beeinträchtigt eingeschätzt.

4.1.2 Einstellungen zur Kooperationspraxis (Tabelle 3)

Zwei Drittel der Befragten befürworten eine aktive Rolle bei der Kooperation. Zusammenarbeit wird auch als Informations- und Ideenaustausch über den konkreten Fall hinaus gesehen. Mehrheitlich positiv wird das mit Kooperation verbundene Feedback über die eigene therapeutische Arbeit beurteilt. Fachliche Konkurrenz – wer macht die „bessere Therapie“ – gilt als nicht bedeutsam. Ein Nebenaspekt von Kooperation – die Reduktion von Einsamkeitsgefühlen bei Einzelpraktikern – wird von 41% der Befragten positiv beurteilt. Für 49% ist der Informationsaustausch über gemeinsame Patienten integraler Teil der psychotherapeutischen Behandlung. Die Behauptung, daß professionelle Zusammenarbeit auch zu Abhängigkeit führen kann, lehnen 57% ab.

4.1.3 Einstellungen zu Merkmalen der Kooperationspartner (Tabelle 4)

In dieser Gruppe sind Items zusammengefaßt, die Ähnlichkeit vs. Differenz in der therapeutischen Orientierung sowie die Dauer der Berufserfahrung ansprechen. Die Antworten sind bei diesen Items relativ breit ge-

streut. Ein gemeinsames (Behandlungs-) Ziel der Kooperationspartner – in der Literatur oft als notwendige Bedingung von Kooperation genannt – wird nur von der Hälfte der Befragten als bedeutsam gesehen. Auch die Erleichterung der Kooperation durch die gemeinsame Absolvierung der Ausbildung – ein Sachverhalt, der für die Zuweisernetze von Ärzten ausführlich diskutiert wurde (Freidson, 1975) – wird nur von 40% als wichtig beurteilt. Die Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Therapierichtungen sehen 38% wegen der unterschiedlichen Betrachtungsweisen als Vorteil, dabei mögliche Mißverständnisse befürchten aber immerhin 47%. Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen nicht-ärztlichen und ärztlichen Therapeuten infolge von Statusdifferenzen sehen 38% der Befragten, für 44% folgt daraus kein Problem.

4.1.4 Einstellungen zur Effizienz von Kooperation (Tabelle 5)

Die Erhöhung der Effizienz durch professionelle Kooperation in Form einer Verkürzung der Behandlungsdauer und der Vermeidung von Abbrüchen wird insgesamt eher zurückhaltend beurteilt. Als Hauptvorteil sehen 74% die Vermeidung möglicher Beeinträchtigung durch einander hemmende Therapiestrategien. Wenig Gemeinsamkeit gibt es hinsichtlich der Frage, ob Information, die nicht direkt vom Patienten kommt, für die Therapie wichtig ist.

Tabelle 2. Einheitlich positiv beantwortete Items

	1	2	3	4	5
Eine Grundvoraussetzung für die Kooperation ist Vertrauen in die Kompetenz der anderen Therapeuten	54%	45%		1%	
Mehr gegenseitiges Wissen über die Arbeitsweise von Kollegen und Institutionen erleichtert Kooperation wesentlich	38%	59%		3%	
Vor der Aufnahme des Kontaktes zu Kollegen hole ich mir dafür immer die Zustimmung des Patienten	59%	33%	1%	5%	1%
Meiner Meinung nach sollte in der Ausbildung zum Psychotherapeuten auch die Fertigkeit zu erfolgreichem Kooperieren vermittelt werden	42%	48%	6%	3%	1%
Ein integriertes Behandlungsangebot mittels Kooperation der Therapeuten ist effizienter als mehrfache Überweisungen	43%	46%	8%	4%	
Die für Kooperation aufgewendete Zeit ist auch für mein professionelles Know-how eine gute Investition	23%	65%	10%	3%	

Die Antwortkategorien für diese und die folgenden Tabellen sind: 1 stimmt vollkommen, 2 stimmt eher ja, 3 stimmt weder noch, 4 stimmt eher nicht, 5 stimmt gar nicht.

Tabelle 3. Praxis der Kooperation

	1	2	3	4	5
Ich bin an der Kooperation mit andern Therapeuten interessiert und nehme daher aktiv Kontakt zu diesen auf	14%	52%	16%	18%	
Kooperation ist immer ein über den konkreten Fall hinausgehender Austausch von Ideen zwischen Therapeuten	10%	52%	14%	20%	4%
Rückmeldungen über mein therapeutisches Vorgehen, die ich durch die Zusammenarbeit mit Kollegen erhalte, sind für meine therapeutische Entwicklung unverzichtbar	9%	51%	18%	20%	3%

Tabelle 4. Merkmale der Kooperationspartner

	1	2	3	4	5
In meinen Therapien profitiere ich durch Kooperation mit erfahrenen wie auch mit relativ unerfahrenen Kollegen	19%	49%	19%	10%	3%
Eine Voraussetzung für erfolgreiche Kooperation ist, daß alle beteiligten Therapeuten das gleiche Behandlungsziel haben	24%	38%	9%	24%	5%
Ist die Kooperation mit anderen Therapeuten notwendig, so bevorzuge ich erfahrenere Kollegen	10%	39%	30%	20%	
Am besten kann ich mit Kollegen zusammenarbeiten, mit denen ich gemeinsam eine Ausbildung gemacht habe	10%	30%	28%	20%	11%

Tabelle 5. Effizienz von Kooperation

	1	2	3	4	5
Abreden mit anderen Therapeuten verhindern, daß einander hemmende therapeutische Strategien zum Tragen kommen können	18%	56%	13%	11%	3%
Die Koordination der Behandlung mit anderen Therapeuten verkürzt die Behandlungsdauer erheblich	3%	33%	42%	16%	6%
Zusätzliche Information durch Drittpersonen über den Patienten verbessert meine therapeutische Wirksamkeit	3%	32%	24%	24%	17%

Tabelle 6. Technische Elemente von Kooperation

	1	2	3	4	5
Das Haupthindernis für die Kooperation mit anderen Therapeuten ist für mich deren schlechte telefonische Erreichbarkeit	5%	18%	16%	37%	24%
Die ständige Aufklärung von Mißverständnissen bei der Zusammenarbeit mit Kollegen finde ich besonders schwierig und wenig motivierend		14%	33%	32%	22%
Die Zwischenschaltung von Anrufbeantwortern und anderen technischen Apparaten behindert meine Zusammenarbeit mit Kollegen so gut wie nicht	18%	31%	22%	21%	9%

4.1.5 Einstellungen zu technischen Aspekten von Kooperation (Tabelle 6)

Technische Hindernisse scheinen die insgesamt positive Einstellung zur professionellen Kooperation nicht zu gefährden. Die in den Experteninterviews durchgehend beklagte schlechte telefonische Erreichbarkeit von Kollegen wird in der Fragebogenuntersuchung nur von 23% als Hindernis für Kooperation eingeschätzt, auch durch Anrufbeantworter fühlen sich nur 30% eingeschränkt. Daß die für Kooperation aufgewendete Zeit nicht bezahlt wird, beurteilen immerhin 46% der Befragten als Hemmnis.

4.1.6 Einstellungen zur geschützten therapeutischen Zweierbeziehung im Hinblick auf Kooperation (Tabelle 7)

Hinsichtlich des idealen therapeutischen Settings sind die Überzeugungen uneinheitlich. 27% finden, daß Psychotherapie dann ideal ist, wenn der Patient nur bei einem Therapeuten in Behandlung ist. 47% stimmen dieser Behauptung nicht zu. Den Aufbau des für die therapeutische Beziehung wichtigen Vertrauensverhältnisses sehen 44% der Befragten nur in der geschütz-

te Zweierbeziehung gewährleistet, 37% sahen das anders. Finden Paralleltherapien statt, d.h. ein „Fall“ (Einzelperson, Paar, Familie) ist gleichzeitig bei mehr als einem Therapeuten in Behandlung, so befürchten immerhin 67% beim Fehlen von Kooperation, daß der Patient die Therapeuten gegeneinander ausspielen kann.

4.1.7 Einstellungen zum Geschlechtsunterschied der Kooperationspartner (Tabelle 8)

Das Geschlecht der Kooperationspartner hat nach dem Urteil der von uns Befragten – zu drei Viertel Frauen – weder fördernden noch hemmenden Einfluß auf Kooperation.

4.1.8 Einstellungen zur allgemeinen Situation professionellen Kooperation (Tabelle 9)

Aus den Experteninterviews übernahmen wir auch Vorschläge zur Gestaltung von Kooperation sowie zur Aus- und Weiterbildung. Zwei Items, die sich auf Lehr- und Lernbares beziehen, werden von den Befragten einheitlich positiv beurteilt (siehe Tabelle 2). Es sind die Items:

Tabelle 7. Therapeutische Zweierbeziehung

	1	2	3	4	5
Läuft die Kommunikation mit Kollegen nur über den Patienten, kann er die Therapeuten auch gegeneinander ausspielen	24%	43%	18%	10%	5%
Das für eine Therapie wichtige Vertrauen zwischen Patient und Therapeut kann nur in der geschützten therapeutischen Zweierbeziehung aufgebaut werden	16%	28%	19%	29%	8%
Mein Kontakt zu anderen Therapeuten hinsichtlich eines bestimmten Patienten beschränkt sich auf die Zuweisung	6%	11%	20%	42%	20%
Ich bevorzuge parallele oder aufeinanderfolgende Therapien von Patienten ohne wechselseitige Konsultation der Therapeuten	5%	13%	23%	34%	25%

Tabelle 8. Geschlecht

	1	2	3	4	5
Für die Therapie ist es günstig, wenn der kooperierende Kollege ein anderes Geschlecht als ich hat		13%	42%	18%	28%
Frauen untereinander tun sich in der professionellen Kooperation sehr viel leichter als Männer		9%	37%	37%	17%

Tabelle 9. Globale Situation von Kooperation und Veränderungsvorschläge

	1	2	3	4	5
Ich bin mit der Kooperation, so wie sie jetzt ist, durchaus zufrieden	5%	49%	16%	27%	3%
Effiziente Kooperationsstrukturen müssen erst erfunden werden	14%	35%	13%	28%	10%
Ein „Haupttherapeut“ als eine Art Fallmanager könnte Kooperation bedeutend erleichtern	6%	42%	27%	19%	6%

„Mehr gegenseitiges Wissen über die Arbeitsweise von Kollegen und Institutionen erleichtert Kooperation wesentlich“ und „Meiner Meinung nach sollte in der Ausbildung zum Psychotherapeuten auch die Fertigkeit zu erfolgreichem Kooperieren vermittelt werden“. Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation sind ziemlich gleich verteilt. 54% der Befragten sind – global befragt – mit der gegenwärtigen Situation der Kooperation zufrieden, jene, die unzufrieden sind, stimmen überwiegend der Behauptung „Effiziente Kooperationsstrukturen müssen erst erfunden werden“ zu. Die Antworten auf die Items in diesem Abschnitt stützen u.E. die These, daß Therapeuten Kooperation als Alltagskonstrukt sehen und bei Bedarf einen persönlichen Modus finden, um die nötige Zusammenarbeit sicherzustellen.

4.2 Versuch einer Typenbildung

Die Antwortmuster der Stichprobe ergaben bei acht Items eine sehr schiefe Verteilung. Diese sind in Tabelle 2 angeführt; da sie für statistische Auswertungen nur geringen Informationsgehalt haben, wurden sie für die weitere Analyse ausgeschlossen. Mit den verbliebenen sieben Items wurde trotz kleiner Fallzahl und selektiver Stichprobe eine exploratorische Faktorenanalyse (Hauptkomponentenmethode mit Varimax-Rotation)

durchgeführt. Damit sollten sowohl Hinweise für die angestrebte Reduktion der Itemanzahl gewonnen wie auch erkundet werden, ob sich bestimmte Items zu Subtypen der Einstellung zu Kooperation gruppieren, um damit einfache Summenscores als Indizes für weiterführende Untersuchungen zu finden. Die Anzahl der Faktoren (10 Faktoren mit einem Eigenwert größer 2,0) und die durch die ersten Faktoren erklärte Varianz ergab keine zufriedenstellende Reduktion der Komplexität der Ergebnisse (Faktor 1: 15,3%, Faktor 2: 6,8%, Faktor 3: 6,5%). Nach dem Scree-Test waren nur die ersten drei Faktoren bedeutsam. Die weitere Analyse der Ergebnisse ergab jedoch gut interpretierbare „Dimensionen“ von Einstellungen zur Kooperation, die auch für eine Typen- bzw. Indexbildung geeignet erschienen. Die Items mit den höchsten Faktorladungen wurden zur Berechnung dreier ungewichteter Indizes verwendet und mittels Reliabilitätsanalyse (Cronbach's Alpha) bezüglich ihres Beitrages zum Indexwert geprüft. Tabelle 10 zeigt die Korrelation dieser Indizes.

Die Bedeutung der beiden ersten Faktoren entspricht weitgehend den Interviewergebnissen. Der dritte Faktor, der auf eine aktiv ablehnende Einstellung zu professioneller Kooperation verweist, ist ein unerwartetes Resultat. Da die Interviewpartner von uns nach ihrem „kooperativen Ruf“ ausgewählt worden waren, beschrieben sie zwar Taktiken zur Vermeidung von Arbeitsüberlastung

Tabelle 10. Korrelation zwischen den drei Indikatoren der Einstellung zur Kooperation

	Allgemeine Kooperation	Interdisz. Kooperation
Interdisz. Kooperation	0,28	
Vermeidung von Kooperation	-0,49	-0,15

durch Kooperationsangebote, stellten jedoch Kooperation selbst nicht in Frage. Dieser Faktor könnte daher auf Therapeuten, die als „Einzelkämpfer“ arbeiten, verweisen. Das Resultat der Faktorenanalyse ist in einer Folgeuntersuchung an einer größeren und weniger selektiven Stichprobe von Psychotherapeuten auf seine Stabilität hin zu prüfen. Im folgenden werden die drei Indizes und die entsprechenden Items dargestellt, wobei in der dem Itemtext folgenden Klammer jeweils die „Polung“ für den Summenscore angegeben ist.

„Allgemeine Kooperation“ (11 Items):

- Absprachen mit anderen Therapeuten verhindern, daß einander hemmende therapeutische Strategien zum Tragen kommen können (+)
- Das therapeutische Bündnis mit meinen Patienten wird durch die Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten gefährdet (-)
- Die Koordination der Behandlung mit anderen Therapeuten verkürzt die Behandlungsdauer erheblich (+)
- Ich bevorzuge parallele oder aufeinanderfolgende Therapien von Patienten ohne wechselseitige Konsultation der Therapeuten (-)
- Ich bin an der Kooperation mit andern Therapeuten interessiert und nehme daher aktiv Kontakt zu diesen auf (+)
- In meiner Therapie ist nur wichtig, was mir der Patient mitteilt (-)
- Informationsaustausch mit anderen Therapeuten über gemeinsame Patienten ist für mich ein integraler Teil der psychotherapeutischen Behandlung (+)
- Mein Kontakt zu anderen Therapeuten hinsichtlich eines bestimmten Patienten beschränkt sich auf die Zuweisung (-)
- Mir ist der fachliche Austausch mit Kollegen, der durch Kooperation entsteht, sehr wichtig (+)
- Zusätzliche Information durch Drittpersonen über den Patienten verbessert meine therapeutische Wirksamkeit (+)
- Kooperation mit anderen Therapeuten vermindert das Gefühl von Einsamkeit in meiner Praxis (+)

„Interdisziplinäre Kooperation“ (7 Items):

- Ich bevorzuge die Zusammenarbeit mit Kollegen, die eine sehr ähnliche therapeutische Grundorientierung wie ich haben (-)
- Die Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Therapierichtungen finde ich wegen der unterschiedlichen Betrachtungsweisen besonders vorteilhaft (+)
- Kooperation mit Therapeuten anderer Schulen ist besonders anfällig für Mißverständnisse (-)
- Für mich ist die Kooperation mit Therapeuten aus anderen Therapierichtungen besonders mühsam (-)
- Für mich ist eine Psychotherapie dann ideal, wenn der Patient nur bei einem Therapeuten in Behandlung ist (-)
- Jede Therapierichtung fokussiert bestimmte Problemaspekte. Die Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Richtungen erzeugt daher vorwiegend Verwirrung bei allen (-)

- Zusammenarbeit finde ich dann besonders fruchtbar, wenn sie mit Kollegen anderer therapeutischer Richtungen stattfindet (+)

„Vermeidung von Kooperation“ (4 Items):

- Kooperation mit anderen Therapeuten ist mir zu zeitaufwendig (+)
- Die ständige Aufklärung von Mißverständnissen bei der Zusammenarbeit mit Kollegen finde ich besonders schwierig und wenig motivierend (+)
- Die Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten schränkt meine therapeutische Gestaltungsfreiheit ein (+)
- In der Therapie mit schwierigen Klienten ist für mich die Einbeziehung der Perspektiven anderer Therapeuten besonders wichtig (-)

Trotz der bedingten Aussagekraft dieser Resultate aufgrund der selektiven Stichprobe ist davon auszugehen, daß Einstellung zur professionellen Kooperation kein eindimensionales Konstrukt ist. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse legen eine hypothetische Typenbildung nahe, nach der die Einstellungen zu Kooperation zweistufig strukturiert sein könnte; Abb. 1 zeigt diese hypothetische Typologie.

Eine kurze Charakterisierung dieser drei Typen lautet:

- Typ A: Therapeut ist gegenüber Kooperation in verschiedenen Konstellationen aufgeschlossen.
- Typ B: Therapeut ist generell positiv eingestellt, kooperiert aber sehr selektiv.
- Typ C: Therapeut zeigt im Hinblick auf Zusammenarbeit generell wenig Interesse.

Es würde dem hier vorgestellten Ansatz widersprechen, wenn diese Typologie mit einer Bewertung verbunden würde (z.B. Typ A ist besser als Typ C). Da wir mit Bedacht Therapeuten in die Studie einbezogen haben, die über eine lange Berufserfahrung verfügen und die im mittleren Lebensalter stehen, ist davon auszugehen, daß die gefundenen Einstellungen zur professionellen Kooperation und damit die Zurechnung zu einem bestimmten Typus auf ausreichender Erfahrung der Befragten aufbaut. Die Ergebnisse lassen vermuten, daß es innerhalb der beruflichen Gemeinschaft der Psychotherapeuten, abgesehen von der „ideologischen“

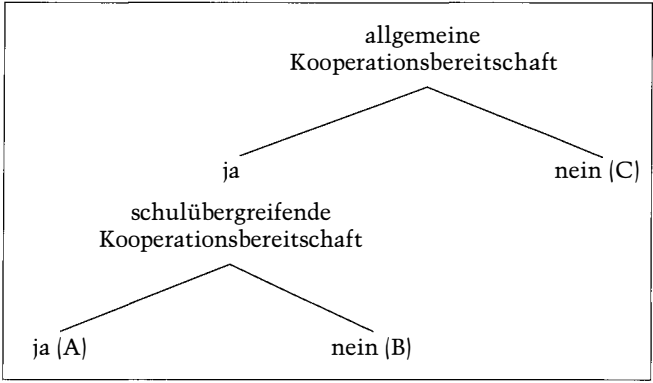


Abb. 1. Eine Typologie kooperationsbezogener Einstellungen von Psychotherapeuten

Übereinstimmung bezüglich der globalen Wertschätzung von Kooperation, eine hohe Variabilität hinsichtlich verhaltensnäherer Einstellungen gibt, die durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst ist. Darauf deutet auch hin, daß ein Vergleich der drei Indexwerte nach Quellenberuf, Therapieausbildung, Arbeitssituation, Alter, Geschlecht und Dauer der beruflichen Tätigkeit keine wesentlichen Differenzen ergeben hat.

5. Diskussion

Die Psychotherapie betrat mit dem 1990 beschlossenen Psychotherapiegesetz in Österreich als eigenständige Profession ein Arbeitsfeld, in dem die Forderung nach Verbesserung der Koordination der Leistungen der darin tätigen Fachleute ständig präsent ist. Professionelle Kooperation gilt dabei, von sehr wenigen Gegenstimmen abgesehen, als geeignete Methode zur Steigerung der Effektivität und Effizienz. Die vorliegende Studie zur Einstellung von Psychotherapeuten zu freiwilliger, professioneller Kooperation soll zu dieser Diskussion einen empirischen Beitrag leisten. Das mittelfristige Ziel dieses Forschungsvorhabens ist ein praktisches: Wann ist professionelle Zusammenarbeit indiziert? Wann ist sie effizienter als andere Formen der Koordination von Leistungen wie z.B. Überweisung? Mit diesem ersten Teil der Studie versuchten wir festzustellen, welche Aspekte professioneller Kooperation Psychotherapeuten selbst als wichtig erachten und welche Einstellung sie dazu haben. Da Kooperation in Teams ausreichend erforscht ist, konzentrierten wir uns auf die Zusammenarbeit außerhalb bestehender Teams. Die Untersuchung war, ausgehend von Experteninterviews, dazu angelegt, vor allem die inhaltlichen Facetten des Konzeptes „professionelle Kooperation“ zu erfassen. Daher wurden auch Fragen nach ihrer Intensität, im Alltag zwischen „loser“ und „enger“ Kooperation aufgespannt, hier nicht weiter berücksichtigt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß Psychotherapeuten der freiwilligen, fallbezogenen Kooperation gegenüber positiv eingestellt sind und diese für vorteilhaft halten. Diese positive Einstellung erhöht nach Axelrod (1987) die Chance, daß auf ein Kooperationsangebot „freundlich“ geantwortet wird und damit Kooperation in Gang kommt. Geht man von der Ebene der globalen Zustimmung – von uns als „ideologische Repräsentation“ des Konzeptes Kooperation bezeichnet – zu mehr verhaltensbezogenen Einstellungen, so ist das Bild zu differenzieren. Ein erheblicher Teil der Antworten weist eine breite Streuung auf, so daß davon ausgegangen werden muß, daß über verschiedene Aspekte von Kooperation unter Psychotherapeuten nur wenig Konsens besteht. Als Gewinn professioneller Kooperation außerhalb von Teams wird von einem Großteil der Befragten die Abwendung möglichen Schadens gesehen. Das betrifft sowohl den Schaden für Klienten durch einander hemmende Therapiestrategien wie auch Beeinträchtigung der therapeutischen Arbeit durch Klienten, die ihre Therapeuten gegeneinander „ausspielen“. Nur knapp die Hälfte der Befragten ist der Anwendung des in anderen Bereichen des Gesundheitssystems erfolgreich eingesetzten „case-management-

Modells“ zur Organisation professioneller Kooperation in der Psychotherapie gegenüber positiv eingestellt, auch die Möglichkeit einer routinemäßigen Kooperation der Fachleute nach dem Modell der Medizin wird uneinheitlich eingeschätzt. Indirekte Kosten in Form schlechter Erreichbarkeit anderer Therapeuten wird mehrheitlich als der Kooperation nicht abträglich eingestuft. Direkte Kosten in Form nichtbezahlter Zeit für Kooperation wird von der Hälfte der Befragten jedoch als nicht förderlich eingeschätzt. Entgegen unserer Hypothese wird das Gelingen von Zusammenarbeit mit großer Mehrheit als unabhängig vom Geschlecht der beteiligten Fachleute gesehen. Eine erste Kategorisierung von Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Einstellung zu professioneller Kooperation ergibt drei hypothetische Typen: (1) Der Therapeut ist gegenüber Kooperation in verschiedenen Konstellationen aufgeschlossen, (2) der Therapeut ist generell positiv eingestellt, kooperiert aber sehr selektiv, oder (3) der Therapeut zeigt an Kooperation kein Interesse bzw. weist diese zurück. Die Ergebnisse der Studie lassen aus unserer Sicht den Schluß zu, daß Psychotherapeuten bei professioneller Kooperation auf keine etablierten Routinen zurückgreifen können, sondern sich im Verlaufe ihrer Karriere jeweils eigene Strategien und allenfalls wenige, jedoch dauerhafte Kooperationspartnerschaften wählen. Wir möchten hier der Vorstellung entgegenreten, daß es für Kooperation in der Psychotherapie simple Lösungen für alle Fälle geben könnte. In dieser Untersuchung haben wir uns die Aufgabe gestellt, ein „Stimmungsbild“ zu zeichnen, das über die subjektive Situationswahrnehmung einzelner hinausweist.

Kooperation ist innerhalb der Profession hauptsächlich in zwei Weisen öffentlich: als Forderung nach ihrer Verbesserung und in Erzählungen über ihr Scheitern. Aus beiden Formen läßt sich jedoch weder Häufigkeit noch Art gelungener Kooperation ableiten, denn diese bleibt in ihrem Gelingen in der Regel „still“ (Winograd und Flores, 1986). Somit sind die hier vorgelegten Ergebnisse über Einstellungen zur Kooperation durch eine Untersuchung zur „gelebten“ Praxis professioneller Zusammenarbeit zu ergänzen, um Antworten auf folgende Fragen zu finden: Wie oft und unter welchen Bedingungen findet professionelle Kooperation tatsächlich statt? Welche Alternativen zur dieser sehr anspruchsvollen Form sozialer Interaktion werden verwendet? Welches Verhältnis besteht zwischen der Einstellung zu Kooperation und kooperativen Verhalten? Erst wenn Antworten auf diese Fragen vorliegen, die durch eine Studie an einer repräsentativen Stichprobe von Psychotherapeuten abgesichert sind, läßt sich z.B. die Forderungen an die Ausbildungsvereine stellen, Kooperation als Bestandteil der professionellen „skills“ im Sinne von Strupp (1995) in der Aus- und Weiterbildung zu vermitteln.

Danksagung

Dieses Projekt wurde durch die Hochschuljubiläumsstiftung der Stadt Wien zur Förderung der Wissenschaft unter der Projektnummer H-00049/93 gefördert. Die Autoren danken den Förderern herzlich für die Ermöglichung der Forschungsarbeit. Bedanken möchten wir uns auch bei allen Kollegin-

nen und Kollegen, die sich als Interviewpartner zu ausführlichen Gesprächen bereit fanden, die Vorformen des Fragebogens mit uns diskutierten und die sich die Zeit nahmen, den Fragebogen auszufüllen und uns durch ihre Kommentare wichtige Anregungen für weiterführende Untersuchungen gaben.

Literatur

- Aaltonen J, Rekköläinen V (1994) The shared image guiding the treatment process. A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 164 [Suppl] 23: 97–102
- Andersen T (1987) The reflecting team: dialogue and meta dialogue in clinical work. *Fam Proc* 26: 415–428
- Anderson H, Goolishian H (1991) Thinking about multi-agency work with substance abusers and their families: language systems approach. *J Strategic Systemic Therapies* 10: 20–35
- Axelrod R (1987) Die Evolution der Kooperation. Scientia Nova, Oldenbourg
- Becher B (1992) Pflege und Sozialdienste im Verbund. In: Berner P, Zapotoczky K (Hrsg) *Gesundheit im Brennpunkt. Zwischen Professionalisierung, Laiensystem und Bürokratie*, Bd 3. Veritas, Linz
- Bergin AE, Garfield SL (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edn. Wiley, New York
- Bergold JB, Filsinger D (1993) (Hrsg) *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie*. Juventa, Weinheim
- Bion WR (1990) *Erfahrungen in Gruppen*. Fischer, Frankfurt
- Chauvenet A (1974) *Krankenhausberufe und Arbeitsteilung*. In: Volkholz V, Elsner G, Geissler B, Kriescher-Fauchs M, Thoma P (Hrsg) *Analyse des Gesundheitssystems*. Athenäum, Frankfurt/Main, S 301–320
- Douglas M (1991) The idea of home: a kind of space. *Social Research* 58: 287–307
- Ehlich K (1987) Kooperation und sprachliches Handeln. In: Liedtke F, Keller R (Hrsg) *Kommunikation und Kooperation*. Niemayer, Tübingen, S 19–32
- Ertler W, Gelbenegger M, Schubert T (1990) *Kooperationsformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Falkenberg G (1987) Ausdruck und Übernahme von Einstellungen. In: Liedtke F, Keller R (Hrsg) *Kommunikation und Kooperation*. Niemayer, Tübingen, S 161–181
- Falloon IRH, Fadden G (1993) *Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge University Press, Cambridge
- Fivaz-Depeursinge E (1991) Documenting a time-bound, circular view of hierarchies: a microanalysis of parent-infant dyadic interaction. *Fam Proc* 30: 101–120
- Freidson E (1975) *Dominanz der Experten. Zur soziale Struktur medizinischer Versorgung*. Urban und Schwarzenberg, München
- Gärtner A (1993) *Konkurrenz versus Kooperation. Eine sprachwissenschaftliche Untersuchung über Verhaltensweisen in Gesprächen*. Peter Lang, Frankfurt
- Gerhardt U (1986) *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie*. Suhrkamp, Frankfurt
- Gerteis M (1993) *Coordinating care and integrating services*. In: Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds) *Through the patient's eyes*. Jossey-Bass, San Francisco, pp 45–69
- Goldberg D, Huxley P (1992) *Common mental disorders. A bio-social model*. Routledge, London
- Gouldner AW (1984) *Reziprozität und Autonomie. Ausgewählte Aufsätze*. Suhrkamp, Frankfurt
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zu Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Grice HP (1991) *Logic and conversation*. In: Davis S (ed) *Pragmatics. A reader*. Oxford University Press, New York, pp 305–315
- Harris L (1995) *Women: the new providers*. Whirlpool Foundation study, part 1. Benton, Harbor
- Holloway F (1988) *Day care and community support*. In: Lavender A, Holloway F (eds) *Community care in practice*. Wiley, Chichester
- Holly W (1987) *Sprachhandeln ohne Kooperation? Über den kooperativen Balanceakt beim Manipulieren*. In: Liedtke F, Keller R (Hrsg) *Kommunikation und Kooperation*. Niemayer, Tübingen, S 139–157
- Holmqvist R, Fogelstamm H (1994) *Psychological climate and countertransference in psychiatric treatment homes*. DAPS Report # 56, University of Umeå
- Jantzen C, Mall W, Reinecker H, Schiepek G (1991) *Stolperstein Kommunikation. Zusammenarbeit von Praktikern und Psychologen*. *Ärztliche Praxis* 43: 27–29
- Kletter M (1995) *Psychotherapie und Verfahren in Leistungssachen*. *Soziale Sicherheit* 1995 1: 25–31
- Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) *Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz. Kurzkommentar*. Orac, Wien
- Liedtke F (1987) *Kooperation, Bedeutung, Rationalität*. In: Liedtke F, Keller R (Hrsg) *Kommunikation und Kooperation*. Niemayer, Tübingen, S 109–134
- Ludewig K (1988) *Problem – Bindeglied klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme*. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 231–249
- Ludewig K (1992) *Systemische Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Morgan S (1993) *Community mental health. Practical approaches to long term problems*. Chapman & Hall, London
- Ortmann M (1988) *Anmerkungen zu einem integrationspädagogischen Qualifikationsprofil pädagogischer Fachkräfte*. *Z Heilpädagogik* 39: 2–10
- Pinto MB, Pinto JK, Prescott JE (1993) *Antecedents and consequences of project team cross functional cooperation*. *Management Science* 39: 1281–1297
- Prior L (1993) *The social organization of mental illness*. Sage, London
- Purzner K (1991) *Das multidisziplinäre Team: Miteinander – Gegeneinander*. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) *Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung*. Springer, Wien New York, S 235–247
- Rapoport A (1986) *General systems theory*. Abacus Press, Cambridge
- Reiter L (1977) „Kombinationstherapie“: Familientherapie, unterstützt von Psychopharmaka. *Partnerberatung* 14: 105–124
- Reiter L, Montag E (1976) *Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit in der Familientherapie*. In: Poustka F, Spiel W (Hrsg) *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd 1. Egermann, Wien, S 321–332
- Reiter L, Becker AM (1977) *Interdisziplinäre Zusammenarbeit und theoretischer Pluralismus: Programm und Problem*. In: Becker AM, Reiter L (Hrsg) *Psychotherapie als Denken und Handeln*. Kindler, München, S 129–170
- Reiter L, Steiner E (1995) *Kooperation von Psychotherapeuten. Teil 1: Vorarbeiten zur Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung kooperationsbezogener Einstellungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Projektbericht, Wien
- Reiter L, Steiner E (1996) *Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession*. In: Pritz A (Hrsg) *Psycho-*

- therapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien New York, S 159–203
- Röder R (1995) Kooperation und Koordination sozialer Dienste: Formen und Folgen. Sozialpsychiatrische Informationen 25/3: 43–51
- Rössler W, Meise U (1993) Neue Trends in der psychiatrischen Versorgung. Neuropsychiatrie 7: 171–175
- Rudas S (1989) Koordination und Kooperation in einem geschlossenen System gemeindenaher psychiatrischer Versorgung. Grundsätze und Praxis eines umfassenden kommunalen Versorgungssystems. In: Kulenkampff C, Picard W (Hrsg) Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Tagungsberichte, Bd 15. Rheinland-Verlag, Köln, S 220–226
- Ruesch J (1975) Knowledge in action. Communication, social operations, and management. Jason Aronson, New York
- Schaffenberg E (1995) Qualitätsentwicklung durch Zusammenarbeit und Koordination: Das Beispiel der Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengel (IGSS). In: Evers A, Leichsenring K, Strümpel C (Hrsg) Klientenrechte. Sozialpolitische Steuerung der Qualität von Hilfe und Pflege im Alter. Schriftenreihe „Soziales Europa“, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien
- Schiepek G, Manteufel A, Strunk G, Reicherts M (1995) Kooperationsdynamik in Systemspielen. Ein empirischer Ansatz zur Analyse selbstorganisierender Ordnungsbildung in komplexen Sozialsystemen (Unveröffentl. Manuskript)
- Schweitzer J (1989) Professionelle (Nicht-) Kooperation: ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren Jugendlicher. Z Syst Ther 7: 247–254
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Ceccin G, Prata G (1983) Das Problem des Zuweisenden. Z Syst Ther 1: 11–20
- Selvini M, Selvini Palazzoli M (1993) Team-Konsultation: ein unentbehrliches Instrument für den Wissensfortschritt. Über Förderung und Pflege der kreativen Möglichkeiten von Teamarbeit. In: Schweitzer J, Retzer A (Hrsg) Systemische Praxis und Postmoderne. Suhrkamp, Frankfurt, S 164–190
- Speed B (1992) Ein Kopf ist besser als zwei (oder mehr). Über die Vorteile des allein arbeitenden Therapeuten. In: Schweitzer J, Retzer A (Hrsg) Systemische Praxis und Postmoderne. Suhrkamp, Frankfurt, S 191–202
- Steiner E, Hinsch J, Reiter L, Wagner H (1988) Familientherapie als Etikett. Eine therapeutische Strategie bei institutionell verflochtenen Fällen? In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 137–157
- Strotzka H (1985) Hans Strotzka. In: Shepherd M (Hrsg) Psychiater über Psychiatrie. Beltz, Weinheim, S 248–265
- Strupp HH (1995) The psychotherapist's skills revisited. Clinical psychology. Science and Practice 2: 70–74
- Stumm G (1988) Angebot und Bedarf an Psychotherapie in Österreich. In: Jandl-Jäger E, Stumm G (Hrsg) Psychotherapie in Österreich. Deuticke, Wien, S 89–120
- Thornicroft G (1991) The concept of case management for long-term mental illness. International Review of Psychiatry 3: 125–132
- Tjosvold D (1988) Cooperative and competitive dynamics within and between organizational units. Human Relations 41: 425–436
- Welter-Enderlin R (1988) Rollenwandel: Das alltägliche Spannungsfeld in Familie, Arbeitswelt und Therapie in systemischer Perspektive. Systeme 2/2: 4–14
- WHO-Euro Bericht (1986) Psychiatrische Versorgung: Erstbetreuung. WHO, Kopenhagen
- Will D, Baird D (1984) An integrated approach to dysfunction in interprofessional systems. J Family Ther 6: 275–290
- Winograd T, Flores F (1986) Understanding computer and cognition. Alex Publishing, Norwood
- Wynne LC, McDaniel SH, Weber TT (eds) (1986) Systems consultation. A new perspective for family therapy. Guilford, New York

Korrespondenz: Ass.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Ludwig Reiter, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

Reiter Ludwig, Univ.-Doz., Dr. med., Wien. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, systemischer Psychotherapeut, Assistenzprofessor an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien, affiliertes Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, Gründer der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien (ÖAS). Arbeitsschwerpunkt: systemische Therapie, Psychotherapieforschung.

Steiner Egbert, Wien. Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Ehe- und Familientherapie, Wien.