

Auswirkungen  
des österreichischen Psychologengesetzes  
auf die Professionalisierung  
der Psychologie  
im österreichischen Gesundheitswesen  
in den Jahren 1991-1997

**Diplomarbeit**

eingereicht von

Mag. phil. Peter Eckerstorfer

Wien, im Mai 2000

**„Beschäftigst Du Dich nicht mit der Politik,  
so beschäftigt sich die Politik mit Dir.“**

## Abkürzungen

AK	Arbeiterkammer
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BKA	Bundeskanzleramt
BKAG	Bundeskrankenanstaltengesetzesnovelle 1993
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BÖP	Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen
GkPP	Gesellschaft kritischer Psychologinnen und Psychologen
HVST	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KfAP	Komitees für Alternativen zum PG
Länder KAG	Krankenanstaltengesetz der Länder
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBDS	Österreichischer Bundesverband der SozialarbeiterInnen
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
PB	Psychologenbeirat
PG	Psychologengesetz
PiÖ	Psychologie in Österreich (Zeitschrift des BÖP)
PthG	Psychotherapiegesetz
RB	Rundbrief der GkPP

Der leichten Lesbarkeit halber vermeide  
ich geschlechtsneutrale Formulierungen

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Methodisches Vorgehen .....	14
3	Psychologische Hilfe zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen.....	17
3.1	Gesellschaftliche Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte .....	17
3.2	Veränderte Bedürfnislagen von Subjekten im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin.....	23
3.3	Bedarf und Bedürfnisse nach psychologischen Leistungen .....	26
3.4	Verberuflichung psychosozialer Hilfe .....	29
4	Professionalisierung als berufspolitische Strategie.....	31
4.1	Merkmale von Professionalisierung.....	33
4.2	Voraussetzungen von Professionalisierung.....	38
4.3	Folgen von Professionalisierung.....	41
4.4	Besonderheiten der Professionalisierung der Psychologie.....	44
5	Entstehungsgeschichte und Inhalte des Psychologengesetzes .....	50
5.1	Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes .....	50
5.1.1	Resümee der Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes und Einschätzung für die Professionalisierung .....	71
5.2	Inhalte des Psychologengesetzes.....	75
5.2.1	Titelschutz.....	75
5.2.2	Regelung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen .....	75
5.2.2.1	Erwerb fachlicher Kompetenz .....	75
5.2.2.2	Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung .....	77
5.2.2.3	Berufsumschreibung .....	77
5.2.2.4	Berufspflichten der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen .....	77
5.2.3	Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen .....	78
5.2.4	Arbeit des Psychologenbeirates .....	79
5.2.5	Strafbestimmungen .....	79
5.2.6	Übergangsbestimmungen .....	80
5.3	Psychotherapiegesetz.....	80
5.4	Unmittelbare Reaktionen auf den Beschluß des Psychologengesetzes und Resümee über die Bedeutung des Psychologengesetzes .....	84

6	Umsetzung des Psychologengesetzes .....	88
6.1	Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung .....	88
6.1.1	Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen - Erwerb fachlicher Kompetenz .....	91
6.1.1.1	Universitätsstudium "Psychologie" .....	92
6.1.1.2	Theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz .....	97
6.1.1.3	Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz .....	104
6.1.1.4	Darstellung der anerkannten Weiterbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz .....	108
6.1.1.4.1	"Fortbildungsakademie" des BÖP .....	108
6.1.1.4.2	Hochschullehrgang am Institut für Psychologie der Universität Wien .....	109
6.1.1.4.3	"Fabrik" - Weiterbildungseinrichtung der GKPP .....	110
6.1.1.4.4	Schloß Hofen .....	112
6.1.1.5	Vergleichende Gegenüberstellung der wichtigsten Merkmale der Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz .....	112
6.1.1.6	Praktische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz .....	114
6.1.1.6.1	Facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen .....	121
6.1.1.7	Aktuelle Brisanz der Ausbildungsthematik .....	124
6.2	Nachweis der Klientenorientierung und beruflicher Selbstkontrolle .....	125
6.2.1	Ethikrichtlinien .....	128
6.2.2	Verschwiegenheitspflicht der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen .....	135
6.2.3	Qualitätssicherung .....	140
6.3	Gesetzlich abgesicherte „Terraingewinne“ der Psychologen .....	147
6.3.1	Auswirkungen des Psychologengesetzes auf die Novellierungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) .....	148
6.3.1.1	Klinischpsychologische Diagnostik .....	151
6.3.1.1.1	Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung .....	154
6.3.1.2	Klinischpsychologische Behandlung .....	157
6.3.1.2.1	Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung .....	163
6.3.1.3	Zusammenfassende Gedanken zur Professionalisierung der Psychologie im Rahmen des ASVG .....	167
6.3.2	Auswirkungen des Psychologengesetzes auf die Novellierungen des Bundeskrankenanstaltengesetzes .....	169
6.3.2.1	Entwicklung der Novelle des Bundeskrankenanstaltengesetzes .....	170
6.3.2.1.1	Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung .....	173
6.3.2.2	Krankenanstaltengesetze der Länder und deren Vollzug .....	176
6.4	Reaktionen auf das Psychologengesetz aus heutiger Sicht .....	178
7	Die neue Struktur der psychosozialen Berufe in Österreich sieben Jahre nach dem Psychologengesetz .....	181
7.1	Das System der österreichischen Gesundheitsversorgung .....	183
7.2	Nichtärztliche Psy-Berufe .....	192
7.2.1	Klinische Psychologen .....	192
7.2.2	Gesundheitspsychologen .....	198
7.2.3	Psychotherapeuten .....	203
7.2.4	Lebens- und Sozialberater .....	209
7.2.5	Diplom-Sozialarbeiter .....	212
7.3	Ärztliche Berufe .....	214

7.3.1	Praktische Ärzte.....	214
7.3.2	Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie .....	218
7.3.3	Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin .....	220
7.4	Zusammenfassende Darstellung der im gefolge des Psychologengesetzes relativ zu anderen Berufsgruppen faktisch erreichten Positionierung der Psychologen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens .....	222
8	Resümee.....	228
9	Literaturverzeichnis .....	245
10	Anhang .....	262
10.1	Interviewleitfaden .....	262

## 1 Einleitung

In dieser Diplomarbeit stelle ich die Auswirkungen des österreichischen Psychologengesetzes (PG) auf die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen dar. Ich möchte dabei auch auf den Entstehungsprozeß des PG eingehen.

Inhaltlich, aber auch infolge seiner langen Entstehungsgeschichte, ist das 1990 beschlossene PG ein Hybrid, in dem die verschiedensten Hoffnungen und Erwartungen, Ängste und Befürchtungen der bei der Entstehungsgeschichte Beteiligten integriert wurden. Zusätzlich ist es durch seine inhaltliche Gewichtung, durch die trotz Mitwirkung<sup>1</sup> von Psychologen, Psychotherapeuten und Medizinern juristische Sichtweise und Formulierung schwierig anzuwenden.

Die Psychologie als junge dynamische Wissenschaft befindet sich auch in einem sich ständig veränderndem Umfeld (KfAP 1990) und ist daher eine schwer zu regelnde Berufstätigkeit (Scambor 1997).

Mit Hilfe des PG als berufsrechtliche Regelung ist es nicht leicht, klare Antworten auf berufsrechtliche Bedürfnisse der Psychologen zu geben. In Anlehnung an den "Aspekt der symbolischen Politik" (Hegenbarth 1981 zit. n. Rottleuthner 1987, S. 40) könnte man meinen, dass man diese Schwierigkeit mit dem Beschluß des PG beheben wollte, indem eine Entschlossenheit demonstriert wurde, irgendein Gesetz zu machen, das weder einen klaren Regelungsinhalt besitzt, bestimmte Ziele erfüllt, noch intendierte Wirkungen zu erzielen hat, sondern eine legitistische Grundlage für die Regelung des psychologischen Berufes bieten soll. Tatsächlich wurde mit dem Beschluß des PG im Jahr 1990 ein Aushandlungsprozeß in Gang gebracht, der aufgrund seiner formal-rechtlichen Relevanz wesentlich an Konstruktivität gewonnen hat.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, diesen berufsrechtlichen Aushandlungsprozeß und auch dessen Ergebnisse professionssoziologisch zu beleuchten. Die beruflichen Auswirkungen sind die Aufwertung der Berufsgruppe infolge des Macht- und Kontrollzuwachses und die Verbesserung ihres Status im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens (Freidson 1994, zit. n. Forster 1997a, S. 182). Zusätzlich erlauben professionelle Attribute eine besondere Beziehung zwischen Klienten und Professionellen, die es ermöglicht, professionsrelevante Bedürfnisse als Bedarfsstrukturen der Klienten zu etablieren, was wiederum die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen unterstützt.

---

<sup>1</sup> Der Kommentar zum PG wurde von Dr. Kierein (Jurist im BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales), Dr. Pritz (Psychologe und auch Präsident des ÖBVP) und Herrn Univ.-Prof. Sonneck (Psychiater und seinem Selbstverständnis nach Psychotherapeut (Club 2 aus dem Jahr 1990) herausgegeben.

In diesem Kapitel werde ich noch einen kurzen inhaltlichen Überblick über die Diplomarbeit und deren hauptsächliche Fragestellungen geben. Beginnend mit den Kapiteln „Psychologische Hilfe zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen“ (Kapitel 3) und „Professionalisierung“ (Kapitel 4) als theoriegeleitete Orientierungskapitel versuche ich Perspektiven für den österreichbezogenen empirisch-analytischen Teil aufzubauen, Fragestellungen für diesen Teil zu präzisieren und orientierende Hinweise über den Aufbau und die Argumentationslinie zu geben.

In Kapitel 3.1<sup>2</sup> geht es darum, mögliche gesellschaftliche Faktoren für die gestiegene Nachfrage nach psychologischen Dienstleistungen bei Problemen, Krisen und Krankheiten darzustellen. Dabei orientiere ich mich am „Individualisierungstheorem“<sup>3</sup> und dessen Erklärungen für die Entstehung psychosozialer Bedürfnisse. Gesellschaftliche Sachverhalte werden vermehrt im Zusammenhang mit psychosozialen Bedürfnissen wahrgenommen. Mit der daraus resultierenden von Individuen wahrgenommenen Unübersichtlichkeit und Verunsicherung kam es zum Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution, wobei dies ein Auseinanderdriften der wissenschaftlichen und der anwendungsorientierten Psychologie, denen unterschiedliche Handlungsmuster zugrunde liegen, nach sich zog.

In Kapitel 3.2<sup>4</sup> geht es um das medizinische Versorgungssystem als derzeit dominierendes System bei persönlicher Hilfsbedürftigkeit. Die Entwicklung des Krankheitsspektrums und die Organisation und Ausrichtung der herkömmlichen Medizin werden als Bedingung für die vermehrte Nachfrage nach psychologischen Dienstleistungen in diesem System dargestellt. Insbesondere die Entwicklung des Krankheitsspektrums auf der einen Seite, und die naturwissenschaftlich-technische Ausrichtung der Medizin auf der anderen Seite, tragen für die vermehrte Nachfrage nach psychologischen Dienstleistungen bei und führen zur zunehmenden Bedeutung psychologischer Dienstleistungen für Patienten.

In Kapitel 3.3<sup>5</sup> werde ich ausgehend von der im Kapitel 3.2 getroffenen Feststellung, dass verberuflichte psychologische Hilfe im Gesundheitswesen im wesentlichen das medizinische Versorgungssystem auf Ebene der Individuen unterstützt, versuchen, meine Sichtweise von der Entstehung psychosozialer Bedürfnisse und mögliche Ursachen der Transformation individueller Bedürfnisse in professions- und versorgungsrelevante Bedarfskategorien zu beschreiben. Es geht dabei, die Konsequenzen dieser Transformation für Individuen herauszuarbeiten, die durch diese Einpassung in vereinfachte Bedarfskategorien entstehen,

---

<sup>2</sup> Gesellschaftliche Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte

<sup>3</sup> vgl. Beck (1986); Berger und Hradil (1990); Beck-Gernsheim (1993); Beck und Beck-Gernsheim (1994).

<sup>4</sup> Veränderte Bedürfnislagen von Subjekten im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin

<sup>5</sup> Bedarf und Bedürfnisse nach psychologischen Leistungen

und auf die Frage einzugehen, wie eine den Bedürfnissen der Individuen entsprechende Versorgung aussehen kann. Diese bedarfsadäquate Strukturierung der Bedürfnisse der Subjekte, die als Legitimation für eine Verberuflichung psychosozialer Hilfe dient, möchte ich im Kapitel 3.4<sup>6</sup> darstellen und Strategien der Berufsgruppen aufzeigen, die in der Verberuflichung im "Kampf um versorgungsrelevantes Terrain" angewendet werden. Eine dieser berufspolitischen Strategien in der Verberuflichung psychosozialer Hilfe ist die Professionalisierung. Professionalisierung ist dabei ein Prozeß sozialen Aushandelns, eine arbeitsteilige Herausbildung neuer Berufe als auch ein Maß für den von einer Öffentlichkeit anerkannten Einfluß auf eine Gesellschaft. Sie ist außerdem ein Indikator für die Bedeutung eines Berufes, der bestimmte Eigenschaften erfüllt und damit den Status einer Profession von einer Öffentlichkeit erhält, die sich dazu berufen fühlt.

In Kapitel 4 führe ich das Konstrukt „Professionalisierung“ in vier Unterkapiteln genauer aus. Diese sind (1) Merkmale, (2) Voraussetzungen, (3) Folgen für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten und deren (4) Besonderheiten. Dabei möchte ich insbesondere den Professionalisierungsprozeß im Kontext des Gesundheitswesens darstellen, und zeigen, wie dieser durch das veränderte Krankheitspanorama und gesellschaftliche Strukturveränderungen beeinflusst wird und welche Anforderungen sich dadurch für Psychologen ergeben.

In Kapitel 4.1<sup>7</sup> arbeite ich die wesentlichsten Merkmale der Professionalisierung heraus. Hierher zählen etwa die Autonomie, die Eigenverantwortlichkeit als Bedingung funktioneller Autonomie, die professionelle Selbstkontrolle, die Entwicklung eines spezifischen hochqualifizierten Leistungsangebotes, das Wissen, das durch Forschung produziert wird, die Funktion des ethischen Codes und die Aufgabe der berufseigenen Interessensvertretung für die Professionalisierung. In Kapitel 4.2<sup>8</sup> gehe ich auf die Abhängigkeit zwischen dem Status einer Profession und der Öffentlichkeit ein. Dabei führe ich aus, was eine Profession erfüllen muß, um eine Öffentlichkeit zu überzeugen und welche Rolle die dominierende Schicht einer Gesellschaft spielt. Als letzten Punkt im Kapitel 4.2 möchte ich den Stellenwert und die Funktion der Ausbildung für die Professionalisierung darstellen. In Kapitel 4.3<sup>9</sup> werde ich die Folgen der Professionalisierung für die Profession und andere Berufsgruppen, die Motive der Professionalisierungsbestrebungen der Berufsvertretungen und die Folgen der Professionalisierung für Klienten herausarbeiten. In Kapitel 4.4<sup>10</sup> beschäftige ich mich mit den spezifischen Besonderheiten der Professionalisierung der Psychologie vor dem Hintergrund der Glaubwürdigkeit "psychologischen" Handelns und dessen Handwerkszeuges. Dabei möchte ich auch auf die Besonderheit der Professionellen-Klienten-Beziehung in der Psychologie eingehen, die sich

---

<sup>6</sup> Verberuflichung psychosozialer Hilfe

<sup>7</sup> Merkmale einer Professionalisierung

<sup>8</sup> Voraussetzungen von Professionalisierung

<sup>9</sup> Folgen von Professionalisierung

<sup>10</sup> Besonderheiten der Professionalisierung der Psychologie

wesentlich unter professionslogischen Vorgaben entwickelt. Ebenso möchte ich die Auswirkungen der Partizipation an mehreren Funktionssystemen auf die psychologische Berufsgruppe beschreiben. Zusätzliche Aspekte, die mich in diesem Kapitel beschäftigen werden, sind die Auswirkung der normativen und strukturellen Rahmenbedingungen auf den Professionalisierungsprozeß, die Ressentiments gegenüber psychologischem Wissen und Fortbildung auf Seiten der überwiegend praktisch tätigen Professionsmitglieder, die Auswirkung der mengenmäßigen Dominanz von Psychologinnen auf die Professionalisierung der Psychologie und die Probleme und Chancen für die Professionalisierung der Gesundheitspsychologie.

Ausgehend von den in den Kapiteln 3 und 4 skizzierten Bedingungen und Überlegungen zur Professionalisierung der Psychologie, die im wesentlichen mit dem Entstehen eines neuen Bereichs im medizinischen Versorgungssystem zusammenhängen, möchte ich eine der Strategien der Berufsverbände darstellen, die die Professionalisierung unterstützen soll. Dies ist die Schaffung einer entsprechenden Rechtsgrundlage, die bis 1990 nicht bestanden hat. Feldstein (1977 zit. n. Döhler 1997, S. 63) zeigte, dass bei allen Gesundheitsberufen eine Nachfrage nach Gesetzen besteht, die auf eine Marktschließung und/oder Marktregulierung abzielen. Die Marktregulierung wird zum einen vom Berufsrecht und zum anderen von versorgungsorientierten Gesetzen festgelegt (Döhler 1997). Dabei möchte ich auch darstellen, in wie weit sich die Marktöffnung und -schließung auf die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen ausgewirkt haben.

Diese in den Kapiteln 3 und 4 skizzierten Gedanken möchte ich vorerst im Kapitel 5.1<sup>11</sup> aufgreifen und mich auf jene professionsspezifischen Inhalte konzentrieren, die im Zusammenhang mit der Entstehung des PG relevant waren. In der Darstellung der Entstehungsgeschichte orientiere ich mich an den Initiativen der damaligen dominierenden Berufsvertretung der Psychologen, dem BÖP. Ansatzweise möchte ich mich mit den Auswirkungen der gesellschaftlichen Entwicklung und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte beschäftigen und der Frage nachgehen, wie weit psychosoziale Inhalte den gesellschaftlichen Aushandlungsprozeß mitbestimmten. Hier waren insbesondere die Vorstellungen der Psychologen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und auch die Form ihrer Berufsvertretung und deren Relevanz für die Professionalisierungsbestrebungen entscheidend. Abschließend werde ich in diesem Kapitel die inhaltlichen Schwerpunkte in den letzten Entwürfen zum PG herausarbeiten, und der Frage nachgehen, ob das PG mit Blick auf die Entstehungsgeschichte ein hinreichendes Mittel für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie ist. In Kapitel 5.2 stelle ich in komprimierter Form die Inhalte des PG dar. Im Kapitel 5.3<sup>12</sup> möchte ich kurz auf den Entstehungsprozeß sowie die

---

<sup>11</sup> Entstehungsgeschichte und Inhalte des Psychologengesetzes

<sup>12</sup> Psychotherapiegesetz

wesentlichen Inhalte des Psychotherapiegesetzes (PthG) eingehen, da das PG und das PthG im Juni 1990 in einer Parallelaktion beschlossen wurden, sich beide Gesetze inhaltlich in vielen Paragraphen entsprechen (Palme 1990) und ich mich in dieser Diplomarbeit mehrmals in Abgrenzung zum PG auf das PthG beziehe.

In Kapitel 5.4 beschreibe ich die „unmittelbaren Reaktionen auf den Beschluß des Psychologengesetzes“ und nehme resümierend dazu Stellung. Die Reaktionen waren durchwegs positiv, wobei dem Gesetzgeber das Bemühen attestiert wurde, bereits bestehenden Verhältnissen Rechnung zu tragen. Andererseits wurde jedoch auch auf die Unspezifität der Regelungsinhalte und damit auf die Schwierigkeit in der Umsetzung des PG hingewiesen.

In Kapitel 6<sup>13</sup> geht es um die Umsetzung und die Darstellung der Hauptaspekte des PG, nämlich dem „Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung“, dem „Nachweis der Klientenorientierung und der beruflichen Selbstkontrolle“ und die „gesetzlich abgesicherten Terraingewinne der Psychologen“.

In Kapitel 6.1<sup>14</sup> werde ich die Funktionen der psychologischen Ausbildung für die Professionalisierung herausarbeiten, wobei ich auf das Moment der sozialen Schließung genauer eingehen werde. Ansatzweise werde ich Vorteile des dualen Ausbildungsmodells, das dem Erwerb fachlicher Kompetenz zugrundeliegt, insbesondere vor dem Hintergrund neuer Anforderungen im Gesundheitswesen, darstellen und daraus Defizite der universitären Ausbildung schlußfolgern. In den Kapiteln 6.1.1<sup>15</sup> und 6.1.1.2<sup>16</sup> möchte ich die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen vor dem Hintergrund der Entwicklung des Universitätsstudiums Psychologie und der Professionalisierungsdiskussion im Gesundheitswesen beschreiben, die die einzig explizite und legislativ nachvollziehbare Abgrenzung zur Psychotherapie erlaubt. Dabei möchte ich besonders auf die inhaltlichen und formalen Anforderungen an die theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz eingehen, da die inhaltliche Gestaltung der theoretischen Ausbildung für die Abgrenzungsdiskussion zur Psychotherapie eine besondere Bedeutung hat. Weiters möchte ich zusätzlich zur inhaltlichen Darstellung auf das methodische Vorgehen der Referenten beim Erwerb fachlicher Kompetenz, das wesentliche Züge einer asymmetrischen Kommunikation in sich trägt, und dessen Auswirkungen auf die Professionalisierungsmöglichkeiten der Psychologie eingehen. In Kapitel 6.1.1.3<sup>17</sup> werde ich die Relevanz der Supervision für den Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung, insbesondere vor dem Hintergrund der Professionalisierungsdiskussion darstellen und ansatzweise versuchen, das ihr zugrundeliegende Konzept in Anlehnung an die Supervisionsrichtlinien der Psychotherapie für die Ausbildung zum

---

<sup>13</sup> Umsetzung des Psychologengesetzes

<sup>14</sup> Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung

<sup>15</sup> Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen - Erwerb fachlicher Kompetenz

<sup>16</sup> Theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz

<sup>17</sup> Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz

Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen zu konkretisieren. In Kapitel 6.1.1.5<sup>18</sup> stelle ich die praktische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz dar und skizziere die Funktion der praktischen Ausbildung für die Professionalisierung der Psychologen. In weiterer Folge versuche ich, vor dem Hintergrund der Ausbildungsstellenmisere und der verschiedenen Ausbildungseinrichtungen, die Relevanz der praktischen Ausbildung für die Entstehung unterschiedlicher professioneller psychologischer Identitäten zu beschreiben. Im Kapitel 6.1.1.4<sup>19</sup> werde ich jene Ausbildungseinrichtungen darstellen, die eine inhaltliche Nähe zum medizinischen Versorgungssystem besitzen, und daher für die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen eine besondere Relevanz aufweisen. Das Kapitel 6.1 schließe ich mit einer Skizze der Forderungen des HVST an die Ausbildungsrichtlinien und deren Auswirkungen auf die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen.

Im zweiten Kapitel, das die Umsetzung des PG behandelt, werde ich die besonderen Regelungen des PG für die Klientenorientierung und berufliche Selbstkontrolle darstellen. Während der Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung als Voraussetzung für die Professionalisierung gilt, ist die Klientenorientierung und die berufliche Selbstkontrolle eine flankierende Maßnahme für die Professionalisierungsbemühungen und kann eher als ein Merkmal einer Professionalisierung angesehen werden. Diese werde ich anhand der Kriterien Ethikrichtlinien, Verschwiegenheitspflicht und Qualitätssicherung darstellen. Diese Thematik möchte ich vor dem Hintergrund der besonderen Beziehung zwischen Psychologen und Klienten und den Anforderungen an diesen Aushandlungsprozeß beschreiben.

In Kapitel 6.2.1<sup>20</sup> werde ich, ausgehend von Gründen, warum sich Berufe im Gesundheitswesen um eine Ethik bemühen sollten, auf ethische Schlußfolgerungen für Expertenhandeln im Gesundheitswesen und dessen ethische Implikationen und Notwendigkeiten eingehen. Ethikrichtlinien als Korrektiv professionellen Handelns weisen nicht nur eine hohe Klientenorientierung auf und dienen dem Schutz der Klienten vor Willkürhandlungen der Profession, vor unsachgemäßer Anwendung professionsspezifischen Handelns und vor inkompetenter Ausübung professioneller Tätigkeit. Sie sind ebenso ein Instrument sozialer Kontrolle für den Staat bzw. die Profession. In weiterer Folge möchte ich einen Zugang eines psychologischen ethischen Handelns darstellen, der sich insbesondere am Konzept des „Arbeitsbündnisses“ orientiert und in besonderem Maße die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der professionellen Intervention berücksichtigt und dadurch eine für psychologisches Handeln typische „abgeschwächte Asymmetrie“ nach sich zieht. Entsprechend dieser Gedanken möchte ich insbesondere auf die Ethikrichtlinien der Psychologen eingehen und sowohl deren Inhalte als auch die Modi ihrer Anwendungen darstellen.

---

<sup>18</sup> Praktische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz

<sup>19</sup> Facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen

<sup>20</sup> Ethikrichtlinien

In Kapitel 6.2.2<sup>21</sup> gehe ich auf die Verschwiegenheitspflicht als besonders wichtige Variable professionellen ethischen Handelns ein. Ausgehend von der Feststellung, dass die Verschwiegenheit für die Arbeitsbeziehung zwischen Psychologen und Klienten von hoher Bedeutung ist und aufgrund widersprüchlicher Voraussetzungen zum Teil schwierig umzusetzen ist, möchte ich auf die diesem Gedanken zugrundeliegende restriktive Regelung der Verschwiegenheitspflicht eingehen und darstellen, wie Professionalisierungsbestrebungen durch die Verschwiegenheit unterstützt werden.

In Kapitel 6.2.3<sup>22</sup> werde ich professionsinterne Vorkehrungen der Qualitätssicherung für psychologische Leistungen diskutieren. Zum einen werde ich auf verschiedene Darstellungen von Qualität und zum anderen auf die Schwierigkeiten des Aushandlungsprozesses eingehen. Weiters möchte ich die Arten der Qualitätssicherung bei psychologischen Dienstleistungen beschreiben und ihre inhaltliche Darstellung und Umsetzung professionssoziologisch diskutieren. Zu beantworten versuche ich auch, welche Auswirkungen Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf die Professionalisierung der Psychologie haben und welche Schwerpunkte von Merkmalen und Voraussetzungen der Professionalisierung sich herauskristallisiert haben.

Da mit dem Beschluß des PG die Voraussetzungen für die gesetzliche Anerkennung und den Schutz des Berufstitels geschaffen wurden, konnte erstmals in der österreichischen Rechtsgeschichte auf eine Gesetzesmaterie zurückgegriffen werden, die genuin die Psychologie zum Inhalt hatte. Damit wurde auch die Grundlage geschaffen, in einen versorgungsrelevanten Aushandlungsprozeß einzutreten. In Kapitel 6.3 stelle ich die gesetzlich abgesicherten „Terraingewinne“ der Psychologen und deren Umsetzung, Inhalte, Forderungen und Argumentationslinien der hauptsächlichen Aushandlungsparteien dar.

In Kapitel 6.3.1 möchte ich die Auswirkungen des PG auf die Novellierungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) beschreiben, die ich anhand der „Klinischpsychologischen Diagnostik“ (Kapitel 6.3.1.1) und „Klinischpsychologischen Behandlung“ (Kapitel 6.3.1.2) darstellen werde. Chronologisch gehe ich so vor, dass ich skizziere, was sich im ASVG geändert hat, wie es dazu gekommen ist und was dies über die Professionalisierung und den Status der Psychologen im Gesundheitswesen aussagt.

In Kapitel 6.3.2 möchte ich auf den gesetzlich abgesicherten Terraingewinn der Psychologen in Krankenanstalten eingehen und der Frage nachgehen, wie dieser die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie unterstützen konnte. Dabei gehe ich ebenso wie im Kapitel 6.3.1 chronologisch vor und stelle die Entwicklung bis zum Status quo dar. Weiters möchte ich herausarbeiten, was dies über die Professionalisierung und den Status der Psychologen in Krankenanstalten aussagt. Abschließend möchte ich noch kurz auf die Krankenanstaltengesetze der Länder verweisen, die für die eigentliche Umsetzung des BKAG relevant

---

<sup>21</sup> Verschwiegenheitspflicht der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen

<sup>22</sup> Qualitätssicherung

sind und in denen in Form der Leistungskataloge Bezug auf die Umsetzung der BKAG-Novelle genommen wurde.

In Kapitel 6.4 möchte ich die Reaktionen der handelnden Akteure (vgl. Kapitel 2) aus heutiger Sicht auf das PG darstellen und die Hauptthemen der Diskussionen wiedergeben.

In Kapitel 7 beschreibe ich die im Gefolge des PG relativ zu anderen Berufsgruppen faktisch erreichte Positionierung der Psychologen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens. Hier versuche ich Standards und Kriterien darzustellen, die erfüllt sein müssen, damit auf gesellschaftlicher Ebene von einer gelungenen Professionalisierung gesprochen werden kann. Dabei versuche ich auch ansatzweise herauszuarbeiten, welchen gesellschaftlichen Strukturproblemen vornehmlich Professionalisierungsprozesse folgen und welche Handlungslogik daraus resultiert (vgl. Schaeffer 1990).

In Kapitel 7.1 stelle ich das Gesundheitssystem mit besonderer Berücksichtigung des „psychosozialen Sektors“ dar. Dabei versuche ich, ausgehend vom Status quo und Vorhaben im Gesundheitswesen eine Berufsgruppenperspektive der Psychologen aufzubauen. In den Kapiteln 7.2 und 7.3 werde ich mich auf jene Psy-Berufe im Gesundheitswesen beschränken, die an der psychosozialen Versorgung unmittelbar teilhaben und deren Leistungsangebot sich auf diesen Sektor konzentriert.<sup>23</sup> Dabei gehe ich vorwiegend auf die im extramuralen Sektor tätigen psychosozialen Berufsgruppen ein und werde die Versorgungsphilosophie dieses Sektors und dessen Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Professionalisierung der Psychologen skizzieren.

Im Kapitel 8 werde ich nochmals resümierend auf die hauptsächlichen und handlungsleitenden Fragestellungen für diese Diplomarbeit eingehen. Diese sind:

- Wie weit ist das PG Mittel für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen?
- Welche Professionalisierungsmerkmale und -voraussetzungen werden im PG berücksichtigt?
- Welche Folgen hat die Professionalisierung der Psychologen für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten?

Dabei werde ich den Prozeß der Verberuflichung psychologischer Arbeit deskriptiv nachzeichnen und auf die Professionalisierung als Strategie in der Verberuflichung psychosozialer Arbeit eingehen, wobei ich das Individualisierungstheorem als eine Marktchance für die Professionalisierung der Psychologen herausarbeiten möchte und zu beantworten versuche, wie weit das PG diesem Aspekt Rechnung getragen hat. Interessant ist hier besonders die legalistische Ausrichtung,

<sup>23</sup> **Nichtärztliche PSY-Berufe** (Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen, Psychotherapeuten, Lebens- und Sozialberater, Diplom-Sozialarbeiter)  
**Ärztliche Berufe** (Praktische Ärzte, Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und Neurologie/Psychiatrie, Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin)

die die Umsetzung und den Aushandlungsprozeß erschweren und die ursprünglich für die Entstehungsgeschichte des PG wichtigen Bedürfnisse der Individuen vernachlässigen und vorwiegend die Bedürfnisse der Berufsgruppe nach einer berufsrechtlichen Regelung im Auge hat. Durch diese vorwiegend berufsrechtliche Regelung ist das PG für die Umsetzung der Klientenorientierung und der versorgungsrelevanten Gesetze (ASVG, BKAG) schwierig anzuwenden, während die Umsetzung der Ausbildungsbestimmungen im PG sehr erfolgreich erfolgt ist. Die Reaktionen und die Ausschau auf das PG zeigen diese einseitige Regelung. Daraus folgt, dass die Anwendung des PG im Gesundheitswesen und die Konkurrenz zu anderen Berufen vorwiegend auf die berufsrechtliche Regelungsebene beschränkt bleiben muß und „versorgungsrelevante“ Aspekte in der Umsetzung des PG nur bedingt im Professionalisierungsprozeß erfolversprechend sind. Daraus läßt sich ableiten, dass die Professionalisierung der Psychologie in erster Linie auf die Tragfähigkeit der berufsrechtlichen Regelung Bezug nimmt und der versorgungsrelevante und klientenbezogene Kontext des PG nicht ausreichend zur Professionalisierung der Psychologie beitragen kann.

## **2 Methodisches Vorgehen**

Mein methodisches Vorgehen möchte ich vor dem Hintergrund skizzieren, dass ich Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe bin und von Oktober 1988 bis Jänner 1995 an der Universität Wien Psychologie studiert sowie von November 1995 bis Jänner 1997 die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen absolviert habe. Dies ist meiner Ansicht nach für das Verständnis des methodischen Vorgehens und der Interpretation der Daten von Bedeutung, da ich über weite Teile die Thematik nicht als Ausstehender erhoben und interpretiert habe, sondern als Berufsgruppenmitglied von den Ereignissen und deren Auswirkungen persönlich betroffen war und bin.

Ohne hier auf forschungsmethodologische Fragestellungen allzu genau einzugehen, möchte ich mein qualitativ-methodisches Vorgehen wie folgt begründen (vgl. Girtler 1984; Lamnek 1993 und 1995): Zum einen lernte ich diese methodische Vorgehensweise während meiner Tätigkeit als freiberuflicher Mitarbeiter an einem Linzer Forschungsinstitut kennen (und schätzen). Weiters konnte ich durch das dargestellte methodische Vorgehen den dynamischen Veränderungen im Forschungsfeld in der Erhebungsphase laufend mit entsprechenden Adaptierungen und Modifikationen im Design und Interviewleitfaden gerecht werden, so dass schließlich die Interviews weitgehend frei und unstrukturiert durchgeführt wurden. Dieses methodische Vorgehen erlaubte es mir auch, hypothesengenerierend vorzugehen. Dadurch konnten die Interviewpartner in den Interviewsituationen ihre Sicht der Dinge mit mir reflektieren und ich konnte sukzessive die Thematik und den Forschungszusammenhang kennenlernen.

In der Erhebungsphase ging es immer um eine Darstellung von Zusammenhängen aus der Sicht der Interviewten, die durchwegs berufspolitisch aktive Psychologen waren. Die angesprochenen Sachverhalte waren dabei nicht explizit Inhalte in der Diskussion sondern wurden durch die Erhebung in der jeweiligen Interviewsituation aktualisiert. Es ging darum, den Interviewten zu befragen und in ihm eine Assoziationskette auszulösen. Dies war für das zentrale Thema dieser Diplomarbeit wichtig, da die Professionalisierung als Konstrukt aufgrund deren schwieriger Operationalisierbarkeit erst im Gespräch Konturen erhielt.

Aufgrund der schon eingangs erwähnten mangelnden Distanz zur Untersuchungsthematik erfolgte die Interpretation der Daten entlang meiner Berufseinsteiger-Wahrnehmung.

Auf eine Darstellung der Interviewgestaltung verzichte ich hier und verweise stattdessen auf Lamnek (1995) und/oder Flick et al. (1995)

Aufgrund der wie oben schon erwähnten konfliktbehafteten Situation im Forschungsfeld entschied ich mich für folgenden Methodenmix:

- . offen gestaltete Leitfadeninterviews (siehe Anhang)
- . Akten- und Dokumentenrecherchen
- . inhaltsanalytische Auswertung der Interviews und Dokumente
- . Literaturrecherchen

Bei der Auswahl der Befragten entschied ich mich für jeweils mindestens einen Vertreter einer Organisation, die aus meiner Sicht durch den Beschluß des PG in ihrem Handeln tangiert wurden bzw. tangiert werden könnten.

Dies waren

- . zwei Vertreter des Berufsverbandes österreichischer PsychologInnen (BÖP),
- . zwei Vertreter der Gesellschaft kritischer Psychologinnen und Psychologen (GkPP)
- . ein ehemaliger Vertreter des Psychologenbeirates (PB)
- . ein Vertreter der Berufsvertretung im Österreichischen Gewerkschaftsbund
- . ein Vertreter der Konsumenten (Arbeiterkammer Wien (AK))
- . ein Vertreter der Berufsanwärter (Fachschaftsliste am Institut für Psychologie an der Universität Wien)
- . zwei Vertreter der Behörden (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS))
- . ein Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST)
- . ein Vertreter des Komitees für Alternativen zum PG (KfAP)
- . ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)
- . zwei Vertreter des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP)
- . ein Vertreter der Lebens- und Sozialberater
- . ein Vertreter der SozialarbeiterInnen (ÖBDS)

- ein Vertreter der Wiener Gesundheitspolitik

Interviews mit gesundheitspolitischen Sprechern der österreichischen im Parlament vertretenen Parteien wurden von diesen abgelehnt bzw. erachtete ich nicht als sinnvoll, da ich in den Vorgesprächen mit den gesundheitspolitischen Sprechern den Eindruck gewann, dass die Thematik "Psychologengesetz" wenig präsent war.

Die Interviews (N=18) führte ich in den Sommermonaten 1996-1997. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

### **3 Psychologische Hilfe zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen**

#### **3.1 Gesellschaftliche Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte**

Im folgenden Kapitel beschäftigte ich mich mit jenen gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte, die infolge einer weitgehenden Befriedigung materieller Bedürfnisse in unserer hochzivilisierten Gesellschaft als Surrogate jener Unübersichtlichkeit und Verunsicherung in Form psychosozialer Bedürfnisse entstanden sind. Dabei möchte ich einerseits der Frage nachgehen, weshalb gesellschaftliche Sachverhalte vermehrt im Zusammenhang mit diesen Phänomenen wahrgenommen werden, und welche Funktion dabei gesellschaftliche Entwicklungen erfüllen. Andererseits kann der Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution in Zusammenhang mit diesen Entwicklungen gesehen werden. Dabei kam es meiner Ansicht nach zu einem Auseinanderdriften der wissenschaftlichen und der anwendungsorientierten Psychologie, denen unterschiedliche Handlungsmuster zugrunde liegen. Hierbei bemühe ich mich einerseits um eine Skizzierung der Problemlösungsmuster der anwendungsorientierten Psychologie, sowie der an sie herangetragenen und von ihr erfüllten Erwartungen und ihrer Strategien in der Konfrontation mit den skizzierten Problemlagen.

In seinem Sammelband "Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft", der Publikationen der letzten Jahre enthält, beschreibt Keupp (1994) die Lebensverhältnisse auf Seiten der Individuen mit Begriffen wie Unübersichtlichkeit, Umbruch, Orientierungs- und Sinnkrise, Verunsicherung und Grenzverlust.<sup>24</sup> Seiner Ansicht nach haben die Individuen den Überblick verloren. Sie fühlen sich in ihrer äußeren Welt nicht mehr gehalten, klagen über Zerrissenheit ihres Alltags, Verlust von Heimat, Vertrautheit und Zugehörigkeit (Keupp 1981).<sup>25</sup> Gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind von ähnlichen Zerfallsprozessen betroffen. Die gesellschaftliche Gliederung verliert an

---

<sup>24</sup> Diese Phänomene lassen sich mit dem Begriff "Individualisierung" zusammenfassen, unter dem in den letzten Jahren (seit ca. 1983) "zusammenhängende Prozesse innerhalb der Gegenwartsgesellschaft, die Auflösung industriegesellschaftlicher Lebensformen wie soziale Klassen, Kleinfamilien, Geschlechterrollen usw. und der biographischen Modi und Verläufe, die dadurch entstehen, und die Art, wie diese in institutionelle Muster eingebunden bleiben bzw. werden" bezeichnet werden (Beck und Beck-Gernsheim 1994, Vorabdruck auf Umschlag).

<sup>25</sup> vgl. dazu die Grundaussagen der Individualisierungstheorie bei Beck 1986; Berger und Hradil (Hg.) 1990; Beck-Gernsheim 1993; Beck und Beck-Gernsheim (Hg.). 1994.

Klarheit, die Rollen der Geschlechter werden diffuser, die Konturen der Familie verschwommener, persönliche Grenzziehungen werden zusehends schwieriger (Nüßle 1996). Kollektive Lebenslagen erodieren und sind fast nur noch durch abstrakt-begriffliche Anstrengungen der Soziologie zusammenzuhalten (Keupp 1994). Menschen verlieren zusehends Vertrauen in lebensweltliche Bewältigungsmöglichkeiten. Traditionelle Sinnzusammenhänge, Normensysteme und Bewältigungstechniken verlieren ihre Funktion, die Familie vermag nicht mehr jene vom konservativen politischen Lager formulierten Erwartungen von Sicherheit und sozialisatorischer Kontinuität zu gewährleisten. "Man" reagiert auf Ebene der Individuen (Keupp 1981). Verstädterung, Kleinfamilien, Kleinwohnungen, neue Formen von Berufstätigkeiten, Befreiung aus traditionellen Kontrollen, Verlust traditioneller Stabilitäten etc. (Beck und Beck-Gernsheim 1994, Beck-Gernsheim 1993) sind einige Tatsachen unserer Gesellschaft, die einerseits die natürlichen kleinen Netze immer spärlicher werden lassen und andererseits eine zunehmende Zahl von Hilfsbedürftigen schaffen. Die veränderten Rahmenbedingungen für Biographien der Subjekte und der Verlust tradiert Fixpunkte und Sicherheiten (Rollenverständnis, Glaubenswerte,...) schaffen in vielen Dimensionen der Biographien Wahlmöglichkeiten und -zwänge, die den Einzelnen ständige Forderungen abverlangen (Nüßle 1996). Individuen beginnen, da für die "Gestaltung der einzelnen Lebensabschnitte sich traditionelle Modelle nicht mehr als nachahmungsfähig erweisen und die Vorstellung davon, wie sie gelebt werden sollten, fragwürdig bleibt" (Schaeffer 1990, S. 14), "Bastelbiographien"<sup>26</sup> (Beck 1995) für sich zu entwerfen, die jene Elemente enthalten, mit denen sie den gesellschaftlichen Anforderungen am besten zu entsprechen glauben.<sup>27</sup> Diese daraus resultierenden individualisierten Existenzformen zwingen die Subjekte, sich selbst zum "Planungsbüro" (Beck 1986; 1995) bezüglich ihrer Lebensläufe, ihrer Fähigkeiten und Orientierung zu machen (Beck-Gernsheim 1993), womit der Bereich der Subjektivität zur höchsten Regulationsinstanz wird (Schaeffer 1990).

Diesen "Freisetzungsprozess" (Beck 1986, S. 217) beschreiben Keupp, Strauss und Gmür (1989) am Beispiel des Bildungssektors. Gesellschaftliche Tatsachen, wie etwa der Ausbau formaler Bildungsprozesse ermöglichen bzw. beschleunigen die Herauslösung aus traditionellen Orientierungen, Lebensstilen und Denkmustern. Dem folgen Selektionsprozesse im Bildungssystem, die Aufstiegsorientierungen und Konkurrenz am Arbeitsmarkt nach sich ziehen und dem Individuen aufgrund des sozioökonomischen Drucks ("Konkurrenz beruht auf Austauschbarkeit" (Beck 1994, S. 46)) mit erhöhtem Einsatz zu begegnen versuchen (Beck 1994, Bertram und Dannenbeck 1990, Osterland 1990). Diese bedingte Freiwilligkeit führt auf Seiten der Individuen zu jenen oben

<sup>26</sup> vgl. auch "Patchwork-Identitäten" (Keupp 1997); "Bastlerexistenzen" (Hitzler und Honer 1994)

<sup>27</sup> vgl. hierzu auch Bilden, H. (1997). Das Individuum - ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste. Zur Pluralität in Individuum und Gesellschaft. In: Keupp, H., Höfer, R. (Hg.). (1997). Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Frankfurt: Suhrkamp.

skizzierten biographischen Bastelaktivitäten, die letztendlich die Herausbildung von Einzelsubjekten begünstigen und "Planungs- und Bastelaktivitäten" nach den Gesetzmäßigkeiten des Bildungssektors und des Arbeitsmarktes ausrichten müssen (Schaeffer 1990), was eine "spezifische Besonderung von Lebensläufen erzwingt und langfristige soziale Bindungen erheblich erschwert" (Keupp, Strauss und Gmür 1989, S. 159). Diese scheinbare Emanzipation kann "auch zu einer ständigen Quelle von Mühsal, Anstrengung, Gefahren und Risiken des Scheiterns" (Keupp 1994, S. 2) werden, was so weit führen kann, dass jene aus traditionellen Strukturen herausgetretenen/herausgefallenen Individuen den rasanten Wildwuchs gesellschaftlicher Entwicklung nicht mehr erkennen und begreifen können<sup>28</sup> (Keupp 1994). Letztendlich kommt es auch durch das Anwachsen der entscheidungsoffenen und selbstbestimmten Anteile der Biographien zu einer Entpolitisierung (Müller 1991) und damit zum Verlust kollektiver Entscheidungsgrundlagen, was zur Folge hat, dass Individuen letztendlich auf sich selbst und ihre Schicksale, Chancen und Widersprüche verwiesen werden (Nüßle 1996) und selbst zum Planungsbüro ihrer eigenen Identitäten (Beck und Beck-Gernsheim 1994) werden müssen.

Diese eben skizzierten gesellschaftlichen Entwicklungen können auf einer soziologisch-theoretischen Ebene als "Konsequenz der Moderne" (Giddens 1995) verstanden werden. In Anlehnung an Giddens Modernitätsverständnis wird hier der Verlust jener Sicherheit und Übersichtlichkeit und die gestiegene Beachtung von Ideen wie Neudefinition selbstbestimmter Lebens- und Identitätsentwürfe als gesellschaftlicher Wandel von einem kollektiven zu einem individuellen Paradigma<sup>29</sup> verstanden. Diese Entwicklung weg von standardisierten hin zu individualisierten Biographien ("das Leben als reflexives Projekt" (Beck 1995)) mit dem einhergehenden Wertpluralismus birgt jedoch auch jene Möglichkeiten/Herausforderungen in sich, die aufgrund ihrer Ambivalenz von Keupp (1988) mit dem Begriff "Riskante Chancen" umschrieben wurden und die auf jene Gefahren und Chancen hinweisen, die infolge des Verlustes der Selbstverständlichkeit von Biographien Gegenstand individueller Aushandlung, Gestaltung und Legitimation wird (Beck-Gernsheim 1993). Keupp (1988) geht davon aus, dass der gesellschaftliche Umbruch den Individuen auch enorme Chancen eröffnet, rigide Sozialkontrollen lockert, Individuen Potential zur Selbstgestaltung bietet, Chancen von Neudefinitionen selbstbestimmter Lebens- und Identitätsentwürfe schafft (Keupp 1997), zu neuen Denkansätzen verhilft und die Selbststeuerungsmöglichkeiten erhöht (Schaeffer 1990).

Manchen Individuen gelingt es jedoch nicht, jene oben angesprochenen "Riskanten Chancen" für sich zu nutzen. Sie können das Geschehen nicht begreifen, ihnen erscheinen die Mühsal, Anstrengung, Gefahren und Risiken des Scheiterns zu groß und sie haben das Gefühl, aus dem Gleichgewicht gebracht worden zu sein. Da sie trotz des durch die

---

<sup>28</sup> vgl. der Mensch in der Moderne; Giddens 1995

<sup>29</sup> Giddens: von der "Moderne" zur „Hochmoderne“

zunehmende Individualisierung bewirkten Autonomiegewinn keine "drastische Erhöhung der Selbststeuerungskapazität" (Schaeffer 1990, S. 14) erreichen konnten, kann angenommen werden, dass diese Personen externe Instanzen und Technologien in Anspruch nehmen, die sie unterstützen, einerseits die gewonnenen Ressourcen umzusetzen oder zu nützen und andererseits der Gefahr von Überlastung zu entweichen (Keupp 1986, S. 112ff, Hauptert 1994). Dies können möglicherweise Angebote der Psychokultur sein, von denen sie sich Hilfe bei der Überwindung dieser schmerzlichen Krisen und konkreten Leidenszustände erwarten und Chancen erhoffen, den Selbstbezug als Lebensform zu inszenieren (Keupp 1988). Konkret erhoffen sich Individuen von Angeboten der Psychologie Orientierungshilfen, Sicherheiten und "Sinnhorizonte" (Keupp 1988, S. 69), um den durch die Auflösung handlungsleitender traditioneller Strukturen und Normen entstandenen Problem- und Handlungsdruck bewältigen zu können (Schaeffer 1990).

Wie sich aus dem Vorhergesagtem ableiten läßt, werden hier die "Riskanten Chancen" gleichsam zum Motor, die den Aufstieg der Psychologie (oder den "Hunger nach Psychologie" Keupp 1988, S. 62) als "Krisengewerbe" (Keupp 1985, S. 3), wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution vorantreiben (Beck-Gernsheim 1993), um sie vor den "Riskanten Freiheiten" (Beck und Beck-Gernsheim 1994) und deren Überlastungen zu schützen. Dies trug in den letzten Jahren auch zu einem "explosionsartigen Wachstum der Psychologie in all ihren Aspekten, sei es verfügbares Wissen, die Zahl ihrer Vertreter oder ihrer Lehr- und Forschungsinstitutionen" (Roth 1981, S. 5 zit. n. Sonntag 1991, S. 15) bei.

Dieser Aufstieg dauerte im Kontext mit den oben beschriebenen Entwicklungen und Bedürftigkeiten lange, zumal die Psychologie als helfende Profession darauf lange Zeit nicht reagierte (Schaeffer 1990). Erst allmählich kam der Aufstieg als soziale Bewegung, als Begleiter des sozialen Wandels in Gang, der kritisch auf die sozial- und gesundheitspolitische Gestaltung gesellschaftlichen Lebens Einfluß nehmen wollte und mit einem "Entwurf eines humaneren Lebens" (Schaeffer 1990, S. 21) zu einer Sensibilisierung in Fragen der psychosozialen Versorgung beitrug. Diese Sensibilisierung, die zu einer zunehmenden individualisierenden Betrachtungsweise von psychosozialen Befindlichkeiten beitrug, ermöglichte es, das Selbst und die Identität der Subjekte in den Mittelpunkt der Interessen zu rücken und eine entsprechende gesellschaftliche Akzeptanz von psychosozialen Anteilen der Befindlichkeiten zu bewirken (Beck-Gernsheim 1993). Weiters trug der Anstieg der Arbeitslosigkeit von Psychologen zu einem Aufstieg der Psychologie bei, da er die Psychologen aus den Mustern der beruflichen Normalbiographien herausriß (Schaeffer 1990) und die Berufsverbände der Psychologen zu einem geschäftstüchtigen Agieren nötigte. Nicht zuletzt sind jedoch auch die nachgewiesenen Erfolge (Meyer 1990) psychologischer Leistungen zu erwähnen, die dazu führten, dass die

Psychologie eine weitgehend hohe Akzeptanz erreicht hat (Grawe et al. 1994, Grawe 1998).<sup>30</sup>

Versorgungspolitisch kam es im Zuge des stattfindenden Umbaus sozialstaatlicher Netze (Popp 1996) mit vorwiegend personenbezogenen Dienstleistungen (Klicpera 1993; Schaeffer 1990) zur entsprechenden Adaption und Schaffung von Rahmenbedingungen und strukturellen Voraussetzungen für psychologische Dienstleistungen. Mit der einhergehenden Differenzierung von Leistungsangeboten konnten psychologische Handlungsfelder von psychologisch kaum ausgebildeten Berufsgruppen nicht mehr wahrgenommen werden,<sup>31</sup> womit der Ausbau psychologischer Angebote und die Etablierung der Psychologie als sozialstaatlich relevantes "Krisengewerbe" (im doppelten Sinn des Wortes) (Keupp 1985, S. 3; 1986, S. 115) möglich wurde. Die Organisationskultur und Praktiken der Psychologie bieten, indem sie an die oben skizzierten gesellschaftsdynamisch bedingten Bedürfnisse anknüpfen, neben der Funktion soziale Kontrolle (Keupp 1986, Forster 1997a) Muster zwischenmenschlicher Beziehungen an ("Produktion von Fürsorglichkeit"; Wolff 1981).

Diese Art von Beziehungen, die von den Subjekte mit eigenen Mitteln nicht rekrutierbar erscheinen und/oder längerfristig verfügbar gehalten werden können, gehen auch auf die individuelle Überbeanspruchung der Subjekte im Zuge des Modernisierungsprozesses ein (Schaeffer 1990). Durch das vermehrte Interesse und die Aufgeschlossenheit der Bevölkerung hinsichtlich der Wahrnehmung gesellschaftlicher Folgen für die psychische Befindlichkeit wurden vermehrt Anknüpfungspunkte für psychologische Angebote geschaffen, die in ihrer verberuflichten Form im Vergleich zu anderen herkömmlichen sozialstaatlichen Leistungen, die eher einem sozialtechnokratischen Muster entsprechen (Sozialarbeit,...), einen individuellen Gestaltungsspielraum ermöglichen, der für Individuen als erstrebenswert erlebt wird. Infolge der gleichzeitigen Abnahme der Tragfähigkeit sozialer Unterstützungssysteme und einer schleichenden gesellschaftlichen Enttraditionalisierung werden diese verfügbaren und auf die Eigenheit der Persönlichkeit bezogenen Dienstleistungen als noch bedeutsamer empfunden.

Mit dem Aufstieg der Psychologie als "Krisengewerbe" (Keupp 1985, S. 3), wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution kam es jedoch infolge inflationärer Erwartungen und Zuschreibungen an die Psychologie auch zu einer Expansion und Überschwemmung mit Erwartungen und Inhalten, die für sie zur Entstehung jener Krisen beitrug (Keupp 1986), wie sie oben dargestellt auch auf die Subjekte zutreffen und sich in einem "Auseinanderfallen von theoretischen Grundlagen und disziplinären Paradigmen einerseits und ausdifferenzierten therapeutischen Praktiken

---

<sup>30</sup> vgl. dazu auch Keupp (1986, S. 107 ff), der als Ursachen für den Aufstieg der Psychologie fünf Deutungsmuster anbot, die den Professionalisierungsboom der Psychologie in den letzten 30 Jahren erklären sollen, die im wesentlichen an den Bedürftigkeiten aus dem Individualisierungstheorem resultieren und in einer gesellschafts- und professionskritischen Weise formuliert wurden.

<sup>31</sup> vgl. Kapitel 3.5 (Verberuflichung psychosozialer Hilfe)

andererseits" (Kardorff und Koenen 1981, S. 240) äußern. Mitursache hierfür ist das Fehlen von "charismatischen Persönlichkeiten" in der Psychologie (Schaeffer 1990), die eine disziplinäre Konsistenz gewährleisten könnten. Dies führt zu jener gesellschaftlich institutionalisierten psychologischen Praxis, in der Praktiker "zum bekannten Ekklektizismus der Methoden und Praktiken" (Sonntag 1991, S. 16) greifen.

Damit kann es zu jenem wie oben skizzierten Phänomen, das im Fachjargon als "Peters Principle" bezeichnet wird und einen Aufstieg bis zur Inkompetenz und einer Verantwortlichkeit für gesellschaftliche Problemlagen meint, die die Psychologie mit ihren individualisierenden Problemlösungsmustern nicht mehr zu bewältigen imstande ist.

Dies führte zu einer disziplinären Trennung zwischen der wissenschaftlichen Psychologie und der anwendungsorientierten Psychologie (Schorr 1988), die zum Aufstieg der anwendungsorientierten Psychologie beitrug. Dies bewirkte für die anwendungsorientierte Psychologie eine Übernahme von Verantwortung für die Gesellschaft und einen Machtzuwachs, der sich vorwiegend über die soeben skizzierte individualisierende Interpretation und Klassifikation jener oben dargestellten Bedürfnisse sowie Neudefinitionen von Problemen legitimiert, ohne auf bestehende Bedürftigkeiten einzugehen.

Dabei scheint es, dass sich die wissenschaftliche Disziplin der Psychologie entsprechend etablieren und institutionalisieren konnte. Ihr ist es gelungen, jene wie oben dargestellten Bedürftigkeiten zu skizzieren, ohne entsprechende Handlungsfelder und Verwendungskontexte zu entwerfen. Aufgrund ihrer Konstitution kann sie die von ihr erkannten Aussagen nicht umsetzen und ist daher als Handlungssystem in diesem Sinne "sinnlos"<sup>32</sup> (Dewe und Ferchhoff 1985).

Die anwendungsorientierte Psychologie reagierte darauf, dass die wissenschaftliche Psychologie die anwendungsorientierte Psychologie als gesellschaftliche Institution mit den "diagnostizierten" Defiziten alleine ließ, mit einer professionellen "Mit"konstruktion<sup>33</sup> der Bedürfnisse der Klienten. Um sie mit ihrem Handlungsrepertoire erfass- und behandelbar zu machen, entwirft sie Problemlösungsmuster, die auf eine klare für das individualisierte Problemsystem erfassbare Struktur reduziert wird. Damit erhält die anwendungsorientierte Psychologie Attitüden von einer neuen Religiosität (i.s. des New Age) (Keupp 1992; Schaeffer 1990), die „neue Paradigmen und geschlossene Weltbilder verkündet und damit in Zeiten von Krisen elementare Unterscheidungen schafft“ (Toulmin 1991 zit. n. Keupp 1994, S. 170). Damit werden mit der individualisierenden Betrachtungsweise der anwendungsorientierten Psychologie die besten Chancen zugeschrieben, Ordnung in eine verwirrende Komplexität hineinzulegen. Mit dieser Reduktion gesellschaftlicher Tatbestände auf "rein individuelle seelische Faktoren" (Pohl 1988, S. 604), die sie quasi

<sup>32</sup> in Anspielung an die "fall- und sinnverstehenden Kompetenzen" (Oevermann 1990 zit. n. Schaeffer 1994, S. 115) beim Gedanken der "stellvertretenden Deutung" (Oevermann 1990 zit. n. Schaeffer 1990, S. 59).

<sup>33</sup> zu den professionsspezifischen Konstruktionen gesellschaftlicher Bedürfnisse siehe Kapitel 3.3 und Kapitel 4

jeglichen Kontextbezugs entledigt (Keupp 1994), erspart sie es Individuen, sich mit dem rasanten Wildwuchs der gesellschaftlichen Entwicklung, in dem sie sich befinden und der daraus resultierenden Unübersichtlichkeit, Unsicherheit, Ambivalenz und Kontingenz zu beschäftigen (Berger 1990).<sup>34</sup> Die gesellschaftlichen Fragen, die sich Individuen ohnehin fast immer auf der individuellen Ebene stellen (Schaeffer 1990), werden von den anwendungsorientierten modernen Psychotechniken vorwiegend auf die individuelle psychische Verarbeitungsebene beschränkt und versprechen Lösungen, die ausschließlich für die individuelle psychische Realität Relevanz besitzen (Keupp 1981), womit sich ein effektives Mittel zur Umleitung globaler sozialer Problemstellungen auf die Ebene der individuellen Bearbeitung ergibt (Zaumseil 1978), was letztendlich aber auch oft zu einer Überforderung der individuellen Problemlösungskompetenzen führt. Dem anwendungsorientierten Psychomarkt ist es nach Ansicht von Keupp (1986) in den letzten Jahrzehnten gelungen, auf diese veränderten Bedürfnislagen von Individuen relativ rasch angebotadäquat zu reagieren, da er aufgrund der "mangelhaften Ausdifferenzierung größere Anpassungsleistungen zu erbringen imstande ist" (Keupp, Strauss und Gmür 1989, S. 160). Er deklarierte und etablierte sich mit "kompensativ-kurativen Dienstleistungen" (Keupp 1986, S. 108) als vorrangiger Sinngeber (Keupp 1994) und Bedürfnisbefriediger für jenen Bereich psychosozialer Bedürftigkeiten der Subjekte, die im Umfeld professioneller Konstruktion ermöglicht wurden und übernimmt dabei auch die gesellschaftliche Funktion von "Normalisierungskontrolleuren, Konfliktmanagern und Nachsozialisierern" (Keupp 1986, S. 110). Darüber hinaus gelingt es ihm ob der umfassenden (=professionellen) Bedürfniskonstruktion, einen Prozeß einer ständigen Zuständigkeitserweiterung zu fördern, der auf eine "Enteignung alltäglicher Handlungskompetenzen und die Abhängigkeit von Expertenhandeln" (Keupp 1986, S. 111) abzielt. In diesem Kontext ist der Aufstieg der Psychologie als gesellschaftliche Institution und bedingt als wissenschaftliche Disziplin aufgrund der gesellschaftlichen Akzeptanz der von Professionellen und Klienten gemeinsam definierten Probleme und Bedürfnisse sowie dem gemeinsamen Entwurf von Problemlösungsmustern einzuschätzen.<sup>35</sup>

### **3.2 Veränderte Bedürfnislagen von Subjekten im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin**

Zusätzlich zu den vorher dargestellten psychosozialen Problemlagen, die aus einer Erosion gesellschaftlicher Sinnzusammenhänge entstehen, kommt es in den letzten Jahren im Krankenversorgungs- und

<sup>34</sup> vgl. hierzu entsprechende Ergebnisse sozialepidemiologischer Studien (Näther 1997)

<sup>35</sup> vgl. hierzu kritisch Keupp, H. (1993). Grundzüge einer reflexiven Sozialpsychologie. Postmoderne Perspektiven. In: ders. (Hrsg.).a.a.o.

Gesundheitswesen infolge (auch oben schon dargestellter) veränderter Rahmenbedingungen<sup>36</sup> und eines veränderten Krankheitspanoramas zu einer erheblich anders gelagerten Bedürfnisstruktur der zu versorgenden Bevölkerung, die von einem naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Medizinbetrieb nicht bewältigbar erscheint.

In diesem Kapitel beschreibe ich, ausgehend von einer Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, die Auswirkungen auf den psychischen und sozialen Zustand und das Erleben der Patienten und deren Krankheitsverlauf. Weiters stelle ich die Reaktion des medizinischen Versorgungssystems darauf mit medizinischen technologischen Handlungsmustern und deren impliziten Folgen für Patienten dar. In weiterer Folge möchte ich die daraus resultierende Bedeutung psychologischer Dienstleistungen für Patienten und für das klassische medizinische Versorgungssystem und professionübergreifenden Verständnis psychologischer Dienstleistungen skizzieren. Ebenso möchte ich die Auswirkungen auf die Versorgungsphilosophie der modernen medizinischen Versorgungsstruktur darstellen.

Psychosoziale Bedürfnisse entwickeln sich nicht nur aus gesellschaftlichen Individualisierungstendenzen, sondern können auch durch ein Krankheitsgeschehen bzw. infolge der durch Krankheit verursachten Verluste von Sicherheit, Kontrolle, Übersicht und Sinn entstehen. Die Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen zieht eine oft lange andauernde Rehabilitation und Versorgung nach sich, die neben den körperlichen Gebrechen auch durch erlittene Verluste im psychischen Bereich (Sinn, Hoffnung, Zuversicht,...) beeinträchtigt wird. Der psychische und soziale Zustand der Patienten wird durch eine fortlaufende Progredienz der Krankheit und deren mangelnde Kontrollier-, Vorhersehbar- und Verstehbarkeit beeinträchtigt. Die Symptomarmut chronischer Krankheiten bewirkt eine Mystifikation des Erlebens und eine Kommunikationslosigkeit über Befinden (Sonntag 1996). Die Heilung der Krankheiten kann nur als relativ angesehen werden, zumal kaum eine längerfristige Stabilität im Krankheitsgeschehen und noch weniger im Krankheitserleben gewährleistet werden kann. Physische, psychische und soziale Bedrohungen werden täglich erlebt und in unregelmäßigen Abständen immer wieder wahrgenommen. Die Dynamik des Krankheitsgeschehens greift über den Träger der Krankheit hinaus und trägt in "bester" systemischer Manier zu einer "MitLeidenschaft" der näheren Umgebung des Patienten bei (Corbin und Strauss 1993). Chronische Krankheit mündet in einer Unterordnung unter ein medizinisches Regime, das überwiegend technokratischen Prämissen folgt und dem Patienten in seiner Individualität kaum entgegenkommen kann (Blum 1991). Der Patient wird in Funktionssysteme eingeteilt und ob der

---

<sup>36</sup> hierzu zählen langandauernde Überlastungen von körperlichen und psychischen Anpassungskapazitäten, insbesondere in der Arbeitswelt oder infolge von Migration; neue Formen der Beschäftigung und der daraus resultierenden Bedrohung vorübergehender Arbeitslosigkeit; Krankheiten infolge sozial bedingter Ungleichverteilung medizinischer Güter; umweltbedingte Einflüsse auf die Krankheitsentstehung (vgl. Waller 1995).

technologisch-diagnostischen Möglichkeiten in umfangreiche Diagnoseroutinen eingebunden, ohne dass dieser den Ablauf mitgestalten bzw. verstehen kann. Die naturwissenschaftliche Medizin versteht die Krankheit als etwas nicht dem Patienten zugehöriges, sie zwingt ihn gleichsam, die Krankheit wenn schon nicht zu ignorieren so doch zumindest als nicht ihm Eigenes zu akzeptieren. Sie zieht eine Grenze innerhalb des Menschen (Schoene 1992). Sie entindividualisiert die Krankheit, macht sie zur Sache im Körper des Patienten, schafft Routinen, die auf jeden Menschen angewendet werden können und drängt den Patienten quasi in ein Nichtstun - zwischenmenschliche Beziehungen beruhen dabei auf Austauschbarkeit und scheinen in humanitären Attitüden die Effizienz der medizinischen Versorgung zu behindern. Die Persönlichkeit des Patienten wird auf rein Instrumentelles beschränkt und ist ansonsten für das ärztliche Tun irrelevant (Schoene 1992).

In dieser Denktradition bieten psychologische Dienstleistungen Hoffnungen für die Schmach und Versagungen, die dem Patienten im klassischen medizinischen Versorgungssystem durch deren naturwissenschaftlich-technokratisches Denk- und Handlungsmodell zuteil werden. Die Psychologie steht dabei für all jenes, das Patienten gemein hin als gut und wünschenswert erachten, im Augenblick der Krankheit jedoch oft nicht zu denken oder sagen wagen. Die Psychologie steht für das Zusammenführen von Körper und Psyche, einer Berücksichtigung des Menschen als sozialem Wesen, der nicht nur auf eine Störung reduziert werden kann. Die Psychologie steht für eine alternative Medizin ohne Technologie und instrumenteller Vernunft, für Lebensqualität, Hoffnung, Zuversicht, Anteilnahme und Mitleid. Sie steht damit allgemein in Konkurrenz zur Medizin (Eser et al. 1989).

Psychologische Dienstleistungen sind mehr als nur Dienstleistungen von Psychologen oder entsprechend ausgebildetem Personal, sie sind eine Grundhaltung im medizinischen Versorgungssystem, eine Idee eines integrativen Zugangs zum und Zusammenarbeit mit dem Patienten. Psychologische Dienstleistungen können nicht losgelöst von einer modernen medizinischen Versorgungsstruktur geleistet werden, sie müssen vielmehr in diese implementiert werden oder besser, ein Versorgungssystem muß sich dieser Dienstleistungen bedienen lernen. Es sind dann auch relativ banale Instrumentarien, die sich psychologischen Dienstleistungen zuordnen lassen. Etwa die menschliche patientennahe Kommunikation. Für berufliches Handeln im Gesundheitswesen folgt daraus eine Bedeutungszunahme psychologisch fundierter interaktionsintensiver Leistungen (Badura 1994), die für die Bewältigung chronischer Krankheiten eine immense Bedeutung besitzen, die Subjektivität und Individualität der Patienten aufwerten und deren Beiträge zur Krankheitsbewältigung als unablässlich erkennen lassen. Psychologische Dienstleistungen bedürfen je nach Akteuren vielfältiger Handlungsfelder, womit die Bedeutung multi- und interdisziplinären Arbeitens zusätzlich erhöht wird. Psychologische Dienstleistungen brauchen vor allem Patienten, mit denen diese (gemeinsam) umgesetzt werden können. Die bis vor kurzem noch relativ starren, asymmetrischen und von Autoritätsabhängigkeiten gekennzeichneten Beziehungen zwischen Patienten und Professionellen haben sich durch

Berücksichtigung von Patientenrechten "zugunsten" der Patienten geändert, wobei diese "neuen" Ideen in den letzten Jahren in Ansätzen bewirkt haben, dass die im Gesundheitswesen Arbeitenden und Patienten zunehmend Partner einer spezifischen Beziehung werden können (Uexküll 1993). Psychologische Dienstleistungen bewirken implizit im beruflichen Tun jeder medizinischen Berufsgruppe, dass diese die „Mündigkeit, Autonomie, Mit- bzw. Selbstverantwortung erhöhen und einen Kontrollgewinn sowie Transparenz und Vorhersehbarkeit der Patienten über ihre Krankheit nach sich ziehen und sich in einer höheren Lebens- und Krankheitsqualität niederschlagen. Medizinische Maßnahmen müssen unter solchen Bedingungen für das Individuum nicht mehr als Belastung und Bedrohung empfunden werden" (Schmidt 1992, S. 5).

Beitrag verberuflichter psychologischer Hilfe in diesem Versorgungssystem kann es sein, auf Ebene der Individuen das Gelingen einer adäquaten Versorgung zu unterstützen, da infolge systemimmanenter Zwänge psychologische Dienstleistungen nicht immer im erforderlichen Umfang von einem hoch arbeitsteiligen und nach wie vor von einem vorwiegend auf somatische Problemstellungen und technokratische Lösungen kurativ ausgerichteten Versorgungssystem erbracht werden können. Psychologische Dienstleistungen greifen die psychischen Anteile der Krankheitsverarbeitung auf und tragen dazu bei, dass sie im medizinischen Versorgungssystem trotz bestehender Hindernisse thematisiert und adäquat berücksichtigt werden.

Trotz des hohen Grades an Institutionalisierung der konventionellen medizinischen Versorgung und trotz bestehender Defizite in der psychosozialen Versorgung bemühen sich Gesundheitswissenschaftler, Rahmenbedingungen für psychologische Dienstleistungen zu skizzieren, die sich mit folgenden Punkten umreißen lassen (vgl. auch Waller 1996, 1997): Hilfen bei einer lebensweltnahen Rehabilitation, Unterstützung bei der Wiederherstellung neuer Sinnzusammenhänge und der Lebenswelt bzw. Eingliederung in diese, Förderung sozialer Netzwerke, Förderung sozialökologischer Ressourcen und Hilfe bei Selbstmanagement,<sup>37</sup> Kritik am medizinischen Krankheitsmodell (Hoffmann 1989; Böhm et al. 1992).

### **3.3 Bedarf und Bedürfnisse nach psychologischen Leistungen**

Ausgehend von der Feststellung im vorherigen Kapitel, das verberuflichte psychologische Hilfe im Gesundheitswesen im wesentlichen das medizinische Versorgungssystem auf Ebene der Individuen unterstützt, möchte ich im folgenden versuchen, meine Sichtweise der Entstehung psychosozialer Bedürfnisse und mögliche Ursachen der Transformation individueller Bedürfnisse in professions- und versorgungsrelevante Bedarfskategorien zu beschreiben. Dabei bemühe ich mich, auf die Frage

---

<sup>37</sup> sofern unterscheidungsrelevant ist hier nicht der verhaltenstherapeutische Zugang von Kanfer et al. (1990) gemeint, sondern die dem Selbsthilfedanken zugrundeliegende Idee des Selbstmanagings.

einzugehen, welche Konsequenzen diese Einpassung der Klientenbedürfnisse in vereinfachte Schemata für Individuen hat und wie eine den Bedürfnissen der Individuen entsprechende Versorgung aussehen kann.

Infolge psychosozialer Problemlagen, die aus einer Erosion gesellschaftlicher Sinnzusammenhänge entstanden sind, als auch infolge des veränderten Krankheitspanoramas der Bevölkerung kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme an Bedarf und Bedürfnissen nach psychologischen Leistungen. „Bedarf“ läßt sich dabei üblicherweise als ein von Experten verstandener Normwert verstehen, mit dem das Ausmaß des Notwendigen entschieden wird, das an Geld- oder Dienstleistungen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zur Verfügung gestellt werden soll (Zaumseil 1978). „Bedürfnisse“ sind hingegen bei den Betroffenen angesiedelt. Sie entstehen im Zusammenhang mit von Individuen wahrgenommenen Defiziten und lassen sich in Verbindung mit bestehenden Bedarfsstrukturen und subjektiven Möglichkeiten der Individuen erklären (Weinert 1990). Sie entspringen den Wechselwirkungen der jeweiligen physischen, psychischen und sozialen Zustände der Individuen und sind empirisch schwer erfaßbar.<sup>38</sup>

Für welche Inhalte diese beiden Konstrukte stehen und welchen Beitrag sie für die Fragestellung „Bedarf und Bedürfnisse nach psychologischen Leistungen“ liefern können, versuche ich im folgenden zu skizzieren. Glaubt man Erzählungen älterer Menschen, war früher Helfen eine notwendige und auf Gegenseitigkeit beruhende Selbstverständlichkeit. Dieser (idealisierenden) Einschätzung lagen zum einen mangelnde wohlfahrtsstaatliche Angebote zugrunde, andererseits erschienen diese auf gegenseitige Hilfe aufbauenden Unterstützungssysteme durch Vorhersehbarkeit und Kontrolle effizient. Der Aushandlungsprozeß einer Hilfebeziehung beschränkte sich auf wenige Beteiligte und orientierte sich überwiegend an den Inhalten der helfenden Beziehung und an einer klar (meist vom Hilfesuchenden) definierten und konkreten Problemsituation. Heute hat es den Eindruck, dass, im Zuge einer Enttraditionalisierung (Keupp 1997) und einem Rückgang sozialer Unterstützungssysteme sowohl der Aushandlungsprozeß als auch die Aufgaben an Spezialisten delegiert werden, die mit den Hilfesuchenden lebensweltfern<sup>39</sup> und in einer kontraproduktiven „Alltäglichkeit“<sup>40</sup> (Müller 1991, S. 34) in Kontakt treten. Dies hat für die Art und Inhalte der helfenden Beziehung bzw. Dienstleistung zur Folge, dass Bedürfnisse mit expertokratischen Aushandlungspartnern vorwiegend nur innerhalb schon bestehender Bedarfskategorien ausgehandelt und definiert werden können. Dadurch kommt es auch zu einer expertokratischen inhaltlichen Verzerrung der Bedürfnisse, die nun nicht mehr beim Hilfesuchenden beheimatet sind, sondern in Form einer Bedarfskategorie in eine oft anonyme

<sup>38</sup> vgl. Probleme der Erfassung: Zaumseil 1978; Wolff 1978

<sup>39</sup> in Anlehnung an gemeindenah

<sup>40</sup> etwa der infantilisierende Kommunikationsstil von Ärzten und Pflegepersonal bei kranken Menschen, die diesen akzeptieren (vgl. Kapitel 3.2), sich diesen ansonsten jedoch verbieten würden.

Versorgungsstruktur implementiert werden (Bittner 1981). Es kommt damit quasi zu einer Enteignung der "eigenen" Bedürfnisidentität und zu einem allmählichen Aushöhlen alltäglicher, verstehbarer, wahrnehmbarer und kontrollierbarer Hilfsressourcen. Dies hat auch zur Folge, dass die Hilfsbereitschaft abnimmt, wenn andere dafür zuständig sind (Bierhoff 1993) bzw. zuständig zu sein vorgeben.

Heutige Entwicklungen der Selbsthilfebewegungen sowie die Kritik an professionellen Diensten lassen als wahrscheinlich erscheinen (Moeller 1986), dass das Vorhandensein von Fachleuten und, diese Aussage beruht auch auf meiner eigenen beruflichen Erfahrung als Psychologe, eine gleichzeitige Abwertung alltäglicher, laienhafter Hilfe miteinschließt und tendenziell die Übersteigerung von Problemen fördert bzw. auch zu einem Problem an sich werden kann<sup>41</sup> (Badura und Gross 1976, Olk 1986). Wie oben schon skizziert, können Verfahren der Problembearbeitung unter Berufsbedingungen weitgehend unabhängig von Zustimmung und Mitwirkung Betroffener festgelegt und verändert werden. Dieser professionsdynamische Aspekt, - Keupp (1986) spricht von einem Psychoboom, der sich geschäftstüchtig seinen Markt schafft, ehe er sich auf ihm bedient, - förderte wahrscheinlich den in den 70er Jahren begonnenen starken Anstieg an beruflich Tätigen im psychosozialen Arbeitsfeld (Sonntag 1992, S. 15f), wobei Keupp (1985; 1986; 1989) zu bedenken gibt, dass es durchaus nicht sicher ist, ob dieses Wachstum einer veränderten Bedürfnislage entsprach. Vielmehr wahrscheinlich ist es, dass diese Bestrebungen der Psychologie, sich geschäftstüchtig ihren Markt zu schaffen, berufs- bzw. professionspolitische Ursachen haben. Berufsstände wollen ein bearbeitbares Terrain und richten sich infolge dieser Dynamik nicht mehr an den Bedürfnislagen der Konsumenten ihrer Dienstleistungen aus (Keupp 1986). Besonders kraß tritt dies im Etablierungsprozeß der Klinischen Psychologie zutage, die sich kaum an Kriterien realer Hilfsbedürftigkeiten orientiert, in dem sie etwa die psychologische "Behandlung" für chronisch Kranke vernachlässigt, sowie regionale und soziale Ungleichverteilungen in den psychosozialen Angeboten (ÖBIG 1997<sup>42</sup>) schafft bzw. nicht behebt und (meiner Ansicht nach) nicht ausreichend primärpräventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten setzt. Demgegenüber stellt die Sozialepidemiologie drastisch vor Augen, dass es neben der Zunahme chronisch Kranker zu einer quantitativen Zunahme psychiatrischer Diagnosen (Obermayr u. a. 1991<sup>43</sup> zit. n. Natter und Reinprecht 1992, S. 334, für alkoholranke Menschen: Schmidt 1997, S. 42f, Schaeffer 1994, S. 109)<sup>44</sup> und damit für das konventionelle Krankenversorgungssystem hin zu schwierig und langwierig behandelnden Patienten kommt.<sup>45</sup>

<sup>41</sup> in Anlehnung an iatrogene Schäden aus dem Bereich der Medizin.

<sup>42</sup> diese Studie gilt für psychotherapeutische Angebote, kann jedoch auch exemplarisch für die Situation der Klinischen Psychologie herangezogen werden.

<sup>43</sup> Zwischen 1970 und 1990 hat sich die Zahl jener, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in Pension gingen, verdreifacht.

<sup>44</sup> Zur Problematik epidemiologischer Daten und der Diagnostik psychischer Störungen; unter anderem Möller (1994), Reinecker (1994).

<sup>45</sup> Psychische Probleme infolge einer Zunahme von Arbeitslosigkeit bzw. erhöhter Arbeitsplatzunsicherheit vgl. Kleiber, D. (Hrsg.). (1985). Arbeit, Arbeitslosigkeit und

Diesen Fehlentwicklungen einer expertenorientierten Gesundheitsversorgung versuchen insbesondere die sich seit den 70er Jahren konstituierenden Selbsthilfegruppen entgegenzuwirken, indem sie aktiv einen Aushandlungsprozeß für eine bedürfnisadäquate Versorgung initiieren und inszenieren.<sup>46 47</sup> Der Ansatz der Selbsthilfebewegung zielt im Gegensatz zu jenen bedarfsrelevanten Expertenbedürfnissen auf im patienten-bedürfnisrelevanten Kontext konstituierende Bedarfsstrukturen, die zum Großteil an ganz "banalen" sozialpsychologischen Konzepten anknüpfen<sup>48</sup> - Befähigung zur Selbstkontrolle bzw. Erhöhung des Kontrollgewinns und Selbstverantwortung, Hilfe bei einer Verstehbarkeit und Vorhersehbarkeit, Selbstorganisation von Ressourcen und Kompetenzen, etc. (vgl. auch Keupp 1997, S. 35ff).

Konzeptionell unterscheidet sich dieses patientenorientierte Bedürfnismodell wesentlich vom expertokratischen Bedarfsmodell, da es sich eher an bestehenden Defiziten und Mißständen orientiert. Dieser Prozeß spielt sich dann dennoch in jenem bedürfnisstrukturierten Alltagsbewußtsein ab, das durch die Expertenwelten geformt wurde (Berger und Luckmann 1980; "Sinnprovinzen" S. 28f). Bei dieser quasi neuen Bedarfsmodellierung kommt es gleichsam zu einem Rollenwechsel, Betroffene werden (sind) Experten für die Versorgung, sie skizzieren das Ausmaß des Notwendigen, das in Form von neuen Umsetzungsstrategien von Dienstleistungen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, etwa den chronisch Kranken, zur Verfügung gestellt werden soll. Letztendlich hängt jedoch der Erfolg nicht davon ab, ob dieses anhand der "Patientenbedarfsstrukturen" ausgerichtete Gesundheitsversorgungssystem erfolgreich ist, sondern ob dies die Klienten glauben (Badura und Gross 1976), was jedoch wiederum von jenen durch die Expertenwelt strukturierten Sinnprovinzen abhängt.

### 3.4 Verberuflichung psychosozialer Hilfe

Aus dem vorherigen Kapitel resultiert, dass Bedürfnisse der Bevölkerung in bedarfsadäquate Strukturen gekleidet werden und oftmals als Legitimation für eine Verberuflichung psychosozialer Hilfe dienen. In

---

Persönlichkeitsentwicklung, In: Keupp, H. u.a. Im Schatten der Wende. Tübingen: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Bd. 8.; sowie zahlreiche Artikel von Kieselbach, T. z.B. (1995). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: V. Faust (Hg.). Psychiatrie - ein Lehrbuch. München: Urban und Fischer.

<sup>46</sup> In diesem Zusammenhang hat sich vor allem Andreas Moeller mit seiner Aufbereitung dieser Thematik der Verankerung von Selbsthilfegruppen in der Krankenversorgung große Verdienste erworben.

<sup>47</sup> kritisch hierzu Strotzka (1986) „Die Geschichte Anselm“ bzw. die Gefahr durch eine zunehmende Institutionalisierung

<sup>48</sup> wenn auch an jenen der technologisch orientierten Verhaltenstherapie.

diesem Kapitel möchte ich diesen Prozeß genauer darstellen und Strategien der Berufsgruppen aufzeigen, die in der Verberuflichung im "Kampf um versorgungsrelevantes Terrain" angewendet werden.

Verberuflichung psychosozialer Hilfe stellt eine Antwort einer Gesellschaft dar, auf veränderte Bedürfnislagen ihrer Mitglieder zu reagieren. Je nach Problemdefinition werden unterschiedliche Hilfsinstanzen tätig. Da der Orientierungs- und Handlungsbereich im psychosozialen Arbeitsfeld relativ schwer und unklar abzugrenzen ist (Schütze 1992), wenden Berufsgruppen unterschiedliche Strategien an, um im psychosozialen Arbeitsfeld entsprechende Aufgabengebiete für sich in Anspruch nehmen zu können. Dabei werden psychosoziale Leistungen von mehreren Berufsgruppen getragen, die zum Teil sehr divergierende Ausbildungen absolviert haben, deren Einstellungen und Praktiken sehr unterschiedlich sind und die in vielen Institutionen mit unterschiedlichen Organisationskulturen arbeiten. Verberuflichung psychosozialer Arbeit ist also immer vor dem jeweiligen beruflichen Hintergrund zu verstehen. Allen Berufen im psychosozialen Bereich gemein sind jedoch folgende Strategien in der Verberuflichung psychosozialer Hilfe.

Die erste Strategie möchte ich mit "berufsspezifischer Kolonialisierung" psychosozialer Defizite umschreiben. Diese Konkurrenzkämpfe um das Versorgungsterrain können damit geführt werden, indem "Hilfsbedürftigkeit in versorgungsrelevante Bedürfnisse transformiert und diese Bedürfnisse einer Profession bzw. professionellen Tätigkeit zugeordnet" (Schwartz 1978, S. 308) werden und damit eine eigene "Klientenkolonie" für die jeweilige Berufsgruppe entsteht. Damit werden, analog zum Gedanken der "sozialen Schließung" (Weber 1922, S. 183), die entsprechenden Arbeitsgebietsabgrenzungen gegenüber anderen Berufsgruppen zu erwirken und zu sichern versucht. Dies passiert infolge allgemeiner Inkompetenzdefinitionen von Berufsgruppen in gleichen oder benachbarten Tätigkeitsbereichen. Ein Beispiel hierfür ist etwa die Psychologie, die darauf hinweist, dass der steigende Bedarf an psychosozialen Leistungen nicht von den Ärzten und anderen Berufsgruppen erbracht werden kann. Nebeneffekt dieser tendenziellen Monopolisierung von Problemlösungsfähigkeiten ist eine gleichzeitige Inkompetenzdefinition von Laien (Schwartz 1978; Döhler 1997, S. 63f). Damit wird eine Abhängigkeit zwischen Helfer und Hilfesuchenden hergestellt, die eine asymmetrische Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchenden impliziert. Zuzufolge hat diese Art der Beziehung jedoch auch, dass das Selbstwertgefühl des Hilfesuchenden bedroht wird, da dieser dem Helfer nichts Adäquates anbieten kann, was infolgedessen zu einer Verringerung von Hilfesuchverhalten führen kann. Damit kann es infolge der sozial-emotionalen Isolierung und Stigmatisierung der Nutzer zu "iatrogenen" Schäden bei der Nutzung psychosozialer Hilfsangebote kommen.

Eine weitere Strategie in der Verberuflichung psychosozialer Hilfe ist die Übernahme impliziter Kontrollaufgaben für die sich in sozialen Systemen entwickelten Normalitätserwartungen, indem durch den Zugriff auf subjektive Faktoren subtile Steuerungsmechanismen entwickelt werden (Kardorff und Koenen 1981, Keupp 1978; 1986). Mit dem Anspruch,

Kontrollaufgaben übernehmen und angemessen ausüben zu können, gelingt es psychosozialen Berufen, ihr eigenes Handeln vor dem Hintergrund ihrer Wichtigkeit für ein herrschendes System zu legitimieren und somit gleichsam einer Verberuflichung zuzuführen. Sie übernehmen infolge der Komplexität sozialer Probleme eine ordnungspolitische Funktion, die an sich einer Verberuflichung bedarf. Inhaltliche Aspekte ihres beruflichen Handelns werden demnach ausschließlich unter dem Aspekt der Nützlichkeit gesehen, Kontrolle für ein herrschendes System ausüben zu können und dessen Sicherheitsbedürfnis zu befriedigen (Keupp 1986).

Die mich weiterhin beschäftigende Strategie in der Verberuflichung psychosozialer Hilfe ist die Professionalisierung, die sich als berufspolitische Strategie an jenen Kriterien orientiert, die die Qualität einer professionalisierten Tätigkeit gewährleisten soll und die eine spezifische Kombination der beiden erstgenannten Strategien darstellt. Professionalisierung ist dabei ein Prozeß sozialen Aushandelns, eine arbeitsteilige Herausbildung neuer Berufe als auch ein Maß für den von einer Öffentlichkeit anerkannten Einfluß auf eine Gesellschaft. Sie ist außerdem ein Indikator für die Bedeutung eines Berufes, der bestimmte Eigenschaften erfüllt und damit den Status einer Profession von einer Öffentlichkeit erhält, die sich dazu berufen fühlt.

#### **4 Professionalisierung als berufspolitische Strategie**

Im folgenden Kapitel versuche ich, einen allgemeinen theoretischen Überblick über Merkmale und Voraussetzungen und im speziellen die Folgen von Professionalisierung der Psychologie für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten zu geben. Ich möchte dabei beantworten, wie sich dieser Prozeß gestaltet, in welchem Kontext dieser Prozeß erfolgt und wie sich die für die Professionalisierung relevanten Kompetenzbereiche konstituieren, sowie welche Ansprüche zur Ausübung professioneller Tätigkeit daraus resultieren. Durch die Darstellung des Prozesses der Professionalisierung im Kontext des Gesundheitswesens versuche ich zu zeigen, wie dieser durch ein verändertes Krankheitspanorama und gesellschaftliche Strukturveränderungen beeinflusst wird und welche Anforderungen sich dadurch für die psychologische Profession ergeben.

Professionalisierung als Prozeß entsteht in der arbeitsteiligen Herausbildung neuer Berufe. Sie wird dabei meist als "ein krisenhafter Prozeß sozialen Aushandelns verstanden, der um so schwieriger ist, wenn die impliziten und expliziten Standards von Kompetenz in erheblichem Ausmaß verhandelbar werden und sich nicht einfach am Produkt oder Ergebnis beruflichen Handelns festmachen lassen" (Gildemeister und Robert 1987, S. 74). Für jede Profession ist demnach die Definition ihres Kompetenzbereiches eine Voraussetzung, um Strategien und Aktivitäten ihrer Selbstorganisation begründen und planen zu können (Dewe und Otto 1996). Auch Abbott (1988) sieht den für die Konstitution einer Profession

entscheidenden Aspekt, dass "sie in einem durch Wettbewerb gekennzeichneten System existiert, in dem sie einem ständigen Kampf um Zuständigkeitsbereiche ausgesetzt ist" (S. 33). Scambor (1997) geht davon aus, dass eine Professionalisierung dann erfolgreich ist, wenn es ihr gelingt, die eigene Arbeit zu verteidigen, in die Arbeitsfelder anderer Professionen einzudringen oder wenn der Profession eine "Jurisdiction" (Abbott 1988, S. 70) gelingt, mit der es zu einer gesetzlichen Festschreibung exklusiver Ansprüche zur Ausübung professioneller Tätigkeiten (Monopol für bestimmte Tätigkeiten, Finanzierung, Kontrolle der Ausbildung und Rekrutierung) und dem Schutz der Profession kommt. Die Jurisdiction kann auf informeller Ebene (z.B. am Arbeitsplatz), auf öffentlicher Ebene durch kulturelle und soziale Autorität oder im legalen System durch gesetzlich Regelungen erfolgen (Abbott 1988). Über exklusive Positionen in den dafür zuständigen Regulierungsinstanzen kann jedoch eine Berufsgruppe den Prozeß des "occupational imperialism" (Larkin 1983, S. 14 zit. n. Döhler 1997, S. 63), der Arbeitsmarktschließung bewirken, indem sie die Ausbildungsinhalte, Tätigkeitsfelder und den praktischen Einsatz anderer Berufe mitdefiniert und diese damit vom Tätigkeits- und Arbeitsmarkt ausschließt oder den Zugang dazu steuert (Döhler 1997). Stichweh (1994) hebt dabei den Aspekt des systemischen Zusammenhangs hervor - ändert sich das Tätigkeitsfeld einer Profession, hat dies Auswirkungen auf die Tätigkeitsfelder aller anderen im System agierenden Professionen.

Die mit dem Begriff Professionalisierung verbundenen Inhalte, Bedeutungen, etc. orientieren sich an der die das Gesundheitswesen dominierenden Berufsgruppe der Ärzte. Sie stellt eine neue Klasse von Experten in einer hochentwickelten Gesellschaft dar (Forster 1997a). Die professionellen Eigenschaften der medizinischen Profession müssen jedoch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Strukturveränderungen und veränderter Problemlagen gesehen werden (Schaeffer 1994). Im Bereich des Gesundheitswesens sind dies, wie im Kapitel 3.2 beschrieben, Änderungen im Krankheitspanorama und "der Anstieg psychischer und psychosomatischer Leiden" (Schaeffer 1994, S. 109). Dies bewirkt eine Erosion des bio-medizinischen Denkmodells, dem sich die professionalisierte (naturwissenschaftliche) Medizin verpflichtet fühlt. Diese hat zwar einiges im diagnostischen Bereich erreicht, die therapeutischen Möglichkeiten der klassischen Medizin hinken jedoch den diagnostischen Möglichkeiten nach. Weiters beinhaltet der rein bio-medizinische Ansatz nur sehr beschränkte Handlungsmöglichkeiten für soziale und psychosoziale Problemlagen (Badura 1981). Diese lassen sich auch aufgrund ihrer Komplexität und der neuen strukturellen Rahmenbedingungen in ihren Bewältigungsbemühungen nicht an eine explizite Profession bündeln (Keupp 1994). Nach Ansicht von Rüschemeyer (1980) ist es nicht mehr möglich, eine klassische Professionalisierung zu erfüllen, wie sie der medizinischen Profession entsprechen könnte. Infolge dieser Unsicherheit bei der Konstituierung neuer Professionen im Bereich des Gesundheitswesens (vgl. Zettel 1983) kommt es zum Aufklaffen von Lücken bei beruflichen Handlungsfeldern, "die neue Ausdifferenzierungsprozesse zulassen" (Schaeffer 1994, S. 109) und die

zum Teil von neuen Berufen und Disziplinen gefüllt werden. Die daraus entstehende Unübersichtlichkeit kann auch als Chance bzw. Ursache für Professionalisierungsbestrebungen gesehen werden, sich aus Defiziten anderer Professionen (Deprofessionalisierung) zu entwickeln, wie etwa dem Prozeß des Autonomieverlusts (Wanek und Lenhardt 1989).

Andererseits können auch Bemühungen existieren, sich in einem noch angestammten Feld einer Profession zu professionalisieren (Nau 1981 zit. n. Schaeffer 1990, S. 38). Dies wird mit der "Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster" zu erreichen versucht (Schaeffer 1994, S. 111). Als Beispiel anführen läßt sich hier die "biographisch sinnintegrierende Funktion" einer Profession (Luckmann und Sprondel 1972, zit. n. Gildemeister und Robert 1987, S. 74), die "infolge der Schwächung gewachsener Lebenszusammenhänge und der damit einhergehenden Individualisierung von Lebensentwürfen" (Gildemeister und Robert 1987, S. 75) vermehrt an Bedeutung gewinnt und die von Professionen, die sich eher an einem technokratisch naturwissenschaftlichen Selbstverständnis orientieren, nicht erbracht werden können.

Ausgehend von einem allgemeinen "klassischem" (Schaeffer 1990, S. 49) sich jedoch stark am Dominanzmodell von Professionalisierung<sup>49</sup> orientierenden Modell möchte ich im folgenden Merkmale, Voraussetzungen, Folgen und Besonderheiten von Professionalisierung darstellen.<sup>50</sup>

## 4.1 Merkmale von Professionalisierung

In diesem Kapitel interessieren mich die wesentlichsten Merkmale einer Professionalisierung. Hierher zählen etwa die Autonomie, ihr Stellenwert und die Möglichkeiten, die sich aus diesem Konstrukt für die Professionalisierung ergeben. Eigenverantwortlichkeit, ein weiteres Merkmal, hängt als ein Bestandteil funktioneller Autonomie wesentlich vom strukturellen Kontext ab, unter dem autonomes professionelles Handeln erfolgt, wobei mich hier die daraus für professionelles Handeln resultierenden Beeinträchtigungen interessieren. Dabei werden die Folgen

---

<sup>49</sup> Als einflußreichster Vertreter und Urheber des Begriffs "professional dominance" gilt der amerikanische Soziologe Eliot Freidson (1979), der die Autonomie und damit die gesellschaftliche Autorität des Ärztestandes teilweise in der Herrschaft der Profession über das System der medizinischen Arbeitsteilung und damit auch über die nachgeordneten Gesundheitsberufe begründet sah. Seine Professionstheorie orientierte sich damit an der besonderen Rolle des hierarchischen Charakters des Systems der medizinischen Arbeitsteilung, wenn auch kritisch eingewandt wird, dass sich daraus ein "Catch-all" Terminus entwickelt hat, der vielfach als universell gültiges Professionsattribut behandelt wird, ohne seine Existenz genau zu prüfen (vgl. Döhler 1997, S. 61ff).

<sup>50</sup> zur Kritik vgl. z.B. Schaeffer (1990, S. 49ff); Dewe, Ferchthoff und Radtke (1996); Schütze (1992); Daheim (1992); Gildemeister (1983).  
zur historischen Entwicklung des Begriffs vgl. z.B. Schaeffer (1992); Dewe und Otto (1992);

der Autonomie für den einzelnen Professionellen, die Konsequenzen für Professionalisierung und für die Beziehung zwischen Professionellen und Klienten umrissen.

Als weiteres Merkmal stelle ich die professionelle Selbstkontrolle dar, wie sie professionsintern gelöst wird, welche Chancen daraus resultieren und welche Annahme dieser Selbstkontrolle zugrundeliegt.

Ebenso versuche ich die Leistungen, die professionellem Handeln zugrunde liegen und die gesellschaftliche Reaktion darauf zu skizzieren. Interessant sind hier jene Anteile des Professionalisierungsprozesses, die der Staat und die Profession trägt, als auch, welche Beziehung daraus zu anderen Berufsgruppen resultiert. Weiters möchte ich den Stellenwert und die Kriterien professionellen Wissens und deren Konsequenz für professionelles Handeln darstellen. Als letzte beide Punkte skizziere ich die Funktion des ethischen Codes und die Aufgabe der berufseigenen Interessensvertretung für die Professionalisierung.

Beginnen möchte ich mit **Autonomie** als einem der wesentlichsten Merkmale einer Professionalisierung. Einer Profession gewährt man ihre Autonomie, zu bestimmen, wer ihre Arbeit ausführt und wie sie ausgeführt wird. Nur der Profession wird das Recht, diese Tätigkeit legitim auszuführen, zugesichert. Eine Bewertung von außen kann durch die Profession als illegitim und unerträglich abgewertet werden (Freidson 1979). Unter den abgeleiteten Merkmalen gibt es fünf, die sich auf Autonomie beziehen. Die Profession bestimmt ihre eigenen Normen für die Ausbildung, die professionelle Berufsausübung ist häufig durch irgendeine Form der Zulassung gesetzlich anerkannt, Zulassungs- und Approbationsausschüsse werden von Mitgliedern der Profession besetzt, der Großteil der Gesetzgebung, die sich mit der Profession befaßt, wird von der Profession gestaltet und der Berufsausübende ist relativ unabhängig von Bewertung und Kontrolle durch Laien (Freidson 1979).

Der Professionelle übt seine Tätigkeit weiters eigenverantwortlich aus. Diesem Kriterium der **Eigenverantwortlichkeit** mißt Freidson (1979) eine hohe Bedeutung bei. Seiner Ansicht nach ist vor allem relevant, dass der Berufsstand die Verfügungsgewalt und die alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung der Aufgabe errungen haben muß, die sein eigenverantwortliches Handeln rechtfertigt. Die durch die Eigenverantwortlichkeit bewirkte funktionelle Autonomie ist für die Art der Beziehungen zwischen und für die Abgrenzung zu den einzelnen Gesundheitsberufen eine wichtige Variable. Je größer diese ist, desto eher besteht die Möglichkeit eines Konflikts. Besonderes Konfliktpotential birgt es, wenn sich neue Berufsgruppen herausbilden, die in der Lage sind, funktionelle Autonomie zu erlangen (Freidson 1979). Gelingt es nicht, das Konfliktpotential infolge einer Konkurrenz um Tätigkeitsfelder informell zu regeln, kann dies für Klienten Nachteile nach sich ziehen.

Die funktionelle Autonomie läßt sich in eine Organisations- und Klientenautonomie unterscheiden (Daheim 1992, S. 26 zit. n. Schaeffer 1994, S. 107). Klientenautonomie meint die "Unabhängigkeit professionellen Handelns von der Beurteilung der Klienten" (Schaeffer 1994, S. 107). Professionelles Handeln beginnt infolge eines Störungsfalls

eines Klienten, den er selbst nicht imstande ist, zu bewältigen. "Professionelle werden stellvertretend tätig und ihr Handeln zielt auf einen Rückgewinn an Autonomie des Klienten ab" (Schaeffer 1994, S. 107). Dadurch kann die Klientenautonomie relativ leicht erreicht werden. Organisationsautonomie meint die Autonomie gegenüber staatlichen Instanzen und beschäftigenden Organisation. Wenn Professionelle Leistungen im Rahmen von Organisationen erbringen, wird ihr Handeln auch durch eine bürokratische Kontrolle bestimmt (Schaeffer 1994), womit die Autonomie professionellen Handelns durch die Organisation nicht immer gegeben ist. Idealtypischerweise sind professionelle Tätigkeiten freiberufliche Tätigkeiten, "womit das konstituive Moment der Autonomie der Kontrolle über die eigenen Tätigkeit angespielt wird" (Schaeffer 1990, S. 41).

Die Eigenverantwortlichkeit impliziert auch die Kontrolle professioneller Tätigkeit durch die Profession, indem sie jene Prämissen, unter denen professionelles Handeln erfolgen kann, an die Professionellen delegiert. Damit wird die **Eigenkontrolle professionellen Handelns** ("technische Kontrollierbarkeit der Leistung" (Kühne 1976, S. 313)) auf eine individuelle Ebene transferiert. Diese ist auch außerhalb der Profession nach Ansicht von Kühne (1976) schwer zu erbringen, was "wiederum die Selbstkontrolle der Professionen legitimiert" (1976, S. 314), da der Professionelle soviel komplexes Sachwissen besitzt, dass die soziale Kontrolle durch Laien fast unmöglich wird (Goode 1972 zit. n. Rüschemyr 1980, S. 313). Diesem Kontrollproblem wird dadurch beizukommen versucht, indem es in die Professionen verlagert wird. Instrumente dazu sind die "professionsinterne Kontrolle über Fachkompetenz und Integrität, Ausbildung und sorgfältige Auswahl der Mitglieder, durch formelle und informelle Beziehungen zwischen Kollegen, durch Berufskodizes und Ehrengerichte als Garanten der Selbstkontrolle wird diesem Anspruch Rechnung zu tragen versucht" (Rüschemyr 1980, S. 314). "Im Gegenzug dazu erhalten sie (die Professionen, Anm.) das Vertrauen von Klienten und Gesellschaft, relative Freiheit von sozialer Kontrolle durch Laien, Schutz gegen unqualifizierten Wettbewerb, hohes Einkommen und ein entsprechendes gesellschaftliches Ansehen. Dieser stillschweigende Vertrag zwischen Gesellschaft und Berufsgruppe löst das Kontrollproblem" (Rüschemyr 1980, S. 316). Rüschemyr (1980) kritisiert, dass diese Mechanismen der Selbstkontrolle nicht problematisiert werden. Es gibt seiner Meinung nach "keine Hinweise für die Annahme, dass Autonomie, Ansehen und Einkommen proportional mit der Intensität beruflicher Ideale, der Effizienz der Selbstkontrolle und der Integrität des beruflichen Verhaltens zusammenhängen" (S. 317).

Ein weiteres Merkmal einer Professionalisierung stellt die **Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes** dar, das so angelegt ist, dass andere Berufe und Laien diese Problemlösungen nicht erbringen können. Schwendenwein (1990) meint, dass von einer Profession erst dann gesprochen werden kann, wenn die für die Gesellschaft wertvolle Tätigkeit konkurrenzlos ausgeübt wird und die Profession über ein **berufliches Monopol verfügt, das vom Staat**

**abgesichert ist.** "Dieser vom Staat einer Berufsgruppe verliehene Monopolstatus ist in der Regel das Resultat eines von Berufsmitgliedern selbst gewollten, selbst in die Wege geleiteten, offensiv geführten, langen und erfolgreich verlaufenden Professionalisierungsprozesses, in dem für viele Konsumenten, für alle an der Berufsgruppe interessierten und für die gesamte Gesellschaft die enorme Leistungssteigerung der sich professionalisierenden Berufsmitglieder erkennbar war" (Schwendenwein 1990, S. 362). Diese Bestrebungen werden oft über eine Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit propagiert, die die Öffentlichkeit positiv beeinflussen soll (Schwendenwein 1990). Damit erreichen Professionelle eine Monopolstellung, die sie autorisiert, sich die Vorherrschaft gegenüber Paraprofessionellen zu sichern, was wiederum mit dem Schutz der Konsumenten und qualifizierter Dienstleistung begründet wird (Freidson 1979).

Das für diese Dienstleistung notwendige **Wissen** ist ebenso ein Merkmal einer Profession. Eine Profession ist ein Beruf, "der in einem arbeitsteiligen System eine so beherrschende Stellung erlangt hat, dass er bestimmen kann, was als wesentlich für seine eigene Arbeit gelten soll" (Freidson 1979, S. 278). Mitglieder einer Profession gründen dabei ihr Handeln auf wissenschaftlichem Wissen, mit dem der einzig richtige Weg der Problembearbeitung begründet wird. Bei diesem Wissen handelt es sich um wissenschaftliches Wissen, das durch Forschung produziert wird, wobei es sich um einen spezifischer Typus von Wissen handelt (Schaeffer 1990). Betont wird hier jedoch das Wissen und das Können ihrer Angehörigen, wobei es gleichgültig ist, auf welche Wissenssysteme sich dieses Wissen bezieht. Einziger Anspruch ist, dass das "angewendete Wissen unter dem Anspruch von Universalität formuliert wurde" (Schaeffer 1990, S. 42) und dass "eine Profession die zuverlässigste Autorität hinsichtlich des Wesens der Realität, mit der sie es zu tun hat" (Freidson 1979, S. 285), ist. "Es ist eine situative Kompetenz, eine Form des Könnens, Wissens, der Zuständigkeit, die auf eine konkrete Praxis bezogen ist, das Professionalität ausmacht" (Freidson 1979, S. 278). Dies meint, vielfältige abstrahierte Kenntnisse in konkreten Situationen angemessen anwenden zu können. Es geht darum, im einzelnen Fall das allgemeine Problem zu entdecken (Tittgens 1988). Sie realisieren ein Handlungsmuster, dessen Ziel es ist, der Klientel lebenspraktische Entscheidungen abzunehmen (Dewe und Otto 1984). Dewe und Otto (1984) attestieren der Profession das legitime Wissen für die Deutung und aus ihr abgeleitete Lösungen von sozialen Handlungsproblemen - Professionen haben dabei jedoch auch festzulegen, "wie diese Handlungsprobleme kognitiv in sozial verbindlicher Weise zu bearbeiten sind" (1984, S. 786). Wegen der begrenzten Reichweite professioneller Interventionen ist die Transformation des professionellen Wissens ins Handeln eine Leistung des Professionellen (Dewe et al. 1995). Professionelles Wissen läßt sich damit nie als jenes Wissen verstehen, das aus einer konkreten Situation heraus entstanden ist. Es sind die "fall- und sinnverstehenden Kompetenzen" (Oevermann 1990 zit. n. Schaeffer 1994, S. 115), die es ermöglichen, nicht nur sachgerecht sondern auch fallangemessen zu reagieren und zu agieren.

Diesen Kriterien entsprechend läßt sich professionelles Wissen relativ klar von laien- und protoprofessionalisiertem Wissen (de Swan 1990; Keupp, Strauss und Gmür 1989) abgrenzen. Die Wissensbestände und Handlungsmuster einer Profession können sich von anderen Menschen zwar angeeignet werden, sie schließen sie jedoch von der gleichen Möglichkeit der Anwendung aus (Freidson 1979).

Der diesem Wissen und Handeln zugrundeliegende **ethische Code** einer Profession sowie der **Berufskodex** sind weitere Professionalisierungsmerkmale. Berufsethische Verpflichtungen als Rückgrat der Berufsordnung einer Profession sollen das Vertrauensproblem in die Experten-Klienten-Beziehung lösen. "Die Betonung liegt dabei meist auf der Gewährleistung von Integrität, verstanden als Normenkonformität des Verhaltens gegenüber Kompetenz, verstanden als Beherrschung des Wissens" (Schwartz 1978, S. 323). Das Dienstideal einer Profession orientiert sich dabei an der Gemeinwohlorientiertheit der Berufstätigkeit, dem "Vorhandensein zentralwertbezogener, d.h. kollektivitätsorientierter Leistungen und nicht an den Geboten der Profitmaximierung" (Schaeffer 1994, S. 105f). Die Profession verpflichtet sich aufgrund des ethischen Codes, zu den Klienten eine entsprechende vertrauensvolle Beziehung zu pflegen bzw. diese zu über den Verlauf und Inhalte der professionellen Intervention zu informieren. Die intraprofessionelle Kontrolle professioneller Tätigkeit soll den Schutz der Klienten vor Willkürhandlungen der Profession gewährleisten. Gleichzeitig verpflichtet der ethische Code Professionsmitglieder auch, Kunden vor unsachgemäßer Anwendung professionsspezifischen Handelns zu schützen und inkompetente Ausübung professioneller Tätigkeit zu unterbinden. Der Berufskodex stellt professionsspezifische Verhaltensregeln dar, in dem eine "Präzisierung des Leistungsangebotes gegenüber Kunden" (Schwartz 1978, S. 313) erfolgt. Ethische Richtlinien bemühen sich dabei um Ideologiefreiheit bzw. stehen in keinem krassen Widerspruch zur Ideologie einer Öffentlichkeit, der eine Anerkennung eines Berufes als Profession obliegt. Diese Freiheit ist also nur eine relative, die sehr wohl von den vorherrschenden Interessen einer Gesellschaft geprägt sind. Es geht dabei um die Bedeutung der "Interessensübereinstimmung zwischen gesellschaftlichen Eliten und der Profession für die Professionalisierung hinsichtlich wichtiger Glaubensgrundsätze und Wertvorstellungen" (Forster 1997a, S. 183), die ethische Richtlinien vermitteln. Diese Form von "Konformismus im Sinne der Interessen gesellschaftlich dominierender Gruppierungen" (Forster 1997a, S. 184) äußert sich in dieser Übereinstimmung. Die Diskrepanz zwischen diesen Interessen, der Widerspruch zwischen einer professionellen und einer gesellschaftlichen Ideologie, kann als Professionalisierungsgrad und damit als Indikator verstanden werden, wie gelungen und ausgeprägt ein Professionalisierungsprozeß stattgefunden hat.

Die dem Berufskodex zugrundeliegenden ethischen Richtlinien werden von einer **berufseigenen Interessensvertretung als politisch bedeutsamen Berufsverband** mit einem eigenen Organ beschlossen und

stellen ein weiteres Merkmal einer Professionalisierung dar. Die Berufsvertretung übernimmt Aufgaben nach innen, z.B. die Ahndung disziplinärer Verstöße berufstätiger Mitglieder, und etwa mit der Durchsetzung berufsständischer Interessen auch Aufgaben nach außen. Die berufseigene Interessenvertretung ist je nach gesetzlicher Ausrichtung mit unterschiedlichen Zwangsbefugnissen gegenüber ihren Mitgliedern und mit Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Mitglieder ausgestattet. Die berufseigene Interessensvertretung dient der Vertretung der Mitglieder als auch dem Schutz der Kunden. Im politischen Handeln einer Profession und Agieren nach außen ist nach Ansicht Abbotts (1988) eine gute Organisationsstruktur eines Berufsverbandes im Sinne kleiner weitgehend autonom agierender Gruppierungen wichtig, die in einer großen dominanten Organisation eingebunden sind, welche die Profession im interprofessionellen Konkurrenzkampf zu unterstützen vermag. Diese Form der Organisation einer Profession ist hilfreich im Kampf um Zuständigkeitsansprüche. Demnach kann eine Profession desto wirksamer Zuständigkeiten beanspruchen, je stärker sie organisiert ist. Die Organisation soll identifizierbar sein, damit man im rechtlichen und öffentlichen Bereich operieren kann. Eine schwach strukturierte Organisation einer Profession hingegen hat den Vorteil der erhöhten Flexibilität in der Arbeit (Abbott 1988).

Autonomie erscheint als dominierendes Merkmal einer Professionalisierung. Es ist eine ursächliche Bedingung für die anderen oben dargestellten Merkmale. Demnach ist die funktionelle Autonomie Grundbedingung für Eigenverantwortlichkeit professionellen Handelns. Damit ist die Selbstkontrolle professionellen Handelns gewährleistet, die aufgrund ihres überlegenen Wissens und ihrer Komplexität nicht durch Laien erbracht werden kann. Zusätzlich erhält die Profession mit der Entwicklung eines spezifischen Leistungsangebots eine staatlich anerkannte Monopolstellung und damit weitgehende Autonomie. Als einzige externe Einschränkung der Autonomie verpflichtet sich die Profession einem ethischen Code, der wesentlich von einer Berufsvertretung fest- und ausgelegt wird, wodurch die professionsinterne Kontrolle den Autonomiebestrebungen der Profession wiederum genügend Spielraum läßt.

## **4.2 Voraussetzungen von Professionalisierung**

In weiterer Folge möchte ich die Abhängigkeit zwischen dem Status einer Profession und der Öffentlichkeit darstellen. Was muß eine Profession erfüllen, um eine Öffentlichkeit zu überzeugen und welche Rolle spielt die dominierende Schicht einer Gesellschaft. Welche Folgen resultieren aus diesem gesellschaftlichen Konsens für professionelles Handeln und welche Beziehung zwischen Professionellen und Klienten zieht diese nach sich. Als letzten Punkt möchte ich den Stellenwert und die Funktion der Ausbildung und deren wesentliche Kriterien für die Profession darstellen.

Der **Erhalt des Status einer Profession** wird durch die **Protektion einer „Eliteschicht“<sup>51</sup> der Gesellschaft, verkörpert durch die Politik sowie die staatlichen Organe**, bewirkt (Freidson 1979). Als Grundlage für einen tragfähigen Status ist ein gesellschaftspolitischer Konsens erforderlich. Eine Profession muß einer **Öffentlichkeit jenes Image vermitteln**, das sie von ihrer Arbeit, ihren Tätigkeitsgebieten, ihren Problemdefinitionen und ihren Erfolgen überzeugt (Abbott 1988), sowie der Gesellschaft das Gefühl geben, dass die Arbeit der Profession für sie einen speziellen Wert hat. Die Öffentlichkeit sollte auch von der Kompetenz der Profession und vom Wert ihrer Fertigkeiten und Kenntnisse informiert sein (Freidson 1979), wobei den Massenmedien in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zukommt (Wohlschlager 1991). Damit gewinnt die Öffentlichkeit Einsicht in die Problemdefinition, die Art der Problemlösung und das professionelle Begriffssystem (vgl. Keupp, Strauss und Gmür 1989, S. 276ff).

Die dominierende Schicht einer Öffentlichkeit sorgt auch für den Schutz der Profession. Dabei ist es wichtig, dass die Profession wichtige Glaubensgrundsätze und Wertvorstellungen jener Schicht repräsentiert, die für ihren Schutz sorgt (Freidson 1979). Grundsätzlich ist professionelles Handeln an zentralen, für den Fortbestand der Gesellschaft relevanten Werten orientiert<sup>52</sup> (Schaeffer 1990). Aus einer prozeßorientierten Sichtweise handelt es sich dabei um eine „Vergesellschaftung der Wertorientierung, d.h. um die zunehmende Ausrichtung der Tätigkeit auf die Funktion für die Gesamtgesellschaft und das Gemeinwohl“ (Schaeffer 1990, S. 44). Wenn eine Profession eine sichere autonome Stellung eingenommen hat, neigt sie jene Dynamik zu entwickeln, aus der heraus Ideen und Reformperspektiven entstehen, die einer dominierenden Schicht auch zuwiderlaufen können und insofern für die Professionalisierung als problematisch zu erachten sind. Da die Profession ihre privilegierte Stellung durch die Übernahme von Ideen und Wertvorstellungen der Gesellschaft legitimiert, erscheint ein Nichthinterfragen gesellschaftlichen Wertungen (Freidson 1979) und Konformismus (Forster 1997a) für die Professionalisierung hilfreich.

Andererseits richtet die Öffentlichkeit an eine Profession auch den Auftrag, **gesellschaftliche Normen und Werte** zu schützen, was jedoch auch die Vermutung zuläßt, dass Professionen wesentlich mitbestimmen, was als wichtig und moralisch schützenswert gilt (Rüschmeyer 1980).

Professionen verrichten auch **wichtige, komplexe und riskante Aufgaben**, die entweder von einer Gesellschaft an eine Profession übertragen werden oder von der Profession als wichtig, komplex und riskant eingestuft werden. Dewe und Otto (1984) gehen davon aus, dass moderne Gesellschaften die Formen ihrer Problembearbeitung, die die Gesellschaft nicht lösen kann (Schaeffer 1990), an ausdifferenzierte Berufe delegieren, die mit einem Sonderwissen ausgestattet sind. Die Aufgaben beziehen sich „sui generis auf einen Störfall eines Klienten

<sup>51</sup> dieser Begriff wurde in Anlehnung von Freidson (1979) gewählt. Ich verwende ihn im Sinne einer „dominierenden oder herrschenden Schicht“.

<sup>52</sup> dies sind Gesundheit, Recht, Moral,... (Schaeffer 1990, S. 42)

und können als eine Hervorbringung einer spezifischen Handlungsstruktur verstanden werden, die dazu dient, autonom nicht lösbare Probleme unter Anwendung universalisierter Regelanwendung bei gleichzeitig striktem Fallbezug stellvertretend zu bearbeiten" (Schaeffer 1994, S. 120). Das diesen Aufgaben zugrundeliegende professionelle Handeln ist eine Vermittlungspraxis zwischen Theorie und Praxis, die sowohl in der Wissenschaft wie auch in der Alltagspraxis verankert ist und auf eine Unmittelbarkeit und persönliche Ausübung zwischen Professionellen und Klienten abzielt (Dewe 1992). "Diese wissenschaftlich begründete und alltagspraktisch verankerte Expertise führt zur Ausdeutung und Bearbeitung der Probleme" (Schaeffer 1994, S. 121), die auf einen Rückgewinn von Autonomie der Klienten abzielt. Diese doppelte Verankerung ist ausschlaggebend für professionelles Handeln. Dabei hat die Profession wahrscheinlich nicht immer die besseren Lösungsstrategien sondern konstruiert, selektiert oder eliminiert die Realität zu neuen "normalen" Zusammenhängen (Freidson 1979).

Die diesem Handeln zugrundeliegende **Aus- und Fortbildung** ist gekennzeichnet durch "Theoretisierung, Spezialisierung, Vereinheitlichung und zeitliche Verlängerung sowie die Verlagerung an Institutionen, die sich mit der Pflege bestimmter Wissensbestände befassen und mit Prestige, Autorität und Autonomie ausgestattet sind, "wobei die Ausbildungswege dem Ausmaß an Prestige, der Unabhängigkeit und der Verantwortung, die mit der Arbeit verbunden sind, entsprechen sollen" (Schwartz 1978, S. 311). Durch die Kontrolle der Ausbildung wird die Kompetenz der Berufsangehörigen garantiert und dient der Sicherung der Autorität (Freidson 1979). Dabei erfolgt die Einflußnahme der Berufsgruppe auf die Berufszulassung über eine Kontrolle der Prüfungen und eigenständige Bestimmung und Kontrolle der Ausbildungsinhalte (Schwartz 1978). Der Berufsstand kann jedoch nur bedingt mitentscheiden, was gültiges Wissen ist und was nicht - er besitzt damit keine uneingeschränkte Kontrolle über die Inhalte der Ausbildung. Nach Ansicht Freidsons (1979) soll die Ausbildung die vorrangige Quelle jener Kriterien sein, aufgrund derer jemand die Qualifikationen gewinnt, wobei er die zeitliche Dimension einer Ausbildung betont - je länger eine Ausbildung dauert, desto höher ist die Stellung der Profession in einer Gesellschaft. Hinsichtlich der Dauer der Ausbildung stellt sich jedoch Rüschemeyer (1980) die Frage, ob die lange Ausbildung dazu dient, Wissen zu vermitteln oder dem Zweck, den Zugang zum Beruf zu erschweren und dadurch Einkommen und Ansehen des Berufs anzuheben. Die Dauer der Ausbildung hebt Freidson (1975) hervor, indem er die Beschränkung der Zahl der Professionsmitglieder sowie die Kontrolle des Berufszugangs durch die professionelle Selbstverwaltung als eine Voraussetzung für eine gelingende Professionalisierung darstellt. "Wenn nämlich die Zahl der Professionsmitglieder im Verhältnis zur Nachfrage klein ist und wenn die Klientel keine Organisationsbasis besitzt, dann haben die einzelnen praktizierenden Professionsmitglieder eine Position inne, die sie in die Lage versetzt, unangemessene Forderungen des Klienten zurückzuweisen, ohne sich damit ökonomischen oder politischen Ruin einzuhandeln" (Freidson 1975, S. 84).

Durch die Kontrolle der Ausbildung wird die Kompetenz der Berufsangehörigen garantiert und dies dient der Sicherung der Autorität (Freidson 1979). Dabei erfolgt die Einflußnahme der Berufsgruppe auf die Berufszulassung über eine Kontrolle der Prüfungen, und durch eigenständige Bestimmung und Kontrolle der Ausbildungsinhalte (Schwartz 1978). Der Berufsstand kann jedoch nur bedingt mitentscheiden, was gültiges Wissen ist und was nicht - er besitzt somit keine uneingeschränkte Kontrolle über die Inhalte der Ausbildung.

### 4.3 Folgen von Professionalisierung

Diesem Kapitel liegen folgende Fragen zugrunde. Welche Folgen hat eine Professionalisierung für die Profession und andere Berufsgruppen, durch welche Motive werden die Professionalisierungsbestrebungen der Berufsvertretungen getragen und welche Folgen hat dies für Klienten? Weiters versuche ich zu skizzieren, welchen zusätzlichen externen Effekt die besondere Beziehung für Klienten hat, welcher Kreis von Klienten durch die Inhalte und besondere Beziehung angesprochen wird und welche Resultate aus dieser besonderen Beziehung resultieren.

Die **Folgen von Professionalisierung für die Profession und andere Berufsgruppen** zielen auf die Sicherung und Ausweitung von Statusinteressen und Dominanz über andere Berufsgruppen (Wolff 1978) ab und orientieren sich weniger an den sie stellenden Handlungsansprüchen (Schaeffer 1994). Die Politik der Professionen und die Professionalisierungsbestrebungen der Berufsvertretungen, die von den Inhabern der Berufsposition selbst initiiert werden (Schwendenwein 1990), folgen vornehmlich berufspolitischen (Eigen)interessen, die darin bestehen, "Macht und Kontrolle zu er- bzw. zu behalten und eine Verbesserung ihres ökonomischen und sozialen Status zu erzielen" (Freidson 1994 zit. n. Forster 1997a, S. 182), sowie "einen exklusiven Zugang zu einer Klientel und deren bereitwillige Akzeptanz der fachlichen Autorität" (Forster 1997a, S. 182) zu erwirken. Das politische auf Professionalisierung abzielende Handeln wird demnach wesentlich vom Ziel geleitet, die Monopolstellung der Profession zu rechtfertigen und sich die Vorherrschaft gegenüber anderen Berufsgruppen und Paraprofessionellen zu sichern, was mit dem Schutz der Konsumenten, qualifizierter Dienstleistung, Kontinuität der Berufslaufbahn und formeller Anerkennung der Profession durch den Staat begründet wird, der im Fall der Professionalisierungsbestrebungen einer Berufsgruppe der erste Adressat ist. Diese Bestrebungen werden oft über eine Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit propagiert, die die Öffentlichkeit positiv beeinflussen soll (Freidson 1979). Gleichlaufend kommt es damit zu einer "Begrenzung der Tätigkeit auf ein enges Feld" (Forster 1997a, S. 184), "Verdrängung und Unterordnung" (S. 182), zu einer allgemeinen Inkompetenzdefinition und sofern durch staatliche Macht möglich einer Illegalisierung und damit Ausschließung beruflicher Tätigkeit von

Berufsgruppen benachbarter Tätigkeitsfelder. Gelingt es, diese Ansprüche durchzusetzen, führt eine erfolgreiche Professionalisierung in der Regel infolge überlegenen Wissens zu Ansehen, um von gesellschaftlichen Einflüssen relativ unabhängig zu sein, zu hohem Einkommen und aufgrund der exklusiven gesellschaftlichen Stellung Professioneller zu Einfluß (Daheim und Schönbauer 1993, Schaeffer 1990).

**Folgen von Professionalisierung für Klienten:** Wenn man davon ausgeht, dass man unter Professionalisierung die Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes versteht, das so angelegt ist, dass andere Berufe und Klienten diese Problemlösungen nicht erbringen können, so stellen sich in diesem Zusammenhang mehrere Fragen. Zum einen erhöht sich durch diese besondere Form des Leistungsangebotes der ökonomische Wert einer professionellen Leistung. Professionelles Handeln definiert sich demnach wesentlich über seine monetäre Exklusivität. Weiters werden professionelle Dienstleistungen für Klienten so angeboten, wie es den Interessen und Kriterien der Profession von guter und schlechter professioneller Arbeit entspricht (Strong 1979 zit. n. Forster 1997a, S. 179). Es ist also nicht nur die monetäre Exklusivität, die eine Arbeit als wertvoll und gut erscheinen läßt, sondern es obliegt der Profession, die Wertigkeit professioneller Arbeit selbst zu bestimmen. Dem Klienten kommt dabei die Rolle des Rezipienten zu, der den Wert einer professionellen Tätigkeit in erster Linie über dessen Verfügbarkeit beurteilen kann. Inhaltliche Beurteilungen professioneller Tätigkeit werden von der Profession als unzulässig abgewiesen (Freidson 1979) und ermöglichen jenes gesellschaftliche Arrangement, das eine inhaltliche Kontrolle in die Profession verlegt, wodurch Klienten auf inhaltliche Belange professioneller Tätigkeit keinen Einfluß nehmen können. Es sind jedoch nicht nur die Wertigkeiten, die von der Profession bestimmt und vertreten werden. Professionelle neigen auch dazu, von Klienten nachgefragte Bedürfnisse zu definieren, zu skizzieren und zu umgrenzen (Strong 1979 zit. n. Forster 1997a, S. 179) sowie deren Form zu bestimmen (vgl. Kapitel 3.3). Sie definieren Probleme und erstellen aus der subjektiven Nachfrage der Klienten ein Konzept des objektiven Bedarfs (Stichweh 1994; Zaumseil 1978; Schwartz 1978). Form und Inhalt der Dienstleistung können von Klienten tendenziell nicht selbst bestimmt werden, was, in Anlehnung an den verhaltenstherapeutischen Zugang des fehlenden Verstärkers bewirkt, dass Klienten "süchtig" nach dem werden (Strong 1979 zit. n. Forster 1997a, S. 180), was sie, abgesehen vom Umfang der Dienstleistung, nicht beeinflussen können.<sup>53</sup>

Inhaltlich läßt sich die besondere Beziehung zwischen Professionellen und Klienten mit folgender Form der "Zusammenarbeit" skizzieren. Eine professionelle Tätigkeit muß vor allem an die Alltagskompetenz der Klienten anknüpfen, um mit ihnen in eine tragfähige Beziehung eintreten zu können. Dieses Anknüpfen erfordert in besonderem Maße die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der professionellen Intervention. Sie müssen bereit sein, bei der "Lösung von Problemen entsprechendes Expertenwissen zu konsultieren" (Sprondel 1979, S. 149

<sup>53</sup> vgl. "Helfen als Droge" (Schmidbauer 1983, S. 43ff)

zit. n. Müller 1991, S. 35). Mit dem Eintritt der Klienten in die professionelle Sphäre geht die Formung des "Erlebens" (Freidson 1975 zit. n. Forster 1997a, S. 186) einher und ermöglicht eine abgeschwächte Asymmetrie, die infolge der besonderen Form des professionellen Zusammenspiels und der besonderen Beziehung von einer "Abgehobenheit" gekennzeichnet ist (Müller 1991, S. 35). Dies ermöglicht wiederum eine besondere Einstellung und einen besonderen Bezug zur Arbeit und zu den Klienten, in der der Bereich zur Privatheit in einer besonderen Art und Weise überschritten werden kann (Schaeffer 1994) und es erlaubt, die Klienten in einer fallbezogenen Besonderheit wahrzunehmen. "Dies ist insbesondere bei Problemen mit großer Identitätsrelevanz und Problemen, deren Offenlegung ein hohes Maß an Verletzbarkeit einschließt, von Relevanz" (Müller 1991, S. 37). Es erfordert auf wissenschaftlichem Wissen aufbauende reflexive Kompetenzen, die die besondere Beziehung zum Klienten mitreflektieren. Dieser Ansatz ermöglicht es, dass nicht nur Probleme, sondern auch Lösungen mit Klienten und letztendlich wie oben skizziert, für Klienten professioneller Dienstleistungen gestaltet werden. Um dieses "Arrangement" nicht zu gefährden, werden alltäglich erprobte Lösungsstrategien von Klienten durch die Professionellen als inkompetentes Wissen verworfen, und die Klienten unter Zwang gestellt, sich bei der Bewältigung alltäglicher Handlungsprobleme an externen Problemlösungsstrategien institutionalisierter Professionen zu orientieren. Lösungen werden als Konstruktion, Selektion oder Elimination einer Realität zu "neuen normalen" Zusammenhängen (Dewe und Otto 1984) verstanden, womit es zur Veränderung der Gestalt der vom Klienten erfahrenen und gedeuteten Probleme kommt (Freidson 1979). Dewe und Otto (1984) bezeichnen dieses professionelle Wissen, mit dem die Realität konstruiert, selektiert oder eliminiert wird, auch als Vermittlungswissen, mit dem sich Professionen aufgrund ihrer autonomen Stellung die exklusive Fähigkeit vorbehalten, wie soziale Situationen bewertet und gestaltet werden können und damit die Welt der Klienten neu gestalten. Dies entspricht auch dem Gedanken der "stellvertretenden Deutung" (Oevermann 1980 zit. n. Schaeffer 1990, S. 59). "Professionelles Handeln dieser Logik zielt auf strukturell verursachte Konfliktlagen und auf die autonome Lebenspraxis der einzelnen Subjekte ab" (Schaeffer 1990, S. 59), zu denen es kommt, wenn Subjekte nicht mehr imstande sind, infolge der in Kapitel 3.1 und 3.3 dargestellten Anforderungen aufgrund ihnen nicht zur Verfügung stehender "Begründungsfolien" (Schaeffer 1990, S. 60), Entscheidungen zu treffen. Diese Beziehung verbirgt jedoch die Besonderheit professionellen psychologischen Handelns, das sich in seinen besonders "weichen" Handlungsweisen kompensativ zu strukturellen Defiziten der Alltagswelt vollzieht und letztendlich in einer spezifischen Transformation alltagsweltlicher Handlungsmuster und -möglichkeiten erfolgreich zu sein vorgibt. Dies ermöglicht es andererseits auch, den Zuständigkeitsbereich Professioneller auszuweiten und zu sichern und alltägliche Bewältigungsformen abzuwerten (Illich 1979) bzw. das Vertrauen der Klienten in die eigenen Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten zu unterminieren (McKnight 1979). Als Begleiterscheinung professionellen Handelns kann es damit zu einer Übernahme lebenspraktischer Entscheidungen für Klienten (Dewe und

Otto 1984) und zu einer Entmündigung durch Experten kommen, was die Probleme nicht löst, sondern eher verschärft (Badura und Gross 1976, Olk 1986). Die Anwendung professioneller Kompetenz brächte durch die gleichzeitige Inkompetenzdefinition der Laien (Schwartz 1978) und durch die Übernahme impliziter Kontrollaufgaben für die sich in sozialen Systemen entwickelten Normalitätserwartungen (Kardorff und Koenen 1981, Keupp 1978; 1986) möglicherweise genau das hervor, was ursprünglich als Problem zur Lösung anstand.

#### **4.4 Besonderheiten der Professionalisierung der Psychologie**

Im letzten "Professionalisierungskapitel" versuche ich einen Aufriß über spezifische Besonderheiten der Professionalisierung der Psychologie zu geben. Hierher ist etwa die Glaubwürdigkeit (i.S. von Nachvollziehbarkeit) "psychologischen" Handelns und des Handwerkszeuges und die Meßbarkeit der Resultate psychologischer Interventionen zu zählen. Ein besonders Augenmerk möchte ich der Besonderheit in der Professionellen-Klienten Beziehung schenken, die sich wesentlich unter professionslogischen Vorgaben entwickelt. Weiters stellt die Partizipation an mehreren Funktionssystemen eine Besonderheit dar, wobei ich der Frage nachgehen möchte, wie sich dies auf die psychologische Berufsgruppe auswirkt. Ebenso interessiert mich, wie sich normative und strukturelle Rahmenbedingungen auf den Professionalisierungsprozeß auswirken. Welchen Stellenwert hat psychologisches Wissen und Fortbildung für die Professionalisierung und weshalb besteht ein gewisses Ressentiment seitens der überwiegend praktisch tätigen Professionsmitglieder gegenüber professionsspezifischem Wissen?<sup>54</sup> Ebenso interessiert mich der Einfluß der mengenmäßigen Dominanz weiblicher Berufstätiger auf die Professionalisierung der Psychologie und die Inhalte und vermeintlichen Ansprüche, die sich daraus ableiten. Als letzten Punkt versuche ich Besonderheiten der Gesundheitspsychologie und der daraus resultierenden Probleme und Chancen für die Professionalisierung zu skizzieren.

Als erste Besonderheit in der Professionalisierung der Psychologie möchte ich die impliziten und expliziten Standards psychologischer Kompetenz erwähnen, die in erheblichem Ausmaß verhandelbar sind und sich nicht einfach am Produkt oder Ergebnis psychologischen Handelns festmachen lassen. Dabei stellt sich die grundlegende Frage des "psychologischen" Handwerkszeuges in der psychosozialen Praxis, die, wie oben schon erwähnt, "letztendlich auf Haltungen und Fähigkeiten beruht, über die prinzipiell jeder Mensch verfügt" (Keupp 1986, S. 116) und die in ihrer konkreten beruflichen Praxis, in Abgrenzung zur "Alltagspsychologie", nicht immer als professionsrelevantes Wissen vermittelt werden kann (Näther 1997). Die schwierige Meßbarkeit der Resultate psychologischer

---

<sup>54</sup> vgl. hierzu Kapitel 3.1.

Interventionen führt dazu, dass die Psychologie eine Öffentlichkeit nicht in ausreichendem Maß von ihrer "situativen Kompetenz, Form des Könnens, Wissens und der Zuständigkeit" (Freidson 1979, S. 278) in Form (von für die Öffentlichkeit) nachvollziehbarer Ergebnisse überzeugen kann und die Herausbildung eines "Produzentenstolzes" behindert (Keupp 1986, S. 116).

Weiters bewirkt die Professionalisierung eine besondere Beziehung zwischen Professionellen und Klienten. Durch die wie oben schon angeführte "biographisch sinnintegrierte Funktion" (Luckmann und Sprondel 1972 zit. n. Gildemeister und Robert 1987, S. 74) psychologischer Tätigkeit kommt eine besondere Einstellung und ein besonderer Bezug der Professionellen zur Arbeit und zum Klientel zustande, in der der Bereich zur Privatheit in einer besonderen Art und Weise überschritten wird (Schaeffer 1994). Professionelles psychologisches Handeln ist ein Unterstützungsangebot für die Bewältigung lebenspraktischer Krisen, das, eher untypisch für ein professionelles Selbstverständnis, keine perfekten Lösungen anzubieten vorgibt, sondern die Fähigkeit der Klienten zur Problembearbeitung ergänzt (Dewe et al. 1995) und die mit technologischen Konzepten alleine nicht zu bewältigen sind (de Swaan 1990 zit. n. Forster 1997a, S. 190ff). Die Professionalisierung der Psychologie ist im Fall der Psychologie also ein Prozeß, der sich kompensativ zu den strukturellen Defiziten der Alltagswelt vollzieht und trotz aller Spezialisierungen eben auf Haltungen und Fähigkeiten aufbaut, die aus dem Reservoir alltagsweltlicher Handlungsmöglichkeiten stammen (Ottersbach 1980) und als "alltagsweltorientierte Handlungskompetenz" (Olk 1986, S. 206) oder "entmethodisierter Methodengebrauch" (S. 182) bezeichnet werden können. Die professionellen Aktivitäten der Psychologie lassen sich auch mit Identitätsarbeit (Gildemeister und Robert 1987, Schaeffer 1990), "Bewältigung von Ungewißheit" (Olk 1986, S. 149f) oder "Herstellung eines geglückteren Alltags" (Thirsch 1995) umschreiben. Mit diesen "weichen" Formen psychologischer Dienstleistungen passiert eine Ausdehnung des "Kundenkreises" auf leistungsfähige, qualifizierte und relativ gut angepaßte, selbstverantwortlich funktionierende Personen (Gildemeister und Robert 1987, S. 72; vgl. Keupp, Strauss und Gmür 1989), die nicht an konkreten Leiden "kranken", sondern am „Unvermögen an Normalitätssicherung und der Überforderung der Selbstregulationskapazitäten leiden“ (Schaeffer 1990, S. 15). Diese Menschen suchen aus einem diffusen Leiden heraus Hilfe, ohne eine eindeutige Symptomatik vorweisen zu können. Sie sind auf der Suche nach sich selbst. In den therapeutischen Settings werden Identitäten entwickelt, die sich nicht auf eine punktuelle Hilfe ihrer Klientel beschränken lassen, sondern beanspruchen, eine "Lebensweise zu sein" (Schaeffer 1990, S. 15), die die Gefahr der professionellen Verfestigung der Situation beinhalten. Um die Motivation der Patienten zu erhalten oder die "Therapiefähigkeit" herzustellen etabliert sich die Profession in den ihr eigendynamischen expansiven Bestrebungen selbst als Sinnquelle (Gildemeister und Robert 1987). Um dieses "Arrangement" nicht zu gefährden, werden alltäglich erprobte Lösungsstrategien von Klienten als inkompetentes Wissen verworfen. Was hier die Psychologie oft an

Lösungen anzubieten vermag, ist die Konstruktion, Selektion oder Elimination einer Realität zu "neuen normalen" Zusammenhängen (Dewe und Otto 1984), womit sie auch die Definition und die Gestalt der vom Klienten erfahrenen und gedeuteten Probleme verändert und damit die Welt der Klienten neu gestaltet, indem sie ihnen vermittelt, wie soziale Situationen zu bewerten und zu gestalten sind. Implizit übernimmt sie damit auch "weiche" Formen von Kontrollaufgaben für die sich in sozialen Systemen entwickelten Normalitätserwartungen (Kardorff und Koenen 1981, Keupp 1978; 1986; Gildemeister 1983, S. 41ff; Olk 1986, S. 182)

Eine weitere Besonderheit und Erschwernis für die Professionalisierung der Psychologie stellt die Partizipation der Psychologie an den Problemen mehrerer Funktionssysteme, die wiederum anderen Berufen suborientiert sind (Stichweh 1992), dar. Die daraus resultierende partielle Orientierung an unterschiedlichen und oft gegensätzlichen Wertuniversalien, die von unterschiedlichen Handlungs- und Aufgabefeldern abhängen, macht es für Psychologen schwierig, ihre Identität zu definieren, zumal sie eine eher ungünstige Verhandlungsposition besitzen. Erschwert wird dies zusätzlich durch eine zunehmende Differenzierung von Handlungsfeldern im Gesundheitswesen, die von Psychologen ein hohes Maß an Kompetenz (Professionalität) und Berufsflexibilität erfordern (Schaeffer 1992). Diese strukturelle und inhaltliche Heterogenität der Aufgabenstruktur der Psychologie erschwert die Professionalisierung der Psychologie. Die Überschneidungsbereiche zu Aufgabengebieten anderer Professionen erfordern, dass die Funktionen und Handlungskompetenzen psychosozialer Professionen immer wieder neu definiert werden müssen, was sich angesichts der Systeme, wo eine solche Regelung und Definition passieren kann, als schwierig gestaltet, da die berufliche Praxis direkt und indirekt durch rechtliche und institutionelle Normen von Institutionen und Organisationen gesteuert wird (Abbott 1988<sup>55</sup>). Strukturell ist auch zu berücksichtigen, dass die Psychologie meist in staatlichen oder privaten Dienstleistungsorganisationen passiert, wobei die berufliche Tätigkeit in Organisationen in einem Widerspruch zu den Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie steht, da die Psychologie in diesem Zusammenhang zusätzlich als soziale Kontrollinstanz und Überbringer impliziter Wertvorstellungen benützt wird (Allisch 1990, S. 155 f) oder sich zur Verfügung stellt.

Zusätzlich scheint es wenig disziplinäres Wissen im Bereich der Klinischen- und insbesondere im Bereich der Gesundheitspsychologie zu geben, mit dem sich die Psychologie als Profession identifizieren kann und das sich auch nicht durch die reflexive und integrierte Anwendung einzelner Wissenssegmente kompensieren läßt. Schorr (1988) sieht das Problem darin, dass sich die anwendungsorientierte Psychologie mehr mit der wissenschaftlichen Psychologie als mit der beruflichen Umsetzung beschäftigt und damit die für die Professionalisierung handlungsrelevanten Aspekte zu kurz treten. Durch die Partizipation an mehreren

---

<sup>55</sup> Nach Abbott (1988) sind dies der legitime Bereich, die Öffentlichkeit und der Arbeitsplatz.

Funktionssystemen hat die Psychologie kaum die Möglichkeit eines ihr zuordenbaren Handelns. Der damit einhergehende Identitätsverlust wird mit der Identifikation mit der wissenschaftlichen Psychologie zu kompensieren versucht, was kaum reflexive Möglichkeiten für praktisches Handeln beinhaltet und sich zu einem für die Professionalisierung ungünstigen "Circulus vitiosus"<sup>56</sup> schließt. Dieses Dilemma ist meiner Ansicht nach vermutlich auch eine Ursache dafür, dass manche Praktiker Ressentiments gegenüber Reflexion und kollegialem Austausch theoretisch-professionsspezifischen Wissens im engeren Sinne und Weiterbildung im weiteren Sinne hegen (Cohen et al. 1986; Morow-Bradly und Elliot 1986 beide zit. n. Bastine 1992, S. 297). Zum einen scheint dieser kollegiale Austausch die metatheoretischen und metakommunikativen der vorwiegend individualisierend ausgebildeten Psychologen zu "überfordern" und in der Konfrontation in Weiterbildungsveranstaltungen damit schlechtes Gewissen zu fördern und/oder als ungeliebtes Kontrollorgan der Profession wahrgenommen zu werden (Dewe 1988). Wegen des oben angesprochenen Dilemmas bevorzugen viele Praktiker ihr "hausgemachtes" ekklektisches Vorgehen bei Beratungen (Methodenpluralismus) (Gerstenmaier und Nestmann 1984) und schaffen sich ihre Identität, indem sie ihre Methode als ihr besonderes Kennzeichen, "ihrer Lebens- und Praxiserfahrung" (Sonntag 1992, S. 16) auffassen. Die Ursache hierfür ist wie oben schon angedeutet das mangelnde Vertrauen in die Relevanz wissenschaftlichen Wissens, das von der Profession als relevantes Wissen transportiert wird.

Eine Besonderheit in der Professionalisierung der Psychologie ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass etwa 90% der Absolventen der Studienrichtung Psychologie und ein noch höherer Teil der im Gesundheitswesen arbeitenden Psychologen Frauen sind<sup>57</sup> (Rommerspacher 1986). Die Professionalisierung der Psychologie folgt der Meinung von Rommerspacher (1986) nach einem ähnlichen Muster wie bei der Sozialisierung von Frauen. Die professionelle Beziehung orientiert sich an der Privatbeziehung als heimliches Ideal, möglichst alle Insignien von Beruflichkeit in der professionellen Beziehung zurücktreten zu lassen. Damit gelingt eine relativ reibungslose Partizipation an mehreren Funktionssystemen, was wiederum Probleme in der Generierung disziplinären Wissens nach sich zieht.

Mit dem Muster der Professionalisierung, das sich insbesondere auf das für Frauen zugeschnittene Berufsfeld der Psychologie konzentriert, werden vornehmlich weibliche Qualifikationen mit einer großen Ähnlichkeit zur Familienarbeit gesucht. Dabei sind weibliche Sozialisierungsmuster (Beck-Gernsheim 1981), wie eine starke Personenorientierung gefragt, deren Ideale sich aus der Privatheit entwickeln (Rommerspacher 1986). Diese Qualifikationen zielen vornehmlich auf eine ehrenamtliche Beruflichkeit ab, wodurch sich dieses Handeln und Wissen kaum in professionsspezifische Bahnen lenken lässt, was zu einem Abbau von Arbeitsstellen oder zu

---

<sup>56</sup> Teufelskreis

<sup>57</sup> "Die Medizin ist männlich, die Psychologie ist weiblich." (pers. Mitteilung eines Arztes)

einem Ausbau oft unspezifischer Stellen- und Aufgabenbeschreibungen<sup>58</sup> führt und damit kein Funktionssystem ergibt.

Im Bereich des Gesundheitswesens verhindert die Vernaturwissenschaftlichung der Medizin eine sozialwissenschaftliche Aufarbeitung psychosozialer Handlungsfelder und behindert damit die Konstitution einer eigenen professionellen psychologischen Identität. Derweil ist die Psychologie nicht ausschließlich nach einer sozialwissenschaftlichen Idee professionalisiert. Viele psychologische Ansätze orientieren sich an technologischen bzw. naturwissenschaftlichen Ideen und Konzepten. Man kann jedoch davon ausgehen, dass eine Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen umso leichter gelingen kann, je technologischer bzw. naturwissenschaftlicher ihre Ausrichtung und Konzeption ist, weil sie zum technologisch orientierten medizinischen Versorgungssystem eine höhere Kompatibilität aufweist und durch ihre technologische Konzeption imstande ist, Interventionen zu forcieren, die die medizinische Profession als beurteilende Instanz erfolgreich zu akzeptieren bereit ist. Es sind nach Ansicht von Forster (1997) eben die "harten", mit von der Medizin anerkannten spektakulären Erfolgen aufwartenden Disziplinen, "die den weichen, hinsichtlich ihrer Erfolge weniger eindeutigen vorgezogen" (S. 191) werden und damit in ihren Professionalisierungsambitionen beeinträchtigt werden. Damit ist für jene Richtungen der Psychologie, die einem mehr sozialwissenschaftlichen Modell folgen, eine Professionalisierung schwieriger zu erreichen, da ihre aus dem sozialwissenschaftlichen Handlungsmodell abgeleiteten Interventionen von der die technologisch-medizinische Versorgung dominierenden ärztlichen Berufsgruppe wenig akzeptiert und als zur konventionell-medizinische Versorgung inkompatibel beurteilt wird. Diesem Handlungsmodell zuzuordnen ist auch die relativ schwer zu spezifizierende psychologische Behandlung, der durch ihre "breiten Behandlungs- und Anwendungsmethoden und durch die Schwierigkeit der Meßbarkeit der Resultate" (Abbott 1988, S. 46) im technologisch orientierten medizinischen Versorgungssystem kaum Beachtung geschenkt wird, sofern sie sich nicht an der technologisch elaborierten Methode der Verhaltenstherapie orientiert (vgl. dazu Lehrbücher der Verhaltensmedizin und Kryspin-Exner (1994)).

Für die Professionalisierungsbemühungen der Psychologie im Krankenhaus kommt zusätzlich hinzu, dass Krankenhäuser als professionelle Organisationen von den beruflichen Vorstellungen und Interessen der ärztlichen Profession dominiert werden (Freidson 1979). Mit Krankenhäusern verfügt die medizinische Profession über ein organisatorisches Dach, unter dem medizinische Forschung, medizinische Ausbildung und medizinische Praxis kurzgeschlossen sind, womit es "der Medizin in historisch einzigartiger Weise gelang, alle Einflußquellen professioneller Subpolitik in wechselseitiger Bekräftigung und Bestärkung zusammenzuschließen" (Beck 1986, S. 338) und andere Berufsgruppen in ein paraprofessionelles Abhängigkeitsverhältnis zur ärztlichen Profession zu drängen. Leistungen im Krankenhaus definieren sich ausschließlich

---

<sup>58</sup> sogenannte McJobs

über die von Ärzten erbrachten Dienstleistungen, was es Psychologen erschwert, eine professionelle Identität im Rahmen der Arbeit im Krankenhaus zu erringen.

Die sich für die Gesundheitspsychologie ergebenden Problemlagen sind darin zu suchen, dass ihr ein mangelnder bzw. fehlender Konsens über Aufgaben, Gegenstand und Art der Problemlösungen im medizinisch dominierten Gesundheitswesen zugrunde liegt und zusätzlich Defizite in der Wissensbasis existieren und dadurch die Handlungspraxis der Gesundheitspsychologie behindert wird (Schaeffer 1994).

Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitswissenschaften, die meist interdisziplinär getragen sind, lassen weiters keine einheitliche Zuweisung zu einer Profession zu. Darüber hinaus ist die Gesundheitspsychologie "keine personenbezogenen Dienstleistung, die das für die Professionalisierung erforderliche korrektive Moment bzw. stellvertretende Lösung bei Problemen" (Schaeffer 1994, S. 120) anbieten kann. Da sich die Gesundheitspsychologie vorwiegend mit gesunden Menschen befaßt, es bei ihr um die Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigungen geht, ist sie durch die schwierige Abgrenzbarkeit der Klientel als Profession schwerer zu etablieren. In der Gesundheitspsychologie passieren Defizitzuschreibungen von Seiten der Profession, sie muß quasi Mangelsituationen und Handlungsinkompetenzen definieren (Schaeffer 1992), bzw. versucht sie bestehende Handlungsvermögen zu optimieren. Sie stellt eher eine unterstützende und begleitende Funktion dar und hat keine wertregulierende Tätigkeit, die sich an sehr umfassenden Wertuniversalien orientiert (Fürnkranz und Untermarzoner 1996). Nach Ansicht von Schaeffer (1994) entspricht dieser Handlungsmechanismus jedoch nicht dem, der eine Professionalität kennzeichnet.

In den Kapiteln 3 und 4 habe ich das Handlungsfeld, aus dem heraus die Professionalisierungsbemühungen der Psychologie erwachsen und allgemeine Überlegungen zur Professionalisierung der Psychologie dargestellt. Diese Entwicklungen sind im wesentlichen dem Entstehen eines neuen Bereichs im medizinischen Versorgungssystem geschuldet, ohne in Österreich bis 1991 mit entsprechenden Rahmenbedingungen versehen worden zu sein. Für die berufstätigen Psychologen hieß das, dass sie bis 1991 Dienstleistungen zur Verfügung stellten, die für die Regulation des gesellschaftlichen Lebens nützlich waren, ohne dabei in dieser Funktion anerkannt und legitimiert gewesen zu sein. Infolge der in Kapitel 3 dargestellten Dynamik und den daraus resultierenden Professionalisierungsvorgängen entwarfen die Berufsverbände Strategien, die die Professionalisierungsbemühungen unterstützen sollten.

Eine Strategie der Professionalisierung ist die Schaffung entsprechender Rechtsgrundlagen, die den Beruf bzw. die berufliche Tätigkeit regeln. Feldstein (1977 zit. n. Döhler 1997, S. 63) zeigte dies in einer seiner Untersuchungen, dass bei allen Gesundheitsberufen eine Nachfrage nach Gesetzen besteht, die auf eine Marktschließung und/oder Marktregulierung abzielen. Die Marktregulierung wird zum einem vom Berufsrecht und zum

anderen von versorgungsorientierten Gesetzen festgelegt, "mit deren Hilfe der sozialversicherungsrechtliche Krankheits- und Leistungsbegriff die erstattungsfähigen medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und anderer Finanzierungsträger definiert und damit der Marktzutritt für die Gesundheitsberufe gesteuert wird" (Döhler 1997, S. 74). Dabei spielt der Staat eine immense Rolle, denn "gänzlich ohne flankierende staatliche Maßnahmen scheint kaum ein Marktschließungs- und Professionalisierungsprozeß abzulaufen" (Döhler 1997, S. 63).

Im folgenden versuche ich darzustellen, inwieweit das PG den Bestrebungen der Berufsgruppe der Psychologen nach Marktöffnung und -schließung Rechnung getragen und die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen unterstützt hat.

## **5 Entstehungsgeschichte und Inhalte des Psychologengesetzes**

### **5.1 Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes**

Dazu möchte ich vorweg jedoch die Entstehungsgeschichte und die Inhalte des PG skizzieren. Dabei versuche ich mich auf jene professionsspezifischen Inhalte zu konzentrieren, die im Zusammenhang mit der Entstehung des PG relevant sein könnten. Ich orientiere mich dabei in der Darstellung an den Initiativen der Berufsvertretung der Psychologen (BÖP)<sup>59</sup> und an jenen Inhalten, die die Auseinandersetzung im Zuge der Entstehungsgeschichte dominierten bzw. von Psychologen vorrangig thematisiert wurden. Versuchen werde ich, Professionalisierungsmerkmale, -voraussetzungen und -folgen herauszuarbeiten, die in diesem Diskurs, insbesondere aufgrund veränderter Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung relevant waren (vgl. Kapitel 4). Ebenso möchte ich ansatzweise die Auswirkungen der gesellschaftlichen Entwicklung und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte berücksichtigen und damit der Frage nachgehen, wie weit psychosoziale Inhalte den gesellschaftlichen Aushandlungsprozeß des PG mitbestimmen.

Weiters versuche ich, die Vorstellungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Form der Berufsvertretung und deren Relevanz für die Professionalisierungsbestrebungen darzustellen, um das

---

<sup>59</sup> Dies aus drei Gründen: (1) Die Entstehungsgeschichte war inhaltlich zum überwiegenden Teil von den Initiativen der Berufsvertretung der Psychologen (BÖP) getragen. (2) Aufgrund der Thematik beschäftige ich mich in erster Linie mit den Auswirkungen des PG auf die Professionalisierung, das heißt mit der Umsetzung ab 1991. (3) habe ich zur Entstehungsgeschichte vorwiegend Material vom BÖP zu Verfügung gestellt erhalten.

Verhalten der Politik als ersten Ansprechpartner unter einer professionsspezifischen Perspektive einzuschätzen. Abschließend werde ich die professionellen Akzente in den letzten Entwürfen zum PG beschreiben und der Frage nachgehen, ob das PG mit Blick auf die Entstehungsgeschichte als ein hinreichendes Mittel für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie eingeschätzt werden kann.

Hinsichtlich der Darstellung gehe ich chronologisch vor.

**Tabelle 5-1: Übersichtstafel über die wichtigsten Schritte des Gesetzgebungsprozesses des PG.**

<b>Jahr</b>	<b>Schritte des Gesetzgebungsprozesses des PG</b>
<b>1956</b>	Mitteilung eines ersten Entwurfes des PG durch den BÖP an das BKA. Inhalte waren die Regelungen zum Schutz der Berufsbezeichnung, der Zulassungsvoraussetzungen für die Berufsausübung und die Verschwiegenheitspflicht. Dieser Entwurf sollte das ganze Spektrum psychologischer Berufsfelder regeln.
<b>1958</b>	Feststellung von Verfassungsjuristen des BKA, dass ein PG wegen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern auf absehbare Zeit nicht zu realisieren sein wird.
<b>1975</b>	Gutachten von Dr. Stadler (1976; 1977) im Auftrag des BÖP über die Rechtsstellung der Psychologen, in dem drei Maßnahmen genannt wurden, die zur legislativen Verankerung führen können: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Titelschutz,</li> <li>2. Regelung der Zulassung zum psychologischen Beruf</li> <li>3. Einrichtung einer gesetzlichen Berufsvertretung für Psychologen analog zu den bereits bestehenden Kammern freier Berufe</li> </ol>
<b>1977</b>	Ausarbeitung und Übergabe eines Entwurfes des BÖP an die damalige Bundesministerin für Wissenschaft und Forschung mit folgenden Maßnahmen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Titelschutz</li> <li>2. Regelung der Zulassung zu psychologischen Berufen</li> <li>3. Einrichtung einer gesetzlichen Berufsvertretung für Psychologen</li> </ol>
<b>1978</b>	Aussendung des Gesetzesentwurfes zur offiziellen Begutachtung, der zusätzlich zum Entwurf 1977 für die psychologische Berufsausübung die Voraussetzung einer dreijährigen Praxis und die Anbindung an eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem Arzt vorsah. Das Therapiemonopol der Ärzte sollte nach dem Entwurf nur von akademisch ausgebildeten Psychologen durchbrochen werden dürfen. Die Berufsinteressenvertretung der Psychologen sollte in Form einer Kammer konstituiert werden.
<b>1981-1982</b>	Dokumentation über den Mißbrauch mit Psychologie im Auftrag vom damaligen Bundeskanzler Kreisky
<b>1984</b>	Übergabe von Entwürfen des BÖP an den damaligen Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz, Dr. Kurt Steyrer, in denen jedoch die Kompetenzlage nicht geklärt war.
<b>1986</b>	Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfes des BÖP, der in ein Kammergesetz umgearbeitet worden war und der die Regelung der Triade Titelschutz/Berufsrecht/Berufsvertretung beinhaltete. Die Realisierung scheiterte an Kompetenzschwierigkeiten zwischen Bund und Ländern.
<b>1989</b>	Aussendung des offiziellen Entwurfes des PG mit folgenden Inhalten: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regelung der postgraduellen (theoretischen und praktischen) Ausbildung als Voraussetzung der selbständigen Berufsausübung</li> <li>2. Regelung einer dreijährigen Berufspraxis für freiberufliche Tätigkeit</li> <li>3. Regelung der Fortbildung</li> <li>4. Institutionalisierung des BÖP als Körperschaft öffentlichen Rechts</li> <li>5. kein Disziplinarrecht der Körperschaft gegenüber ihren Mitgliedern</li> </ol>
<b>1990</b>	Umarbeitungen im Ministerrat (Hofer 1990) und Beschluß des PG am 7. Juni 1990 im Nationalrat.

1955 Am 29. und 30. Oktober 1955 wurde bei der ersten Arbeitstagung des Berufsverbandes der österreichischen Psychologen und Psychologinnen (BÖP) eine möglichst weitgehende inhaltliche Ausarbeitung eines Entwurfs des PG beraten. Damals stand die "Abgrenzung hin zu reklametüchtigem Puschertum" (Hofer<sup>60</sup> 1990, S. 5) im Vordergrund. Nach Ansicht der Psychologen galt es über eine gesetzliche Regelung die Illegalisierung dieser Tätigkeit anzustreben, die letztendlich auf eine soziale Marktschließung abzielte. Diese Bemühungen spiegelten, in ihrer Form vorwiegend über eine Abgrenzung hin zu einer unwissenschaftlichen Form der psychologischen Berufsausübung geführt, den damals fehlenden Konsens über Aufgaben und Gegenstand der Psychologie wider.

Dieser Diskussion lag meines Erachtens keine differenzierte Auseinandersetzung über die damalige berufliche Praxis im psychosozialen Sektor sondern viel mehr eine Definition der eigenen beruflichen Identität über Unformen psychologischer Tätigkeit "außerhalb" der Berufsgruppe<sup>61</sup> zugrunde, die von der Persönlichkeit Prof. Rohrachers<sup>62</sup> geprägt war, der zu den damaligen führenden Vertretern einer experimentellen Psychologie in Europa zählte und der in seinem Lehrbuchklassiker "Einführung in die Psychologie" sich gegen jene Formen einer geisteswissenschaftlich fundierten Psychologie aussprach, die der heutigen Konzeption psychologischer Arbeit im psychosozialen Feld zugrunde liegen.<sup>63</sup> Damit kam es auch zu einer inhaltlichen Einengung psychologischer Arbeit auf naturwissenschaftlich fundierte Leistungsangebote und deren Festschreibung in beruflichen Handlungsfeldern und Verwendungskontexten, die sich überwiegend an jenem, die damalige Psychologie beherrschenden technokratisch-experimentellen Paradigma orientierten.

1956 wurde dem BKA ein erster Entwurf eines PG mitgeteilt. Dieser Entwurf beinhaltete Regelungen zum Schutz der Berufsbezeichnung, der Zulassungsvoraussetzungen für die Berufsausübung, für die Führung einer Liste der anerkannten Psychologen und für die Verschwiegenheitspflicht. Dieser Entwurf hätte auf kein berufliches Monopol für ein bestimmtes Leistungsangebot abgezielt, sondern entsprechend einer berufsrechtlichen Regelung den Berufszugang und die Schaffung der Transparenz der Berufsausübenden angestrebt. Nicht berücksichtigt wurde in diesem Entwurf die Installierung einer Psychologenkammer, wodurch der Entwurf sehr schmal gehalten

---

<sup>60</sup> Prof. Dr. Ernst Hofer ist Ehrenpräsident des BÖP und war in den 70er und 80er Jahren Präsident des BÖP.

<sup>61</sup> der Begriff "Berufsgruppe" ist hier insofern schwierig anzuwenden, da es keine gesetzliche Regelung für die Berufsgruppe der Psychologen gab.

<sup>62</sup> Univ.-Prof. Hubert Rohracher war bis 1972 Vorstand des Instituts für Allgemeine und Experimentelle Psychologie an der Universität Wien.

<sup>63</sup> dies war in den 60er und 70er Jahren vorwiegend der Bereich der humanistischen Psychologie

werden konnte.<sup>64</sup> Damit waren letztendlich jedoch auch die expansiven Bestrebungen der Psychologen nach mehr Autonomie eingeschränkt worden. Anstatt dessen wurde vorgeschlagen, eine Liste von einer "Psychologenkommision" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) führen zu lassen, der auch die Ahndung allfällig disziplinärer Verstöße berufstätiger Psychologen zugedacht gewesen wäre und die der beruflichen Interessensvertretung der Psychologen die Sanktionsgewalt über ihre Mitglieder und die Eigenkontrolle professionellen Handelns vorenthalten hätte. Zu einem Verlust von Machtressourcen wäre es für die Berufsvertretung gekommen, der das flexible und nachdrückliche Handeln im Kampf um Versorgungsterrain eingeschränkt hätte. Ausgespart war in diesem Entwurf auch das Problemfeld der Zusammenarbeit der Psychologen mit den Ärzten als die den Bereich des Gesundheitswesens dominierende Berufsgruppe. Dieser Entwurf, der das ganze Spektrum psychologischer Berufsfelder hätte regeln sollen, scheiterte nach Ansicht Hofers (1990) daran, dass der Bund (es sollte ein bundesweit einheitlich geltendes Recht geschaffen werden) nicht über alle für eine solch umfassende Regelung nötigen Kompetenzen verfügte.

1958 stellten auch Verfassungsjuristen des BKA fest, dass ein PG wegen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern auf absehbare Zeit nicht zu realisieren gewesen wäre. Nach Ansicht eines Interviewpartners hätte man "eine Kompetenzaufsplitterung für psychologische Tätigkeiten zwischen mehreren Ministerien auf Bundesebene und den Ländern mit einen Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern lösen können, um die Kompetenzen für die Regelung psychologischer Tätigkeiten an den Bund zurückzuholen. Dies stellte und stellt sich vor der bestehenden politischen Realität als schwierig dar, da die Länder nichts hergeben, ohne etwas dafür zu bekommen".<sup>65</sup> Es waren also berufsrechtliche Bedürfnisse einer Berufsgruppe ohne versorgungspolitische Konsequenzen, die die Diskussion dominierten und die infolge der Unklarheit über eine kompetenzmäßige Zuordnung auf einer formalrechtlichen Ebene geführt wurden. Damit konnten Psychologen nur schwer institutionelle Anknüpfungspunkte und staatlich anerkannte Handlungsmöglichkeiten finden, die es ihnen ermöglicht hätten, ein entsprechend spezifisches und hochqualifiziertes Leistungsangebot zu entwickeln bzw. ein berufliches Monopol zu erreichen. Trotz dieser formalen Behinderungen folgten informelle Bemühungen und politische Initiativen, die keinen Erfolg brachten (Hofer 1990). Damit konnte auch auf informeller Ebene keine Annäherung an einen versorgungspolitischen und berufsrechtlichen Minimalkonsens gefunden werden.

<sup>64</sup> Der Anteil des "hypertrophen" Kammerrechtes machte im Entwurf von 1985 zwei Drittel des Gesetzestextes aus (Mittenecker 1990).

<sup>65</sup> Interview: Vertreter der ARGE PsychologInnen im ÖGB

Von 1971-1975 wurden Entwürfe auf Länderebene diskutiert und wiederum, aufgrund der kompetenzrechtlichen Probleme sowie wegen der Unmöglichkeit in den Bemühungen um eine berufsrechtliche Regelung, inhaltliche Argumentationslinien zu forcieren, verworfen.

1975 kam es über den Kontakt des BÖP mit einem Verfassungsjuristen zu einer weiteren Initiative. Dieser Verfassungsjurist, Dr. Stadler<sup>66</sup>, arbeitete ein Gutachten über die Rechtsstellung der Psychologen aus, das nicht nur die fehlenden Regelungen festhalten, sondern auch realisierbare Projekte angeben sollte (Schedler<sup>67</sup> 1986). Mit dieser Zusammenarbeit wurde die Diskussion auf eine formalrechtliche Ebene transferiert. Es wurden drei Maßnahmen genannt, die entweder allein oder in Kombination zur legislativen Verankerung vorgeschlagen wurden (Stadler 1976).

Diese Maßnahmen wären gewesen: (1) Titelschutz, (2) Regelung der Zulassung zu psychologischen Berufen, einerseits entweder je einzeln, indem alle gesetzlich bereits vorgesehenen psychologischen Tätigkeiten ausschließlich Personen mit abgeschlossenem Psychologiestudium vorbehalten worden wären, oder andererseits mit einer generellen gesetzlichen Festlegung von Rechten und Pflichten bei der psychologischen Berufsausübung.<sup>68</sup> (3) Einrichtung einer gesetzlichen Berufsvertretung für Psychologen analog zu bereits bestehenden Kammern freier Berufe,<sup>69</sup> mit der eine leichter zu realisierende, nach Bedarfskriterien orientierte Ausrichtung bzw. Umsetzung psychologischer Dienstleistungen erfolgen hätte können.

1976 Die Initiative des BÖP war 1976 mit maßgeblichen Abgeordneten aller im Parlament vertretenen politischen Parteien abgesprochen und es wurde deren Unterstützung zugesagt. Nun versuchte man neben der Suche nach politischen Kontakten mit Nationalratsangehörigen, Interessensgruppierungen zu gewinnen, um einen gesellschaftspolitischen Konsens herzustellen (Hofer 1990), für den psychosoziale und versorgungspolitische Inhalte zum tragenden Inhalt hätten werden sollen. Diese auf einer inhaltlichen Ebene angestrebte Annäherung läßt zum einen auf die Verfahrenheit einer formalrechtlichen Einigung schließen, zum anderen eine grundlegende Bereitschaft erkennen, sich vor dem Hintergrund veränderter Bedürfnislagen mit der psychosozialen Thematik und dem Regelungsbedarf der psychologischen Berufsgruppe auseinanderzusetzen.

---

<sup>66</sup> Dr. Gerhard Stadler ist Verfassungsjurist und Sektionsleiter am Bundesministerium für Verkehr.

<sup>67</sup> Andreas Schedler: ehemaliger Student an den Instituten für Politikwissenschaften und Psychologie an der Universität Wien und Mitarbeiter der GkPP.

<sup>68</sup> Das rechtliche Hauptproblem wäre wohl wieder eines der gesetzgeberischen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern gewesen.

<sup>69</sup> Kompetenzrechtliche Probleme wurden hier nicht erwartet, da der Bund die volle Kompetenz für die Errichtung von Bundeskammern besitzt (Stadler 1976).

1977 wurde infolge dieser Initiative vom BÖP ein neuer Entwurf eines PG ausgearbeitet, der 1977 an Dr. Hertha Firnberg, die damalige Bundesministerin für Wissenschaft und Forschung, überreicht wurde, die jene „Offenheit“ besaß, sich über die in Kapitel 3 skizzierten inhaltlichen Argumentationslinien einer gesetzlichen Regelung des psychologischen Berufs inhaltlich anzunähern.

1978 Im Sommer 1978 wurde ein Gesetzesentwurf zur offiziellen Begutachtung ausgesandt, der zusätzlich zum Entwurf 1977 für die psychologische Berufsausübung in Anlehnung an die ärztliche Turnusausbildung eine dreijährige Praxis voraussetzte und an eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem Arzt gebunden war. Durch diese zeitliche Ausdehnung der praktischen Erfahrung wäre der Mechanismus der Marktschließung aktiviert worden, wie ich ihn in Kapitel 6.1 genauer beschreiben werde. Letztendlich erbrachte die Begutachtung vorwiegend ablehnende Stellungnahmen, die nach Meinung von Hofer (1990, S. 6) "stark polarisiert und teilweise von Unterstellungen beeinflusst waren":

### **1. Mißverständliche und unscharfe Abgrenzung zu anderen Berufen**

Der Vorwurf zielte darauf ab, dass der Entwurf von 1977 jede psychologische Tätigkeit für Psychologen monopolisieren und damit Tätigkeiten anderer Berufsgruppen illegalisieren wollte, die psychologische Erkenntnisse und Methoden als Teil ihrer Arbeit anwenden, wie etwa Pädagogen, Lehrer etc.. Die unspezifische Definition psychologischer Tätigkeiten hätte eine Professionalisierung und ansatzweise Monopolisierung für jene Bereiche begünstigt, die ob ihrer unstrukturierten Aufgabenfelder eine bedarfsrelevante Interpretation erfordern, damit andere Berufsgruppen ausschließen und eine versorgungsspezifische Kolonialisierung erlauben.

Entlang dieser Argumentationslinie befürchtete für den Bereich der Forschung auch die "Österreichische Gesellschaft für Soziologie"<sup>70</sup>, dass mit dem Entwurf im Bereich der Sozialwissenschaften weite Teile der Tätigkeiten exklusiv von Psychologen in Anspruch genommen werden würden,<sup>71</sup> was wiederum Auswirkungen auf die professionstypische Wahrnehmung sozialer Phänomene und deren versorgungsrelevante Schlußfolgerungen gehabt hätte. Wie groß die Ängste waren, läßt sich aus der Befürchtung der Sozialarbeiter ablesen, "hinkünftig keine psychologischen Kenntnisse und Methoden mehr als Teil ihrer Arbeit anwenden zu dürfen" (Schedler 1986, S. 5), obwohl sie im "Begleitschreiben zum Entwurf ausdrücklich von der Geltung des Gesetzes ausgenommen wurden" (ders., S. 5).

### **2. Monopolanspruch für Psychotherapie (neben Ärzten)**

Das Therapiemonopol der Ärzte sollte nach dem Entwurf nur von der Berufsgruppe der Psychologen durchbrochen werden dürfen. Damit wurde

<sup>70</sup> In Stellungnahmen zum Entwurf: Univ. Prof. M. Haller (Universität Graz)

<sup>71</sup> vgl. Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Stellungnahmen zur Begutachtung zum Entwurf 1978. II-1515 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, XV GP, 666/J

den Psychologen zugestanden, über die "Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster" (Schaeffer 1994, S. 111) deren professions- und versorgungsspezifische Vorstellungen in die Gestaltung des psychosozialen Bereichs einzubringen. Dies hätte es den Psychologen ermöglicht, abseits der medizinisch-naturwissenschaftlichen Tradition auf gesellschaftliche Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte sowie deren veränderte Bedürfnislagen im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit einzugehen (vgl. Kapitel 3).

Der Entwurf regelte nur jene psychologischen Tätigkeiten, die durch akademisch ausgebildete Psychologen ausgeübt werden (Schedler 1986). Psychotherapie, psychologische Behandlung und psychologische Beratung wären demnach einzig akademisch ausgebildeten Psychologen zugestanden gewesen, die nachweislich eine dreijährige Berufspraxis, aber keine verpflichtende Spezialausbildung für Psychotherapie erbringen hätten müssen (Schedler 1986). Damit kam es zur impliziten Regelung psychologischer Inhalte und Tätigkeiten über die Absolvierung des Psychologiestudiums, die an sich wenig über explizite Standards von Kompetenzen aussagt. Das Amt der Niederösterreichischen Landesregierung kritisierte die ausschließliche Reduktion psychologischer Tätigkeiten auf die Ausbildung mit der Bemerkung, dass hier anstatt einer Ausbildung eine Anwesenheit verlangt wurde (zit. nach Schedler 1986). Alle anderen Berufsgruppen wären davon ausgeschlossen worden, auch Psychotherapeuten mit einer Spezialausbildung bei einem der psychotherapeutischen Vereine. Dies hätte analog zur damaligen Ausrichtung der österreichischen Psychologie zu einer eher scientistischen, theoretischen und naturwissenschaftlichen Umsetzung psychologischer Inhalte geführt. Diese Bestrebungen der Illegalisierung beruflicher Tätigkeit von Berufsgruppen "benachbarter" Tätigkeitsfelder verhinderten jene für den psychosozialen Sektor wichtige arbeitsteilige Herausbildung neuer Berufe und hätten letztendlich durch den exklusiven Zugang zu einer Klientel und der monopolisierenden Ausdehnung des "Kundenkreises" nur der Sicherung und Ausweitung von Statusinteressen und Dominanz der Psychologen über andere Berufsgruppen und deren Verbesserung des ökonomischen und sozialen Status gedient.

### **3. Konsiliarische Zusammenarbeit von Psychologen und Medizinern**

Dieser Punkt des Entwurfs wurde gemeinsam mit der ÖAK formuliert. Trotzdem kam es zu heftiger Kritik seitens der ÖAK, der Vertreter der medizinischen Fakultäten und des Gesundheitsministeriums, wobei eine deutliche berufliche Überordnung der Ärzte gefordert wurde (Hofer 1990). Diese angestrebte Jurisdiktion hätte der Psychologie kaum Spielraum gegeben, sich im medizinisch dominierten Gesundheitswesen über einen eigenen Kompetenzbereich zu etablieren. Aufgrund der fehlenden Eigenverantwortlichkeit wäre keine funktionelle Autonomie möglich gewesen, die Kontrolle der Versorgung wäre der Medizin zugestanden und nach deren Standards und Behandlungsmodellen erfolgt. Dies hätte die Schaffung eines professionseigenen Leistungsangebotes verunmöglicht, über das ein Bezug zu einer Öffentlichkeit hergestellt werden hätte können.

Das Konzept freiberuflicher, privater Einzelpraxen wurde von der "Österreichischen Gesellschaft für Soziologie" mit der Begründung kritisiert, dass auf die Bedürfnisse der Patienten zu wenig Rücksicht genommen werden könne,<sup>72</sup> womit mit jener in der Medizin vorherrschenden Form beruflicher Praxis auch ihre inadäquate Versorgungsstruktur für veränderte Bedürfnislagen von Subjekten kritisiert wurde. Die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie wären auf die konsiliarische Zusammenarbeit mit der Medizin beschränkt geblieben und hätten es dieser ermöglicht, ihre Defizite im psychosozialen Bereich, durch die Implementierung der Leistungen und Problemlösungsmuster der psychologischen Berufsgruppe zu kompensieren.

#### **4. Kritik an den Zwangsbefugnissen einer Kammer, an der Zwangsmitgliedschaft und dem Disziplinarrecht**

Von der AK sowie von studentischer Seite wurde die Einrichtung einer Psychologenkammer als nicht erforderlich beurteilt, zumal das vorgesehene minderheitenfeindliche Mehrheits- und Persönlichkeitswahlrecht (Schedler 1986) sich nicht mit den "geltenden demokratischen Grundsätzen vereinbaren hätte lassen."<sup>73</sup> Die Forderung nach Einrichtung einer Psychologenkammer wurde damit begründet, "dass wir es hier mit dem standespolitischen Vorstoß einer Psychologenlobby ganz im Sinne der traditionellen "kammeralistischen" Politik der geschlossenen Türen zu tun haben, und dass sich eben diese Politik der gesellschaftlichen Analyse, der öffentlichen Diskussion und der Bedarfsprüfung wieder einmal entziehen wolle (Komitee für Alternativen zum PG (KfAP<sup>74</sup>) 1990, S. 1)." Diese Kritik zielte vordringlich auf die Organisationsform der Berufsvertretung ab und unterstellte ihr, analog zur bedarfsrelevanten Strukturierung psychologischer Leistungen (vgl. Kapitel 3.3), kaum den Bedürfnissen ihrer Mitglieder gerecht zu werden. Nach Ansicht des KfAP wurde in den erläuternden Bemerkungen zum Begutachtungsentwurf nicht auf die Vielfältigkeit der berufspsychologischen Tätigkeiten eingegangen, denen mit einer gesetzlichen Regelung nicht entsprochen hätte werden können. Privat ausbildende Vereine, die im Bereich der Psychotherapie tätig sind, wurden im Entwurf nicht erwähnt, "obwohl sie doch für die Psychotherapie, Gruppendynamik, emotionelles Wachstum und Organisationsentwicklung die alleinigen Ausbildungsträger sind" (KfAP 1981, S. 19) und damit einen wesentlichen Teil der Psy-Ausbildungsaktivitäten abdecken.

Versorgungspolitische Bedenken betrafen die Monopolisierung von Tätigkeiten, „die nicht mehr zeitgemäß und versorgungsrelevant erschien und nach Ansicht des KfAP auch schon damals im Zuge der mehrheitlichen Ablehnung des Entwurfes" (1981, S. 19) als gesonderter Themenbereich eine Auseinandersetzung mit der psycho-sozialen Praxis

<sup>72</sup> vgl. Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Stellungnahmen zur Begutachtung zum Entwurf 1978. II-1515 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, XV GP, 666/J

<sup>73</sup> Stellungnahme der Arbeiterkammer, S. 3

<sup>74</sup> Das Komitee für Alternativen zum PG wurde 1978 anlässlich der Bestrebungen des BÖP, den Beruf des Psychologen gesetzlich zu regeln, von verschiedenen Angehörigen psychosozialer Berufe gegründet und 1990 aufgelöst.

forderte. „Die äußeren Bedingungen dafür waren das enorm angestiegene Interesse der Bevölkerung und der Auszubildenden für psychologische und psychotherapeutische Angebote aller Art und ihre zunehmende Anwendung“ (KfAP 1990, S. 2), was letztendlich als Antwort auf einen - wie im Kapitel 3 dargestellten - Handlungsbedarf verstanden werden kann.

Insgesamt hat es den Anschein, dass der Entwurf von 1978 „zu sehr nach Interessenvertretung roch. Sowohl die gesellschaftliche Notwendigkeit als auch die Sinnhaftigkeit einer solchen Regelung wurden bezweifelt“ (Schedler 1986, S. 7). Dieser Kritik hielt der BÖP entgegen, dass es hinsichtlich einer Kammerregelung fehlende akzeptable Alternativen (PiÖ 1985) für eine im Kampf um Versorgungsterrain effiziente Berufsvertretung gab.

1980 wurde von der Parlamentsfraktion der Freiheitlichen Partei eine schriftliche parlamentarische Anfrage an den damaligen Bundeskanzler Bruno Kreisky gerichtet, „was mit dem PG los sei“, die von Kreisky mit dem Hinweis auf die Schwierigkeit und Komplexität der zu regelnden psychosozialen Materie beantwortet wurde (Schedler 1986, S. 8). Kreisky wick damit auf jene inhaltliche Argumentationslinie aus, wie ich sie ansatzweise in Kapitel 3 beschrieben habe. Dass Kreisky sich angesichts der Komplexität der Materie im Spannungsfeld zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen nicht näher mit ihr auseinandersetzen wollte, spiegelt meiner Ansicht nach dessen politische Angst wider, dass die gesetzliche Regelung des Psychologenberufs seinen versorgungspolitischen Vorstellungen nicht gerecht geworden wäre (Berger et al. 1978, zit. n. Talos und Wörister, S. 76).

1981 griff Kreisky dennoch die Thematik auf, sah jedoch vorerst die Notwendigkeit des Schutzes der mit psychologischen Methoden betreuten Menschen und beauftragte den BÖP mit einer Dokumentation über den Mißbrauch von Psychologie, um zu entscheiden, ob „zur Vermeidung solcher Mißstände rechtliche Bestimmungen tatsächlich notwendig und zweckmäßig“<sup>75</sup> seien (PiÖ 1985). Diese Aufforderung zielte meiner Ansicht nach auch darauf ab, dass sich die Psychologen von Unformen psychologischer Berufsausübung distanzieren sollten, um damit wie schon 1955 inhaltliche Standards des psychologischen Berufes festzulegen. Kreisky spielte den Ball dem Ministerrat zu, der mit ihm grundsätzlich übereinstimmte, dass mit einem PG Mißbräuchen, wie unsachgemäßer Anwendung psychologischen Wissens bzw. Vortäuschung professioneller Qualität vorgebeugt werden könnte.<sup>76</sup> Der Abgrenzungsfrage zu den Ärzten, die in diesem Zusammenhang ebenso thematisiert wurde, begegnete Kreisky mit einem

<sup>75</sup> Mißbräuche von Psychologie sind allerdings sehr schwierig darzustellen und zu beweisen. Psychologische Betreuung erfolgt in sehr komplexen lebensgeschichtlichen und sozialen Problemlagen, die einfache Kausalattributionen nicht zulassen (Gruber 1994).

<sup>76</sup> vgl. den damaligen Bundeskanzler B. Kreisky in einer Beantwortung der parlamentarischen Anfrage betreffend PG, 2.9. 1980, II-1515 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, XV GP, 666/J.

gewissen Zynismus, indem er den BÖP aufforderte, eine einvernehmliche Lösung mit der ÖAK bezüglich konsiliarischer Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen zu suchen und eine neuerliche Abgrenzung des psychologischen Berufsfeldes zu unternehmen (Kreisky zit. n. Schedler 1986, S. 7). Der BÖP ließ sich auf die Dokumentation ein und sah in der Mißbrauchsdocumentation die Möglichkeit, die Notwendigkeit eines PG (PiÖ 1985, S 85f) zu betonen.

Meiner Einschätzung nach war dieses Vorhaben, ein Leistungsangebot über Uniformen psychologischer Tätigkeit zu definieren insofern problematisch, als sich damit kein klarer gesellschaftspolitischer Auftrag an die Psychologen skizzieren ließ. Es hätte vielmehr klar umrissener Aufgaben bedurft, die die Psychologie für ihre Etablierung als gesellschaftliche Institution benötigt hätte.

1982 Die 1982 vom BÖP dem BKA vorgelegte Dokumentation zum "Mißbrauch von Psychologie" zeigte, dass es wie zu erwarten sehr schwierig war, Mißbräuche von Psychologie darzustellen und zu beweisen. Der BÖP subsumierte Mißbrauch von Psychologie unter folgenden zwei Fällen: "Erstens Scharlatanerie - ein wirkungsloses "unwissenschaftliches" Verfahren wird als "psychologisches" verkauft und zweitens Vortäuschung psychologischer Fachwissens: "wissenschaftliche" psychologische Verfahren werden unsachgemäß und mißbräuchlich angewandt" (Schedler 1986, S. 2).

Dem BÖP war es mit diese inhaltlichen Skizzierung nicht gelungen, die Diskussion auf eine versorgungspolitische Ebene zu transferieren, die Defizite im psychosozialen Sektor herausgearbeitet hätte. Die infolge dieses Mangels schwer zu argumentierende Dokumentation wurde vom BKA akzeptiert, infolge der Nationalratswahlen 1982 jedoch nicht mehr weiter bearbeitet (Hofer<sup>77</sup> zit. n. Schedler 1986, S. 7).

Trotzdem kam es mit der Dokumentation zu einer Aufnahme professionsspezifischer Inhalte in die Diskussion, da durch die Abgrenzung zur Scharlatanerie auf die Relevanz wissenschaftlicher Verfahren eingegangen worden war. Professionelles psychologisches Handeln wäre demnach ein spezifisches, hochqualifiziertes Leistungsangebot, das im Gegensatz zur Scharlatanerie durch universitäre Forschung produziert wird, und dessen sachgemäße Anwendung eine besondere Form der Beziehung zur Klientel ermöglicht.

1984 wurden vom BÖP Entwürfe an den damaligen Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz, dem Internisten Dr. Kurt Steyrer, übergeben, in denen die formalrechtliche Kompetenzlage noch immer nicht geklärt war (Schedler 1986), was ich als Hinweis auf Defizite beim Aushandlungsprozeß werte.

1986 erstellte der BÖP wiederum einen neuen Gesetzesentwurf, "der alle akzeptablen Einwendungen des Begutachtungsverfahrens

---

<sup>77</sup> Interview im Herbst 1985

von 1978 beinhaltetete" (Hofer 1990, S. 3).

Dieser Entwurf bemühte sich grundsätzlich um die Regelung der Triade Titelschutz/Berufsrecht/Berufsvertretung. Demnach ging es darum, die Verwendung der Berufsbezeichnung "Psychologe" zu schützen, die psychologische Berufstätigkeit insgesamt den Psychologen vorzubehalten und eine Psychologenkammer einzurichten, welche die Einhaltung dieser Regelungen kontrollieren sollte und die im wesentlichen zu den übrigen Kammern der freien Berufe konstituiert werden sollte. Nach Ansicht des BÖP wäre der Bund für die Einrichtung einer bundesweiten Psychologenkammer kompetent gewesen, und wobei das Berufsrecht quasi angehängt worden wäre, womit dem BÖP als Berufsvertretung ein erhebliches Machtinstrumentarium zur Verfügung gestellt worden wäre, mit dessen berufspolitischer Umsetzungskraft er im ständigen Kampf um Zuständigkeitsbereiche effizienter hätte sein können.

Aus Sicht des BÖP waren wesentliche Änderungen im Vergleich zum Entwurf von 1978 die bessere Abgrenzung zu verwandten Berufen, die postgraduelle Berufspraxis unter Aufsicht und Leitung eines praxiserfahrenen Psychologen bei therapeutischer Tätigkeit und die Herausnahme nichtärztlicher und nichtpsychologischer Psychotherapie aus dem Gesetzesentwurf. Damit wäre eine inhaltliche Abgrenzung zu anderen Berufen, eine Ausbildung durch Mitglieder der Profession, die die Vermittlung von professionsinternen Inhalten ermöglichen sollte und eine Abgrenzung zu therapeutischen Elementen, die auf eine Marktausschließung der Psychotherapeuten abzielte, erreicht worden.

Die Berufsbezeichnung sollte fortan an den Abschluß des Studiums der Psychologie an einer österreichischen Hochschule, die österreichische Staatsbürgerschaft, die Vertrauenswürdigkeit und die Eintragung in eine Psychologenliste, die die Psychologenkammer verwalten hätte sollen, gebunden sein. Diese nationale Ausrichtung hatte vermutlich ihre Ursache in einer nationalen Schließung, die einen Abstand von Regelungen und gesetzlichen Wirklichkeiten anderer Länder ermöglichen sollte. Hier ist insbesondere auf die damalige (verfahrens) Diskussion in der BRD zu verweisen, die eine gesetzliche Regelung des psychologischen Berufs bis heute nicht möglich machte (Schwaz 1987, BDP 1989; Baumann 1992).<sup>78</sup> Professionspolitisch wäre diese Schließung jedoch fragwürdig gewesen, da damit andere inhaltliche Aspekte dieser Regelungen nicht berücksichtigt worden wären.

Ein damals wesentlicher Punkt war die Bestimmung des Begriffs "psychologische Tätigkeit", die nach Meinung des BÖP eine bestimmte Qualifikation voraussetzt, welche nur durch das Hauptfachstudium<sup>79</sup> Psychologie erreicht werden konnte. Kollisionen wurden mit Ärzten und Lebens- und Sozialberatern erwartet, wobei die ÖAK den Wunsch äußerte, dass die Tätigkeit von Ärzten durch diese Begriffsbestimmung nicht eingeschränkt werden dürfte und sich die Handelskammer als Vertreter von "psychologischen Beratern" generell gegen dieses

<sup>78</sup> in der BRD bedürfen heilkundlich eigenverantwortlich und selbständige Psychologen für ihre Tätigkeit die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (vgl. Baumann 1992).

<sup>79</sup> Das Studium Psychologie war kombinationspflichtig. Es bestand die Möglichkeit, Psychologie als Hauptfach oder als Nebenfach zu studieren.

Einschränkungskriterium wehrte.<sup>80</sup> Der BÖP argumentierte, dass sonst auch andere Berufsgruppen Psychologie anwenden können sollten. "Psychologische Tätigkeit im engeren Sinne" kann und sollte nach Ansicht des BÖP nur von Psychologen durchgeführt werden (PiÖ 4-5, 1986, S. 3), was eine inhaltliche Spezifizierung offen ließ und eine tätigkeitsspezifische Kolonialisierung von Klienten ermöglicht hätte. In diesem Zusammenhang interessant ist die im Entwurf 1986 § 5 (1) angeführte Definition des psychologischen Berufsfeldes: "Der Beruf des Psychologen umfaßt alle Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Verhaltens und Erlebens von Menschen stehen, soweit bei diesen Tätigkeiten Erkenntnisse und Methoden der wissenschaftlichen Psychologie unmittelbar angewendet werden und diese Anwendung direkte Folgen für die betroffene, untersuchte, betreute oder behandelte Person haben kann." Diese sehr umfassende Regelung des Berufsfeldes und Kompetenzbereiches hätte als breite Basis für die um Strategien und Aktivitäten zur Selbstorganisation und die im Kampf um Zuständigkeitsbereiche bemühten Psychologen dienen können (Dewe und Otto 1996).

Schedler (1986) strich für die Definition des psychologischen Berufs "die Begriffe unmittelbar und direkt" als entscheidend heraus. Die unmittelbare Anwendung ist demnach die berufsmäßige und ausschließliche, die mittelbare Anwendung die nicht berufsmäßig im Alltag oder als Hilfswissenschaft in anderen Berufen verwendete Anwendung, etwa die der Sozialarbeiter, Bewährungshelfer und Familienhelfer, wobei diese Berufsgruppen ausdrücklich von der Geltung des Gesetzes ausgenommen worden sind" (S. 11). Die Unmittelbarkeit und Direktheit der beruflichen Ausübung hätten es Psychologen ermöglicht, durch die direkte Einflußnahme auf Klienten in der Arbeit gezielte professionspezifische Akzente zu setzen, die von einer Gesellschaft implizit erwartete Funktion sozialer Kontrolle, mitzutragen. Zugänglich sollte eine solche einflußreiche Tätigkeit nur durch eine besondere Ausbildung möglich sein. Neben dem Titel Psychologe sollte auch eine zweijährige Berufsausübung unter Aufsicht eines selbständigen zum eigenverantwortlichen Handeln befähigten Psychologen gemacht werden. Eine freiberufliche Tätigkeit sollte an den Nachweis einer mindestens dreijährigen Berufsausübung als selbständig tätiger Psychologe gekoppelt werden. Durch diese lange Ausbildung wäre zum einen die Qualität psychologischer Leistungen erhöht worden, andererseits hätte dies jedoch auch eine professionsinterne soziale Schließung bewirkt (Rüschmeyer 1980).

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten war so geregelt, dass bei Vorliegen einer der psychischen Störung zugrundeliegenden organischen Krankheit der Arzt konsultiert werden hätte müssen, was einerseits, da dadurch ein Teil beruflich-psychologische Tätigkeit an die ausschließliche Zusammenarbeit mit Ärzten gebunden worden wäre, die Freiberuflichkeit als Idealfall professioneller Tätigkeit behindert und andererseits den Psychologen eine aktiv-gestaltende Möglichkeit in der Verberuflichung psychologischer Hilfe eröffnet hätte.

---

<sup>80</sup> vgl. zur Diskussion der Berufsabgrenzung zu den Lebens- und Sozialberater (PiÖ 4, 1988 und PiÖ 4-5, 1987).

Diese Konsultation von Ärzten hätte den Psychologen auch eine Definitions- und Steuerungsmacht (Parsons) ermöglicht, indem sie den Kontakt zu Ärzten bestimmt hätten bzw. dadurch an der medizinischen Behandlung teilnehmen hätten können.

Wiederum waren es Kompetenzschwierigkeiten zwischen Bund und Ländern ("letztlich mangels ausreichender verfassungsrechtlicher Absicherung" (BKA/Sektion VI-Volksgesundheit 1989, S. 9), die die Realisierung eines PG scheitern ließen.

1987 wurde der politische Wille zusehends manifester und es folgte eine politische Unterstützung der Aktivitäten des BÖP (Hofer 1990).<sup>81</sup> Dieser, vermutlich auch aufgrund persönlicher Umstände auf Seiten der politisch Verantwortlichen bewirkte Bewußtwerdungsprozeß - die Frau des damaligen (neuen) Bundesministers für Gesundheit, Ing. Harald Ettl ist von Beruf Psychologin - ermöglichte es, im politischen Aushandlungsprozeß inhaltliche Aspekte in den Vordergrund treten zu lassen.

Vorerst war es der Wunsch Ettls und der damaligen Vorsitzenden des parlamentarischen Gesundheitsausschusses und jetzigen Gesundheitsministerin, Eleonore Hostasch, vorerst nur das PG, das einfacher durchbringbar schien, auszusenden und damit das PG und das PthG getrennt zu regeln. Erst im Anschluß an einen Beschluß des PG wollte Ettl das PthG ins Parlament bringen.

Obwohl es sich gesellschaftsdynamisch gesehen inhaltlich um eine "Zwillingsmaterie handelte, die nur gemeinsam betrachtet geregelt werden kann"<sup>82</sup> schien sich Ettl den damaligen berufspolitischen Bemühungen der Psychologen zu fügen (vgl. Baumann als einer der führenden Proponenten der universitären Psychologie im Vorfeld der PG-Diskussion), die Psychotherapie als Subdisziplin der Klinischen Psychologie Wundtscher<sup>83</sup> Auffassung, wie sie vor allem an den deutschen Universitäten vermittelt wird, zu etablieren. Damit beugte sie sich der restriktiven Geisteshaltung der deutschen Psychologievereinigung, die die Psychotherapie immer abgewertet hat.<sup>84</sup> Damit wäre der Psychotherapie als therapeutische Psychologie, die sich außerhalb der Universitäten entwickelt hat, nicht entsprochen worden. In Ansätzen läßt sich hier ein Vergleich im Zusammenhang mit dem Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution herstellen. Die wissenschaftliche Psychologie, der es nicht gelungen war, entsprechende Verwendungskontexte zu skizzieren, unterliegt der inhaltlich weniger elaborierten anwendungsorientierten Psychologie (vgl. Kapitel 3.1).

In der Folge wurden mit dem PthG die Bedürfnisse psychosozial Berufstätiger, wie Ehe- und Familienberater, Sozialarbeiter und

<sup>81</sup> Damals unterstützten insbesondere Hochschulprofessoren der Studienrichtung Psychologie die Bestrebungen des BÖP.

<sup>82</sup> Interview: ARGE PsychologInnen im ÖGB

<sup>83</sup> Wundt, Wilhelm (gestorben 1920) ist der Begründer der modernen Psychologie. Er hat eine experimentelle Psychologie nach naturwissenschaftlichen Modellen aufgebaut.

<sup>84</sup> Interview: ARGE PsychologInnen im ÖGB

Pädagogen, die durch den alleinigen Beschluß des PG keine Zugangsberechtigung mehr zur Psychotherapie gehabt hätten, geregelt. Damit wurde das PthG zur legislativen Restkategorie für jene Berufe, die im Zuge der Diskussion an den Gesetzgeber einen Anspruch nach Marktöffnung für Psychotherapie monierten. Gleichzeitig hofften die Psychologen, die Psychotherapie mit ihrer Reduktion auf einen paraprofessionellen Status in eine Abhängigkeit zur universitären Psychologie zwingen zu können (vgl. Diskussion Baumann: die Psychotherapie sei eine Subdisziplin der Klinischen Psychologie).

1989 kam es nach mehreren Umarbeitungen zur Aussendung des offiziellen Entwurfes des PG, "der inhaltlich einen Kompromiß zwischen BÖP-Forderungen und anderslautenden politischen Vorgaben darstellte" (Hofer 1990, S. 6).

Der am 30. Mai 1989 ausgesandte Begutachtungsentwurf wurde insbesondere von der Ausbildungsregelung dominiert. Demnach war für eine selbständige Berufsausübung eine einjährige postgraduelle (theoretische und praktische) Ausbildung erforderlich. Die Freiberuflichkeit der Psychologen, Idealform professioneller Tätigkeit und die ihr zugrunde liegende Eigenverantwortlichkeit wurden in diesem Entwurf besonders behandelt und über eine Verlängerung der Ausbildung zu erreichen versucht.

Für die Erlaubnis zur freiberuflichen Tätigkeit sollte noch zusätzlich eine dreijährige Berufspraxis sowie die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung für alle Psychologen, als Nachweis zur Berechtigung der Berufsausübung gekoppelt werden.<sup>85</sup> Das Ausmaß dieser Fortbildung<sup>86</sup> wäre für Personen mit klinischpsychologischer und diagnostischer Tätigkeit umfangreicher gewesen als für Personen, deren Tätigkeit sich nicht unmittelbar auf Einzelpersonen bezieht (z.B. Arbeits- und Organisationspsychologen). Diese wiederum auf die Unmittelbarkeit abzielende psychologische Tätigkeit wurde damit höher eingestuft, da mit ihr ein Zugang zur Klientel in besonderer Weise ermöglicht wird.

Die Fortbildung hätte dabei vom kammerähnlich organisierten BÖP organisiert und durchgeführt werden sollen, womit die inhaltliche Ausrichtung vermutlich vorwiegend berufs- und bedarfspolitischen Notwendigkeiten entsprochen hätte, und der Berufsverband eine

---

<sup>85</sup> Probleme mit der postpromotionellen Ausbildung hatte der BÖP seinerzeit vorausgesehen und auf Engpässe in der praktischen Ausbildung wie bei der Turnusausbildung der Ärzte hingewiesen (PiÖ, 1-2,1989). Auch der damalige Bundesminister für Gesundheit, Dr. Harald Ettl, sah diese Engpässe voraus und verlangte einen integrativen Einbau des Erfahrungswissens in das Studium (PiÖ, 3, 1989). Es wurde jedoch von anderen Begutachtern auf die postgraduierte Ausbildung unter entsprechender Anleitung im Interesse der Klienten beharrt. Ein Ausbildungsengpaß wie bei den Medizinern könne nicht entstehen (PiÖ, 3, 1989).

<sup>86</sup> Die Fortbildung sollte für die ersten drei Jahre eine theoretische Ausbildung von 240 Stunden und einer Supervision von 80 Stunden berufsbegleitend beinhalten. Die postgraduierte Ausbildung wurde damals vom BÖP wegen der hohen finanziellen Belastung für die jungen Kollegen abgelehnt. Die Verpflichtung zur Fortbildung wurde nicht abgelehnt, doch sollte sie in anderer Form ins Gesetz integriert werden (PiÖ, 3, 1989).

besondere Beziehung zu den Mitgliedern aufbauen hätte können, die auch ein wesentliches Moment sozialer Kontrolle in sich trägt. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Berufsvertretung kein Disziplinarrecht gegenüber ihren Mitgliedern mehr gegeben war. Anstatt der im Entwurf von 1985 noch vorgesehenen disziplinarrechtlichen Möglichkeit eines Ausschlusses von der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren wurde im Entwurf von 1989 bei der Übertretung des Titelschutzes und bei Nichteinhaltung der festgelegten Berufspflichten Geldstrafen von bis zu öS 50.000 vorgesehen.

Im folgenden möchte ich die Reaktionen auf die Stellungnahmen genauer darstellen, die sich im wesentlichen auf folgende Hauptpunkte des Diskurses bzw. auf die Einwände des Begutachtungsentwurfs vom 19. Mai 1989 beziehen.

### **1. Reaktionen betreffend die Aspekte beruflich psychologischer Tätigkeit**

Hierzu zählen die Stellungnahmen zur Begriffsbestimmung psychologischer Tätigkeit, zur Definition der psychologischen Behandlung, zu Einwänden und Vorschlägen zur Zusammenarbeit mit Psychologen, zur Eigenverantwortlichkeit psychologischer Tätigkeit und zum gesellschaftlichen Stellenwert, der Form der Berufsvertretung und der Kammerregelung.

Die Psychotherapieverbände sowie für die Einrichtungen auf Bundesebene das Bundesministerium für Jugend äußerten, wohl aufgrund gegensätzlicher berufs- und versorgungspolitischer Überlegungen, Bedenken gegen die ausgedehnte Begriffsbestimmung psychologischer Tätigkeiten im Entwurf. Außerdem kritisierte sie die Ungenauigkeit der Definition psychologischer Behandlung, die sich mit zahllosen anderen Bereichen (Psychiatrie, Psychotherapie, Pädagogik, Sozialarbeit,...) überschneiden hätte. Eine solche Begriffsbestimmung hätte zu einer "unangemessenen" Ausdehnung des Kundenkreises beigetragen. Letztendlich hätte diese inhaltlich inflationäre Bestimmung psychologischer Tätigkeiten zu einer Unterwanderung psychotherapeutischer Methoden geführt. Damit hätte es zu einer krassen psychosozialen Fehlversorgung durch psychotherapeutisch nicht adäquat ausgebildete Psychologen kommen können.<sup>87</sup> Den aus der inflationären Begriffsbestimmung psychologischer Tätigkeit abgeleiteten Monopolanspruch der Psychologen auf die psychosoziale Versorgung kritisierten insbesondere universitäre Einrichtungen,<sup>88</sup> da damit ihrer Ansicht nach gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte ausschließlich im Kontext der (nicht versorgungsadäquaten (Strotzka 1986)) universitären Psychologie begegnet werden hätte können.

<sup>87</sup> ÖBVP, Bundesministerium für Jugend

<sup>88</sup> Stuko Pädagogik, das Institut für Sozialpädagogik und das Institut für Psychologie der Universität Klagenfurt

Nach Ansicht benachbarter Berufsverbände wäre es weiters zur Vereinnahmung nahezu der gesamten Sozialwissenschaften gekommen,<sup>89</sup> ein Argument, dass sich trotz der Unhaltbarkeit nicht entkräften ließ und das die standespolitische Verfahrenheit der Diskussionen aufzeigt.

Der Ärztestand wollte für die Zusammenarbeit mit Psychologen weiterhin am Delegationsprinzip festhalten, da ihrer Meinung nach Psychologen wegen der Nichtkenntnis der medizinischen Thematik nicht kompetent genug sind,<sup>90</sup> psychische Störungen aufgrund organischer Krankheiten zu erkennen. Dies wiederum hätte eine Reduktion psychologischer Inhalte auf naturwissenschaftliche Zusammenhänge in der herkömmlichen Medizin bewirkt und wäre hinsichtlich der Zusammenarbeit von den Psychologen mit der freien Beruflichkeit als nicht vereinbar gewertet worden,<sup>91</sup> da dies, wie oben schon angeführt eine Einschränkung der funktionellen und organisatorischen Autonomie und der Eigenverantwortlichkeit nach sich gezogen hätte und, psychologische Leistungsangebote von Ärzten abhängig gewesen wären.

Die angestrebte Berufsvertretung in Form einer Kammer sollte nach Ansicht der Bundesverwaltung und der Sozialpartner dazu dienen, engste berufsständische Interessen durchzusetzen und den freien Wettbewerb zwischen verwandten Disziplinen im Sinne des Entwurfs zugunsten der "Psychologen" zu beschränken.<sup>92</sup> In diesem Zusammenhang kritisierte die GkPP auch die vom BÖP angestrebte kammerähnliche Lösung, deren zentralistische Strukturen, deren fehlende repräsentativ-demokratische Mitbestimmungsmöglichkeiten und die sich vorwiegend an Bedarfsstrukturen der Psychologen orientierende Versorgungspraxis.

Die universitären Einrichtungen wiesen darauf hin, das der Entwurf in erster Linie Belange der Klinischen Psychologie berücksichtigte<sup>93</sup> und damit der Gesundheitspsychologie zu wenig Rechnung getragen wurde. Damit hatte sich der versorgungspolitische Aushandlungsprozeß in erster Linie auf die naturwissenschaftlich orientierte Klinische Psychologie konzentriert, womit an tradierte Ansätze angeknüpft worden wäre, die in Anlehnung an die Psychotherapie für Professionalisierungsbestrebungen erfolgreich zu sein versprochen.

**2. Reaktionen betreffend die Aus- und Weiterbildung,** die sich insbesondere auf die universitäre Ausbildung und postgraduelle Weiterbildung beziehen.

Die Regelung der postgraduellen Weiterbildung war im Entwurf 1989 der wesentlichste Punkt. Von allen Seiten wurde auf eine ausreichend lange Dauer der postgraduellen Weiterbildung von drei Jahren gedrängt, um die Qualität psychologischer Ausbildung und einen ausreichenden Konsumentenschutz gewährleisten zu können, Einkommen und Ansehen

---

<sup>89</sup> Lehranstalt für Ehe- und Familienberater

<sup>90</sup> Kommission der Gesellschaft der Österreichischen Nervenärzte und Psychiater

<sup>91</sup> BÖP

<sup>92</sup> Bundesministeriums für Jugend (Stellungnahmen zum Entwurf 1989, S. 6).  
Gewerkschaft der Privatangestellten

<sup>93</sup> Institut für Psychologie a. d. Universität Innsbruck

des Berufs anzuheben (Freidson 1979; 1975) und damit auch eine interne und externe Marktschließung zu erreichen (Döhler 1997).

Von Seiten der Berufsverbände wurde darauf hingewiesen, dass es aufgrund der Ausbildungsbestimmungen zu Engpässen in der Ausbildung kommen könne.<sup>94</sup> Das Bundesministerium für Inneres schlug vor, das dadurch zu lösen, indem die Trägerschaft der Ausbildung von öffentlichen Einrichtungen, wie der Verwaltungsakademie des Bundes, getragen worden wäre.<sup>95</sup> Damit wäre jedoch den Berufsverbänden eine wichtige Sozialisationsfunktion abhanden gekommen. Die Gewerkschaft<sup>96</sup> kritisierte insbesondere die Ausbildungsmacht des BÖP und die damit entstandene alleinige Sozialisationsmacht.

Die universitären Einrichtungen bemängelten auch die inhaltlich zu ungenau spezifizierte Ausführung der postgraduellen Weiterbildung und damit die implizite Abwertung des Diplomstudiums.<sup>97</sup>

Vom Bundesministerium für Jugend wurde die universitäre Ausbildung als alleinige Eingangsvoraussetzung für die postgraduelle Weiterbildung ungünstig bewertet, da über die universitäre Ausbildung ein exklusiver Zugang zum Beruf manifestiert worden wäre. Insbesondere die inhaltliche Ausrichtung der universitären Ausbildung wurde mit dem Argument kritisiert, diese sei zu naturwissenschaftlich orientiert und entspreche damit nicht den Zielsetzungen einer psychosozialen Versorgung.<sup>98</sup>

### **3. Reaktionen betreffend die Aspekte der psychosozialen Versorgung**

Hier wurden insbesondere die mangelnde Verankerung der beruflichen Interdisziplinarität sowie Defizite in der psychosozialen Versorgung angesprochen.

Die Berufsverbände kritisierten die mangelnde Verankerung der Interdisziplinarität in der Gesetzesvorlage mit dem Argument, dass „die in Österreich ohnehin nicht substantiell gewährleistete psychosoziale Versorgung nicht durch ein PG beschränkt werden darf“.<sup>99</sup> Das PG hätte demnach nicht die Lücken in der psychosozialen Versorgung geschlossen, sondern einer Berufsgruppe das Monopol für psychosoziale Arbeit gegeben und sich gegen eine bereits bestehende Praxis im psychosozialen Feld gerichtet, die von beratenden Diensten und Personengruppen getragen werden, die durch den Entwurf nicht mehr tätig sein hätten dürfen, was einen Zusammenbruch des Beratungssystem nach sich ziehen hätte können. Damit gelang es diesen Berufsgruppen, eine Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit zu propagieren und der Öffentlichkeit ihre spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebote näher zu bringen, um sie im Kampf um Zuständigkeitsansprüche zu

<sup>94</sup> GkPP (Stellungnahmen zum Entwurf 1989, S. 12).

<sup>95</sup> Bundesministerium für Inneres Stellungnahmen zum Entwurf 1989, S. 12

<sup>96</sup> Gewerkschaft der Privatangestellten Stellungnahmen zum Entwurf 1989, S. 2

<sup>97</sup> Studienrichtungsververtretung Pädagogik a. d. Universität Wien Stellungnahmen zum Entwurf 1989, S. 3

<sup>98</sup> Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)

<sup>99</sup> Sektion Klinische Psychologie des BÖP

unterstützen. Die von anderen Berufsgruppen schwerpunktmäßig abgedeckten Aufgaben wie Behindertenarbeit, Erziehungsberatung, Drogenarbeit etc. wären durch die im PG geregelten Tätigkeitsbereiche vernachlässigt worden und hätten jene gesellschaftlichen Strukturveränderungen und veränderten Problemlagen ausgespart, wie ich sie in Kapitel 3.1 und 3.2 skizziert habe. Der Gesetzesentwurf berücksichtigte nach Ansicht des Bundesministeriums für Jugend vorrangig die Interessen der Absolventen der Studienrichtung Psychologie und nicht die psychosoziale Versorgung der österreichischen Bevölkerung, womit sich eine nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Psychologen ausgerichtete Versorgung etablieren hätte können.

Der BÖP faßte die Stellungnahmen zum ersten Begutachtungsverfahren des PG-Entwurfes von Mai 1989 in vier Gruppen zusammen (PiÖ, 4, 1989).

1. positive Stellungnahmen inklusive konstruktive Vorschläge
2. Stellungnahmen, die wesentliche Einwendungen enthielten (Fehlen einer gleichzeitigen Psychotherapieregulierung, Forderung eines Delegationsverfahrens, Ablehnung der Berechtigung psychologischer Behandlung)
3. Stellungnahmen mit gravierenden Änderungen (Änderung der Berufsbeschreibung, Kritik an der Psychologenausbildung)
4. Stellungnahmen, die den Entwurf ablehnten (Psychotherapieregulierung ohne PG, Angst vor Berufsverbot bzw. Eingriffen in die Berufsausübung anderer Berufe)

Zum Entwurf von 1989 hatte auch das KfAP, das bezüglich der Organisation der psychosozialen Versorgung politische Ziele wie Abbau der Hierarchien, Demokratisierung der Lebenswelten, bedürfnisgerechter Einsatz professioneller Ressourcen und Mitbestimmung der Betroffenen verfolgte, in einer eigenen Publikationsreihe Stellung bezogen. Es trat ursprünglich gegen eine gesetzliche Regelung psychologischer Tätigkeiten ein, da ansonsten ihrer Meinung nach die psychosoziale Versorgung in einer an den Bedürfnissen einer Profession orientierten Form festgeschrieben worden wäre und ihrer Ansicht nach nur ein sehr spezifischer Bedarf nach einer einheitlichen gesetzlichen Regelung psychologischer Tätigkeitsfelder bestand. "Aus unserer politisch motivierten Forderung, dass die gesellschaftlich nutzbringende Anwendung der Psychologie in erster Linie mit allgemeinen Mitteln zu fördern und zu schützen und dass dann erst mit sparsamen Mitteln gesetzlich in die Freiheit der Berufsausübung einzugreifen sei, ist die Frage des Regelungsbedarfs als Kernstück unserer Kritik am neuen Gesetzesentwurf hervorgegangen. Unsere Folgerung liegt darin, dass durch die Existenz des monopolisierenden Ärztegesetzes die Berufstätigkeit der Psychologen im Gesundheitswesen geknebelt wird und dass die Notwendigkeit einer spezifischen gesetzlichen Regelung nur in diesem Bereich besteht" (KfAP 1990, S. 3).

Damit forderte das KfAP (1990), den Regelungsbedarf psychologischer Tätigkeiten neu festzulegen. Auch verwies es darauf, dass in diesem Entwurf die psychotherapeutische Thematik nicht im Gesetzesentwurf

berücksichtigt worden war, womit man der Psychologie die wissenschaftliche Bedeutung im Rahmen der Psychotherapie abzusprechen versuchte. Dem Entwurf wurde eine Einheitlichkeit im Wissenschaftsbegriff und in den Methoden der Psychologie unterstellt, die der zur Zeit dominierenden Strömung der österreichischen Universitätspsychologie entspricht, andere Positionen jedoch negiert und Einheitlichkeit mit Einseitigkeit verwechselt, um eine einheitliche Regelung, die im wesentlichen eine standespolitische Regelung ist, zu erhalten (KfAP 1990). Weiters wies das KfAP (1990) auf die Absurdität hin, "die Ausübung sämtlicher psychologischer Tätigkeiten zu regeln" (S. 48). "Die zukünftige Tätigkeit der Psychologen ist also ein zu sensibler Bereich und noch dazu sehr offen in ihrer Ausarbeitung, als dass sie einer Regelung unterworfen werden sollte, die "gestrigen" Vorstellungen von Berufspolitik entspricht" (S. 53). Hinsichtlich der Berufsvertretung sprach man sich dafür aus, alte Modelle der berufseigenen Interessenvertretungen und standespolitische Interessen über Bord zu werfen, die der Logik des medizinischen Versorgungssystems entsprachen.

Zusammenfassend läßt sich hier sagen, dass sich das KfAP gegen die vereinnahmende Wirkung einer berufsrechtlichen Regelung wehrte und daran zweifelte, dass man die psychologischen Tätigkeiten in einem Gesetz regeln kann oder soll. Ziel sollte es vielmehr sein, mit einem Gesetz Rahmenbedingungen für eine psychosozial adäquate Versorgung zu schaffen.

Im Anschluß an das Begutachtungsverfahren mußte das PG nochmals, vor allem im Bereich der Berufsabgrenzung, umgearbeitet werden.

Wegen der Einschränkung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern konnte vorerst nur der Bereich des Gesundheitswesens auf der verfassungsrechtlichen Grundlage des B-VG 1929 geregelt werden.<sup>100</sup> Es kam weiters zu einem ersatzlosen Entfall der Strafbestimmungen wegen unbefugter Berufsausübung, womit das Gesetz in eine ausschließlich berufsrechtliche Regelung transformiert wurde.

1990 Nach den Umarbeitungen kam es am 17. April 1990 im Ministerrat zum Beschluß des PG als Regierungsvorlage. Die Regierungsvorlage umschrieb und proklamierte folgende Problembereiche und Ziele, die im wesentlichen an die damals geführte Diskussion über eine Reformierung des Gesundheitswesens angeschlossen und all jene Ideen und Standpunkte aufgriff, die nicht unmittelbar zu lösen möglich waren, und als Problem einer Berufsgruppe zugeordnet wurden. Ich möchte im folgenden die geführte Diskussion anhand der Erläuterungen zur Regierungsvorlage (1257) zum PG (EzR) wiedergeben.

Zum einen wurde auf Ebene des Gesundheitswesens auf die immer schwieriger zu bewältigenden Kosten hingewiesen, die durch die Mitarbeit von Psychologen in interdisziplinären und integrativen Modellen der Gesundheitsversorgung spürbar gedämpft werden sollten (EzR), wobei

---

<sup>100</sup> Artikel 10 Abs. 1 Z 12

dem Konzept des bio-psycho-sozialen Wohlbefindens der WHO<sup>101</sup> ebenso wie dem Ziel der WHO, "Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000" höchste Priorität eingeräumt wurde.

Die Ebene psychologischer Tätigkeit wurde in zwei Aspekten, einem inhaltlichen und einem legislativen, angesprochen. Inhaltlich wurde beruflich psychologischer Tätigkeit ein besonders hoher Stellenwert in der Patientenbehandlung, Gesundheitsvorsorge, -förderung, -entwicklung und Rehabilitation zuerkannt und dem Anspruch der Psychologie als Wissenschaft, sich "in integrative und interdisziplinäre Modelle der Gesundheitsvorsorge einzubringen" eine hohe Bedeutung beigemessen (EzR, S. 9). Dabei wurden besonders die methodischen Grundsätze der (allgemeinen) Psychologie sowie die bio-psycho-soziale Arbeitsweise der Psychologen angeführt, die das gesamte sozio-kulturelle Umfeld des Menschen, seine individuellen Lebensstile sowie seine aktuelle Lebenssituation in die Beurteilung des Gesundheitsverhaltens mit einbeziehen und es damit möglich machen, einen systematischen Zugang zu den Risikofaktoren der Patienten zu erarbeiten. Geplant wurden integrierte Gesundheits- und Versorgungssysteme, in denen mit allen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Nachbarschaftshilfe, Beratungsdiensten, Sozialarbeiter,...) interdisziplinär zusammengearbeitet werden sollte. Der Anspruch an die Klinische Psychologie ist dabei, klinischpsychologisch diagnostisch zu arbeiten und mit psychologischen Methoden die "mit Problemen behafteten, psychisch gestörten und psychisch kranken Menschen zu behandeln und zu rehabilitieren, und sich auf die psychischen Aspekte somatischer Erkrankungen zu konzentrieren" (EzR, S. 12). Der Anspruch an die Gesundheitspsychologie ist, sich intensiv mit Prävention und Gesundheitsförderung zu beschäftigen. Hierbei werden "Beiträge zur Identifikation ätiologischer und diagnostischer Korrelate von Gesundheit und Krankheit" (EzR, S. 12) geleistet. "Psychologische Behandlungsmethoden beziehen sich dabei auf psychische Phänomene somatischer Erkrankungen und auf psychische Störungen und Leidenszustände" (EzR, S. 12). In der Regierungsvorlage wurde auch betont, dass psychologische Tätigkeit kein Monopol von Psychologen ist, sondern dass auch die Tätigkeiten anderer Berufsgruppen Anteile psychologischer Tätigkeiten als integrierte Bestandteile enthalten können. Diese Ausführungen knüpfen infolge der österreichischen Sozialgesetzgebung (vgl. Kapitel 6.3) an die traditionelle gesundheitliche Versorgungsstruktur an und greifen kaum jene gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte auf, wie ich sie in Kapitel 3 beschrieben habe. Damit muß das PG als Bestandteil der Gesetzgebung für das österreichische Gesundheitswesen gesehen werden, dem jener visionäre Charakter, wie er in Ansätzen vermutet werden könnte, fehlt.

Am 7. Juni 1990 hatte der Nationalrat das PG einstimmig beschlossen.

---

<sup>101</sup> World Health Organisation (WHO) =Weltgesundheitsorganisation

### **5.1.1 Resümee der Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes und Einschätzung für die Professionalisierung**

Die Entstehungsgeschichte des PG gestaltete sich als langwieriger Prozeß sozialen Aushandelns, der zum einen im Kontext der in Kapitel 3.1 und 3.2 beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Bedürfnigkeiten der Individuen und zum anderen mit dem Streben der Psychologie nach einer berufsrechtlichen Regelung stattfand. Dieser Prozeß erfolgte in einem sozialen Wandel, der eine zunehmend individualisierende Betrachtungsweise ermöglichte und das Selbst und seine Identität in den Mittelpunkt versorgungspolitischer Interessen rückte (KfAP 1990). Nicht zuletzt erlaubten es auch die nachgewiesenen Erfolge psychologischer Leistungen (Meyer 1990) nicht mehr, die Psychologie aus dem gesundheitlichen Versorgungssystem auszugrenzen.

Mit dem schon in Kapitel 3.1 skizzierten Umbau und der Ergänzung sozialstaatlicher Netze (Popp 1996) mit vorwiegend personenbezogenen Dienstleistungen (Braun 1994; Klicpera 1993) kam es zur entsprechenden Adaption und Schaffung von Rahmenbedingungen und strukturellen Voraussetzungen für psychologische Dienstleistungen. Mit der damit einhergehenden Differenzierung von Leistungsangeboten konnten psychologische Handlungsfelder von psychologisch kaum ausgebildeten Berufsgruppen "nicht mehr wahrgenommen werden"<sup>102</sup>, was den Ausbau psychologischer Angebote und die Etablierung der Psychologie als sozialstaatlich relevantes "Krisengewerbe" (Keupp 1985, S. 3; 1986, S. 115) und gesellschaftliche Institution unterstützte.

Auf Basis dieser Argumentationslinie möchte ich den Entstehungsprozeß des PG und seine Auswirkungen auf die Professionalisierung der Psychologie skizzieren.

Dieser wurde in der Anfangsphase, von 1955 bis etwa 1975 von der Abgrenzungsfrage zu anderen Berufsgruppen dominiert, für die man über den Schutz der Berufsbezeichnung und Zulassungsvoraussetzungen für die Berufsausübung Lösungen zu erreichen versuchte. Charakteristisch für die damalige Diskussion war, dass jene im Kapitel 3 angeführten gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte sowie Änderungen im Krankheitspanorama und der dadurch veränderten Bedürfnislagen von Subjekten in einer öffentlichen Diskussion nicht ausreichend Relevanz besaßen, um Unterstützung für die Bemühungen der Psychologen nach einer gesetzlichen Regelung zu rechtfertigen. Da die Psychologie damals aufgrund des wenig differenzierten Leistungsangebotes kaum Lücken medizinischer Handlungsfelder schließen konnte, mußten sich Psychologen vorerst auf die Regelung berufsrechtlicher Aspekte beschränken und versuchten eine Marktschließung über den Weg der Berufsregelung, insbesondere den Schutz der Berufsbezeichnung und der Zulassungsvoraussetzungen für die Berufsausübung zu erreichen, ohne einen Monopolanspruch auf bestimmte Leistungsangebote anzustreben.

---

<sup>102</sup> vgl. Kapitel 3.5 (Verberuflichung psychozialer Hilfe)

Ausgespart war in diesen Entwürfen auch das Problemfeld der Zusammenarbeit der Psychologen mit den Ärzten, zumal die Psychologie mit ihren damals dominierenden experimentell naturwissenschaftlichen Handlungsmustern inhaltlich der Medizin näher stand. Dadurch hätte es zu inhaltlichen Unklarheiten und Überschneidungen kommen können, was jedoch in diesen Entwürfen nicht thematisiert wurde. Auf eine eigene Berufsvertretung in Form einer Kammer wurde verzichtet, man bemühte sich jedoch, mit einer "Psychologenkommission" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eine enge Anbindung an einen machtvollen Apparat zu erreichen. Ziel war es damals, das "ganze" Berufsfeld psychologischer Tätigkeiten zu regeln, was jedoch an der bis heute kompetenzrechtlich ungelösten Frage zwischen Bund und Ländern scheiterte, die die Psychologen lange Zeit daran hinderte, institutionelle Anknüpfungspunkte und staatlich anerkannte Handlungsmöglichkeiten abseits des Gesundheitswesens zu erschließen, die es ihnen ermöglicht hätten, ein entsprechend spezifisches, hochqualifiziertes Leistungsangebot zu entwickeln bzw. ein berufliches Monopol anzustreben. Inhaltlich geprägt war die damalige Diskussion anfangs von der Abgrenzung zu Unformen psychologischer Tätigkeit, deren gleichzeitige Illegalisierung man mit dem Beschluß des PG zu erreichen versuchte.

Entsprechend der Vorgehensweise auf der formalrechtlichen Ebene, die kaum inhaltliche Argumentationsstrategien zuließ, kam es zum Scheitern der damaligen Entwürfe. Es war den Psychologen nicht gelungen, auf öffentlicher Ebene und innerhalb des Rechtssystems jenes Problembewußtsein einer für die Gesellschaft wertvollen Tätigkeit zu schaffen und der Öffentlichkeit jenes professionelle Image zu vermitteln, das als Grundlage für eine, inhaltlichen Argumentationslinien zugrundeliegenden Regelung hätte dienen können.

Auf dieser Ebene wurde die Diskussion 1975, 20 Jahre nach Erscheinen des ersten Entwurfes wieder aufgegriffen und in realisierbaren Projekten (Schedler 1986) formuliert. Diese waren der Titelschutz, die Regelung der Zulassung zum psychologischen Beruf und die Einrichtung einer gesetzlichen Berufsvertretung für Psychologen analog zu den bereits bestehenden Kammern freier Berufe. Ausgehend von diesem Gedanken der beruflichen Abgrenzung begann man sich verstärkt um einen gesellschaftspolitischen Konsens zu bemühen und initiierte einen aktiven Aushandlungsprozeß mit politischen Vertretern und Interessensgruppierungen.

Ein 1978 ausgesandter Entwurf zeigte wiederum die mangelnde Tragfähigkeit eines angestrebten Konsenses, was sich in den Begutachtungsstellungen niederschlug. Der Hauptvorwurf zielte darauf ab, dass der Entwurf von 1977 jede psychologische Tätigkeit für Psychologen monopolisieren und damit Tätigkeiten anderer Berufsgruppen, die psychologische Erkenntnisse und Methoden als Teil ihrer Arbeit anwandten, illegalisieren sollte. Dieser Entwurf wurde vorwiegend als Bedürfnis nach Marktschließung innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe wahrgenommen und von beinahe allen begutachtenden Gruppen abgelehnt. Der Entwurf war jedoch von einer Dynamik jener Zeit

erfaßt, in der sich in der Bevölkerung ein ansteigendes Interesse an psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten abzeichnen begann (KfAP 1990) und in der es zusehends möglich zu werden schien, auf die Erosion des bio-medizinischen Denkmodells und dessen beschränkte Handlungsmöglichkeiten für soziale und psychosoziale Problemlagen hinzuweisen und durch diese Lücken im medizinischen Handlungsfeld psychologisch orientierte Handlungskonzepte zu entwerfen und umzusetzen. Diese gesellschaftliche Bewußtseinsentwicklung wurde auch von der Politik wahrgenommen. Damit kam es auf öffentlicher und politischer Ebene zu einer inhaltlich begründbaren Marktöffnung für Dienstleistungen der Psychologen, die sich infolge der Unübersichtlichkeit der Materie und dem damals gesellschaftspolitisch aufkeimenden Liberalismus (Kreisky) mit "kompensativ-kurativen Dienstleistungen" (Keupp 1986, S. 108) als vorrangige Sinngabe (Keupp 1994) und Bedürfnisbefriediger anboten und etablierten. Weiters bot die von Kreisky initiierte Mißbrauchsdocumentation (1982) den Psychologen die Möglichkeit, die Öffentlichkeit vom Unvermögen und der Inkompetenz anderer Berufsgruppen zu überzeugen und gesellschaftlich akzeptierte psychologische Inhalte als die Eigenen zu deklarieren. Die damit gesellschaftspolitisch akzeptierte Illegalisierung beruflicher Tätigkeiten und allgemeiner Inkompetenzdefinitionen anderer Berufsgruppen stellten eine Grundlage für die Verbesserung des ökonomischen und sozialen Status der Psychologen dar.

1982 wurde diese wie zu erwarten schwierige Darstellung der Mißbrauchsdocumentation dem BKA vorgelegt und in der Folge nicht mehr weiter bearbeitet.

Im Entwurf 1986 bemühte man sich besonders um eine Aufwertung der Stellung der Psychologen, der man über eine Verlängerung der Ausbildungsbestimmungen und der genauen Definition des psychologischen Berufsfeldes gerecht zu werden versuchte, wobei durch die Verlängerung der Ausbildung auch implizit eine Präzisierung des Leistungsangebotes erreicht werden sollte. Letztendlich wäre es mit der Erschwernis des Zugangs zum Beruf auch zu einer Marktschließung gekommen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten war so geregelt, dass bei Vorliegen einer, der psychischen Störung zugrundeliegenden organischen Krankheit, der Arzt konsultiert werden hätte müssen. Diese Anbindung psychologischer Tätigkeit an eine ausschließliche Zusammenarbeit mit Ärzten hätte die Freiberuflichkeit als Idealfall professioneller Tätigkeit behindert, andererseits jedoch den Psychologen eine aktiv-gestaltende Möglichkeit in der Verberuflichung psychologischer Hilfe eröffnet. Zusätzlich bemühte sich die Berufsvertretung der Psychologen um die Konstitution einer Kammer, die als eine Körperschaft öffentlichen Rechts einen höheren juristischen Stellenwert als ein einfacher Verein gehabt hätte und mit einer Zwangsmitgliedschaft verbunden gewesen wäre. Durch den Aushandlungsprozeß, der nur mehr von wenigen Akteuren eines etablierten Berufsverbandes bestimmt wurde und der (professionsintern und -extern) Minderheiten ausschloß bzw. sich minderheitenfeindlich zu entwickeln drohte (Schedler 1986), wurde der gesellschaftspolitische und professionsinterne Konsens über psychosoziale Leistungsangebote zunichte gemacht.

1987 kam es zu einer Trennung der gesetzlich zu regelnden Materie in psychotherapeutische und psychologische Sachverhalte und damit für die Psychologen zu einer Abwanderung der außeruniversitären Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen, die auch zum Verlust an inhaltlicher Kompetenz beitrug. Insbesondere die Ausschließung von Berufsgruppen, die zu dieser Zeit schon umfangreiche psychosoziale Aufgaben im Gesundheitswesen übernommen hatten und deren Forderungen der Gesetzgeber letztendlich über ein PthG zu regeln versuchte, führten zu diesem Verlust an inhaltlicher Kompetenz. Damit ging jene Form der Psychologie, die im Verständnis der Gesellschaft über ein spezifisches und hochqualifiziertes Leistungsangebot verfügt und deren Aus- und Fortbildung spezifischer und umfangreicher geregelt war, als zentrale Identifikationsmaterie für die Regelung des psychologischen Berufsprofils verloren. Diese Spaltung, die wesentlich von den Psychotherapeuten betrieben wurde, führte zu einer Beeinträchtigung des Berufsselbstverständnisses der Psychologen. 1989 kam es im Schatten dieser Trennung zur Aussendung eines Begutachtungsentwurfs für die psychologisch zu regelnde Materie, die sich im wesentlichen auf die Aus- und Fortbildung konzentrierte und damit den Berufszugang und die Berufsberechtigung über dieses Kriterium definierte. Es kam wiederum zu zahlreichen kritischen Einwänden, die überwiegend die inhaltlichen Schwächen, die Form der beruflichen Ausübung und der Berufsvertretung kritisierten. Die Berufsausbildung wurde als zu kurz eingeschätzt. Für die selbständige freiberufliche Berufsausübung als Idealform professionellen Handelns wurde eine Verlängerung auf drei Jahre vorgeschlagen. Mit der Kritik an der Kammerregelung wurde die traditionelle Form der beruflichen Interessensvertretung kritisiert und es wurde in dieser Diskussion vorgeschlagen, ihre disziplinarrechtlichen Möglichkeiten einzuschränken. Mit der sehr ausgedehnten Begriffsbestimmung wurde die Form der Arbeit in der psychosozialen Versorgung auf die Psychologen reduziert, wobei nur die Ärzte (welche am Delegationsprinzip festhalten wollten), eine Ausnahme darstellen sollten. Nach Meinung des KfAP wäre jedoch damit die psychosoziale Versorgung in einer an den Bedürfnissen einer Profession orientierten Form festgeschrieben worden. Dennoch sah auch das KfAP eine Notwendigkeit darin, eine gesetzliche Regelung mit sparsamen Mitteln zu betreiben, „die in erster Linie auf die Berufstätigkeit der Psychologen im Gesundheitswesen aufgrund der Existenz des monopolisierenden Ärztegesetzes abzielen sollte“ (KfAP 1990, S. 3).

Dies führte dazu, dass der Entwurf nochmals überarbeitet wurde. Änderungen im PG bezogen sich ausschließlich auf berufsrechtliche Aspekte. Im Juni 1990 kam das Gesetz in den Ministerrat und wurde anschließend im Nationalrat beschlossen. Die in den Erläuterungen der Regierungsvorlage grundsätzlich sehr optimistischen (wenn auch wenig realistischen) Einschätzungen der Rolle der Psychologen im Gesundheitswesen dienen meiner Meinung nach eher als Ansporn denn als konstruktive Hilfe in der Etablierung der Psychologen im Gesundheitswesen.

Da es der Berufsgruppe der Psychologen nicht überzeugend gelungen war, sich als bedeutsamer Anbieter entsprechender Dienstleistungen zu etablieren, die andere Berufsgruppen nicht erbringen können und es nach Ansicht des KfAP (1990) nicht hinreichend glückte, sich aus der monopolisierenden Umklammerung der Ärzte zu befreien (Hobi 1992; Burckhardt 1992), muß das PG als jener Kompromiß eingeschätzt werden, in dem die verschiedensten Hoffnungen und Erwartungen, Ängste und Befürchtungen der bei der Entstehungsgeschichte Beteiligten integriert wurden. Unter dem "Aspekt der symbolischen Politik" (Hegenbarth 1981 zit. n. Rottleuthner 1987, S. 40) ließe sich der Beschluß des PG als eine Demonstration der Entschlossenheit interpretieren, irgendein Gesetz zu machen, das keine bestimmten Ziele zu erfüllen, noch intendierte Wirkungen zu erzielen hat, sondern ein kommunikatives Instrument darstellt, über das man ins Gespräch kommen kann.

Im folgenden Kapitel möchte ich das PG und seine Inhalte in einer komprimierten Form darstellen.

## **5.2 Inhalte des Psychologengesetzes**

Diese sind der

1. Titelschutz
2. Regelung des psychologischen Berufs im Gesundheitswesen
  - Erwerb fachlicher Kompetenz
  - Voraussetzung für die selbständige Berufsausübung
  - Berufspflichten
  - Psychologenbeirat (PB) und Liste der zur selbständigen Berufsausübung Berechtigten
3. Strafbestimmungen
4. Übergangsbestimmungen

### **5.2.1 Titelschutz**

Der Titelschutz ist der allgemeine Schutz der Berufsbezeichnung "Psychologe" oder "Psychologin" nach Abschluß der Studienrichtung Psychologie an einer österreichischen Hochschule und der Schutz eines in Österreich nostrifizierten Abschlusses eines ordentlichen Studiums der Psychologie an einer ausländischen Hochschule.

### **5.2.2 Regelung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen**

#### **5.2.2.1 Erwerb fachlicher Kompetenz**

Dieser beinhaltet eine umfassende Definition der psychologischen Berufsausübung im Bereich des Gesundheitswesens. Dazu zählt der Erwerb fachlicher Kompetenz, der aus einem theoretischen und

praktischem Teil besteht. Der theoretische Teil muß zumindest 160 Stunden umfassen und Kenntnisse und Erfahrungen der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie praxisorientiert vertiefen. Im PG wurden die Lehrinhalte taxativ aufgezählt, die auf jedenfall vermittelt werden sollen. Hierzu zählt eine Vertiefung in die

1. Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung;
2. Klinischpsychologische Diagnostik;
3. psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundhaltungen;
4. Rehabilitation;
5. psychologische Supervision;
6. Gruppenarbeit;
7. Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie;
8. Erstellung von Gutachten;
9. Ethik;
10. institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen.

Der praktische Teil des Erwerbs fachlichen Kompetenz muß durch eine psychologische Tätigkeit im Rahmen einer Einrichtung des Gesundheits- oder Sozialwesens erfolgen, die eine Gesamtdauer von zumindest 1480 Stunden betragen muß. Von diesen 1480 Stunden müssen

- . für den Titel Klinischer Psychologe 800 Stunden und
  - . für den Titel Gesundheitspsychologe 150 Stunden
- innerhalb eines Jahres in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens absolviert werden.

Die psychologische Tätigkeit im praktischen Teil muß gleichzeitig durch eine Supervision in der Gesamtdauer von zumindest 120 Stunden begleitet werden, die anhand konkreter Fälle eine unterstützende Hilfestellung und Beratung samt der Möglichkeit der Selbstreflexion gewährleisten soll. Diese Supervision darf nur von jenen Personen durchgeführt werden, die zumindest fünf Jahre den Beruf des Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen ausgeübt haben.

Der theoretische Teil kann in Lehrveranstaltungen von privat- oder öffentlich-rechtlichen Einrichtungen (einschließlich der Universitätsinstitute und Universitätskliniken), die als solche vom Bundeskanzler und jetzt vom Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung mit Bescheid anerkannt worden sind, vermittelt werden. Diese privat- oder öffentlich-rechtlichen Einrichtungen (einschließlich der Universitätsinstitute und Universitätskliniken) müssen anlässlich der Anmeldung zur Anerkennung ein detailliertes Lehrcurriculum sowie entsprechende Unterlagen über Zahl, Bestellung und Qualifikation des erforderlichen Lehrpersonals vorlegen können. Erst wenn die Vermittlung der Lehrziele durch Inhalt und Umfang des Lehrcurriculums sowie durch die Kenntnisse und Fähigkeiten des Lehrpersonals gewährleistet ist, kann die Anerkennung erteilt werden, wobei auch eine eingeschränkte Anerkennung möglich ist.

### **5.2.2.2 Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung**

Der im Gesundheitswesen tätige Psychologe muß seinen Beruf selbständig ausüben. Dazu ist nur berechtigt, wer die Berufsbezeichnung Psychologe führen darf, den Erwerb fachlicher Kompetenz nachgewiesen hat, eigenberechtigt ist, die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit nachgewiesen hat und in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen eingetragen wurde.

### **5.2.2.3 Berufsumschreibung**

Der psychologische Beruf im Bereich des Gesundheitswesens erfolgt durch die Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden. Die angesprochenen Erkenntnisse und Methoden werden durch den Erwerb fachlicher Kompetenz erlernt.

Die Ausübung des psychologischen Berufes umfaßt insbesondere

1. die klinischpsychologische Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie sich darauf gründende Beratungen, Prognosen, Zeugnisse und Gutachten,
2. die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Einzelpersonen und Gruppen oder die Beratung von juristischen Personen sowie Forschungs- und Lehrtätigkeit auf den genannten Gebieten und
3. die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte.

Der Beruf des Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen kann selbständig ausgeübt werden, wenn die fachlichen Kompetenzen im Sinne dieses Bundesgesetzes erworben worden sind. Dabei können die oben beschriebenen Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses eigenverantwortlich ausgeführt werden.

### **5.2.2.4 Berufspflichten der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen**

Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen haben ihren Beruf nach besten Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben. Um diesem Erfordernis entsprechen zu können, sollen Klinische- und Gesundheitspsychologen in- oder ausländische Fortbildungsveranstaltungen regelmäßig besuchen. Der Beruf ist von Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen persönlich und unmittelbar auszuüben, wobei dies allenfalls auch in Zusammenarbeit mit Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft

erfolgen kann. Zur Mithilfe können sie sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren genauen Anordnungen und unter ihrer ständigen Aufsicht handeln. Dabei dürfen Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen psychologische Tätigkeiten nur mit der Zustimmung des Behandelten oder seines gesetzlichen Vertreters anwenden. Sie sind auch verpflichtet, dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt, zu erteilen. Bei der Ausübung ihres Berufes müssen sich Klinische- und Gesundheitspsychologen auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden beschränken, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben. Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen, die von der Ausübung ihres Berufes zurücktreten wollen, haben diese Absicht dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter so rechtzeitig mitzuteilen, dass dieser die weitere psychologische Versorgung sicherstellen kann.

Als die in einem eigenen Paragraphen angeführte Berufspflicht wird die Verschwiegenheit als besonders wichtig angesehen. Demnach sind Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen sowie ihre Hilfspersonen über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen haben sich auch jeder unsachlichen oder unwahren Information im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes zu enthalten.

Klinische- und Gesundheitspsychologen dürfen keine Vergütungen für die Zuweisung von Personen zur Ausübung ihrer Tätigkeit als Klinische- und Gesundheitspsychologen an sie oder durch sie sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lassen. Rechtsgeschäfte, die gegen dieses Verbot verstoßen, sind nichtig, wobei die Leistungen aus solchen Rechtsgeschäften zurückgefordert werden können. Damit hat jeder Psychologe und Klinische- und Gesundheitspsychologe darauf zu achten, dass psychologische Tätigkeiten nur von jenen Personen getätigt werden, die hierzu die entsprechende fachliche Qualifikation erworben haben.

### **5.2.3 Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen**

Im PG wurde zur Festlegung der Deklarationspflicht für Klinische- und Gesundheitspsychologen eine Liste eingerichtet, die der Transparenz klinischpsychologischer und gesundheitspsychologischer Leistungen dient und damit für die potentiell betroffenen Konsumenten das Erfordernis des Konsumentenschutzes erfüllt. In dieser Liste, die im BMAGS aufliegt, werden alle Klinischen- und Gesundheitspsychologen angeführt. Um in diese Liste eingetragen zu werden bedarf es einiger Nachweise. Dazu zählen ein ärztliches Zeugnis, das die gesundheitliche Eignung bestätigt. Der Nachweis der Vertrauenswürdigkeit kann durch die Vorlage einer Strafregisterbescheinigung erbracht werden, in der keine Verurteilung aufscheinen darf, die keine verlässliche Berufsausübung erwarten läßt. Das

ärztliche Zeugnis und die Strafregisterbescheinigung dürfen zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Eintragung nicht älter als drei Monate sein.

Für die Eintragung sind insbesondere der in Aussicht genommene Berufssitz bei freiberuflicher Tätigkeit oder auch der in Aussicht genommene Dienstort bei einer Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses anzuführen.

Personen, die in die Liste eingetragen worden sind, haben dem BMAGS binnen einem Monat jede Änderung des Namens, des Berufssitzes oder des Dienstortes, jeden dauernden oder zeitweiligen Verzicht auf die Berufsausübung sowie deren Einstellung, wenn sie voraussichtlich mehr als zwei Monate überstiegen wird, schriftlich mitzuteilen. Die Liste enthält Namen, Berufsbezeichnung, Berufssitz und Dienstort und ist öffentlich. Die Einsichtnahme in die Liste sowie die Anfertigung von Abschriften ist jedermann gestattet.

#### **5.2.4 Arbeit des Psychologenbeirates**

Der Psychologenbeirat (PB) ist ein Organ zur Beratung des Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales in sämtlichen Angelegenheiten des PG. Mitglieder mit Sitz- und Stimmrecht sind der jeweilige für das Gesundheitsressort zuständige Bundesminister für Gesundheit, ein Vertreter des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Verkehr, fünf Vertreter fachlich zuständiger oder fachnaher Universitätsinstitute und Universitätskliniken, wobei drei Vertreter Universitätsprofessoren und zwei Vertreter andere Universitätslehrer sein sollen, fünf Vertreter des BÖP, zwei Vertreter der GkPP, ein Vertreter der ÖAK, ein Vertreter der Bundeswirtschaftskammer, ein Vertreter des HVST, ein Vertreter der AK, ein Vertreter des ÖGB, ein Vertreter der Landwirtschaftskammer und ein Vertreter des Psychotherapiebeirates. Diese Mitglieder müssen alle Psychologen sein. Der Vertreter der ÖAK muß ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sein, der Vertreter des Psychotherapiebeirates ein Psychotherapeut.

Die Aufgaben des PB sind neben der Beratung des Bundesministers/der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales insbesondere die Erstattung von Gutachten in Angelegenheiten der Anerkennung von Einrichtungen, an denen der theoretische Erwerb fachlicher Kompetenz vermittelt wird, die Erstellung der Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen, die Prüfungsgestaltung zum theoretische Erwerb fachlicher Kompetenz, die Anrechnungen aus anderen Ausbildungen für den theoretische Erwerb fachlicher Kompetenz, die Eintragung in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen, das Erlöschen der Berufsberechtigung, der psychosozialen Versorgung Österreichs insbesondere der Finanzierungsfragen, der wissenschaftlichen Forschung, des Konsumentenschutzes und der Ausarbeitung der Honorarrichtlinien.

#### **5.2.5 Strafbestimmungen**

In den Strafbestimmungen werden zum einen die mißbräuchliche bzw. nicht erlaubte Verwendung der geschützten Berufsbezeichnung und der Verstoß gegen die Berufspflichten, namentlich die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht geregelt.

### 5.2.6 Übergangsbestimmungen

Die Übergangsbestimmungen dienten dazu, dass auch jene Personen bis längstens 30. Juni 1993 in die Liste der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen eingetragen werden konnten, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit eine Qualifikation erworben hatten, die inhaltlich einer nach diesem Bundesgesetz erworbenen fachlichen Kompetenz gleichzuhalten ist, und die zur Erfüllung der Berufspflichten die erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit nachweisen konnten und eigenberechtigt sind. Die Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen erfolgte durch ein Ansuchen an den PB.

## 5.3 Psychotherapiegesetz

Da das PG und das Psychotherapiegesetz (PthG) im Juni 1990 in einer Parallelaktion beschlossen wurden, und "beide Gesetze sich inhaltlich in vielen Paragraphen entsprechen" (Palme 1990, S. 6), möchte ich an dieser Stelle kurz auf den Entstehungsprozeß sowie die wesentlichen Inhalte des PthG eingehen.

Ebenso wie sich die Gesetze inhaltlich weitgehend entsprechen, ist auch ihre Entstehungsgeschichte weitgehend ident, wobei aufgrund der weitgehend identen Akteure eine vollständige Abgrenzung der beiden Entstehungsgeschichten nicht möglich ist. Das PG und das PthG waren demnach von den gleichen Entstehungsbedingungen getragen, wie ich sie in Kapitel 3.1 und 3.2 skizziert habe.

Während in den ersten Jahrzehnten der Entstehungsgeschichte (50er und 60er Jahre) die Hauptaktivitäten von Psychologen getragen wurden, schlossen sich den Bestrebungen um eine gesetzliche Regelung des psychologischen Berufes in den späten 70er und 80er Jahren immer mehr Akteure an, die sich als Psychotherapeuten deklarierten bzw. die Interessen der Psychotherapeuten vertraten. Da wiederum Akteure<sup>103</sup> berufspolitisch sowohl in den Berufsvertretungen der Psychologen als auch in der Berufsvertretung der Psychotherapeuten tätig waren, läßt sich hier, wie oben schon angeführt, keine eigene Entstehungsgeschichte des

---

<sup>103</sup> z.B. Dr. Bartusek, ....

PthG darstellen.<sup>104</sup> Soweit diese jedoch zu trennen möglich ist, habe ich sie in Kapitel 5.1 und 5.1.1 behandelt.

Ein wesentlicher Unterschied zur Entstehung des PG war das Problemfeld, aus dem heraus versucht wurde, ein PthG zu installieren. Der größte Motivator dabei war, das ärztliche Psychotherapiemonopol zu durchbrechen. Bis 1990 war es nicht nur möglich, dass sich jedermann ohne qualifizierte Ausbildung als Psychotherapeut bezeichnen durfte, sondern auch, dass bis dahin die psychotherapeutische Tätigkeit ausschließlich Ärzten vorbehalten war, "so dass selbst qualifizierte Psychotherapeuten, die nicht gleichzeitig Ärzte waren, keine entsprechenden psychotherapeutischen Tätigkeiten ausführen durften."<sup>105</sup> Schedler (1986) hingegen merkte dazu an, dass eigentlich nie von einem Therapiemonopol der Ärzte gesprochen werden konnte, da "nur etwa ein gutes Fünftel der Mitglieder der psychotherapeutischen Ausbildungsvereine Ärzte waren" (S. 15).

Hauptargument für den Entstehungsprozeß war jedoch nicht die zahlenmäßige Verteilung der verschiedenen Berufsgruppen in psychotherapeutischen Schulen, sondern vielmehr die defizitäre psychotherapeutische Versorgung der österreichischen Bevölkerung, die Jandl-Jagger und Stumm (1988) in einer Mitte der 80er Jahre durchgeführten Studie erhob, und die insbesondere in zwei Bereichen problematisch war. Zum einen bestand eine Versorgungsmisere im quantitativen Bereich, zum anderen eine im qualitativen Bereich.

Das PthG zielt in erster Linie auf die Behebung der qualitativen Misere ab, indem die Ausbildung und andere versorgungsrelevante Aspekte, wie etwa die Definition der Berufspflichten und die Deklarationspflicht, mit denen man den Konsumentenbedürfnissen nach einer fachgerechten Versorgung entgegen zu kommen versuchte,<sup>106</sup> einer Regelung zugeführt wurden.

Die quantitative Misere wurde z.T. dadurch reduziert, dass 80% der in Österreich tätigen Psychotherapeuten,<sup>107 108</sup> die kein Medizinstudium absolviert haben, sich seit Inkrafttreten des PthG als Psychotherapeuten bezeichnen und auch als solche tätig sein dürfen. Damit gelang es der Psychotherapie, sich als "selbständige Disziplin zu verstehen, die ihre eigenständigen Methoden entwickelt hat und die dies in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen sowohl von theoretischer als auch praktischer Seite her zum Ausdruck bringt."<sup>109</sup> Das

<sup>104</sup> Ich möchte an dieser Stelle auf die Diplomarbeit von Andrea Suter (1997) verweisen, die eine Diplomarbeit über die Entstehungsgeschichten des Psychologen- und Psychotherapiegesetzes verfaßt hat.

<sup>105</sup> Vorblatt zu den Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XVII GP

<sup>106</sup> 1389 der Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XVII GP, Bericht des Gesundheitsausschusses, S. 1

<sup>107</sup> vor 1990 meist unter dem Titel "psychologische Beratung" (Schedler 1986), womit eine Verrechnung mit den Krankenkassen nicht möglich war.

<sup>108</sup> 1389 der Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XVII GP, Bericht des Gesundheitsausschusses, S. 1

<sup>109</sup> 1389 der Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XVII GP, Bericht des Gesundheitsausschusses, S. 1

übergeordnetes Ziel des PthG ist, gleich wie im PG, die Initiierung einer vernetzten und multidisziplinären Versorgung und Forcierung von Leistungen insbesondere im psychosozialen Bereich.

Das PthG enthielt, so wie es im Juni 1990 beschlossen wurde, folgende Regelungsschwerpunkte:

- umfassende Definition der Psychotherapieausübung, die über den engen Bereich der Krankenbehandlung hinausgeht
- Verankerung einer qualitativ hochstehenden theoretischen und praktischen Psychotherapieausbildung
- Deklarationspflicht für Psychotherapeuten hinsichtlich potentiell betroffener Konsumenten sowie der Schutz der Berufsbezeichnung für Psychotherapeuten
- Berufspflichten für Psychotherapeuten, die sich umgekehrt als Patientenrechte verstehen
- Einrichtung einer Psychotherapeutenliste

Der Beruf des Psychotherapeuten wird in §1. (1) wie folgt umschrieben:

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

Die Ausbildung besteht aus einem allgemeinen Teil<sup>110</sup> (psychotherapeutisches Propädeutikum) und aus einem besonderen Teil<sup>111</sup> (psychotherapeutisches Fachspezifikum). Beide Teile beinhalten eine theoretische und eine praktische Ausbildung. Für den Eintritt in das psychotherapeutische Fachspezifikum ist die Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums erforderlich. Die Voraussetzungen für das psychotherapeutische Fachspezifikum zum Psychotherapeuten sind so geregelt, dass neben personenbezogenen ”Qualifikationen”, der Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums auch die Absolvierung eines ”Quellenberufes” erforderlich ist. Hierzu werden im PthG im § 10. (2). Abs. 7-8 folgende Berufe bzw. Ausbildungen taxativ aufgezählt: Ausbildung an einer Akademie für Sozialarbeit, an einer Pädagogischen Akademie, Lehranstalt für Ehe- und Familienberater, Kurzstudium oder Hochschullehrgang für Musiktherapie, Studium der Medizin, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Theologie oder Lehramt für AHS bzw. eines

<sup>110</sup> theoretischer Teil: zumindest 765 Stunden; praktischer Teil: zumindest 550 Stunden;

<sup>111</sup> theoretischer Teil: zumindest 300 Stunden; praktischer Teil: zumindest 1600 Stunden;

in Österreich nostrifizierten Abschlusses eines ordentlichen Studiums an einer ausländischen Universität.<sup>112</sup> Es besteht jedoch die Möglichkeit, über einen Antrag "ad personam" die individuelle Eignung bestätigt zu bekommen. Welche Kriterien für die Anerkennung der individuellen Eignung entscheidend sind, wird nicht angeführt.<sup>113</sup>

Die Berufspflichten der Psychotherapeuten werden in §14 geregelt.

1. Psychotherapeuten haben ihren Beruf nach besten Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben. Diesem Erfordernis ist insbesondere durch den regelmäßigen Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen zu entsprechen.
2. Psychotherapeuten haben ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft auszuüben. Zur Mithilfe können sie sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren genauen Anordnungen und unter ihrer ständigen Aufsicht handeln.
3. Psychotherapeuten dürfen psychologische Tätigkeiten nur mit der Zustimmung des behandelten oder seines gesetzlichen Vertreters anwenden.
4. Psychotherapeuten sind verpflichtet, dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt, zu erteilen.
5. Psychotherapeuten haben sich bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben.
6. Psychotherapeuten, die von der Ausübung ihres Berufes zurücktreten wollen, haben diese Absicht dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter so rechtzeitig mitzuteilen, dass dieser die weitere psychologische Versorgung sicherstellen kann.

Die Verschwiegenheitspflicht wird in § 15 geregelt. Demnach sind Psychotherapeuten sowie ihre Hilfspersonen zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

---

<sup>112</sup> Das Studium Soziologie wurde mit der Begründung nicht angeführt, da in diesem Studium das "Individuum" kein Thema ist (pers. Mitteilung Prof. Pritz, Sommer 1997)

<sup>113</sup> "Voraussetzung zur Prüfung der individuellen Eignung einer an der Psychotherapieausbildung besonders interessierten Person ist das Vorliegen ausreichender Informationen und Unterlagen des Antragstellers." (Erläuternde Hinweise des BMAGS zum Ansuchen um Zulassung zum Fachspezifikum gem. § 10 Abs. 2 Z 6 BGBl. 361/1990)

Auf die Einrichtung einer Psychotherapeutenkammer wurde verzichtet. Anstatt dessen wurde eine Psychotherapeutenliste eingerichtet. Alle Angelegenheiten, die die Psychotherapeuten betreffen, werden vom Psychotherapiebeirat, "in dem alle wesentlichen Schulen und Richtungen vertreten sind" (EzR, S. 2), verwaltet.

Trotz dieser weitgehenden formalen Übereinstimmung des PG und des PthG bestehen einige wesentliche Unterschiede.

Während sich das PG im wesentlichen auf die im Gesundheitswesens tätigen Psychologen beschränkt, hat das PthG einen breiteren Anwendungsbereich: es gilt für alle Psychotherapeuten.

Zusätzlich bestehen erhebliche Unterschiede im Zugang zu den Ausbildungen. Während für die Absolvierung der Ausbildung zum Klinischen Psychologen und/oder Gesundheitspsychologen der Abschluß des Psychologiestudiums nötig ist, genügt für den Zugang zum psychotherapeutischen Propädeutikum eine Reifeprüfung bzw. eine Ausbildung im Krankenpflegefachdienst oder ähnlichem bzw. eine Einholung eines entsprechenden Gutachtens des Psychotherapiebeirates (§ 10 (1)).

Für die Absolvierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums sind umfangreiche Eingangsvoraussetzungen erforderlich (s.o).

**Abbildung 3-1:** Vergleich Aus- und Weiterbildung des PthG und des PG  
Man kann in etwa von folgender Gleichschaltung ausgehen:

PthG	=	PG
psychotherapeutisches Propädeutikum	=	Studium Psychologie
psychotherapeutisches Fachspezifikum	=	Weiterbildung zum Klinischen Psychologen und/oder Gesundheitspsychologen

#### **5.4 Unmittelbare Reaktionen auf den Beschluß des Psychologengesetzes und Resümee über die Bedeutung des Psychologengesetzes**

Im folgenden Kapitel möchte ich die unmittelbaren Reaktionen auf den Beschluß des PG und ein Resümee der Bedeutung des PG skizzieren.

Dabei möchte ich den Fragen nachgehen, welche Bedeutung das PG für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie hat, welchen Stellenwert die Ausbildungsregelung für die Professionalisierung hat und welche Folgen es für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat.

Die Reaktionen auf das PG waren durchwegs sehr positiv. Dem Gesetzgeber wurde das Bemühen attestiert, bereits bestehenden Verhältnissen Rechnung zu tragen, andererseits wurde jedoch auch auf

die Unspezifität der Regelungsinhalte und der damit schwierigen Anwendung des PG verwiesen.

Hofer<sup>114</sup> (1990, S. 6) sieht in der Erreichung des PG einen "markanten Einschnitt in die Geschichte der Angewandten Psychologie in Österreich". Das PG ist seiner Meinung nach von größter Bedeutung für die Berufsausübung der Psychologen. Er betont, dass die Festigung des Berufes jedoch "wesentlich von der Qualität der von Psychologen geleisteten Arbeit abhängen wird" (1990, S. 6), und dass dies nicht in erster Linie durch eine Rechtsvorschrift passieren kann, womit er dem gängigen Trend der Professionalisierungsdiskussion im psychologischen Verständnis Rechnung trägt, die davon ausgeht, dass eine Professionalisierung in erster Linie auf informeller Ebene am Arbeitsplatz erfolgen kann. Eine öffentliche oder legale Anerkennung leitet sich demnach in erster Linie von dieser informellen Anerkennung ab.

Ebenso wie Hofer schätzt Mittenecker<sup>115</sup> (1990) das PG nur als "Teilerfolg zu einer gesetzlichen Regelung des gesamten psychologischen Berufsfeldes" (S. 8) ein. Das PG sei auch insofern eine gute Lösung, "als der Begriff des Gesundheitswesens weit ist, so dass eine große Zahl von berufstätigen Psychologen bezüglich ihrer Tätigkeit unter das Gesetz fallen wird"<sup>116 117</sup> (Mittenecker 1990, S. 9). Ausgehend von diesem umfassenden Begriff des Gesundheitswesens würden in weiterer Folge medizinische Inhalte die Professionalisierungsdiskussion der Psychologen dominieren.

Aus Sicht von Baumann und Lairaiter<sup>118</sup> (1992) hat sich der BÖP auf das PG konzentriert, das PthG hat er lediglich toleriert. Die Autoren üben Kritik an der ähnlichen sozialversicherungsrechtlichen Stellung von Klinischen Psychologen/Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten. Sie (Baumann und Lairaiter; Anm.) bezeichnen die Psychotherapieausbildung als nicht gleichwertig mit einem Hochschulstudium bzw. mit der postgraduellen universitären Weiterbildung. Außerdem verweisen sie darauf, dass die Auswirkungen des PthG für die Psychologie aufgrund der ungünstigen Regelung der Aus- und Weiterbildung nachteilige Folgen haben wird,<sup>119</sup> da durch das PthG nicht nur die aktuelle Berufssituation psychologischer Psychotherapeuten geregelt wird, sondern auch die Entwicklung des neuen Berufs der Psychotherapeuten, das

---

<sup>114</sup> Prof. Dr. Ernst Hofer ist Ehrenpräsident des BÖP und war in den 70er und 80er Jahren Präsident des BÖP.

<sup>115</sup> Univ.-Prof. Dr. Erich Mittenecker ist emeritierter Universitätsprofessor am Institut für Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz

<sup>116</sup> Nach einer 1994 am Institut für Psychologie durchgeführten Studie sind dies 83 % (Gruber 1994).

<sup>117</sup> Nach Schorr (1991) sind in der BRD ca. 80% der Psychologen im Gesundheitswesen tätig.

<sup>118</sup> Univ.-Prof. Dr. Urs Baumann, Institut für Psychologie an der Universität Salzburg  
Univ.- Ass. Dr. Anton-Rupert Lairaiter, Institut für Psychologie an der Universität Salzburg

<sup>119</sup> Baumann (1995) bedauert ausdrücklich, dass die Psychotherapie von der Psychologie abgekoppelt und der Bereich der Psychotherapie in die Verantwortung der Psychotherapieverbände gegeben wurde.

Psychologiestudium und das Fach Psychologie langfristig beeinflussen wird.<sup>120</sup>

Von Seiten der Politik wurde das PG insbesondere vom Gesundheitssprecher der ÖVP, Dr. Erwin Rasinger,<sup>121</sup> gut geheißen. Die ÖAK, aber auch einige Professoren an den Medizinischen Fakultäten wollten weiterhin, dass nur Ärzte und Psychologen psychotherapeutische Behandlungen ausführen dürfen.

Allen anderen Berufsgruppen sollten ihrer Meinung nach diese Tätigkeiten und zusätzlich der Zugang zu den Ausbildungseinrichtungen verwehrt bleiben.

Damit wurde die Kompetenzdiskrepanz zwischen den Ärzten und Psychologen angesprochen. Unter diesen Vorzeichen hätten Ärzte die bessere Ausgangsposition, da sie mit ihrer dreijährigen Turnus-Ausbildung einen bessern Zugang zum psychosozialen Feld besitzen, als Psychologen, die im Studium kaum im Umgang mit Klienten geschult werden, noch den Zugang zu Klienten/Patienten vorfinden können, wie ihn Ärzte haben.

Reaktionen aus dem Ausland kamen vom ersten deutschen Psychologentag. Sie begrüßten das österreichische PG sehr und äußerten sich kritisch zum PthG. Die Gesellschaft deutscher Psychologen wollte außerdem die ganze psychosoziale Materie durch das PG geregelt wissen.<sup>122</sup>

Mit dem PG wurde legislativ der Versuch unternommen, eine schon seit einiger Zeit existierende Realität psychologischer Tätigkeiten im Gesundheitswesen zu regeln. Trotz der relativ unspezifischen Regelung zentraler Inhalte kann das PG als Bemühen des Gesetzgebers eingeschätzt werden, bereits vorhandenen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Realiter hat der Gesetzgeber mit dem Beschluß des PG ein soziales Instrument konstituiert, das bei der Reform und Steuerung psychosozialer Versorgung behilflich sein könnte (Ziegert 1975) und einen Beitrag dazu leistet, gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte sowie veränderten Bedürfnislagen von Subjekten im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin vermehrt Beachtung zu schenken.

Durch die gesetzliche Regelung des Berufsrechtes, also der Frage, wer im Gesundheitswesen tätig sein darf, wurden kaum Rahmenbedingungen für Reformperspektiven der psychosozialen Versorgung geschaffen (vgl.

---

<sup>120</sup> Eine Lösung dieser angesprochenen Problematik wird nach Ansicht von Baumann und Lairaiter (1991) mit der Installierung einer schulübergreifenden, wissenschaftlich fundierten ärztlichen bzw. klinischpsychologischen Psychotherapie versucht. Psychotherapeutische Schulen werden eher als Übergangsphänomene gesehen, deren Ideologiegehalt meist wesentlich größer ist als ihr wissenschaftlicher. Klinische Psychologen können mit ihren Methoden vielmehr auf die Nöte ihrer Patienten mit einer stützenden Intention, einer expressiven, einer Einsicht fördernden, einer übenden und einen lernenden Intention antworten. Jede dieser Intentionen kann mit Hilfe einer, meist mehrerer psychotherapeutischer Methoden realisiert werden, die in den letzten Jahren als integrierte Psychotherapie vorgestellt wurde (Grawe 1994).

<sup>121</sup> Dr. Erwin Rasinger ist praktischer Arzt und Abgeordneter zum Nationalrat der ÖVP

<sup>122</sup> Interview: ARGE PsychologInnen im ÖGB

Kapitel 5.1) und sozialrechtliche Aspekte sowie die Frage der Finanzierung psychologischer Leistungen durch die Krankenkassen weitgehend offen gelassen (vgl. Kapitel 6.3) (Baumann und Lairaiter 1991).

Trotzdem wurden Handlungsspielräume (Tätigkeitsumschreibungen, Verschwiegenheitspflicht, Eigenverantwortlichkeit), die bisher nur informell oder gar nicht gewährt wurden, durch das PG gesetzlich verankert und durch Anpassungen bestehender Gesetze in der realen Arbeitswelt von Psychologen relevant. Die Bedeutung des PG ist insofern hoch einzuschätzen, als es einen Schutz der Berufsbezeichnung für alle Gebiete der Psychologie und in spezieller Form für die Berufsausübenden im Bereich des Gesundheitswesens bietet.

Namhafte Vertreter der Psychologie trösteten sich über die Einschränkung, dass psychologische Tätigkeit nicht geschützt sei, mit der Auffassung, dass "jede Behandlung ausdrücklich zu ihren Berufstätigkeiten zählt" (Mittenecker<sup>123</sup> 1990, S. 9).

Der wesentlichste Gewinn für die Psychologen ist vermutlich, dass durch den Beschluß des PG die Psychologen als Berufsgruppe erstmals in die Rechtsordnung integriert sind und somit im diskursiven Aushandeln sozialstaatlicher Maßnahmen legislativ relevant werden können. Andererseits heißt dies, dass es den Psychologen weitgehend überlassen ist, wie sie sich in psychosozialen Versorgungspraxis entwickeln. Das PG bietet hierfür kaum Anknüpfungspunkte.

---

<sup>123</sup> Univ.-Prof. Dr. Erich Mittenecker ist emeritierter Universitätsprofessor am Institut für Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz

## 6 Umsetzung des Psychologengesetzes

Im folgenden beschäftige ich mich in den Abschnitten 6.1 und 6.2 mit zwei unterschiedlichen für die Professionalisierung der Psychologie relevanten Themenkomplexen. Zum einen möchte ich darstellen, wie der „Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung“ als eine Voraussetzung der Professionalisierung im PG geregelt wurde, und wie dieser durch die Psychologen erbracht wird. Zum anderen möchte ich den „Nachweis der Klientenorientierung und beruflicher Selbstkontrolle“ einerseits als Merkmal, andererseits als flankierende Maßnahme der Professionalisierung herausarbeiten und dessen Regelung im PG beschreiben.

Im Abschnitt 6.3 geht es um die vorerst gesetzlich abgesicherten „Terraingewinne“ der Psychologen und um jene Felder psychologischer Leistungen, die bisher einer gesetzlichen Regelung zugeführt wurden.

Im Abschnitt 6.4 werde ich die Reaktionen der handelnden Akteure (vgl. Kapitel 2) aus heutiger Sicht auf das PG darstellen und die Hauptthemen der Diskussionen wiedergeben.

### 6.1 Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung

Im folgenden werde ich die Funktionen der psychologischen Ausbildung für die Professionalisierung herausarbeiten, wobei ich das Moment der „sozialen Schließung“ (Weber 1922) behandeln werde. Weiters stelle ich ansatzweise die Vorteile des dualen Ausbildungsmodells, welches dem Erwerb fachlicher Kompetenz zugrundeliegt, insbesondere vor dem Hintergrund neuer Anforderungen im Gesundheitswesen dar, um anschließend daraus Defizite der universitären Ausbildung schlusszufolgern. In diesem Abschnitt hinterfrage ich auch die Bedeutung der „Praxisrelevanz“ des Erwerbs fachlicher Kompetenz, wobei ich auf die Besonderheit der Handhabung des Begriffs Wissen in der Psychologie und auch auf seine Verwendung eingehen werde. Schlusfolgernd daraus versuche ich diesen Gedanken in Hinblick auf die Umsetzung der Ausbildung zu skizzieren. Davon ausgehend möchte ich Stellung zur Bedeutung der Ausbildung für die Professionalisierung nehmen, wie weit sie in ihrem Regelungsumfang und -inhalt den Professionalisierungsmerkmalen und -voraussetzungen, insbesondere im Kontext des veränderten Krankheitspanoramas und gesellschaftlichen Veränderungen, entspricht. Weiters versuche ich zu beschreiben, welche Folgen die Ausbildungsregelung für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat.

Die Ausbildungsstandards von im Gesundheitswesen tätigen Psychologen wurden mit dem PG in Hinblick auf eine praktische Berufsqualifikation verbindlich definiert. Die berufliche Identität, ein gemeinsames Berufsbild

als auch die Professionalisierung psychologischer Leistungen im Gesundheitswesen werden in erster Linie durch die Ausbildung erreicht. Die in der praktischen Ausbildung definierte psychologische Arbeit prägt das Berufsbild von Psychologen im Gesundheitswesen nachhaltig. Die in ihr verrichteten Tätigkeiten werden der psychologischen Berufsgruppe zugeordnet - psychologische Aufgabenfelder etablieren sich in Organisationen.

Anforderung an die Aus- und Fortbildung ist dabei eine „Theoretisierung, Spezialisierung, Vereinheitlichung und zeitliche Verlängerung sowie die Verlagerung an Institutionen, die sich mit der Pflege bestimmter Wissensbestände befassen und mit Prestige, Autorität und Autonomie ausgestattet sind“ (Schwartz 1978, S. 311). Damit werden jene Wissensinhalte angesprochen, wie sie durch Forschung produziert und damit den Anforderungen einer scientific community gerecht werden. Theoretisierung meint Wissen, losgelöst vom Einzelfall, Spezialisierung „detailverliebte“ Tiefe wissenschaftlich produzierten Wissens, das zu neuen Zusammenhängen verknüpft professionelles Wissen ergeben kann. Vereinheitlichung und Verlängerung der Ausbildung zielen auf jenes Moment der externen sozialen Schließung (Weber 1922) ab, das eine Abgrenzung zu anderen Berufen ermöglicht. Die zeitliche Verlängerung und die Verlagerung an prestigeträchtige Institutionen ermöglichen eine soziale Schließung zu Mitgliedern innerhalb der Profession, die (finanziell) nicht imstande sind, eine entsprechend lange und kostenintensive Ausbildung zu absolvieren. Damit kommt es für die Absolventen der Ausbildung auch zu einem Prestigegewinn und erhöhter sozialer Anerkennung.

Insbesondere die Dauer der Ausbildung und damit auch die Ausbildungsfinanzierung hat den Zweck, den Zugang zum Beruf zu erschweren (Rüschmeyer 1980). Die Ausbildungsbetreiber können außerdem über die Zulassung zur Ausbildung und damit zum Berufszugang die Zahl der Professionsmitglieder beeinflussen und kontrollieren (Freidson 1975).

Da der Profession auch die inhaltliche Ablaufgestaltung der Ausbildung vorbehalten bleibt - im PG werden ausschließlich die inhaltlichen Eckpunkte der Ausbildung definiert - kann sie unter Ausschluß der Öffentlichkeit eine ihren Bedürfnissen entsprechende Ausbildungsgestaltung schaffen. Dennoch müssen sich die Ausbildungsanbieter bei der inhaltlichen Ablaufgestaltung auch an den „Bedürfnissen“ des Staates orientieren, der ebenso an einer Mengensteuerung von Absolventen auf den Markt interessiert ist. Entzieht sich der Ausbildungsanbieter diesem Erfordernis und stimmt er die Zugangsbeschränkungen zur Ausbildung nicht mit den Interessen des Staates ab, kann dies für die Ausbildungseinrichtungen den Verlust oder die Reduktion von Unterstützung und Loyalität des Staates zur Folge haben.

Ein geringer öffentlicher Einfluß auf die inhaltliche Gestaltung der Ausbildung kann auch eine raschere Reaktion der Profession auf neue inhaltliche Erfordernisse nach sich ziehen. Für die Ausbildung von

Psychologen stehen hier jene Inhalte im Vordergrund, die aus den veränderten Bedürfnislagen von Patienten infolge des veränderten Krankheitspanoramas resultieren und Verwendungskontexte erfordern, die auf eine adäquate Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse abzielen. Diese Verwendungskontexte sind jene komplexen Zusammenhänge gesellschaftlicher Veränderungsprozesse, denen mit einem relativ flexiblen und zwischen Theorie und Praxis kurzgeschlossenen professionellen Ausbildungssystem entsprochen werden könnte. Konkret steht in der Ausbildung die Vermittlung von reflexiven Wissen und Kompetenzen über sozialwissenschaftliche Zusammenhänge im Vordergrund.

Für die Psychologie würde dies einen Abstand von der individualisierenden Sozialisation im Universitätsstudium und eine verstärkte (sozial)systemische Ausbildung bedeuten. Damit sollte den Anforderungen der beruflichen Praxis, die sich im Zuge des neuen Krankheitspanoramas und der daraus resultierenden besonderen Situation und Lebensverhältnisse von Patienten, die mit konventionellen individuumszentrierten und nach einem soziotechnokratischen Muster ablaufenden Interventionsmaßnahmen nicht angemessen begegnet werden kann, besser entsprochen werden können. Tatsächlich ist es der Psychologie bisher noch nicht in ausreichendem Maß gelungen, diesen Anforderungen zu entsprechen und angemessene Verwendungskontexte und Handlungsfelder für diese Erfordernisse zu schaffen. Ursache dafür dürfte wie oben erwähnt die universitäre Ausbildung sein, die es bisher verabsäumt hat, ihren Absolventen für die Bearbeitung der geschaffenen Arbeitsfelder ein adäquates Rüstzeug zu vermitteln (Cramer 1982a), da die vorwiegend theorielastige und auf wissenschaftlichem Wissen gründende Ausbildung die Fähigkeit vermissen lässt, diesen Fundus an Wissen auch reflexiv handzuhaben und in individuell verfügbares Problembearbeitungswissen transformieren zu können. Dieser Mangel wirkt sich besonders nachteilig für die in Kapitel 3.1 skizzierten neuen unstrukturierten Aufgabengebiete und Handlungsfelder mit unklaren Aufgabenprofilen aus (Schaeffer 1992).

In diesem Zusammenhang ist eine seit den 70er Jahren anhaltende Diskussion über die Spezialisierung und Praxisorientierung des Psychologiestudiums zu sehen, wie ich sie in Kapitel 6.1.1.1 ausführen werde. Diese Diskussion möchte ich hier jedoch auf einer grundsätzlicheren Ebene weiterführen und in Anlehnung an Abbott (1988) die Frage stellen, ob eine rein praxisorientierte Vermittlung von Wissen und Ausbildung im Sinne der Profession ist. Seiner und auch meiner Ansicht nach ist das originäre Wissen einer Profession abstraktes Wissen, das es in komplexerem Umfang ermöglicht, ein Problem zu verstehen und eine gleichermaßen professionelle und praktische Handlungsindikation zu setzen ("fall- und sinnverstehenden Kompetenzen" Oevermann 1990 zit. n. Schaeffer 1994, S. 115).

Ich komme hier nochmals auf jene spezifischen Probleme in unserer Gesellschaft zurück (vgl. Kapitel 3), für die Lösungen schwer zu erbringen sind, und die in hohem Maße selbstreflexive Kompetenzen erfordern, mit denen man sich und das Problem verstehen und entsprechend handeln kann (Balint 1957). Diese sind ein unbedingtes Erfordernis professionellen

Handelns, insbesondere wenn psychologisches Handeln an mehreren Funktionssystemen partizipiert ist. Ich möchte hier mit der Ansicht schließen, dass es der breite Fundus an theoretischem Wissen und jene vom eigentlichen Handlungsfeld abgehobene Metakompetenzen sind, die zu der wie in Kapitel 3.1. beschriebenen Identifikation mit der wissenschaftlichen Psychologie führen und damit zum Identitätsverlust der anwendungsorientierten Psychologie beitragen.

Stichweh (1994) nimmt sich dieser Diskrepanz an und schlägt vor, handlungsorientiertes Praxiswissen und reflexives theoretisches Wissen in den Ausbildungseinrichtungen und insbesondere in den Universitäten mit Hilfe dualer Eliten zu implementieren. Dies meint keine Abwertung oder Beseitigung der Dominanz der akademisch-scientistischen Elite an den Universitäten. Eher gemeint ist damit eine Aufwertung jener praktizierenden Elite, die „die Kernrolle professioneller Arbeit in besonders exzellenter Weise umsetzt“ (Stichweh 1994, S. 53), wodurch dem angesprochenen Erfordernis einer Integration praktischer und theoretischer Wissensinhalte Rechnung getragen werden könnte.

Dies täuscht jedoch nicht darüber hinweg, dass es im Bereich der Klinischen- und insbesondere der Gesundheitspsychologie anscheinend zu wenig disziplinäres Wissen gibt, das eine Identifikation als Profession erlaubt. Dieses Dilemma ist vermutlich auch eine Ursache dafür, dass viele Praktiker Ressentiments gegenüber Weiterbildung hegen. Weiterbildung scheint schlechtes Gewissen zu fördern und/oder wird oftmals als ungeliebtes Kontrollorgan der Profession interpretiert (Dewe 1988). Wegen der oben angesprochenen Diskrepanz zwischen handlungsorientiertem Praxiswissen und reflexivem theoretischen Wissen bevorzugen viele Praktiker ihr hausgemachtes ekklektisches Vorgehen bei Beratungen (Methodenpluralismus) (Gerstenmaier und Nestmann 1984) und schaffen sich ihre Identität, indem sie ihre Methode als besonderes Kennzeichen, „ihrer Lebens- und Praxiserfahrung“ (Sonntag 1992, S. 16) auffassen.

Für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie bedeutet dies meiner Ansicht nach, dass Kompetenz in erheblichem Ausmaß durch Ausbildung bedingt wird. Eine fundierte Ausbildung ist ein zentrales Merkmal und eine Voraussetzung für Autonomie, für die Möglichkeit eigenverantwortlichen Handelns und damit der eigenständigen Definition des Kompetenzbereiches beruflichen Tuns.

### **6.1.1 Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen - Erwerb fachlicher Kompetenz**

In weiterer Folge möchte ich die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen darstellen, die die einzig explizite und legislativ nachvollziehbare Abgrenzung zur Psychotherapie erlaubt. Dabei werde ich kurz auf die Entwicklung des Universitätsstudiums Psychologie und den Hintergrund für die Professionalisierungsdiskussion

im Gesundheitswesen eingehen. Insbesondere die inhaltliche Umsetzung der Klinischen Psychologie in Abgrenzung zur Psychotherapie versuche ich hier herauszuarbeiten. Dabei möchte ich auch die Diskussion über die Gestaltung des Studiums und dessen Auswirkungen auf den Erwerb fachlicher Kompetenz darstellen. Abschließend weise ich auf die besondere Logik des universitären Ausbildungssystems hin und zeige jenes Mißverständnis in dieser Diskussion auf, das der universitären Ausbildung die gleichen Motive wie den außeruniversitären Ausbildungseinrichtungen unterstellt. Im Text werde ich relevante Querverweise für die Professionalisierungsdiskussion darstellen.

In Österreich hat der Beschluß des PG dazu geführt, die Ausbildung zum Klinischen- und Gesundheitspsychologen auf operationaler Ebene formal zu definieren. Dazu ist die Absolvierung einer universitären Ausbildung im Diplomstudium Psychologie erforderlich, die die Absolventen berechtigt, den Titel „Psychologe“ zu führen, womit der Schutz der Berufsbezeichnung gewährleistet ist.

Weiters wird die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen im PG beschrieben, was zu einer impliziten Abgrenzung zum Psychotherapeuten führt, dessen Ausbildung im PthG geregelt wird. Diese Trennung der Ausbildungen erfolgt in Österreich durch universitäre bzw. außeruniversitäre Einrichtungen, womit es im Zuge des PG und PthG zu einem Splitten in universitär vermitteltes psychologisches Wissen und außeruniversitär vermitteltes psychologisches Wissen kam. Das PG regelt den an Universitäten und den postgraduell gelehrtten psychologischen Bereich und definiert damit implizit die Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Das PthG regelt den von außeruniversitären Ausbildungseinrichtungen vermittelten psychologischen Bereich und definiert damit implizit die Psychotherapie. Damit erfolgt eine "eindeutige" Abgrenzung der Psychotherapie zur Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie auf gesetzlicher Ebene nur in den Ausbildungsbestimmungen (vgl. Kapitel 5.3).

### **6.1.1.1 Universitätsstudium "Psychologie"**

Im Zuge des "Psychobooms"<sup>124</sup> Anfang der 70er Jahre kam es auch in Österreich zu einer stetig wachsenden Anzahl von Studierenden an den universitären Psychologieinstituten. Dieser Psychoboom hält, wenn auch kontextuell anders gelagert, nach wie vor an. Wie in Tabelle 6-1 dargestellt, kommt es seit 1990 zu einem Anstieg der Erstinskribienten und der Absolventen um ein Drittel. Etwa 80% der Erstinskribienten und der Absolventen sind Frauen. Von den 11.000 Personen (Stumm und Voracek 1997, S. 171), die an einer der österreichischen Universitäten Psychologie studieren, werden jährlich etwa 330, das sind 3%, fertig.

---

<sup>124</sup> vgl. z.B. Keupp, Strauss und Gmür (1989), Keupp (1986), Schmidbauer (1977, 1983), Kardorff (1981)

**Tabelle 6-1:** Erstinskribienten und Absolventen der Studienrichtung Psychologie in den Studienjahren 1990/91 - 1995/96

Jahr	Erstinskribienten			Absolventen		
	insges.	männl.	weibl.	insges.	männl.	weibl.
WS 1990/91	833	169	664	228	68	160
WS 1995/96	1.332	222	1.110	326	68	258

Quelle: BMWF

Die sehr hohe drop-out Rate ist wesentlich bedingt durch die Diskrepanz zwischen Inhalten und Erwartungen der Inskribenten. Ein weiterer Grund für die hohe drop-out Rate sind vermutlich die formalen Regelungen der Studienbelegung und der bestehenden Inskriptionspraxis in Österreich, womit eine formlose Mitbelegung von Studienrichtungen möglich ist, und dies von vielen Zweitstudienbetreibern oder Arbeitenden in Anspruch genommen wird, die dann aber oft das Studium abbrechen oder nicht beenden. Erfahrungsgemäß ist der Anteil von Studierenden im zweiten Studienabschnitt wesentlich geringer. In den letzten Jahren etablierten sich in der Praxis informelle Selektionsmechanismen, wie Knockout Prüfungen im regulären Studienbetrieb, die jedoch in erster Linie von den Ambitionen einiger Lehrender getragen werden.

Die universitäre Ausbildung von Psychologen in Österreich erfolgt durch ein zehensemestriges Diplomstudium und erfordert zu Studienbeginn neben der Matura keinen besonderen Qualifikationsnachweis. Die Qualifikation zum Psychologen wird durch den Besuch von Lehrveranstaltungen im Umfang von mindestens 2250 Stunden erreicht, wobei es den Studenten frei steht, über eine „Austauschregelung“ bis auf einige „Sockellehrveranstaltungen“ inhaltliche Schwerpunkte zu wählen.

Die formale Darstellung der universitären Ausbildung in dieser Diplomarbeit sagt nichts über deren (inhaltliche) Qualität aus. Im Zuge der Beschlußfassung des PG ist es (wieder) zu einer Diskussion über die Ausbildungsqualität an den psychologischen Instituten der österreichischen Hochschulen gekommen. Somit hat das PG dazu beigetragen, über die für das professionelle Selbstverständnis der Psychologie bedeutsame Ausbildung und dessen implizite Funktionen zu reflektieren.

An einer am psychologischen Institut an der Universität Wien durchgeführten Diplomarbeit hat Bric<sup>125</sup> (1993; 1994) die universitäre Ausbildung im Studium Psychologie untersucht und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die durchschnittliche Studiendauer beträgt 7,2 Jahre. Die Beurteilung der Ausbildung durch die Psychologen fällt je nach Instituten sehr unterschiedlich aus. Allen Ausbildungen gemein ist ein Hauptgewicht auf die einem soziotechnokratisch/mechanistischen

<sup>125</sup> Mag. Ruth Bric war bis 1994 Diplomandin am Institut für Psychologie bei Univ.-Doz. Chr. Klicpera

Menschenbild verpflichtete Statistik und Diagnostik. Diese Schwerpunktsetzung ermöglicht es Absolventen, ein technokratisches Berufsprofil zu entwerfen, das eine große Kompatibilität zum hoch arbeitsteiligen medizinischen Dienstleistungswesen aufweist. Damit gelingt es, klare Zuständigkeitsbereiche zu schaffen, mit Hilfe derer im Zuge sozialgesetzlicher Regelungen andere Berufsgruppen als die Psychologen im psychosozialen Sektor des Gesundheitswesens von gewissen Tätigkeiten ausgeschlossen und der Psychologie zugewiesen werden können (vgl. Kapitel 6.3).

Im Bereich Klinische Psychologie wird mit Ausnahme von Salzburg an keinem Studienort in Österreich ein Schwerpunkt gelegt (Bric 1994). Dies muß insofern relativiert werden, als sich einige Universitäten über andere Einrichtungen/Fakultäten und Institute sehr wohl mit klinisch- und gesundheitspsychologisch relevanter Forschung und Lehre auseinandersetzen (Noack 1998), und es im Rahmen der Ausbildung möglich ist, an diesen Einrichtungen Lehrveranstaltungen zu belegen. Dennoch scheint es der - einem ganzheitlichen, integrierten und humanistischen Ansatz nahestehenden - Klinischen Psychologie nicht gelungen zu sein, sich an mehreren Universitätsstandorten zu etablieren. Ein Indiz dafür, dass es der Klinischen Psychologie noch immer nicht in ausreichendem Maß gelang, ihre Relevanz für die Ausbildung und das professionelle Selbstverständnis der Berufsgruppe in Abgrenzung zu anderen Teilgebieten der Psychologie zu vermitteln, ist, dass es in Wien über Jahre hinweg nicht möglich war, den Lehrstuhl für Klinische Psychologie zu besetzen. Umgekehrt läßt dies den Schluß zu, dass die Thematik der Klinischen Psychologie in einer gelungenen Form von Psychotherapeuten aufgegriffen wurde, diese ein Leistungsangebot schufen, und die Psychotherapie in bestehenden Lücken von Handlungsfeldern erfolgreicher etablierten.

Dies hat eine Ursache wohl auch darin, dass ein Großteil der Lehrenden des Faches Klinische Psychologie Psychotherapeuten sind, was eine gewisse inhaltliche Indifferenz nach sich zieht. Insbesondere die seit 1998 ernannte Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Universität Wien trug in dem von ihr verfaßten Buch „Einladung zur psychologischen Behandlung“ (Kryspin-Exner 1994) zu einer für einige Studenten nicht nachvollziehbaren Vermischung von verhaltenstherapeutischen und psychologischen Inhalten bei, was zwar für die praktische Relevanz und Umsetzbarkeit des Buches spricht, nicht jedoch einer inhaltlichen und disziplinären Klärung dient.

Dennoch wird der Wert der universitären Ausbildung für die Berufspraxis relativ hoch eingeschätzt. Die Befragten glauben, 40% der angebotenen Lehrinhalte beruflich verwerten zu können (Bric 1994, S. 52f).

Blickt man einige Jahre zurück, zeigt sich, dass die Diskussion um die Praxisrelevanz, und die sich an den veränderten Anforderungen orientierende inhaltliche Gestaltung des Studiums, schon vor geraumer

Zeit stattgefunden hat. Zwei Universitätslehrer, Innerhofer und Klicpera,<sup>126</sup> haben sich in einem mir vorliegenden Konzept aus dem Jahr 1984 über die Praxisrelevanz der psychologischen Ausbildung Gedanken gemacht.<sup>127</sup> Diesem vierphasigen Konzept liegt das Ziel eines langsamen und reflektierten Einstiegs in die berufliche Praxis zugrunde, das mit der Erkenntnis, dass „Psychologie sowohl eine Wissenschaft als auch ein Handwerk sein soll“ (S. 9), mehrere professionsspezifische Funktionen erfüllt hätte. Mit der Verwirklichung dieses Konzepts wäre an eine berufliche und versorgungsspezifische Realität angeknüpft worden, wie sie heute besteht. Dies hätte es mit sich gebracht, dass eine Sozialisation möglich gewesen wäre, die reflexive Kompetenzen im Kampf um Zuständigkeitsbereiche vermittelt und mit der Verknüpfung von Lehre und Praxis eine den versorgungsspezifischen Erfordernissen entsprechende Entwicklung eines Leistungsangebotes ermöglicht hätte. Auch Mathe und Schadler<sup>128</sup> (1994) haben infolge der von ihnen in der universitären Ausbildung der Psychologen ausgemachten Defizite und der damit ungünstigen Voraussetzungen für eine Professionalisierung der Psychologie eine Neufassung der Studienordnung für die Studienrichtung Psychologie vorgeschlagen. Diese von berufsständischen Interessen getragenen Vorschläge zielten in erster Linie auf eine inhaltliche Aufbereitung der Inhalte im Studium ab, da ihrer Ansicht nach die derzeitige universitäre Ausbildung die Situation der Psychologie am Ende der 60er Jahre widerspiegelt. Zusätzlich machen sie ungünstige organisatorische Rahmenbedingungen (Ungleichgewicht im Verhältnis Lehrende vs. Studenten, problematische finanzielle und räumliche Situation) für die Misere verantwortlich und weisen damit auf den Prestigeverlust für die Berufsgruppe der Psychologen hin. Mit dem Hinweis auf die ungünstige Studenten-Absolventen-Relation (8500 inskribiert; 200-250 Absolventen pro Jahr (Mathe und Schadler (1994), 11.000 Personen inskribiert; etwa 330 Absolventen pro Jahr (Stumm und Voracek 1997)), zielen sie meines Erachtens auf eine Zugangsbeschränkung zum Studium ab, die von ihnen nicht in Relation zu der mangelnden organisatorischen Rahmenbedingungen diskutiert wurde, was eher den Anschein erweckt, dass sie damit eine professionsinterne Marktschließung bzw. Zugangsbeschränkung zum Studium anvisieren. Dieser Gedanke wird mich an anderer Stelle nochmals beschäftigen, auch insofern, als Mathe und Schadler 1994 noch von der Überlegung ausgegangen waren, die postgraduelle Ausbildung in das Studium zu übernehmen. Tatsächlich wollte der BÖP zu jenem Zeitpunkt (1994), als Mathe und Schadler diese

---

<sup>126</sup> Univ.-Prof. Dr. Paul Innerhofer war bis 1993 Ordinarius am Institut für Psychologie an der Universität Wien.

Univ.-Doz. DDr. Christian Klicpera ist Assistent am Institut für Psychologie an der Universität Wien.

<sup>127</sup> Das Studium würde mehrere Phasen durchlaufen. Die erste Phase sollte ein Heranführen der Studenten an das Berufsfeld beinhalten, die zweite Phase das Erlernen von Basisfertigkeiten, die dritte Phase eine systematische Auseinandersetzung mit der Literatur und die vierte Phase einen Einstieg in die Berufsarbeit.

<sup>128</sup> Dr. Harald Mathe, Vizepräsident des BÖP

Mag. Michael Schadler, Mitarbeiter in der Fortbildungsakademie des BÖP

Überlegungen anstellten, die postgraduelle Ausbildung nicht nur in der im PG geregelten Form belassen, sondern auch zeitlich ausdehnen.

Diese Diskussion, Studieninhalte aus der postgraduellen Ausbildung in das Studium auszulagern hat eine abwechslungsreiche Geschichte. Ursprünglich wollte der BÖP bis kurz vor der Verabschiedung des PG ("trotz der zeitaufwendigen und umfangreichen universitären Ausbildung von Psychologen" GkPP-RB) die postgraduelle Ausbildung forcieren und verlangte zwei Jahre praktische und 300 Stunden theoretische Ausbildung, was eine Verdoppelung der derzeit vorgesehenen Ausbildungszeiten der Theorie- und Praxisstunden in der postgraduellen Ausbildung bedeutet hätte. Diese Forderung interpretiere ich mit der wie oben dargestellten Absicht einer Zugangsbeschränkung zur postgraduellen Ausbildung und damit auf den Markt der Klinischen- und Gesundheitspsychologen bezogen berufspolitisch motiviert (vgl. auch Kapitel 4 und Rüschemeyer 1980). Diese Forderung stellt sich auch insofern dreist dar, als im Zuge der Übergangsregelung eine Eintragung in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen und damit eine Berufsberechtigung für diese Personengruppe relativ leicht zu erreichen gewesen war (Kierein et al. 1991 im Kommentar zum PG, nachdem die Übergangsbestimmungen bewußt liberal und extensiv auszulegen sind).

Die GkPP wollte einer solchen Erweiterung des Ausbildungsumfangs nicht zustimmen und trat für eine vermehrte Verlagerung der Ausbildung ins Studium ein, was eine inhaltliche Ausweitung und konzeptionelle Neugestaltung des Studiums nach sich hätte ziehen müssen. Diese Forderung war jedoch nach Ansicht eines Vertreters der Hochschullehrenden im PB undurchführbar, weil damit das Studium zusätzlich weiter überfrachtet worden wäre. Gegen die Intention der GkPP sprechen nach Ansicht des Vertreters der Hochschullehrenden im PB auch folgende Argumente: Für den Erwerb von Erfahrungswissen ist eine längere Periode praktischer Tätigkeit unter fachlicher Anleitung und begleitender theoretischer Qualifikation sowie persönlicher Reflexion nötig. Dies kann im Studium nicht geboten werden (Gruber 1994), da dazu die auch von Mathe und Schadler (1994) bemängelten organisatorischen Rahmenbedingungen fehlen. Mathe und Schadler (1994) wollten dies damals mit einem verstärkten Einsatz von qualifizierten Praktikern im Lehrbetrieb der Universitäten,<sup>129</sup> einer Erweiterung der hochschuldidaktischen Kompetenzen bei den Lehrenden und einer Umschichtung der Mittel zugunsten der studentischen Ausbildung kompensieren und damit eine Verlagerung postgradueller Ausbildungsinhalte in das Studium ermöglichen.

In dieser Diskussion nicht erwähnt wurde, dass die Gestaltung des Studiums dem Staat bzw. den Universitäten obliegt und die Berufsvertretungen diese universitäre Autonomie ignorierten. Die Universitäten haben mit der Produktion von wissenschaftlichem Nachwuchs andere Interessen als die Berufsvertretungen, die vordringlich versorgungspolitischer Natur sind. Da sich Vertreter der

---

<sup>129</sup> vgl. Stichweh 1994, „duale Eliten“

Berufsvertretungen kaum im universitären System etablieren können, kommt es dort nicht zur Vertretung dieser versorgungspolitischen Interessen.

Man kann also sagen, dass ein wesentlicher Teil der universitären Ausbildung weder von der Berufsgruppe autonom gestaltet noch in größerem Umfang von ihr mitbestimmt werden kann, und dass das auf den Universitäten vermittelte Wissen vorwiegend universitären und wissenschaftlichen Interessen dient, womit lediglich der Vermittlung von Wissen als professionellem Kriterium Rechnung getragen wird. Dass dieses Wissen keine praktischen handlungsleitenden Komponenten besitzt, ist infolge der strukturellen Voraussetzungen der Universitäten ein weiterer Faktor, der die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen behindert.

Entsprechend dieser Logik kann man das PG auch als eine Reaktion auf die an der Universität nicht versorgungs- und handlungsleitende Ausbildungsordnung verstehen, die derzeit den in der Praxis definierten Anforderungen an berufstätige Psychologen nicht gerecht wird (Mathe und Schadler 1994, vgl. Kleiber 1978). Bisher kann jedoch trotz dieser Diskussion und trotz der Beschlußfassung des PG keine Änderung der Ausbildung an den psychologischen Instituten festgestellt werden.

#### **6.1.1.2 Theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz**

In diesem Kapitel möchte ich die formalen Anforderungen an die theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz und insbesondere ihre impliziten Funktionen darstellen. Hier interessieren mich vor allem die divergierenden Umsetzungen dieser Ausbildung, die ich vor dem Hintergrund der Konsequenzen für die Professionalisierung einzuschätzen versuche. Es stellt sich außerdem die Frage, welche Auswirkungen die inhaltliche Gestaltung der theoretischen Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz für die Abgrenzungsdiskussion zur Psychotherapie hat und mit welchen Maßnahmen die Abgrenzungsprobleme gelöst werden können. Neben dieser inhaltlichen Darstellung möchte ich das methodische Vorgehen beim Erwerb fachlicher Kompetenz behandeln und dessen Auswirkungen auf die Professionalisierungsmöglichkeiten der Psychologie skizzieren. Dem Aspekt der Praxisrelevanz möchte ich hier besonderes Augenmerk schenken. Abschließend werde ich noch auf die Gesundheitspsychologie und ihre Umsetzung im Erwerb fachlicher Kompetenz eingehen.

In der theoretischen Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen müssen, wie im PG vorgeschrieben, taxativ aufgezählte Themenbereiche im Umfang von mindestens 160 Stunden besucht werden (vgl. Kapitel 5.2.2.1).

Die theoretische Ausbildung für den Erwerb fachlicher Kompetenz hat wie im vorherigen Kapitel dargestellt eine abwechslungsreiche Geschichte und ist in ihrer derzeitigen Form ein wichtiges Instrument berufs- und professionspolitischer Macht. Im Zuge dieser Ausbildung wird

theoretisches Wissen vermittelt und versucht, eine von den Berufsverbänden und Ausbildungsvereinen normierte Sozialisation von Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen zu erreichen, sie manifestiert und verfestigt berufliche und professionelle Strukturen, etwa in Abgrenzung zu Psychotherapeuten, Lebens- und Sozialberatern etc. und ist ein Instrument sozialer Kontrolle und berufspolitischer Manipulation. Sie dient in ganz wesentlichem Maße auch der finanziellen Ressourcenbeschaffung für die Ausbildungsanbieter (Berufsverbände und Referenten).

Die theoretische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz erfolgt in Österreich nur zum Teil von Berufsverbänden und ermöglicht es ihnen, die Ausbildung nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen zu gestalten. Da die Ausbildung meist auch der einzige Berührungspunkt zwischen Berufsverbänden und Berufsmitgliedern ist, werden in ihr Energien in die jeweilige berufspolitische Sozialisationsschiene konzentriert. Dies ist in erster Linie die Vermittlung der Werte und Glaubensgrundsätze, die der Berufsverband als relevant erachtet.

Dementsprechend widersprüchlich ist z.T. die inhaltliche Gestaltung der Curricula der beiden Berufsverbände als Ausbildungsanbieter. Während sich der BÖP in seinem Curriculum (Nr. 8) kaum um die in Kapitel 3.1 dargestellten Inhalte bemüht, gestaltet die GkPP ob ihrer berufs- und versorgungspolitischen Einstellung ihre Curricula vorwiegend entlang dieser Inhalte. Damit kommt es für Curricularteilnehmer zu teilweise sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen und Thematisierungen versorgungspolitischer Ansprüche, Philosophien, Werte und Problemlösungsmuster. Wissen kann in diesem Zusammenhang nicht als unumstrittene Kategorie verstanden werden, sondern wird im jeweiligen Wahrnehmungskontext aktuell. Man kann bei der Vermittlung dieser Inhalte also nicht von professionellem Wissen sprechen, welches uneingeschränkte Verbindlichkeit besitzt.

Die Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz kann laut Gesetz von privat- und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, einschließlich der Universitätsinstitute und Universitätskliniken, angeboten werden, wobei eine Anerkennung nach Anhörung des PB durch das BMAGS im Einvernehmen mit dem BMWF per Bescheid erfolgt. Bisher haben sich neben den beiden Berufsverbänden, BÖP und GkPP zwei weitere Ausbildungsanbieter etabliert, nämlich der Hochschullehrgang an der Universität Wien und Schloß Hofen in Vorarlberg.

Durch den relativ kleinen Markt an Anbietern und der großen Nachfrage an theoretischen Ausbildungsplätzen gibt es derzeit kaum Konkurrenz zwischen den Ausbildungsanbietern. Damit ist das Anbieten einer Ausbildung ein durchaus lukratives Geschäft. Sieht man sich die Preispolitik der Vereine an, hat es den Anschein, als dominierten monetäre Interessen die Ausbildung, die durchwegs die finanziellen Möglichkeiten der Kursteilnehmer bis zum Letzen ausschöpfen. Man kann sagen, dass die Ausbildung in einigen Vereinen zunehmend die erste (finanzielle) Geige zu spielen beginnt und der sehr hohe mit der Ausbildung in Schwung gehaltene Kapitalzustrom zusehends zu einem der

Hauptaspekte der Vereine wird.<sup>130</sup> Es sieht so aus, als hätten lehrende Berufsgruppenvertreter ihren Kundenkreis auf die Auszubildenden (exklusiv) ausgedehnt.

Die inhaltliche Gestaltung der Ausbildungsanbieter divergiert zum Teil beträchtlich. Der Hochschullehrgang an der Universität Wien bietet den Lehrgang unter der Federführung der Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie a.d. Universität Wien an, wobei er sich einigermaßen unabhängig von berufspolitischen Interessen an den von der Universität wahrgenommenen versorgungspolitischen Bedürfnissen orientiert und vordringlich nicht auf eine implizite berufspolitische Abgrenzung zu anderen Berufen abzielt. Damit hat der Hochschullehrgang abseits berufspolitischer Inhalte mehr Freiheit bei der Gestaltung der Curricula und kann, da er sich nicht um die Gunst des Staates bemühen muß, Ideen entwickeln und vermitteln, die der Elite einer Gesellschaft zuwiderlaufen. Dabei ist der Hochschullehrgang von seiner strukturellen Voraussetzung prädestiniert dafür, gesellschaftliche Wertungen zu hinterfragen und diese über die Ausbildung mit zu definieren. Er hat einen inhaltlich viel größeren Spielraum in der Ausbildung als die Berufsverbände. Andererseits hat der Hochschullehrgang den Nachteil, vorwiegend Universitätsangehörige in die Lehre einzubinden, die nicht unmittelbar in der Praxis tätig sind. Damit kann er kaum auf konkrete Probleme auf Ebene des Arbeitsplatzes (Abbott 1988) eingehen, wodurch soziale Qualifikationen für den Kampf um Zuständigkeitsansprüche auf Ebene des Arbeitsplatzes kaum vermittelt werden können. Durch diesen fehlenden Bezug zur Praxis kann auch die besondere praktische Beziehung zwischen Professionellen und Klienten nicht ausreichend thematisiert werden.

Die Ausbildungsinhalte und -praxis des BÖP orientieren sich eher an der "traditionellen" psychologischen Arbeit und an berufsständischen Interessen. Dies resultiert auch aus seiner Geschichte als dominierende Berufsvertretung der Psychologen (vgl. Kapitel 5), die stets in engem Bezug zur universitären Psychologie und traditionellen Versorgungseinrichtungen stand.

Die GkPP versucht im Rahmen der Ausbildung dem gegenüber ein eigenes, den gesundheitspolitischen Forderungen entsprechendes, Berufsprofil für Psychologen im Gesundheitswesen zu erarbeiten, das sich unter anderem an den Ideen der Ottowacharta orientiert. Entsprechend dem Selbstverständnis der GkPP werden die Ausbildungsinhalte in Abgrenzung zur sogenannten "Mainstream"-Psychologie vermittelt. In ihren berufspolitischen Zielrichtungen ist es der GkPP ein Anliegen, enge standespolitische Bestrebungen zu kritisieren. Sie versucht, über die Analyse der gesellschaftlichen Funktionen von Psychologen dem herkömmlichen Berufsverständnis entgegenzuwirken. Die Leitlinien der GkPP entsprechen den inhaltlichen Positionen der sogenannten "Kritischen Psychologie" (Weber 1995, S. 578f). Der GkPP geht es neben der Erweiterung des Wissens auch um eine Erweiterung des Bewußtseins für systemische Zusammenhänge im Bereich des Gesundheitswesens.

Schloß Hofen als vorwiegend kommerzieller Anbieter vermittelt eine vergleichsweise "traditionelle" psychologische Arbeit.

---

<sup>130</sup> Interview: GkPP

Die sich überwiegend an der Psychotherapie orientierenden Ausbildungen lösen die Abgrenzungsproblematik zwischen Psychologie und Psychotherapie unzufriedenstellend. Da im PG und im PthG ausschließlich die Berufsbezeichnungen und deren Erwerb, nicht jedoch die Tätigkeitsfelder der psychologischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen geregelt wurden, kommt es auch aufgrund der gemeinsamen Vergangenheit und den weitgehend identen Akteuren zu Tätigkeitsüberschneidungen und folglich zu Unklarheiten im Selbstverständnis, was in Folge der daraus resultierenden Unsicherheit und Mißverständnisse dazu führt, dass Psychologen und Psychotherapeuten im beruflichen Alltag oft konkurrierend aufeinandertreffen. Auf der Ausbildungsebene wird diesen beruflichen Rivalitäten auf Seiten der Auszubildenden mit zwei Strategien begegnet: Ein Teil der Psychologen akzeptiert diese zwei voneinander divergierenden Tätigkeitsfelder. So streben nach wie vor viele Psychologen die Ausbildung zum Psychotherapeuten an.<sup>131</sup> Andererseits können viele Psychologen dies nicht akzeptieren und schließen eine psychotherapeutische Ausbildung aus finanziellen, zeitlichen und berufsständischen Gründen aus.

Im ersten Fall stellt sich die Frage nach der beruflichen und tätigkeitspezifischen Abgrenzung nur bedingt. Im zweiten Fall kann diese jedoch für das Professionalisierungsverständnis zu einer existentiellen Frage werden, da es infolge der unklaren Aufgaben und Abgrenzungen zu beruflichen und berufsständischen Konflikten kommen kann.

Wie groß der Unmut von Curriculateilnehmern über diesen Mißstand ist, geht aus einem mir vorliegenden Brief eines Curriculateilnehmers an alle Ausbildungsanbieter hervor. "Der Großteil der bisherigen Vortragenden war sich dieser Differenzierung (Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie vs. Psychotherapie) nicht bewußt. Dies ist durchaus verständlich, wenn sie beide Ausbildungen besitzen und sich in ihrer beruflichen Arbeit damit kaum auseinandersetzen müssen. Folglich waren die Referenten teilweise überfordert, uns die Grenzen und Möglichkeiten einer klinisch- und gesundheitspsychologischen Tätigkeit zu vermitteln. So zeigte man uns interessante psychotherapeutische Maßnahmen, erklärte uns jedoch anschließend, dass wir diese als Klinische Psychologen nicht ausüben dürften.<sup>132</sup> Gleichzeitig war den Vortragenden nicht klar, wie weit klinischpsychologische Behandlung gehen darf. Für uns wäre äußerst wichtig zu wissen, was wir alles machen können, ohne rechtswidrig zu handeln." Diese Zeilen stellen die von vielen Ausbildungsteilnehmern wahrgenommene rechtlich unsichere Situation bei klinisch- und gesundheitspsychologischen Tätigkeiten dar. Nach Ansicht der Verfasser des zitierten Briefes bedürfte es einer genaueren Abklärung der Konsequenzen der im § 3 Abs. 2. des PG geregelten Berufsumschreibung für die Praxis, insbesondere in Abgrenzung zu Psychotherapeuten und zu Lebens- und Sozialberatern. Man sollte

<sup>131</sup> wie auch eine Universitätsprofessorin für Psychologie empfiehlt, will man im Bereich des Krankenversorgungssystems arbeiten

<sup>132</sup> Tatsächlich sehen das PG und das PthG keinen Tätigkeitsschutz vor. Jedermann kann demnach psychologisch und psychotherapeutisch tätig sein.

darüber hinaus die Teilnehmer und Referenten der postgraduellen Lehrgänge darauf aufmerksam machen, dass "sie jetzt einem geregelten Berufsstand angehören", für dessen Ausübung eine Abgrenzung zu anderen Berufsständen unablässig ist.

Der Unmut der Auszubildenden läßt sich auf zwei Ebenen erklären. Zum einen ist nicht klar, welche Methode oder besser gesagt welche Berufsgruppe für jene Anforderungen, wie ich sie in Kapitel 3.1 und 3.2 dargestellt habe, kompetenter sei.<sup>133</sup> Zum anderen fehlen in der Ausbildung jene berufsständischen Argumentationslinien, die eine Abgrenzung ermöglichen und für die Konstitution von Selbstverständnis und Abgrenzung zu anderen Berufen wichtig ist. Professionalisierung bedarf inhaltlicher Eckpunkte, die den „krisenhaften Prozeß sozialen Aushandelns“ (Gildemeister und Robert 1987, S. 74) unterstützen (vgl. Kapitel 4).

Die theoretische Ausbildung droht im Aufbau zunehmend zu vercurricularisieren. Damit kommt es zu einer zunehmenden asymmetrischen Wissensvermittlung, die kaum jene sozialen und reflexiven Kompetenzen Rechnung trägt, wie sie für die in Kapitel 3.1. und 3.2. angesprochenen Inhalte relevant wären. In diesem Kontext konstituiert sich Wissen über Vorträge nach einem eher soziotechnokratischen Muster und verhindert damit Handlungskompetenzen, welche im Prozeß der arbeitsteiligen Herausbildung neuer Berufe und im Kampf um Zuständigkeitsbereiche von Nöten wären. Das Fehlen reflexiver Komponenten in der Ausbildung bedingt zusätzlich eine eher individualisierende Wahrnehmung von sozialen Problemen. Neue Problemlösungsmuster werden ebenso vorwiegend von den Ausbildnern „vorgestellt“ und sind nicht Produkt eines sozialen Aushandlungsprozesses. Die inhaltliche Wirklichkeit der Curricula orientiert sich somit vorwiegend am beruflichen Selbstverständnis der Ausbilder und deren Wahrnehmung sozialer Problemstellungen. Implizit werden damit auch die in Kapitel 3.3. sowie 4.3 dargestellten Besonderheiten in der Professionellen - Klientenbeziehung vermittelt, die sich vorwiegend an den Bedarfsstrukturen des dominierenden Handlungspartners orientieren. Dies läßt sich anhand von Teilnehmerzitate des BÖP Curriculum darstellen. "Den Teilnehmern wird etwas vorgebalapert, ohne auf deren Bedürfnisse einzugehen, obwohl die Leute wissen müßten, was sie brauchen und was sie nicht brauchen. Schließlich handelt es sich hier um erwachsene Akademiker." "Die meisten referierten Inhalte kennt man schon - Neues und Interessantes war nicht dabei."<sup>134</sup> Es werden in den Curricula jene vorwiegend von den Referenten als relevant erachteten Inhalte transportiert, die grundsätzlich die Frage unbeantwortet lassen, ob die postgraduellen Lehrgänge der fachlichen Weiterbildung im Sinne des PG dienlich sind. Dazu kommt, dass entsprechend dem Aufbau der

<sup>133</sup> Bescheinigt man der Psychotherapieausbildung aber mehr Tiefe im Bereich Selbsterfahrung und Behandlung, so könnte sich eine Gleichberechtigung der beiden Berufsausbildungen ergeben.

<sup>134</sup> persönliche Mitteilungen von einigen Sitznachbarn in den Seminaren bzw. einem Referenten.

Curricula die Inhalte untereinander kaum integrativ vermittelt werden, und damit dem Anspruch einer praxisorientierten Vertiefung, wie es das PG in § 5 (1), vorsieht kaum Rechnung getragen werden kann.<sup>135</sup>

Es ist nicht einsichtig, was unter "praxisorientierter Vertiefung" gemeint ist. Im Antrag der Universität Wien wird für die Einrichtung des Hochschullehrganges angeführt, dass die Lehrinhalte der Seminare auf dem Wissensstand nach einem abgeschlossenen Studium der Studienrichtung Psychologie aufbauen sollen, wobei es sich vornehmlich um Ergänzungen und Vertiefungen theoretischen Wissens mit bezug auf eine praktische Anwendung im Berufsfeld handeln soll. Schloß Hofen versucht die praxisorientierte Vertiefung dadurch zu gewährleisten, dass für den Beginn der Ausbildung eine Praxisstelle vorhanden sein muß. Ein Großteil der Lehrgangsteilnehmer, mit denen ich gesprochen habe, namentlich die der Ausbildungsvereine Schloß Hofen und BÖP, hatten jedoch nicht den Eindruck, dass dieser im Gesetz vorgeschriebene Auftrag erfüllt wurde. Viele Vorträge gerieten zu „praxisfernen Abhandlungen, die nur bedingt einen Praxisbezug nachzuvollziehen erlaubten“. Ein Referent referierte zum Beispiel sehr ausführlich, wie man am besten Gerichtssachverständiger werden könnte,<sup>136</sup> was als Ausbildungsinhalt in einem Berufseinsteigercurriculum vermutlich eher unerheblich ist. Nach Ansicht von Lehrgangsteilnehmern der BÖP-Curricula Nr. 7 und 8 kann "der Lehrgang weder als Vertiefung noch als praxisorientierte Bereicherung interpretiert werden."<sup>137 138</sup>

Dass sich praktisch psychologische Tätigkeit in einer arbeitsteiligen Realität abspielt, in der Psychologen an den Problemen mehrerer Funktionssysteme beteiligt sind, die wiederum anderen Berufen unterstehen und sich damit an unterschiedlichen oft gegensätzlichen Wertuniversalien orientieren müssen, wird in der Ausbildung kaum berücksichtigt.

Mit Ausnahme des Hochschullehrganges existiert in den Ausbildungsgängen keine explizite Trennung der theoretischen Ausbildungsinhalte zwischen Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie. Bemühungen, eine solche Trennung zu institutionalisieren, existieren derzeit im Zuge einer vom BÖP betriebenen Novellierung des PG. Was den Bereich Psychologie betrifft, würde dies eine differenziertere Aufarbeitung der an die Psychologie herangetragenen versorgungspolitischen Anforderungen möglich machen. Die Gesundheitspsychologie würde dadurch einen erheblichen Professionalisierungsschub bekommen, da diese durch die Ausbildung ein

<sup>135</sup> "in einer Gesamtdauer von zumindest 160 Stunden Kenntnisse und Erfahrungen der klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie praxisorientiert zu vertiefen sind" Dieser Passus hat zur Folge, dass zur Aufnahme in das Curriculum nur der zugelassen wird, der entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen zu Beginn des Curriculums nachweisen kann. Dabei wird eine Mindeststundenanzahl für die Studienordnung Psychologie in inhaltlich angesprochenen Fächern gefordert.

<sup>136</sup> Kontakte, besonders zu Justizangehörigen pflegen, sich möglichst gut präsentieren und auf viele Anlässe gehen.

<sup>137</sup> Der BÖP empfiehlt bzw. ersucht in seiner Darstellung des Curriculum die Vortragenden, personenorientierte flexible Vorgehensweisen zu wählen.

<sup>138</sup> Zwei renommierte Lehrgangsreferenten bestätigten mir diese Vermutung.

ihr zuordenbares eindeutiges Wissen und zugeordnete definierte Tätigkeitsfelder erhält, wodurch ein ansatzweiser Paradigmenwechsel in der Psychologie mit der Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster aus der Gesundheitspsychologie eingeleitet werden könnte. Derzeit werden in den Lehrgängen jedoch gesundheitspsychologische Inhalte weitgehend vernachlässigt, da die Vortragenden durchwegs im klinischpsychologischen Bereich tätig sind und hauptsächlich über ihr Arbeitsgebiet referieren. Dies stellt insofern ein Dilemma dar, als der Arbeitsmarkt im Bereich der Klinischen Psychologie schon weitgehend übersättigt ist und das benötigte Wissen für die Erschließung eines Arbeitsmarktes mit gesundheitspsychologischen Themensetzungen in den Lehrgängen nicht vermittelt wird.<sup>139</sup>

Damit wird auch in den Curricula<sup>140</sup> nicht auf den mangelnden Konsens über Aufgaben, Gegenstand und Art der Problemlösungen der Gesundheitspsychologie sowie ihre Handlungspraxis eingegangen, die überwiegend durch die Defizite ihrer Wissensbasis zu erklären sind (Schaeffer 1994), und keine Alternative zum kurativ orientierten und medizinisch dominierten Gesundheitswesen ermöglicht. Dies hat wie eben angesprochen damit zu tun, dass im Bereich der Lehrenden kaum Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitspsychologie erfolgen und daher diese kaum über gesundheitspsychologische Erfahrungen und Wissen verfügen. Eine andere Ursache dafür ist die traditionell stark individualisierende und kurative Ausrichtung der Ausbildungsinhalte, die interdisziplinär getragene Konzepte der Gesundheitspsychologie nicht vermitteln kann. Zusätzlich bietet die Gesundheitspsychologie ob ihrer diffusen Aufgaben kaum Identifikationsmöglichkeiten für Referenten und Teilnehmer, was in der ohnehin schwierigen Situation in der Abgrenzung zur Psychotherapie als zusätzliche Belastung erlebt wird.

Diese Differenzierung zwischen Gesundheitspsychologie und Klinischer Psychologie ist in der derzeitigen Wirklichkeit praktisch-psychologischer Tätigkeit schwierig durchzuführen, womit die Trennung Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie von berufspolitisch engagierten Psychologen als nicht sinnvoll erachtet wird. Dem kann entgegengesetzt werden, dass man in der derzeitigen Ausbildungspraxis "den Gesundheitspsychologen zum Klinischen Psychologen dazu geschenkt bekommt"<sup>141</sup> und damit auf gesundheitspsychologische Inhalte in den Curricula relativ wenig eingegangen wird. Die Gesundheitspsychologie ist derzeit quasi die "Schmalspurversion" der klinischpsychologischen Ausbildung. Es bedürfte einiger Bemühungen, gesundheitspsychologische und klinischpsychologische Inhalte adäquat ineinander zu integrieren.

Neben den genannten Defiziten in der gesundheitspsychologischen Ausbildung bestehen auch Unzulänglichkeiten in der Vermittlung berufsrechtlicher Rahmenbedingungen, die vorwiegend auf eine Darstellung des PG und kaum auf jene oben angesprochenen Aspekte abzielen. Die für die psychologische Arbeit besonders wichtigen

<sup>139</sup> persönliche Mitteilungen von Seminarkollegen

<sup>140</sup> Ausnahme: Universität Wien

<sup>141</sup> Interview: BÖP

Kenntnisse über institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen werden in den Lehrgängen kaum angesprochen. Da es nach dem PG den Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen erlaubt ist, ihren Beruf selbständig auszuüben, wären jedoch eine Vielzahl an Informationen nötig. Hierzu zählen Fragen, wie mache ich mich selbständig, Informationen über organisatorische, rechtliche und finanzielle Belange und Risiken. Infolge dieser Unwissenheit kommt es im Kampf um Zuständigkeitsbereiche und bei der Verteidigung der eigenen Arbeit zu erheblichen Nachteilen. Ebenso ist die Autonomie beruflichen Handelns eingeschränkt, wenn Normen und gesetzliche Regelungen für die Berufsausübung nicht bekannt sind, und damit die Voraussetzungen für die Eigenkontrolle beruflichen Handelns beeinträchtigt werden.

Als besonders wichtigen Punkt für die Ausbildungsregelung erachte ich die Anrechnungen von Vorqualifikationen, die bis 1993 in den Übergangsbestimmungen sehr liberal gehandhabt wurden. Wie in den Ausbildungsverträgen angeführt, muß die jeweilige wissenschaftliche Leitung eines Lehrgangs Ausbildungsmodule gleichwertiger Lehrgänge anrechnen.<sup>142</sup> Diese Modalitäten einer Anrechnung sind in der Regel sehr vage formuliert, so dass eine Anrechnung für Auszubildende mit erheblichen Schwierigkeiten und Schikanen verbunden sein kann. Es ist davon auszugehen, dass es aufgrund der vagen Bestimmungen der gegenseitigen Anrechnungen zu keinem Lehrgangstourismus kommen kann, wie ursprünglich vom Gesetzgeber vorgesehen worden wäre.<sup>143</sup> Mit dieser Handhabung sichert sich die Berufsgruppe eine Kontinuität im Ausbildungsbesuch und behält sich vor, die Inhalte zu definieren und deren Relevanz zu beurteilen. Damit bestimmt eine Berufsgruppe implizit, was ihrer Ansicht nach gültiges Wissen ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der theoretischen Ausbildung beim Erwerb fachlicher Kompetenz von der Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes nicht gesprochen werden kann. Folglich besteht in der Ausbildung zum Gesundheitspsychologen und Klinischen Psychologen eine ungünstige Ausgangssituation, eine für die Gesellschaft wertvolle Tätigkeit zu entwickeln.

### **6.1.1.3 Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz**

In diesem Kapitel möchte ich die Relevanz der Supervision, insbesondere vor dem Hintergrund der Professionalisierungsdiskussion darstellen und das ihr zugrundeliegende Konzept in Anlehnung an die Supervisionsrichtlinien der Psychotherapie für die Ausbildung zum Klinischen- und Gesundheitspsychologen konkretisieren. Abschließend

---

<sup>142</sup> § 11 PG

<sup>143</sup> "Wir behalten uns die Entscheidung über einen Anrechnungsmodus vor." Darstellung des Curriculum BÖP (1991).

möchte ich noch jene externen Effekte beschreiben, wie sie für ausbildende Psychologen Relevanz besitzen.

Zum Begriff der Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz und zu ihrer Umsetzung bestehen sehr unterschiedliche Auffassungen und Interpretationen.<sup>144</sup> Sie hat etwas mit Aufsicht und Qualitätskontrolle zu tun und ist für die Professionalisierungstendenzen wichtig, da sie lege artis durchgeführt, zu einer Leistungs- und Qualitätssteigerung (Brunner 1998) beitragen kann. Supervision ermöglicht es dabei, reflexive Ressourcen in der psychosozialen Arbeit zu nützen und stellt eine interne Bewertung in Form von Feedback als professionelles methodisches Prinzip dar. Supervision ist für eine beziehungsorientierte Arbeit eine grundlegende Kompetenz, in der die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung besonders wichtig ist. Der besondere Bezug der Psychologen zu ihren Klienten, wie ich ihn in Kapitel 4.4 dargestellt habe, kann in der Supervision reflektiert werden, was zu einer professionellen Strukturierung dieser Beziehung beitragen soll. Für die psychologische Tätigkeit, die immer auch durch eine strukturell bedingte Widersprüchlichkeit gekennzeichnet ist und permanente berufliche Spannungen in sich trägt (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996), etwa wenn zwischen Kontrolle und Hilfe (Wagner und Werdenich 1998; Bauer 1998) agiert werden muß, stellt Supervision ein hilfreiches Arrangement psychosozialer Tätigkeit dar. In diesem Zusammenhang stellt Supervision auch einen Kontrollmechanismus für die praktische Ausbildung von Psychologen dar, der von langgedienten Professionsmitgliedern ausgeübt werden soll. Inhaltlich geht es dabei um die Einhaltung wichtiger Glaubensgrundsätze und Wertvorstellungen einer Gesellschaft, sowie dem Schutz gesellschaftlicher Normen und Werte.

Eine fachbegleitende Supervision ist nach dem PG für den Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz erforderlich. Sie soll „durch eine die psychologische Tätigkeit gleichzeitig begleitende Supervision in der Gesamtdauer von zumindest 120 Stunden, die anhand konkreter Fälle eine unterstützende Hilfestellung und Beratung samt der Möglichkeit der Selbstreflexion gewährleistet, erfolgen.“<sup>145</sup> Diese Art der Supervision darf nur von jenen Personen durchgeführt werden, die mindestens fünf Jahre den klinisch- und gesundheitspsychologischen Beruf ausgeübt haben. Das PG beschreibt lediglich die Qualifikationen derjenigen Personen, die diese Supervision durchführen dürfen. Nicht beschrieben wurde das Setting, der Gegenstand und die Form bzw. der Zusammenhang, in dem eine Supervision für die Ausbildung anerkannt wird. Damit ermöglicht die Regelung einen relativ großen Interpretationsspielraum. Allgemein hat sich derzeit die Meinung durchgesetzt, dass es sich bei der Ausbildungssupervision um eine Fallsupervision handelt, die die Reflexion psychologischer Arbeit beinhaltet.<sup>146</sup>

---

<sup>144</sup> vgl. hierzu Pühl (1990, 1994, 1996)

<sup>145</sup> § 6 Abs. 2 PG

<sup>146</sup> Kierein, Curriculum Nr. 7 im Februar 1997

Ob es sich bei der Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz um eine Fallsupervision oder die Reflexion psychologischer Arbeit handelt, ist wie eben erwähnt, meiner Ansicht nach, noch nicht abschließend geklärt. Auf diese Unsicherheiten und Unklarheiten wird auch in den allgemeinen Vorbemerkungen der Supervisionsrichtlinien des BMAGS für das PthG eingegangen. Darin wird angemerkt, dass in den verschiedenen Gesetzen, wie etwa dem PthG, dem PG oder dem KAG bei der Operationalisierung des Begriffs Supervision „sehr häufig von einem unterschiedlichen Verständnis“ (S. 3) ausgegangen wird. Nach Ansicht des BMAGS verfolgt Supervision verschiedenste Zielsetzungen und stellt je nach Anwendungsgebiet äußerst differenzierte Anforderungen an die Qualifikation eines Supervisors. In den Supervisionsrichtlinien für das PthG wurde Supervision als „die methodische Reflexion beruflichen Handelns“ definiert. Dieser Definition folgend kann jedes berufliche Handeln Gegenstand einer Supervision sein. In den ausschnittsweise schon zitierten Supervisionsrichtlinien für das PthG wird grundsätzlich auch „zwischen Supervision im allgemeinen und Supervision im berufsspezifischen Sinn unterschieden, wobei beide Formen regelmäßig berufsbegleitend erfolgen“ (S. 6). Dabei gibt es für die Supervision im berufsspezifischen Sinne erhebliche Unterschiede bezüglich der jeweils supervidierten Berufsgruppe, da in berufsspezifischen Supervisionsprozessen die Verbesserung der jeweils beruflichen Handlungskompetenzen sowie die Ausprägung von konkreten Berufsrollen und berufsethischen Einstellungen im Vordergrund stehen. Ziele, Funktionen und Methoden der berufsspezifischen Supervision sind daher in besonderer Weise mit der „Handlungslogik“ des jeweils supervidierten Berufskontextes verbunden, was eine langjährige Erfahrung der supervidierenden Person voraussetzt. Dieser Logik entsprechend würde die Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz<sup>147</sup> eine Supervision im berufsspezifischen Sinn sein und keine, wie allgemein angenommen, Fallsupervision. Supervision wäre dann vordergründig eine Eigenthematisierung, es geht um die berufliche Identität, der Supervisand macht in erster Linie seine Person zum Thema.

Auf diese Entwicklung und Diskussion möchte ich hier unter einer professionssoziologischen Sichtweise eingehen. Professionelle psychologische Arbeit erfolgt in erster Linie im Zusammenhang mit komplexen gesellschaftlichen Entwicklungen. In ihr sollen kompensativ die Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte behoben werden, die zu einer besonderen Beziehung zwischen Professionellen und Klienten führen.

Psychische und soziale Phänomene werden vorwiegend auf individueller Ebene bedeutsam. Moderne Psychotechniken beschränken sich auf die individuelle psychische Verarbeitungsebene und leiten globale soziale Problemstellungen auf die Ebene der individuellen Bearbeitung um (Zaumseil 1978). Damit kommt es zur Reduktion gesellschaftlicher Tatbestände auf „rein individuelle seelische Faktoren“ (Pohl 1988, S. 604). In diesem Kontext bleiben psychologische Lösungsansätze auf die Ebene

---

<sup>147</sup> § 6 Abs. 2 PG

der Klienten-Professionellen Beziehung beschränkt. Zusätzlich trägt eine professionelle Hilfe zu einer gleichzeitigen Abwertung alltäglicher, laienhafter Hilfe bei und fördert somit tendenziell die Übersteigerung von Problemen. In diesem Kontext erfordert professionelles psychologisches Handeln eine Vielzahl reflexiver Ressourcen, um die strukturell bedingten Handlungsmuster in der psychologischen Arbeit zu erkennen und zu berücksichtigen. Da professionelles Handeln nicht von der Person des Professionellen losgelöst werden kann, müssen die reflexiven Kompetenzen auf die Person des professionellen Helfers beschränkt bleiben. Ein Professioneller hat also vielfältige abstrahierte Kenntnisse in konkreten beruflichen Situationen angemessen anwenden zu können. Besonders die "fall- und sinnverstehenden Kompetenzen" (Oevermann 1990 zit. n. Schaeffer 1994, S. 115), die es ermöglichen, nicht nur sachgerecht sondern auch fallangemessen zu reagieren und zu agieren, und mit denen eine Deutung und aus ihr abgeleitete Lösungen von sozialen Handlungsproblemen möglich werden (Dewe et al. 1995), erfordern eine Reflexion. Zusätzlich kann aufgrund der Form der Professionellen-Klienten Beziehung der Bereich zur Privatheit in einer besonderen Art und Weise überschritten werden (Schaeffer 1994), was einer reflexiven Instanz bedarf, die ein solches Vorgehen im Rahmen ethischer und fachlicher Grenzen ermöglicht. Supervision ist in diesem Zusammenhang also ein unablässiges Mittel für eine gelingende Professionellen-Klienten Beziehung und daher wichtig für die Professionalisierungsbestrebungen.

Neben den eben genannten Gründen, die die Supervision notwendig erscheinen lassen, beinhaltet die Ausbildungssupervision auch den Zweck der Psychohygiene für die in Ausbildung Stehenden "Praktikanten". Siegländ (1983, S. 533) legt nahe, die Supervision als eine Variante von Prävention zu begreifen. Inwieweit psychohygienische Aspekte einer Supervision als ausbildungsrelevant erachtet werden können, kann ich hier nicht beurteilen. Ich erachte die Vermittlung von Richtlinien für psychohygienische Aspekte von Supervision jedoch als unablässig für eine erfolgreich durchzuführende Ausbildung bzw. den Erwerb fachlicher Kompetenz.

Die Berufsverbände und langjährigen<sup>148</sup> Berufsgruppenmitglieder erhielten durch die Supervision für den Erwerb fachlicher Kompetenz eine zusätzliche lukrative Einkommensquelle. Dementsprechend hat sich in Österreich ein "kleiner aber feiner" Markt für Supervision gebildet. Es ist vielen Berufsgruppenmitgliedern gelungen, lukrative Ausbilder-Auszubildenden Beziehungen zu institutionalisieren, die zu erheblichen finanziellen Belastungen auf Seiten der in Ausbildung Stehenden führt. Grundsätzlich sollte meiner Meinung nach durch den praktikums anbietenden Psychologen die Möglichkeit einer kostenlosen Supervision in den Ausbildungsstätten bestehen. Wird die Supervision von einer Ausbildungsinstitution, wie allgemein üblich, ausschließlich im Umfang von zwei Supervisionseinheiten pro Monat bezahlt, so würde die

---

<sup>148</sup> mit mindestens fünfjähriger Berufsgruppenmitgliedschaft

Ausbildung, wenn man die Supervision nur in der Ausbildungseinrichtung macht, bei den im PG vorgeschriebenen 120 Supervisionseinheiten (à 45 Minuten), 80 Monate, das sind 6½ Jahre dauern. Daher müssen zu der in der Institution angebotenen Supervision zusätzliche Supervisionsangebote organisiert werden. Die GkPP begegnet diesen angesichts der bestehenden Finanzierungsproblematik mit Versuchen, kostengünstige Gruppensupervisionen zu vermitteln. Von den Berufsverbänden wird derzeit angestrebt, die Supervision als immanenten Bestandteil von Sozialberufen zu deklarieren.

Die oben angeführte fehlende gesetzliche Regelung zur Supervision und die daraus resultierende Misere führt dazu, dass der Supervisor bestimmt, was als Supervision zu gelten hat bzw. was er als solche bestätigt, was zu jener besonderen Form der Marktschließung führt, in der erstes Selektionskriterium ist, wer sich eine solche Supervision finanziell leisten kann bzw. wer sich mit dem ausbildenden Supervisor so gut stellt, dass er die Teilnahme problemlos bestätigt erhält.

#### **6.1.1.4 Darstellung der anerkannten Weiterbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz**

Im folgenden möchte ich rein deskriptiv die vier anerkannten Weiterbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz darstellen.

##### **6.1.1.4.1 "Fortbildungsakademie" des BÖP**

Der BÖP wurde am 18. August 1992 vom BMAGS als Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Abs. 1 PG anerkannt. Der erste Curriculum<sup>149</sup> wurde am 21. November 1992 begonnen. Bis 31. Juli 1998 konnten 37 Curricula abgeschlossen werden.<sup>150</sup> Die bisher abgehaltenen Curricula wurden in Wien, Salzburg und Graz durchgeführt. Bis 31. Juli 1998 haben 345 Teilnehmer das Curriculum erfolgreich abgeschlossen.

Aufnahmebedingungen für die postgraduelle Ausbildung sind neben den gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen, dass die Teilnehmer während ihres Psychologiestudiums mindestens 10 Semesterwochenstunden Lehrveranstaltungen aus psychologischer Diagnostik und mindestens 9 Semesterwochenstunden im Fach Klinische Psychologie erfolgreich absolviert haben.

Die Dauer des Curriculums beträgt 1½ Jahre und umfaßt 172 Stunden, wobei sich der BÖP während des laufenden Curriculums eine quantitative Erweiterung vorbehält.

<sup>149</sup> Der BÖP bezeichnet seine Lehrgänge als Curricula.

<sup>150</sup> in Wien 18, in Graz 9 und in Salzburg 10 Curricula.

Die Kosten<sup>151</sup> für einen Seminartag (8 Stunden) belaufen sich für BÖP-Mitglieder auf öS 1.680,- und für BÖP-Nicht-Mitglieder auf öS 2.230,- (Preise inklusive 20 % MwSt.). Es fallen keine zusätzlichen Kosten an. Die Kosten für die Absolvierung des BÖP Curriculums für BÖP-Mitglieder betragen öS 36.000,- und für BÖP-Nichtmitglieder öS 48.000,-.

Es werden pro Jahr drei Kurse angeboten. Die Mindestteilnehmeranzahl pro Kurs beträgt 10 Personen, die Maximalteilnehmeranzahl 15 Personen. Die Kurse finden in Räumen der Fortbildungsakademie und an Arbeitsplätzen von Referenten statt. Die Wartezeit beträgt 1-3 Monate. Die Seminare werden an Samstagen (8 Stunden), am Freitag Nachmittag und Samstag (12 Stunden) und am Freitag und Samstag (16 Stunden) durchgeführt.

Die Prüfungen erfolgen in mündlicher Form oder in Gruppenarbeiten. Von der Anrechnung einzelner Bausteine wird aufgrund des Aufbaues des Curriculums kaum Gebrauch gemacht. Weiters schreibt der BÖP vor, dass 70 % des Gesamtcurriculums beim BÖP absolviert werden müssen. Die Anmeldung ist jederzeit möglich. Inhaltlich ist das Curriculum traditionell klinischpsychologisch orientiert.

1995 besuchten 149 Psychologen die theoretische Ausbildung des BÖP, wovon 80% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren. 1996 besuchten 258 Psychologen die theoretische Ausbildung des BÖP, was einen Anstieg von 1995 bis 1996 um 111 Lehrgangsteilnehmer oder 63% betrug. 1996 waren 86% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts.

**Tabelle 6-2:** Zahl der Teilnehmer des Curriculums der "Fortbildungsakademie" des BÖP

	gesamt	weiblich	männlich
1996	258	222	36

Quelle: BMAGS

#### **6.1.1.4.2 Hochschullehrgang am Institut für Psychologie der Universität Wien**

Der Hochschullehrgang am Institut für Psychologie der Universität Wien wurde am 6. April 1993 vom BMAGS als entsprechende Ausbildungseinrichtung per Bescheid anerkannt.

Der Hochschullehrgang wird sowohl von Seiten der Universität als auch von einer Fakultätskommission beaufsichtigt, andererseits vom BMAGS kontrolliert. Der stellvertretende Leiter des Hochschulkurses meint zur Konzeption: "Der Hochschullehrgang zielt auf die Sicherstellung und Weiterentwicklung von Qualitätsaspekten ab; vor allem sollen die Rahmenbedingungen optimiert werden. Gleichzeitig wird eine inhaltliche und didaktische Verbesserung angestrengt" (Weber 1995, S. 572).

<sup>151</sup> September 1998

Bis September 1998 haben 76 Teilnehmer die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und 69 Teilnehmer die Ausbildung zum Gesundheitspsychologen absolviert. Die Kurse beginnen einmal jährlich mit Anfang des Winter- bzw. Sommersemesters. Von einer Ausweitung des Kursangebotes wird in Zukunft Abstand genommen werden, was zu längeren Wartezeiten führen kann. Derzeit kommt es jedoch zu keinen Wartezeiten.

Aufnahmebedingungen für den Hochschullehrgang sind die Absolvierung der Studienrichtung Psychologie und der Nachweis von während des Psychologiestudiums absolvierten Lehrveranstaltungen (mindestens 10 Semesterwochenstunden) aus dem Bereich psychologische Diagnostik sowie (mindestens 9 Semesterwochenstunden) aus dem Prüfungsfach Klinische Psychologie. Weiters ist eine Immatrikulation an der Universität Wien sowie die Inskription des Hochschullehrgangs erforderlich.

Inhaltlich wird der Hochschullehrgang in drei Blöcken abgehalten. In Block A werden theoretische Grundlagen aus den Bereichen Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie vertieft bearbeitet. Die Blöcke B und C dienen der inhaltlichen Vertiefung der Gebiete Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie und orientieren sich an den jeweiligen Praxisfeldern. Der Block A ist Voraussetzung für die Aufnahme in die Blöcke B und C, die voneinander unabhängig geführt werden. Der Kurs erstreckt sich über drei Semester, wobei innerhalb eines Semesters ein Block besucht werden kann.

Die Kosten betragen öS 2.000,- Aufnahmegebühr, öS 1.000,- Semestergebühr und je öS 8.000,- für Block A, B und C sowie öS 500,- Abschlußgebühr pro Block. Die Gesamtkosten betragen öS 29.500,-. Im Block A können maximal 25 Personen in den Blöcken B und C maximal je 15 Personen aufgenommen werden.

1995 besuchten 41 Psychologen die theoretische Ausbildung des Hochschullehrgangs zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen, wovon 82% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren. 1996 nahm die Teilnehmerzahl auf 36 Personen ab. 1996 waren 83% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts.

**Tabelle 6-3:** Zahl der Teilnehmer im Hochschullehrgang am Institut für Psychologie der Universität Wien

	gesamt	weiblich	männlich
1996	36	30	6

Quelle: BMAGS

#### 6.1.1.4.3 "Fabrik" - Weiterbildungseinrichtung der GKPP

Die GkPP wurde am 9. März 1994 vom BMAGS als Ausbildungseinrichtung per Bescheid anerkannt. Die Ausbildungstätigkeit wurde im Mai 1994 aufgenommen.

Aufnahmebedingungen sind die Absolvierung der Studienrichtung Psychologie und der Nachweis von während des Psychologiestudiums absolvierten Lehrveranstaltungen aus dem Bereich psychologische Diagnostik (mindestens 10 Semesterwochenstunden) sowie aus dem Prüfungsfach Klinische Psychologie (mindestens 9 Semesterwochenstunden).

Lehrveranstaltungen können aus einem Angebot von 320 Stunden (in Wien) und 200 Stunden (in Salzburg) in Form von einzeln zu belegenden Seminaren gewählt werden, wobei inhaltliche individuelle Schwerpunktsetzungen möglich sind. Das Curriculum setzt sich aus fünf Bereichen zusammen. Jedem Bereich ist eine gewisse Anzahl von Themenschwerpunkten zugeordnet. Zu jedem Themenschwerpunkt wiederum ist angegeben, zu welchen der 10 gesetzlich vorgeschriebenen Inhaltsbereiche er zuzuordnen ist. Je nach Konzeption eines Kurses kann es sein, dass ein bestimmter Stundenanteil des Kurses für einen bestimmten gesetzlichen Inhaltsbereich, die restlichen Stunden für einen anderen gesetzlichen Inhaltsbereich zugeordnet und angerechnet werden. Nach der vom Weiterbildungsausschuß des PB empfohlenen Mindeststundenanzahl pro gesetzlichem Inhaltsbereich ergeben sich insgesamt 120 Mindeststunden, das heißt, die Teilnehmer können 40 Stunden frei wählen und sich damit selbst einen Schwerpunkt definieren (Weber 1995, S. 575).

#### **Abbildung 6-1:** Grundstruktur des GkPP-Curriculums

Block I:	Grundlagen und Rahmenbedingungen
Bereich 1:	Grundlagen der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Arbeit
Block II:	Handlungsleitende Diagnostik, Methoden und Praxisfelder
Bereich 2:	Handlungsleitende Diagnostik und Analysemethoden
Bereich 3:	klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Intervention
Bereich 4:	klassische klinischpsychologische Arbeitsfelder
Block III:	Reflexion und Ethik
Bereich 5:	Reflexion und Ethik klinischpsychologischer und gesundheitspsychologische Tätigkeit

Die Kosten des Curriculums betragen bei einer Dauer von 160 Stunden ca. öS 29.000,-.

Kurse werden das ganze Jahr in Wien und Salzburg angeboten. Die maximale Teilnehmeranzahl pro Seminar beträgt 15 Personen.

1996 besuchten 96 Psychologen die theoretische Ausbildung der GkPP, wovon 70% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren. 1997 nahm die Teilnehmerzahl auf 149 Psychologen zu, wovon 74% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren.

#### **Tabelle 6-4:** Zahl der Teilnehmer in der Ausbildung der "Fabrik" - Weiterbildungseinrichtung der GKPP

	gesamt	weiblich	männlich
1996	96	68	28

Quelle: BMAGS

#### 6.1.1.4 Schloß Hofen

Seit Beginn des Wintersemesters 1995/96 bietet Schloß Hofen das Curriculum zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen an. Schloß Hofen wird als gemeinnützige GmbH geführt, deren Gesellschafter das Land Vorarlberg ist.

Das Studienprogramm wird in Form eines geschlossenen Lehrgangs durchgeführt. Es müssen also alle Veranstaltungen des Curriculums beim Lehrgangsanbieter besucht werden. Ein Neueinstieg ist nur zu Beginn des Wintersemesters möglich. Die Veranstaltungen finden geblockt an den Wochenenden statt.

Pro Lehrgang werden 15 Teilnehmer aufgenommen. Für die Aufnahme erforderlich sind eine Sponsionsurkunde für Psychologie und entsprechende Grundkenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie zu Beginn des Curriculums. Die Minimalregelung für die Aufnahme ist die in der Studienordnung für Psychologie angeführte Mindeststundenanzahl pro Fach. Die Anwesenheit ist im Umfang von mindestens 90 % der Lehrgangsdauer erforderlich.

Die Kosten für das Curriculum in Schloß Hofen betragen öS 33.200,-. Im Preis inbegriffen sind Unterrichtsmaterialien und Prüfungsgebühren.

1995 besuchten 18 Psychologen die theoretische Ausbildung von Schloß Hofen, wovon 2/3 der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren. 1997 nahm die Teilnehmerzahl auf 31 Psychologen zu, wovon 77% der Lehrgangsteilnehmer weiblichen Geschlechts waren. Bis 24. August 1998 wurden 6 Lehrgänge beendet und haben 90 Lehrgangsteilnehmer das Curriculum in Schloß Hofen erfolgreich abgeschlossen.

**Tabelle 6-5:** Zahl der Teilnehmer im Curriculum in Schloß Hofen

	gesamt	weiblich	männlich
1997	31	24	7

Quelle: BMAGS

#### 6.1.1.5 Vergleichende Gegenüberstellung der wichtigsten Merkmale der Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz

**Tabelle 6-6:** Vergleichende Gegenüberstellung der wichtigsten Merkmale der Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz

	<b>Fortbildungsakademie" des BÖP</b>	<b>Hochschullehrgang am Institut für Psychologie der Universität Wien</b>	<b>Fabrik" - Weiterbildungseinrichtung der GKPP</b>	<b>Schloß Hofen</b>
Datum der Anerkennung als Ausbildungseinrichtung	18. 8. 1992	6. April 1993	9. März 1994	Wintersemester 1995/96
Träger	BÖP	Universität Wien	GkPP	Land Vorarlberg
Aufnahmebedingungen	abgeschlossenes Psychologiestudium, mind. 10 h psychologische Diagnostik sowie mind. 9 h aus Prüfungsfach Klinische Psychologie	abgeschlossenes Psychologiestudium, mind. 10 h psychologische Diagnostik sowie mind. 9 h aus Prüfungsfach Klinische Psychologie	abgeschlossenes Psychologiestudium, mind. 10 h psychologische Diagnostik sowie mind. 9 h aus Prüfungsfach Klinische Psychologie	Sponsionsurkunde für Psychologie und entsprechende Grundkenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie
Dauer der Ausbildung	172 Stunden verteilt auf 1½ Jahre	Je Block ein Semester, d.h. 2 oder 3 Semester	hängt vom Ausbildungsteilnehmer ab	
Stundenumfang	172	240	mind. 160	
Inhaltliche Orientierung	traditionell klinisch psychologisch	klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Schwerpunktsetzung möglich	inhaltlich individuelle Schwerpunktsetzungen zu 10 gesetzlich vorgeschriebenen Inhaltsbereichen möglich	traditionell klinisch psychologisch
Kosten	öS 36.000,- / öS 48.000,- (BÖP-Mitglieder/ BÖP-Nichtmitglieder)	öS 29.500,-.	ca. öS 29.000,-.	öS 33.200,-.
max. Teilnehmeranzahl pro Lehrveranstaltung	15	25 / je 15 (Block A/ Blöcke B und C)	15	15
Ausbildungsstandorte	Wien, Graz, Salzburg	Wien	Wien, Salzburg	Lochau am Bodensee

Die Anerkennungen der Ausbildungseinrichtungen erfolgten von 1992 bis 1995. An der Vielzahl der Ausbildungsanbieter läßt sich erkennen, dass für Ausbildungseinrichtungen, die Veranstaltungen zum theoretischen Erwerb fachlicher Kompetenz anbieten, ein großer Markt besteht - betragen die Kosten für den Besuch eines Lehrgangs im Schnitt immerhin öS 30.000,-. Ausbildungsträger sind vor allem die beiden Berufsverbände, die an mehreren Standorten Ausbildungen anbieten. Die Universität Wien und

das Land Vorarlberg bieten als nicht Berufsverbände jeweils nur an einem Standort eine Ausbildung an. Für die Aufnahme wird bei allen Ausbildungsanbietern ein abgeschlossenes Psychologiestudium vorausgesetzt, wobei außer Schloß Hofen bei Lehrgangsbeginn noch jeweils Prüfungen im Umfang von mindestens 10 Semesterwochenstunden aus dem Bereich psychologische Diagnostik sowie mindestens 9 Semesterwochenstunden im Prüfungsfach Klinische Psychologie erbracht werden mußten. Die Dauer der Ausbildung beträgt mit leichten Abweichungen außer beim Hochschullehrgang, wo diese 240 Stunden umfaßt, überall wie die im Gesetz vorgeschrieben 160 Stunden. Inhaltlich ist die Ausbildung in Schloß Hofen um beim BÖP traditionell klinischpsychologisch orientiert, während bei der GkPP und beim Hochschullehrgang wahlweise die Teilnehmer klinischpsychologische und/oder gesundheitspsychologische Schwerpunkte setzen können.

#### **6.1.1.6 Praktische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz**

In diesem Kapitel möchte ich die praktische Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz darstellen und Hintergründe für die Funktion der praktischen Ausbildung für die Professionalisierung der Psychologen skizzieren.

In weiterer Folge versuche ich die Relevanz der Ausbildung für die Entstehung unterschiedlicher professioneller psychologischer Identitäten vor dem Hintergrund der verschiedenen Ausbildungseinrichtungen zu beschreiben. Diese Diskussion möchte ich vor dem Hintergrund der Ausbildungsstellenmisere weiterführen. Dabei werde ich im Text auf den Mißstand in der praktischen Ausbildung näher eingehen, der zum neuralgischen Punkt für die Professionalisierungsbestrebungen wird. Hierbei versuche ich Erklärungen für diese Mißstände darzustellen und ansatzweise Lösungsvorschläge herauszuarbeiten sowie deren Relevanz für die Professionalisierung einzuschätzen. Besonders berücksichtigen werde ich die finanzielle Abgeltung der praktischen Ausbildung aber auch deren inhaltliche Gestaltung und Durchführung, insbesondere im Vergleich zur Turnusausbildung der Mediziner.

Die praktische Ausbildung ermöglicht es dem in Ausbildung Stehenden, die im Studium und im Curriculum gelernten Ausbildungsinhalte praktisch anzuwenden bzw. dadurch sein Wissen professionsspezifisch auszuweiten. Dies ist insofern von Bedeutung, als professionseigene Wissens Elemente im Prozeß sozialen Aushandelns Geltung erlangen, die von der jeweiligen Situation, also den strukturellen und individuellen Bedingungen des praktischen Ausbildungsplatzes abhängt. Die praktische Ausbildung hat dabei einen wesentlichen Anteil an einer professionstypischen Sozialisation.

In der praktischen Ausbildung werden in großem Umfang auch Kompetenzbereiche und Arbeitsfelder kreiert. Die direkte Verbindung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung (duales Ausbildungsmodell) ermöglicht es, neue Werte und Problemlösungsmuster in eine aktuelle Versorgungspraxis zu implementieren.

Die praktische Ausbildung stellt eine wesentliche Bedingung für ein spezifisches hochqualifiziertes Leistungsangebot dar, das sich auf dem in der theoretischen Ausbildung vermittelten Wissen begründet. Hier geht es im besonderen darum, jene in Kapitel 3.1. und 3.2. dargestellten Inhalte praxisrelevant aufzubereiten. Insbesondere die in Kapitel 3.1. dargestellte Diskrepanz zwischen anwendungsorientierter und wissenschaftlicher Psychologie kann in der praktischen Ausbildung thematisiert und überwunden werden. Dieser idealtypischen Darstellung der praktischen Ausbildung möchte ich eine Realität gegenüberstellen, wie ich sie im folgenden skizzieren möchte.

Die Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz sollen unterschiedliche Inhalte vermitteln. Ich teile diese in drei Kategorien ein. Ausbildungseinrichtungen, die ausschließlich gesundheitspsychologische Kompetenzen vermitteln, Einrichtungen, die ausschließlich klinischpsychologische Kompetenzen vermitteln und Einrichtungen, die beide Kompetenzen vermitteln.

Diese formal relevante Trennung besitzt praktisch kaum Relevanz, da der Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz trotz der seit Juli 1998 in den Bereichen Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie getrennt angeführten Einrichtungslisten zumeist nicht getrennt erfolgt. Derzeit<sup>152</sup> gibt es in Österreich 114 facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen des Gesundheitswesens zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz, ca. 170 Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz in Klinischer Psychologie und ca. 180 Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz in Gesundheitspsychologie.<sup>153</sup>

Tatsächlich sind bis auf wenige Ausbildungseinrichtungen der Großteil der Ausbildungseinrichtungen von den Inhalten her praktisch ident. Dies läßt sich wie vorhin schon erwähnt mit der schwierigen Unterscheidbarkeit der Aufgabenbereiche der beiden Disziplinen sowie dem fehlenden Konsens über Aufgaben und Gegenstand, Probleme und Art der Problemlösungen der Gesundheitspsychologie im medizinisch dominierten Gesundheitswesen erklären. Zusätzlich kommen Defizite in der Wissensbasis für den Bereich der Gesundheitspsychologie und eine verwirrende und vielfältige Teilhabe an Funktionssystemen und daraus folgende Abhängigkeiten von anderen Berufen und deren Wertuniversalien hinzu. Trotz dieser Besonderheiten bemüht sich die GkPP, gesundheitspsychologische Inhalte über zusätzliche alternative Ausbildungsmodelle zu forcieren, indem sie mit dem Gesundheitsmanagementbereich auf eine strukturelle Ebene ausweicht und implizit einen neuen Tätigkeitsbereich psychologischer Arbeit anspricht. Diese Strategie orientiert sich an der Vernachlässigung durch die medizinische Profession in diesem Bereich und nützt somit die Chance, sich in einem für die Psychologie untypischen Kontext zu professionalisieren und für diesen Bereich ein autonomes und

---

<sup>152</sup> Juli 1998

<sup>153</sup> Der Großteil dieser Einrichtungen sind sowohl facheinschlägige, gesundheitspsychologische als auch klinischpsychologische Ausbildungseinrichtungen in einem.

eigenverantwortliches spezifisches, hochqualifiziertes Leistungsangebot zu entwickeln. Dieser über eine Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit hergestellte Verwendungskontext kann damit den fehlenden Konsens über Aufgaben und Gegenstand und Probleme und Art der Problemlösungen der Gesundheitspsychologie beheben.

**“Ausbildungsstellenmisere”:** Schon in den 80er Jahren wurde im Zuge der damaligen Diskussion über die Dauer der praktischen Ausbildung und infolge zu weniger Praxisstellen auf Engstellen und informelle Zugangsbeschränkungen zur praktischen Ausbildung zum Klinischen- und Gesundheitspsychologen hingewiesen. Die "Flaschenhalssituation" wurde auch wesentlich durch restriktive Bestimmungen des BMAGS über die Akzeptanz von Ausbildungseinrichtungen mitverursacht. Erst 1994 kam es auf Drängen des PB zu einer Lockerung der bis 1994 relativ streng gehandhabten Kriterien für die Anerkennung als Ausbildungseinrichtung. Außerdem wurde es möglich, mit "ad personam" Ausbildungsstellen die (berufliche) Tätigkeit der in Ausbildung Stehenden für den Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz als angemessen zu definieren. Damit passiert eine wie oben schon beschriebene implizite Definition klinischpsychologischer und gesundheitspsychologischer Inhalte und Arbeit, die durch die beruflichen Tätigkeiten der "ad personam" Ausbildungsstelleninhaber skizziert wird.

Die "Ausbildungsstellenmisere" hat zwei Folgen für die Qualität der praktischen Ausbildung: Zum einen kann aufgrund der Vielzahl an Ausbildungsteilnehmern nur mehr bedingt auf jene in Kapitel 3.1. und 3.2. angesprochenen Inhalte sowie die reflexiven Kompetenzen eingegangen werden. Individuelle Ausbildungsbedürfnisse der Ausbildungsteilnehmer können also kaum mehr berücksichtigt werden.

Als zweite Auswirkung sehe ich den Mechanismus der sozialen Schließung. Durch die "Flaschenhalssituation", d.h. die zu große Anzahl von Ausbildungsanwärtern für zuwenig Ausbildungsstellen, kommt es zu Zugangsbeschränkungen zur Ausbildung als Voraussetzung für die Berufsausbildung. Trotz Ankündigung seitens des BMAGS, im Zuge der Verlagerung der Gesundheitsversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich (PR-Info 6-7, 1992) auch mit den Ausbildungseinrichtungen gleichzuziehen und damit dem Engpaß an praktischen Ausbildungseinrichtungen entgegenzuwirken, kam es bisher, auch nach Ansicht des BMAGS, kaum zu einer Erweiterung von Ausbildungsstellen, da die im Gesundheitswesen tätigen Organisationen bzw. deren Kostenträger (z.B. Landesfinanzreferenten) wenig bereit sind, zusätzliche Ausbildungsstellen einzurichten. Dabei könnte die ambulante Versorgung, die vorwiegend Landessache ist, mit der Auslagerung pflege- und betreuungsintensiver Tätigkeiten aus dem Anstaltenbereich am ehesten den Ausbildungsbedürfnissen der Psychologen entsprechen, da sich die Ausbildung aus einem von den Ärzten dominierten medizinischen Versorgungssystem emanzipieren könnte, was eine Definition der impliziten und expliziten Standards von Kompetenz erheblich erleichtern würde. Mit der Verlagerung der Professionalisierungsbemühungen auf eine informelle Ebene könnte es möglich werden, "neue Werte und Problemlösungsmuster" in einen praktisch relevanten Handlungskontext zu

implementieren (Schaeffer 1994, S. 111). Diese Verlagerung in den ambulanten Bereich würde den Bedürfnissen von psychologische Hilfe suchenden Individuen entgegenkommen, da ihre eingeschränkte psychische Befindlichkeit zum Großteil ohne manifeste körperliche Krankheiten einhergehen und dadurch auf seelische Faktoren beschränkt bleiben können, ohne somatisiert werden zu „müssen“ (Kropunigg 1988).

Der oben schon angesprochene "Flaschenhals" in der praktischen Ausbildung wird auch dadurch verursacht, dass viele Ausgebildete "auf den Ausbildungsstellen picken bleiben" (Baumann, Protokolle des PB). Der PB verlangt, dass die Ausbildung bei mehreren Institutionen gemacht werden kann und dass die Listen der gesundheitspsychologischen, klinischpsychologischen und facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen getrennt geführt werden. Weber<sup>154</sup> (1995, S. 566) hält dem entgegen, dass der Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz kontinuierlich erfolgen sollte. Es soll die "Praktikumsstelle" nicht öfter als zwei- bis dreimal gewechselt werden, was die Professionalisierungsbemühungen auf informeller Ebene unterstützen würde, indem an wenigen Funktionssystemen partizipiert wird, dies dem Praktikanten jedoch die Chance nimmt, mehrere Aufgabengebiete kennen zu lernen.

Viele Institutionen haben sich nicht um die Aufnahme in die Liste der Ausbildungseinrichtungen beworben. Dies hat mehrere Gründe: Es existieren Befürchtungen von Seiten der Institutionen, durch die Eintragung in die Liste Verpflichtungen eingehen zu müssen. In einigen Institutionen kann keine Ausbildung trotz psychologischer Arbeit stattfinden, da die tätigen Klinischen Psychologen auf nichtinstitutionalisiertem Weg in die Institutionen "hineingeschleust" wurden, und damit psychologische Tätigkeit in solchen Einrichtungen formal nicht existiert. Ursprünglich glaubte man, dass eine Ausbildungslisteneintragung ein Renommee für Institutionen darstellen würde, an dem jedoch vielen Institutionen, wie etwa dem PSD Wien<sup>155</sup>, nichts zu liegen scheint.

Für viele "Praktikanten" stellen die durch die Ausbildung entstehenden Kosten eine finanzielle Überforderung dar. Diese Situation ist insofern unzumutbar, als viele wohlbestallte Institutionen Gratisarbeitsplätze lukrieren, womit wiederum die Tätigkeit, zumindest die der in Ausbildung Stehenden abgewertet wird. Derzeit wird auch von einigen Ausbildungsstellen überlegt, inwieweit die Leistungen der auszubildenden Psychologen rückvergütet oder teilentgolten werden sollen. "Man will nicht Geld in die Ausbildung stecken, wenn Psychologen dann weggehen."<sup>156</sup> Durch diese Praxis wird eine soziale Schließung erreicht, die auf sozial und finanziell schwächer gestellte Berufsanwärter abzielt, die in ihrer besonderen Form der Motivation eine ernsthaftere Bedrohung im

---

<sup>154</sup> Univ.-Ass. Dr. Germain Weber ist Assistent am Institut für Psychologie an der Universität Wien und Mit-Autor der 1985 veröffentlichten Studie "Psychotherapie in Österreich".

<sup>155</sup> Psycho-sozialer Dienst Wien

<sup>156</sup> Interview: BÖP

krisehaften Prozeß sozialen Aushandelns und der arbeitsteiligen Herausbildung neuer Berufe und im ständigen Kampf um Zuständigkeitsbereiche darstellen könnten (Abbott 1988). Ursache dafür ist wohl, dass die Motivation, Ansehen, hohes Einkommen und Einfluß (Daheim und Schönbauer 1993) zu erlangen bei sozial und finanziell schwächer gestellten Berufsanwärtern erheblich höher zu sein scheint, als bei finanziell bessergestellten Berufsanwärtern.

Bezüglich der Dauer der Ausbildung stößt eine reale Gleichstellung von klinischpsychologischen/gesundheitspsychologischen und ärztlichen Leistungen derzeit auf enorme Widerstände (Gruber 1994). Von medizinischer Seite wird argumentiert, dass keine Gleichwertigkeit der postgraduellen Ausbildungen von Psychologen und Ärzten gegeben sei, da der ärztliche Turnus und die Facharztbildungen viel länger dauern als die Fachausbildung für Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen. Um dieses Argument zu entkräften, hat der BÖP ursprünglich, wie oben schon ausgeführt, eine dreijährige vertiefende Ausbildung gefordert. Diese Forderung wurde jedoch aufgegeben, als 1990 eine allerdings nicht realisierte Verkürzung der Ärzteturnusausbildung in Aussicht gestellt wurde, und "damit die drei Jahre nicht mehr zu halten waren."<sup>157</sup> Der BÖP sieht derzeit das Problem in der "Gratwanderung zwischen notwendigen Qualitätsansprüchen und der Nadelöhrsituation durch eine längere Ausbildung". Durch die Verlängerung der Ausbildung sollte auch eine bessere Ausbildungsqualität erreicht werden, für die wie oben schon angesprochen eine Erhöhung des Status, die inhaltliche Vertiefung und die Schaffung und Etablierung von Berufs- und Aufgabenfeldern mit von gewisser Kontinuität sprechen würden. Ein Nachteil wäre die eben angesprochene Verschlechterung der Ausbildungssituation.

Hinsichtlich der Ausbildung sieht der PB das Problem, dass zahlreiche "Praktikanten" nicht immer entsprechend den gesetzlichen Tätigkeitsdefinitionen eingesetzt werden. Die Überprüfung mit den Mitteln des PB gestaltet sich jedoch schwierig (Protokolle des PB). In der Praxis gibt es für die Ausbildung weder einen Lehr- und Lernzielkatalog, noch eine sonst systematisierte Ausbildungsverordnung. Damit entstehen sehr unterschiedliche Identitäten und Verständnisse psychologischer Arbeit, insbesondere hinsichtlich der Abgrenzung zur Psychotherapie.

Sowohl die Beschreibung der Ausbildungsstellen und -inhalte als auch die Form des Kontaktes zum Auszubildenden sind derzeit ausschließlich den Institutionen überlassen. Daraus resultieren besondere Abhängigkeiten bei allen Beteiligten, die bisher wenig zufriedenstellend geregelt wurden. Die der oftmaligen personellen Identität zwischen Berufsgruppenvertretern und Ausbildungsanleitern resultierende Widersprüchlichkeit läßt dieses Arrangement eher ineffizient erscheinen. Als grundlegender Mißstand kann hier die Regelung der Fachaufsicht gelten. Im § 3 Abs. 3 des PG wurde die eigenverantwortliche Tätigkeit der Klinischen Psychologen festgeschrieben, was bedeutet, dass die Fachaufsicht von "Praktikanten" nur durch Klinische Psychologen erfolgen kann. In einigen klinischen

---

<sup>157</sup> Interview: BÖP

Einrichtungen erfolgt die Fachaufsicht jedoch durch Ärzte (RB; GkPP), was hinsichtlich des Selbstverständnisses der psychologischen Profession nicht zum Vorteil gereichen dürfte und einem "occupational imperialism" (Larkin 1983, S. 14 zit. n. Döhler 1997, S. 63) ähnelt, insofern als eine fremde Profession die Ausbildungsinhalte bestimmt, vermittelt und/oder kontrolliert.

Derzeit gibt es Bestrebungen, die Ausbildungsinhalte zu präzisieren. Eine Evaluierung der Ausbildungsstellen wird im PB betrieben. Damit bestünde auch die Möglichkeit einer Rückmeldung der Ausbildungsinhalte an die Praxisstellen. Die ursprüngliche Überlegung des PB zielte auf eine Evaluierung der Praxisplätze anhand der Praktikumsbeschreibungen ab, die jedoch fallengelassen wurde, da einige Unterschiede zwischen Einreichung und Praxis zu bestehen schienen.

Einen Versuch, ein Bild von der praktischen Ausbildung zum Erwerb fachlicher Kompetenz zu zeichnen, hat die GkPP im Juni 1996 mit einer Untersuchung unternommen. Von 80 ausgesandten Fragebögen wurden 43 retourniert. Von den 43 beschriebenen Stellen waren 21 facheinschlägige Ausbildungsstellen, wobei die Ausbildung in vier Stellen zur Gänze und in einer Stelle teilweise (über das Akademikertraining) bezahlt wurde. In 16 Stellen arbeiteten die Praktikanten unentgeltlich. In zwei Fällen mußte die Supervision selbst bezahlt werden. Durchschnittlich wurden von jedem Betreuer 3,2 Praktikanten betreut, wobei eine starke Schwankungsbreite besteht. In den sonstigen Einrichtungen waren 19 Stellen bezahlt und zwei unbezahlt. Die Supervision wird nur bei drei Stellen intern angeboten.

Der Erwerb fachlicher Kompetenz wird immer mehr zu einem arbeitsmarktpolitischen Selektionskriterium, anstatt einer Anerkennung zur selbständigen Berufsausübung, da die Berufschancen der Studienabgänger ohne die geforderten Zusatzqualifikation drastisch verringert werden. Der Erwerb fachlicher Kompetenz wurde damit arbeitsmarktpolitisch defacto verpflichtend. Es besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit, den Beruf ohne den Titel auszuüben, "doch kommt der fehlende Titel quasi einem Berufsverbot für (nur) universitär ausgebildete Psychologen gleich, die keinen Ausbildungsplatz finden oder sich diesen nicht leisten können."<sup>158</sup>

**Lösungsansätze** bestehen auf mehreren Ebenen. Zum einen wurde analog zu den Bestimmungen des § 6 PG Verhandlungen über Praktikumsstellen im Anstellungsverhältnis für Psychologen diskutiert, um die durch die Ausbildung entstehenden Kosten abzudecken, wobei es seitens der Ärzteschaft (Primärärzte) abgelehnt wurde, über diese Thematik zu sprechen (Protokolle des PB). Durch diese damit auch formale Akzeptanz würde die Professionalisierung auf der Ebene des Arbeitsplatzes unterstützt werden und erhebliche Vorteile für die Definition ihres Kompetenzbereiches und der Beziehung zu Klienten bieten. Wurzer (1995) schlug daher vor, "dass es sinnvoll wäre, analog dem Ärztegesetz 1984 in Ausbildungseinrichtungen Ausbildungsstellen festzusetzen, um so

---

<sup>158</sup> Interview: GkPP

zu klaren Dienstpostenplänen für klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen zu kommen" (PB 23.11.1995). Das PG müßte in diesem Zusammenhang jedoch novelliert werden.

Um hinsichtlich der Praktikumsstellen die Umsetzung des PG zu erreichen, wurde von einem Betroffenen als Strategie zur Verbesserung der Lage eine Klage gegen die Republik Österreich in Erwägung gezogen. Auch die Einrichtung geringer bezahlter Turnusplätze wurde diskutiert. Dies hätte die Gehälter der Psychologen drücken können, und möglicherweise würden Institutionen dann aus Furcht vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen, die von unterbezahlten Psychologen angestrebt werden würden, nicht mehr als Ausbildungsinstitutionen einreichen (RB 32, 1996, S. 6f).

Im PB wurde angesichts der bestehenden Mißstände im Februar 1995 beschlossen, ein "Modellprojekt" für facheinschlägige Einrichtungen zu starten, um über diesen Weg Einflußnahme auf die Bestimmung und Kontrolle der Ausbildungsinhalte zu nehmen. Bei diesem Modellprojekt sollte eine facheinschlägige Ausbildungseinrichtung aus der im BMAGS aufliegenden Liste der Fachausbildungseinrichtungen ausgewählt werden, anhand derer man beobachten wollte, wie "die Einbindung von Ausbildungskandidaten in das Krankenanstaltensystem funktioniert, wieviel Ausbildungskandidaten in der entsprechenden Institution in welchem Zeitumfang beschäftigt sind und wo es Schwierigkeiten und Probleme gibt (PB 23. 2. 1995)." Mit diesen Bemühungen versuchte man mitten in das von Ärzten dominierte Krankenanstaltensystem vorzudringen. Die Landesnervenklinik Salzburg (LNK) hatte diesem Entschluß bereits im April 1992 vorgegriffen und infolge einer Novellierung der Anstaltenordnung der LNK die Ausbildungsrichtlinien für Klinische und Gesundheitspsychologen beschlossen (30. April 1992). Demnach werden in vier Einrichtungen der LNK insgesamt vier Klinische- und Gesundheitspsychologen in einem Jahr ausgebildet. Die Anerkennung dieser vier Ausbildungsplätze war zunächst unabhängig von der Schaffung entsprechender A-Planstellen im Dienstpostenplan der betreffenden Einrichtungen. Dabei wurde die "Anzahl dieser vier Stellen auf Basis der Betreuungsnachfrage nach psychologischer Behandlung und der Verfügbarkeit von Ausbildnern innerhalb der betreffenden Einrichtungen errechnet" (S. 2). Die Supervision nach § 6 (2) PG wird in der LNK Salzburg innerhalb der Dienstzeit erbracht. Wörtlich heißt es: "Innerhalb der Ausbildung sind 120 Stunden Supervision vorgeschrieben. Die Ausbildungstätigkeit soll von Psychologen vor Ort in den einzelnen Einrichtungen wahrgenommen werden. Diese Tätigkeit könnte im Rahmen des Dienstes erfolgen und würde somit keinen zusätzlichen Finanzbedarf erfordern" (S. 2). Mit Bedacht auf die sozialrechtliche Stellung der auszubildenden Personen wurde ein einjähriger befristeter Dienstvertrag nach den Bestimmungen des Vertragsbedienstetengesetz 1948 i.d.g.F. mit einmonatiger Probezeit eingeführt.

Grundsätzlich ist es für die Ausbildung zum Klinische- und Gesundheitspsychologen auch möglich, "ad personam" eine Ausbildungsstelle zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz zu

beantragen.<sup>159</sup> „Ad personam“ Ausbildungsstellen sind konkrete und auf die Person des Stelleninhabers reduzierte Ausbildungsstellen und -tätigkeiten, die beim BMAGS nur vom Stelleninhaber beantragt werden können. Eine Ausbildungsstelle wird damit an die Person des Antragstellers- und Ausbildungsstelleninhabers gebunden und nicht allgemein als Ausbildungsstelle definiert. Damit vermeiden es Einrichtungen, in die Liste der Ausbildungsanbieter zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz eingetragen zu werden, teils aus Furcht vor (nicht bestehenden (sozial- und arbeitsrechtlichen)) Verpflichtungen den in Ausbildung Stehenden gegenüber, teils aus Bequemlichkeit, die erforderlichen administrativen Arbeiten für die Aufnahme in die Liste der Ausbildungsanbieter zu erbringen. Diese Strategie, Ausbildungsstellen zu lukrieren kann nur bedingt als Professionalisierungsstrategie gesehen werden, da sich Professionalisierungsbemühungen ausschließlich auf die beantragte Stelle beschränken. Dennoch kann diese Form der Ausbildungsstellen als Möglichkeit eingeschätzt werden, aufgrund größerer Flexibilität und Unkonventionalität auf informeller Ebene erfolgreich Professionalisierungsbemühungen umzusetzen.

#### **6.1.1.6.1 Facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen**

Facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen besitzen eine inhaltliche Nähe zum medizinischen Versorgungssystem und haben daher für die Professionalisierung der Psychologie besondere Relevanz. In diesem Kapitel möchte ich auf diese Ausbildungseinrichtungen näher eingehen und beschreiben, welche Kriterien für die Anerkennung als facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen durch den Staat gegeben sein müssen.

In weiterer Folge möchte ich anhand der inhaltlichen Anforderungen an die facheinschlägige Ausbildung eine Ableitung für die Professionalisierungsbedingungen der Psychologie darstellen. Abschließend möchte ich auf den besonderen Mechanismus der Marktschließung eingehen, der anfangs (bis ca. 1995) wesentlich durch die restriktive Auslegung des Begriffs „facheinschlägige Ausbildungseinrichtungen“ möglich war.

Im PG wurde zwischen Ausbildungseinrichtungen und facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen unterschieden. Bei facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen nach § 6. PG handelt es sich um Ausbildungseinrichtungen, die zusätzlich zur Anerkennung besondere Kriterien erbringen müssen. Das sind

1. multiprofessionelle Zusammenarbeit: es ist jedenfalls erforderlich, dass neben Klinischen Psychologen zumindest fallweise ein Arzt (zweimal pro Woche) anwesend ist, der auch an Teambesprechungen teilnehmen soll, so dass der „Praktikant“ Kontakt mit dem Arzt hat.

---

<sup>159</sup> Von dieser Möglichkeit wissen aus meiner Erfahrung jedoch (trotz Informationen durch die Berufsverbände) nur wenige Ausbildungsanfänger Bescheid.

Weitere Berufsgruppen sollen Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Erzieher etc. sein.

2. regelmäßige Betreuung und Beobachtung von Patienten verschiedener Krankheitsbilder (ICD 9) über einen längeren Zeitraum, wobei Patienten regelmäßig und nicht nur sporadisch in der Ausbildungseinrichtung kommen sollten, wie in einer Krisenintervention.<sup>160</sup>

Mit diesen Forderungen an fach einschlägige Ausbildungseinrichtungen wurde der Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz sehr an die das medizinische Versorgungssystem dominierende Berufsgruppe der Ärzte gebunden. Dies hat vermutlich die Ursache darin, dass damit der Kontakt zum kurativ medizinischen Versorgungssystem gewährleistet werden soll. Die verbindliche Orientierung an Krankheitsbildern erlaubt kaum neue Ausdifferenzierungsprozesse und funktionelle Autonomie für Psychologen, womit dem Anspruch der Eigenverantwortlichkeit nicht nachgekommen werden kann.

Anderen Berufsgruppen im psychosozialen Sektor wurde in dieser Auflistung vergleichsweise nur geringe Bedeutung beigemessen.

Als Ausbildungseinrichtungen wurden in erster Linie Einrichtungen im Umfeld der medizinischen und psychosozialen Versorgung und Rehabilitation als auch Einrichtungen in der Versorgung behinderter Menschen anerkannt. Im Zuge der Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen ist eine zunehmende Psychologisierung<sup>161</sup> beruflicher Tätigkeiten bzw. eine Forcierung gesundheitspsychologischer Aspekte als relativ unspezifische Leistung zu beobachten. Andererseits eröffnet diese Regelung auch der medizinischen Profession die Möglichkeit, in den für ihr Handeln nicht typischen Aufgabefeldern eine bestimmende Funktion zu erlangen, wodurch sie nachhaltig Zuständigkeitsbereiche ausdehnen und festschreiben könnte. Mit dieser Regelung kann von einer zunehmenden Medikalisierung dieser Lebens- und Versorgungsbereiche gesprochen werden. Letztlich gelingt es den Ärzten, sich im angestammten Feld der psychosozialen Berufsgruppen zu etablieren und im beruflichen Handeln ihre Werte und Problemlösungsmuster verbindlich zu verankern. Die medizinische Berufsgruppe konnte damit ihren "exklusiven Zugang zu einer Klientel" (Forster 1997a, S. 182) ausweiten, womit auch eine besondere Beziehung zu dieser Klientel (vgl. Behinderteneinrichtungen) manifestiert wurde. Dies ermöglicht es Ärzten, in diesen Einrichtungen psychologisches Wissen als Alltagskompetenzen zu werten und ihren Status über ihre technologisch bzw. naturwissenschaftlich geprägten Ideen und Konzepte zu verfestigen.

Für die Anerkennung zum Klinischen Psychologen bedarf es in einer fach einschlägigen Ausbildungseinrichtung einer Praktikumsdauer von 800 Stunden, für die Anerkennung zum Gesundheitspsychologen einer Dauer von 150 Stunden. Durch die zeitlich umfangreichere Tätigkeit von

<sup>160</sup> Das Kriseninterventionszentrum Wien ist als fach einschlägige Einrichtung in die Liste eingetragen.

<sup>161</sup> im Sinne einer sukzessiven Füllung mit psychologischen Deutungsmustern und Inhalten

Klinischen Psychologen in facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen, die sich in ihrer Konzeption an den von der medizinischen Profession dominierten Einrichtungen orientieren, wird die Klinische Psychologie eher vom ärztlichen Denken geprägt. Für die Gesundheitspsychologie wird - ob ihres mangelnden bzw. fehlenden Konsens über Aufgaben, Gegenstand und Art der Problemlösungen - nicht dieselbe Dauer in einer facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen als notwendig erachtet.

Als Qualifikationskriterien für Einrichtungen zum Erwerb fachlicher Kompetenz hinsichtlich Klinischer Psychologie, Gesundheitspsychologie und facheinschlägiger Einrichtungen wurden in Arbeitspapieren des PB angeführt:

Für den Titel "Klinischer Psychologe" ist die Anwesenheit eines Klinischen Psychologen zur Fachaufsicht in der Ausbildungseinrichtung erforderlich. Die Tätigkeiten sollen die Arbeitsbereiche klinischpsychologische Diagnostik, Durchführung von Testverfahren, insbesondere auch selbständige Durchführung von Testverfahren (unter Anleitung), Erkennung von Krankheitsbildern (ICD 9) und Verhaltensstörungen, Behandlung mittels psychologischer Interventionsformen, Beratung hinsichtlich psychischer Veränderungen, Prognosenstellungen etc. umfassen. Damit wird ausdrücklich eine klinifizierende Form der Ausbildungsinhalte gefördert, die vorwiegend von technologischen Mustern geprägt ist und einem naturwissenschaftlich geprägten Krankheitsverständnis entspricht. Die in Kapitel 3.1 und 3.2 angeschnittenen Phänomene werden in diesem Kontext kaum thematisiert. Für den Titel "Gesundheitspsychologe" ist die Anwesenheit eines Psychologen, der nicht unbedingt Gesundheitspsychologe sein muß, erforderlich. Die Tätigkeiten sollen die Arbeitsbereiche Prävention, Gesundheitsförderung, Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden, Behandlung zur Streßbewältigung, Raucherentwöhnung, Eßstörungen, Lebensberatung und Beratung von mit Problemen behafteten Personen (Partner, Alter, Sucht, Ehe, Familie, Erziehung etc.) beinhalten. Damit wird ein sehr umfangreiches wenig spezifiziertes Leistungsangebot skizziert. In dieser Vorstellung handelt es sich jedoch vorwiegend um personenbezogene Dienstleistungen, die wesentlich verhaltenstherapeutische Muster erkennen lassen und in diesem Kontext für die Professionalisierung eine günstige Prädisposition aufweisen. Mit dieser Auflistung möglicher Dienstleistungen wird der Gesundheitspsychologie ein Aufgabengebiet mit bereits erfolgten Defizitzuschreibungen zugeordnet.

Infolge der oben schon skizzierten "Ausbildungsstellenmisere" kam es auch zu einer Lockerung der Kriterien für die Anerkennung als facheinschlägige Einrichtung. In der ersten Ausbildungsphase glaubten die meisten in Ausbildung Stehenden, dass facheinschlägige Einrichtungen ausschließlich Einrichtungen im Klinischen Bereich wären. Ursache dafür war, dass die ersten Institutionen, die eine facheinschlägige Ausbildung anboten, Einrichtungen im klinischen Bereich waren und damit die Interpretation beeinflussten. Mit einer gewissen Zeitverzögerung folgten

„kleine Einrichtungen“ und „adpersonam Einrichtungen“, die ein anderes facheinschlägiges Profil vorwiesen. „Tatsächlich bestehen erhebliche Formulierungsprobleme im PG für facheinschlägige Einrichtungen.“<sup>162</sup> Die allermeisten Teilnehmer des BÖP Lehrgangs Nr. 8<sup>163</sup> erfuhren erst im Curriculum über die „liberal gehandhabten“ Kriterien für die Anerkennung facheinschlägiger Einrichtungen. Demnach ist es nach neueren Interpretationen nicht mehr erforderlich, dass der ausbildende Klinische Psychologe in einer facheinschlägigen Einrichtung mitarbeiten muß. Es besteht auch die Möglichkeit, die Ausbildung durch eine Betreuung eines „externen Klinischen Psychologen“ zu absolvieren. Mit dieser Öffnung erfolgte eine Adaption der Ausbildungseinrichtungen an die Bedürfnisse des Marktes bzw. der Ausbildungserfordernisse, die für psychologische Tätigkeiten vordergründig die in Kapitel 3.1 und 3.2 angesprochenen Inhalte erfordern.

#### 6.1.1.7 Aktuelle Brisanz der Ausbildungsthematik

Das Kapitel „Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung“ möchte ich mit der Darstellung der Forderungen des HVST an die Ausbildungsrichtlinien und deren Relevanz für die Professionalisierung schließen.

Wie die bisherigen ASVG-Verhandlungen gezeigt haben, ist es nicht nur die fehlende Definition der Ausbildung, die eine Berufsgruppe unglaublich macht. Auch eine nach Ansicht von Nachfragern psychologischer Leistungen ungenügende Ausbildung kann eine Berufsgruppe suspekt erscheinen lassen. Hierher gehört meines Erachtens die Diskussion über die Qualitätssicherung psychologischer Diagnostik.<sup>164</sup> Da nach Ansicht des HVST die Qualität klinischpsychologischer Diagnostik nicht alleine durch die Ausbildung gewährleistet ist, forderte er zusätzlich zum Ausbildungskriterium ein von ihm geschaffenes Qualitätskriterium<sup>165</sup> (vgl. Kapitel 6.3). Dieses „Mißtrauen“ des HVST den Psychologen gegenüber förderte die Qualitätsbestrebungen im Bereich der Ausbildung psychologischer Diagnostik (z.B. die Enquete zur Qualitätssicherung psychologischer Diagnostik 1997).

Dabei orientieren sich die Vorstellungen des HVST am medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff, für den eine genau spezifizierte Behandlung nach technokratischem Muster relevant erscheint. Bezüglich der Kenntnis von Behandlungsmethoden geht der HVST davon aus, dass

---

<sup>162</sup> Interview: BÖP

<sup>163</sup> Das Curriculum zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen Nummer 8 des BÖP fand von 11.11.1995 bis April 1997 statt.

<sup>164</sup> Der BÖP hat zu dieser Diskussion ein Themenheft „Psychologie in Österreich“ 1/1997 herausgegeben.

<sup>165</sup> Dies sicher auch aus Konsumentenschutzüberlegungen. Derzeit bestehen keine rechtlichen Möglichkeiten für die Sanktionierung von „Kunstfehlern“ in der psychologischen Diagnostik. Weiters haftet der HVST durch den Gesamtvertrag für die von seinen Vertragsmitgliedern erbrachten Leistungen.

man „in einem Jahr nicht alles lernen kann - man braucht erfahrene Menschen in der Kassenpraxis.“<sup>166</sup> Der HVST würde sich eine längere Ausbildung, etwa eine dreijährige, vergleichbar mit der Turnusausbildung der Ärzte, wünschen. Mit dieser Postgraduateausbildung, die die Qualifikationsnormen des HVST für klinischpsychologische Leistungen erfüllt, würde sich der HVST gerne ein Qualifikationsverfahren für Kassenpsychologen ersparen. Nach Ansicht des HVST ist daher die facheinschlägige Ausbildung wesentlich, die die klinische Erfahrung gewährleisten soll und „wo Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation gelernt werden sollen.“ Die (gewünschten) Qualifizierungsmaßnahmen würden an die Ausbildungsvereine delegiert werden, wodurch der HVST von der Beurteilungsleistung und der damit verbundenen Funktion sozialer Kontrolle entlastet werden soll.

Wie in diesem Kapitel eingangs festgestellt besitzt die Ausbildung Relevanz bei den Professionalisierungsbemühungen der Psychologen, da eine klar geregelte und inhaltlich entsprechend differenziert dargestellte Ausbildung die Glaubwürdigkeit in eine Profession erhöht und die Profession außerdem durch eine entsprechend günstige Ausbildung Handlungsspielräume und Verwendungskontexte schaffen kann, die ebenfalls als Indikator für Professionalisierung gelten.

## **6.2 Nachweis der Klientenorientierung und beruflicher Selbstkontrolle**

In diesem Kapitel möchte ich die besonderen Regelungen des PG für die Klientenorientierung und die berufliche Selbstkontrolle darstellen. Während der Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung als Voraussetzung für die Professionalisierung gilt, ist die Klientenorientierung und die berufliche Selbstkontrolle eine flankierende Maßnahme für die Professionalisierungsbemühungen und kann eher als ein Merkmal einer Professionalisierung angesehen werden. Im folgenden werde ich die Kriterien Ethikrichtlinien, Verschwiegenheitspflicht und Qualitätssicherung hinsichtlich der Professionalisierung darstellen. Dabei versuche ich vor dem Hintergrund der besonderen Beziehung zwischen Psychologen und Klienten zu beschreiben, wie und unter welchen Bedingungen sich die Arbeitsbeziehung zwischen Professionellen und Klienten gestaltet und welche Anforderungen dieser Prozeß an Professionelle helfender Berufe im allgemeinen und an Psychologen im besonderen stellt.

Wie in den Kapiteln 3.3, 3.4, 4.3 und 4.4 dargestellt ergeben sich infolge der Professionalisierung der Psychologie von Abhängigkeiten und Kontrollelementen gekennzeichnete Beziehungen zwischen Psychologen und Klienten. Ich möchte an dieser Stelle nochmals kurz die diese

---

<sup>166</sup> Interview: HVST

Beziehungen kennzeichnenden Eckpunkte skizzieren. Infolge gesellschaftlicher Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit von Subjekten sowie veränderten Bedürfnislagen im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung kommt es auf Seiten der Individuen zur Zunahme psychosozialer Bedürfnisse, die im Falle mangelnder individueller oder sozialer Ressourcen (Nestmann 1988) sich als Bedürfnisse nach psychologischen Leistungen äußern können. Kommt es zur Kontaktierung von professionellen Helfern, können wie in Kapitel 3.3 skizziert Bedürfnisse mit expertokratischen Aushandlungspartnern vorwiegend innerhalb schon bestehender Bedarfskategorien verhandelt und definiert werden, was zur Folge hat, dass Verfahren der Problembearbeitung unter professionellen Bedingungen weitgehend unabhängig von Zustimmung und Mitwirkung Betroffener festgelegt und verändert werden können. Mündete der Aushandlungsprozeß in ein Arbeitsbündnis, erfährt dieses ebenso eine besondere Beziehung zwischen Professionellen und Klienten, die weitgehend von den Vorstellungen der Professionellen geprägt sind und zur ansatzweisen Übernahme lebenspraktischer Entscheidungen für Klienten (Dewe und Otto 1984), Entmündigung und gleichzeitiger Inkompetenzdefinition (Schwartz 1978) sowie Übernahme impliziter Kontrollaufgaben für die sich in sozialen Systemen entwickelten Normalitätserwartungen (Kardorff und Koenen 1981; Keupp 1978; 1986) führen und damit anstatt zur Lösung von Problemen eher zu deren Verschärfung beitragen können (Badura und Gross 1976; Olk 1986).

Professionelle psychologische Tätigkeit benötigt jedoch in besonderem Maße die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der professionellen Intervention, da sich Inhalt und Ziele der Arbeit zum einen im Spannungsfeld zwischen oft auch einander widersprechenden Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen ereignen und es sich andererseits schwierig gestaltet, die psychische Befindlichkeit aufgrund mangelnder verbindlicher Indikatoren zwischen Störung und Person zu differenzieren. Psychologen müssen, um mit Klienten in eine tragfähige und effiziente Arbeitsbeziehung eintreten zu können, die Alltagskompetenz der Klienten mit einbeziehen, was neben der entsprechend geschulten Vermittlungspraxis auch einer Reflexion dieser sich laufend modifizierenden besonderen Beziehung bedarf. Die hierfür erforderlichen reflexiven Kompetenzen der Klientenorientierung und die berufliche Selbstkontrolle auf Seiten der Professionellen möchte ich im folgenden darstellen.

Um den Hintergrund verstehen zu können, ist es jedoch noch notwendig, eingangs grundsätzlich auf die berufliche psychologische Praxis und deren Implikationen für die Professionalisierung der Psychologie einzugehen. Hier ist zum einen die der psychologischen Praxis zugrundeliegende Arbeitsbeziehung zu erwähnen, die wie schon angesprochen, oftmals nicht zwischen Störung, die Gegenstand der Dienstleistung ist und dem Klienten unterscheidet (Goffmann 1973; Müller 1991). Weiters setzt eine professionelle helfende Dienstleistung allgemein voraus ("Idealmodell des Dienstleistungsverhältnisses" Goffmann 1973), dass ein grundsätzliches Einverständnis über die Realität und das Ziel der Dienstleistung zwischen

Professionellen und Klienten besteht. "Das freie Einverständnis beider Seiten gilt als faktischer Grund und zugleich Mandat der Dienstleistung" (Müller 1991, S. 95). Die Überlegungen in Kapitel 3 und 4 haben jedoch ergeben, dies nicht als selbstverständlich gegeben anzusehen, da kommunikative Handlungen über Bedürfnisse und Lebensperspektiven immer in von Professionellen vorgegebenen "Sinnprovinzen" (Berger und Luckmann 1980) erfolgen, die es dem Professionellen erlauben, Ziel und Inhalt eines Aushandlungsprozesses vorab festzulegen. Daraus resultiert ein Macht-Ungleichgewicht, das in einem Behandlungszwangskontext (Wagner und Werdenich 1998) nochmals verschärft erlebt wird. Da Klienten in diesem Prozeß kaum Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung stehen, obliegt es Professionellen, den Aushandlungsprozeß den Ressourcen der Klienten entsprechend alltagsorientiert durchzuführen (Olk 1986). In diesem Sinne meint professionelle Dienstleistung "nicht nur die Leistung und die formale Zustimmung der Klienten sondern auch das vernünftige Zustandekommen des Konsens derselben" (Müller 1991, S. 96). Dabei gilt es diese oft impliziten institutionellen und psychologischen Gegebenheiten zu berücksichtigen, die sich auch auf die subjektiven Beziehungen zwischen Professionellen und Klienten und die unter der mitmenschlichen Motivation verdeckten Bedürfnisse der "Helfer", wie sie vor allem Schmidbauer (1977; 1983) herausgearbeitet hat, auswirken, und die tendenziell schwer (selbst) zu kontrollieren sind (vgl. Kapitel 6.1.1.3).

Als letzten für diese Betrachtung grundsätzlichen Gedanken möchte ich das Moment der sozialen Kontrolle anführen, das insbesondere für jene beruflichen Bereiche gilt, in denen "das Selbst" zum Thema gemacht wird (Castel 1985 zit. n. Werdenich und Wagner 1998, S. 38). Soziale Kontrolle wird in Psy<sup>167</sup>-Berufen infolge gesellschaftlicher Erwartungen zu einem ihre Tätigkeit immer dominierenderen Aspekt. Insbesondere in der Psychologie, die oftmals ein Doppelmandat von Kontrolle und Hilfe besitzt, wird dieser Aspekt kaum zum Thema gemacht (Wagner und Werdenich 1998).

Um diesen vier obigen Beispielen Rechnung zu tragen, wurden im PG als Maßnahmen zur Selbstkontrolle die Berufspflichten und die sie ergänzenden Ethikrichtlinien beschlossen. Sie dienen als Grundlage für die berufliche Selbstkontrolle und eigenverantwortlichem Handeln der Psychologen. Damit kann der Staat die Kontrolle beruflichen Handelns weitgehend an den einzelnen Professionellen delegieren, der aufgrund seiner professionellen reflexiven Kompetenzen dieses eigenverantwortlich zu erbringen imstande sein soll. Dazu ist allerdings eine in "die Professionalisierungsrolle eingebaute Kompetenz zur qualifizierten Selbstkritik nötig, welche jedoch durch gutgemeinte Appelle zu Offenheit, Abbau formaler Hierarchien und mitmenschlicher Solidarität nicht entsteht" (Müller 1991, S. 37).

---

<sup>167</sup> in Anlehnung an Ingleby, D. (1985). Professionals as socialisers: The „PSY Complex“. In: Spitzer, S. Scull, A. (Hg.) Research in law, deviance and social control. Vol. 7. Greenwich/London: JAI Press. zit. n. Forster (1997, S. 242ff): demnach gehören Professionelle des PSY-Komplexes zur eher „weichen Abteilung der Normalisierungskontrolleure im System sozialer Kontrolle“ (Keupp 1986, S. 128).

Im folgenden möchte ich jene professionellen Mechanismen der beruflichen Selbstkontrolle und der Klientenorientierung skizzieren, die abseits moralischer und legitistischer Vorkehrungen zu jener Qualität psychologischer Tätigkeit beitragen, wie es das PG explizit zum Ziel hat. Dies sind im wesentlichen die Ethikrichtlinien, die Verschwiegenheitspflicht und die Mechanismen der Qualitätssicherung psychologischer Tätigkeit.

### 6.2.1 Ethikrichtlinien

Ausgehend von Gründen, warum sich Berufe im Gesundheitswesen um eine Ethik bemühen sollten, versuche ich im folgenden, ethische Schlußfolgerungen für Expertenhandeln im Gesundheitswesen zu ziehen und dessen ethische Implikationen und Notwendigkeiten dafür herauszuarbeiten. Ethikrichtlinien als Korrektiv professionellen Handelns weisen nicht nur eine hohe Klientenorientierung auf und dienen dem Schutz der Klienten vor Willkürhandlungen der Profession, vor unsachgemäßer Anwendung professionellen Handelns und vor inkompetenter Ausübung professioneller Tätigkeit. Ethikrichtlinien sind ebenso ein Instrument sozialer Kontrolle für den Staat bzw. der Profession, was ich ansatzweise skizzieren werde. In weiterer Folge möchte ich einen Zugang eines psychologischen ethischen Handelns skizzieren, der sich insbesondere am Konzept des „Arbeitsbündnisses“<sup>168</sup> orientiert und in besonderem Maße die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der professionellen Intervention berücksichtigt und dadurch eine für psychologisches Handeln typische „abgeschwächte Asymmetrie“ nach sich zieht. Entsprechend dieser Gedanken möchte ich insbesondere auf die Ethikrichtlinien der Psychologen eingehen und sowohl deren Inhalte als auch die Modi ihrer Anwendungen darstellen. Dabei versuche ich herauszuarbeiten, wie weit die Ethikrichtlinien die Professionalisierung der Psychologie unterstützen und welche Professionalisierungsmerkmale und -voraussetzungen darin berücksichtigt wurden. In einigen Gedanken möchte ich noch beschreiben, welche Folgen die Ethikrichtlinien für Professionsangehörige und Klienten haben.

„Berufsethische Verpflichtungen sind das Rückgrat der Berufsordnung“ (Schwartz 1978, S. 322), in denen „eine bestimmte Sozialmoral deklariert werden soll“ (Kühne 1976, S. 40) und die der Lösung des Vertrauensproblems in die Experten-Klienten-Beziehung dient, wobei „die Betonung auf Gewährleistung von Integrität, verstanden als Normenkonformität des Verhaltens, gegenüber Kompetenz, verstanden als Beherrschung des Wissens“ liegt (Schwartz 1978, S. 322; auch Arnold und Sonntag 1994).

Neben dem Vertrauensproblem in die Experten-Klienten-Beziehung, hat Viefhues (1989, S. 18ff) weitere Gründe angeführt, warum sich Berufe im Gesundheitswesen um eine Ethik bemühen sollten. Der Wertepluralismus

---

<sup>168</sup> zur Darstellung (Müller 1991, S. 97ff).

der Gesellschaft und das Bewußtsein der Autonomie des Einzelnen erfordern eine durchdachte ethische Begründungskompetenz professioneller Handlungen für die zusehends emanzipierter werdenden Individuen. Vor dem Hintergrund eines veränderten Krankheitspanoramas und der Erweiterung des "Krankheitsbegriffes von somatischen Organleiden über psychosomatische Devianzen in nahezu alle Existenzbereiche des zivilisierten Alltags" (Schippgers 1988, S. 138), bedarf es neuer ethischer Maßstäbe, die jene werteregulierenden Funktionen übernehmen sollen, die professionellem Handeln an sich innewohnt. Die besondere Beziehung zwischen Psychologen und Klienten, die zu Abhängigkeiten und damit zu jenem oben schon angesprochenen Vertrauensproblem in die Experten-Klienten-Beziehung beiträgt, erfordern für eine professionelle psychologische Dienstleistung besondere ethische Grundlagen, in denen auf den Bezug zu den Klienten eingegangen wird und mit dem jene Sozialmoral erreicht werden soll, die die Profession zu schützen vorgibt. Ziel ist es, zum Klienten eine entsprechende vertrauensvolle Beziehung zu pflegen bzw. diese zu informieren. Der Berufskodex stellt dabei professionsspezifische Verhaltensregeln dar, die das Leistungsangebot gegenüber Kunden präzisieren sollen (Schwartz 1978).

Als Korrektiv sollen Ethische Richtlinien auch jene impliziten Funktionen psychologischen Handelns relativieren, die „im Helferberuf als professionellen Altruisten“ (Müller 1995, S. 99) stecken und jene typischen Merkmale eines Expertenhandelns erkennbar machen, die Negatives andeuten, wie Manipulieren etc. Psychologisches Handeln als Expertenhandeln bedarf - auch im Sinne des Klientenschutzes - einer besonderen Ethik. "Expertensysteme" (Giddens 1995) produzieren jene in Kapitel 3.1 skizzierte Unübersichtlichkeit, Unsicherheit, Ambivalenz und Kontingenz und geben uns mit ihren Dienstleistungen neue Technologien und damit Entscheidungsmöglichkeiten in die Hand, ohne dass uns "metasoziale Garanten des Guten oder auch des Richtigen weiter zur Verfügung stehen, die einen gesellschaftlichen Konsens darüber begründen können, was wir tun sollen oder dürfen" (Hennen 1996, S. 159). Fragen wie etwa die Folgen oder Auswirkungen dieser technologischen Möglichkeiten für die besondere Beziehung zwischen Klienten und Professionellen greifen über diese Beziehungen hinaus bzw. können in diesem Kommunikationssystem zwischen Experten und Klienten nicht ausreichend thematisiert werden. Anforderung an die besondere Ethik für Expertenwissen (vgl. Kapitel 3.1, 3.2 und 4.4) sind heuristische Modelle, die vorgeben, wie die Beziehungen professionell zu gestalten sind bzw. wie diese Technologien und dieses Wissen in adäquater Weise zu verwenden sind. Vor diesem Hintergrund ist auch der „rekursive Aushandlungsprozeß“ (Hennen 1996, S. 160) zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen zu beurteilen, der wesentlich von Asymmetrien in den Macht- und Wissensverhältnissen zwischen Professionellen und Klienten gekennzeichnet ist. Da weder das Individuum noch die Gesellschaft ausreichend imstande sind, ethische Fragen verbindlich zu formulieren und Antworten auf sie zu geben, kommt es zu einem Rückgriff auf

Experten, die über die Formulierung ethischer Fragen (auch ihren Bedürfnissen entsprechend) selbst einen für sie verbindlichen Berufskodex entwerfen. Damit wird eine über die Ethikrichtlinien erfolgende Eigenkontrolle professionellen Handelns in die Professionen verlagert, die ausschließlich über professionsinterne Mechanismen verfügt, jedoch hinsichtlich der "Effizienz der Selbstkontrolle und der Integrität des beruflichen Verhaltens" (Rüschmeyr 1980, S. 317) problematisch ist.

Also bedarf professionelles Handeln im Zusammenhang mit der Überlegung, dass eine Dienstleistungsgesellschaft zu einer Experten Herrschaft wird, die den Menschen die eigene Verfügung über wesentliche Lebenszusammenhänge - z.B. Gesundheit (Illich 1979) - entzieht, immer einer bestimmten Moral und Ethik. Dies ist, wie oben schon erwähnt, dann der Fall, wenn die Unterscheidung zwischen der Person und der zu behandelnden Sache schwer zu treffen ist, d.h. wenn die Dienstleistung "personnah" ist (Müller 1995). Professionelle Helferberufe bzw. deren Dienstleistungen implizieren ein hohes Schutzbedürfnis auf Seiten der Klienten, insbesondere dann, wenn, wie in der Psychologie die "Beziehung zu ihren Klienten das wichtigste Instrument ihrer Arbeit ist" (Schmidbauer 1983, S. 32).

Kehrseite ethischer Richtlinien ist ihre Funktion als soziales Instrument, mit dem sich der Staat bzw. die Berufsgruppe ein Regulativ bzw. ein Kontrollinstrument für das individuelle Handeln des Professionsmitgliedes vorbehält. Ethische Richtlinien vermitteln immer auch die "Glaubensgrundsätze und Wertvorstellungen" (Freidson 1979) einer herrschenden „Elite“ in einer Gesellschaft, die auf eine "Interessensübereinstimmung zwischen gesellschaftlichen „Eliten“ und der Profession" (Forster 1997a, S. 184) abzielen. Es wird erwartet, dass das einzelne Professionsmitglied sich diesen Interessen konform verhält und seine Handlungen in keinem krassen Widerspruch zwischen einer professionellen und einer gesellschaftlichen Ideologie stehen. Insofern ist die von Freidson (1979) den Berufskodexen attestierte „Ideologiefreiheit“ zu relativieren und meint keine inhaltliche Nähe zu totalitärem Gedankengut. Ethische Richtlinien zielen also auf die Übereinstimmung des professionellen Handelns mit gesellschaftlichen Vorgaben. Aufgrund dieser restriktiven Interpretation ist auch davon auszugehen, dass die Strafbestimmungen im PG wenig effizient sind, da sie schwer exekutierbar formuliert wurden und nur dem Schutz der Berufsbezeichnung dienen.

Meiner Wahrnehmung nach wird in der Psychologie (zumindest in der Ausbildung und Praxis) eine ethische Diskussion, die sich an den oben dargestellten Punkten orientiert, eher negiert bzw. kaum thematisiert. Auffallend ist, dass sich "helfende Berufe" in ihrem ethischen Verständnis weitgehend von einer katholisch-christlichen Morallehre leiten lassen, was insofern verwundert, als es in unserer Gesellschaft einen schwindenden Wertkonsens zwischen kirchlichem, gesellschaftlichem und rechtlichem Sittenverständnis zu geben scheint (Viefhues 1989). Andererseits kann die Annäherung an dieses Glaubenssystem damit interpretiert werden, da damit eine hohe Kompatibilität zu jenem unsere Gesellschaft dominierenden Sinnsystem hergestellt werden kann.

Als einen Beitrag zu diesem "Versäumnis" der professionsinternen ethischen Diskussion möchte ich in weiterer Folge einen Zugang zu einem psychologischen ethischen Handeln beschreiben. Ich orientiere mich dabei an Müller (1991), der sich in seinem Buch "Die Last der großen Hoffnungen" Gedanken über die Ethik in sozialen Berufen, deren methodisches Handeln und deren professioneller Selbstkontrolle gemacht hat. Seiner Ansicht nach sind fachliche Qualifikationen für professionelle soziale Tätigkeiten alleine zu wenig. Es bedarf menschlicher Qualitäten. Professionelle Ethik ist eine Voraussetzung für die menschliche Anwendung fachlichen Wissens und Könnens. Dabei ist die Akzeptanz des Patienten und seiner Bedürfnisse ein erster Schritt für eine Ethik (Irrgang 1995). Müller (1991, S. 95ff) orientiert sich hinsichtlich dieses Anspruchs am Konzept des Arbeitsbündnisses, das er professioneller Tätigkeit zugrundelegt und im Sinne einer moralischen Strategie versteht. Professionelle Tätigkeit meint "Reflexion der Realisierungsbedingungen konsensueller Kommunikation mit dem Klienten als eigene fachliche Aufgabe und Nutzung aller existierender Realisierungsbedingungen des Ideals herrschaftsfreier Kommunikation" (Müller 1991, S. 105). Bei begrenzten Chancen eines Diskurses kann es darum gehen, jene Bedingungen zu reflektieren, wie sich ein diffuses Klientenmandat in ein klares Dienstleistungsmandat transferieren läßt. Dabei ist das Arbeitsbündnis ein konsensuelles Aushandeln der helfenden Beziehung und soll als Garant technischer Effizienz, Klientenrechte, reflektierter Selbstbegrenzung und als Klärung des Gegenstands und der Grenzen der professionellen Intervention gelten (Müller 1991, S. 106ff). In dieser Konzeption setzt eine ethische Dienstleistung einen verhandlungsfähigen Partner voraus, der imstande ist, eine informierte Wahl zu treffen. Dabei orientiert sich der ethische Prüfstein nicht so sehr an den autonomen Klienten, sondern an denjenigen, die die eigenen Interessen nicht oder nur schwach ausspielen können (Müller 1995). Eine Ethik ist insbesondere für jene Klienten relevant, die den Klientenpart in einer Dienstleistung nicht angemessen wahrnehmen können (Goffmann 1973). Dazu können auch jene leistungsfähigen, qualifizierten und relativ gut angepaßten, selbstverantwortlich funktionierenden Klienten gehören (Gildemeister und Robert 1987), die trotz ihrer Fähigkeiten infolge partiell beschränkter oder mangelnder Ressourcen die von der Gesellschaft vorgegebenen Erwartungen schwer zu erfüllen imstande sind. Damit greift Müller jenen professionsimmanenten Aspekt psychologisch-beruflicher Tätigkeit auf, dass Klienten infolge ihrer eingeschränkten Ressourcen nahegelegt wird, ihre Planungen an Dritte - nämlich Professionelle - zu delegieren. Dies ermöglicht eine Reduktion gesellschaftlicher Tatbestände auf individuelle Faktoren durch Professionelle, die sie jeglichen Problemkontextbezuges entledigen und gesellschaftliche Mißstände in die Person des Klienten legen. Infolge dieser exponentiellen Pathologisierung der Klienten wird eine "Enteignung alltäglicher Handlungskompetenzen und die Abhängigkeit von Expertenhandeln" (Keupp 1986, S. 111) zur logischen Folge einer solchen Dienstleistung,<sup>169</sup> zumal in diesem

---

<sup>169</sup> in Anlehnung an eine self-full-filling prophecy

Aushandlungsprozeß aufgrund der beschränkten Alltagskompetenzen der Klienten nicht mit deren Mitwirkung gerechnet werden kann und dieser damit wesentlich von den die Profession bestimmenden Bedarfsstrukturen bestimmt wird.

Damit lassen sich die Ansprüche an eine Ethik der anwendungsorientierten Psychologie im Vergleich zur wissenschaftlichen Psychologie reduzieren (Kühn 1996), da die Probleme, mit denen sich diese Ethik befassen sollte, kaum dramatische (wissenschaftliche) Entscheidungen, sondern vielmehr Alltags- und Vorentscheidungen zu treffen hat, die in den Organisationsstrukturen implementiert die alltägliche Arbeit im Kosmos gesellschaftlicher und individueller Ansprüche und Erwartungen mit Klienten betreffen und weder von Professionellen noch der Berufsgruppe ausreichend thematisiert werden (können). Ethikrichtlinien sollten einen strukturellen Rahmen für Handelnde und Betroffene bilden, klare Entscheidungen ermöglichen und in einer Welt der Zerrissenheit jene abstraktbegrifflichen Leistungen herstellen, mit denen die Komplexität des Erlebens zusammengehalten werden kann (Irrgang 1995).

Goldberg (1980) leitete analog zu diesen Gedanken Vorschläge für eine konkrete psychologische Praxis ab. In dieser werden nur die groben Abweichungen ethischer Normen und die Verletzungen von Klientenrechten juristisch erfaßt, die jedoch "relativ selten - verglichen mit den feineren und schwer nachweisbaren Umgehungen des existentiellen Vertrages zwischen Therapeut und Klient" (Goldberg 1980, S. 16) erfolgen. Sie ergeben sich aus dem unvermeidbar einseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Nach Ansicht von Goldberg (1980) sind Verhandeln und Klären, die in einem Bewußtseinsprozeß der gegenseitigen Verantwortlichkeit münden, für eine gelingende Professionellen - Klienten Beziehung wesentlicher als die Kodifizierung gegenseitiger Verpflichtungen. Dieser Diskurs, "über das worauf der Klient hinarbeitet, sowie über die Rollen und Verantwortungen beider Beteiligten" (Goldberg 1980, S. 57) sind das Wesentliche an einer professionell aufbereiteten helfenden Beziehung.

Diesen oben skizzierten Überlegungen zufolge wurde im PB ein Ethikausschuß geschaffen.

Ursprünglich trat man im PB für die Errichtung einer (nicht näher erläuterten) Beschwerdestelle ein, die man, auch im Zuge einer Qualitätssicherungsdebatte, im Falle mißbräuchlicher Verwendung psychologischer Leistungen anrufen kann. Sie sollte beim PB angesiedelt werden und unabhängig agieren können. Die Intention ihrer Arbeit war vorerst, als Schlichtungsorgan in Streitfällen infolge mißverständlicher und mißglückter Handlungsroutinen sowohl zwischen Psychologen und Vertretern benachbarter Fachdisziplinen als auch zwischen Psychologen und Klienten zu agieren. Dies wurde jedoch als unzweckmäßig erkannt, da der PB zum einen als beratendes Organ der Bundesministerin und andererseits aufgrund des PG über keinerlei gesetzliche Bestimmungen zur Ahndung disziplinärer oder fachlicher Verstöße von Psychologen

verfügt. Nach Ansicht des PB kann eine solche Kontrolle und Ahndung nur auf Ebene der Berufsverbände erfolgreich sein. Der Staat soll nur den Mißbrauch durch Psychologen sowie den Schutz der Konsumenten vor unlauterer Konkurrenz kontrollieren und sanktionieren.

Das BMAGS forderte die Berufsverbände auf, diese Aufgabe zu übernehmen. Da auch die Berufsverbände diesem Ansinnen wegen des Doppelmandats, einerseits für ihre Mitglieder und andererseits für die Konsumenten psychologischer Leistungen zuständig zu sein, ablehnend gegenüberstanden ("disziplinar gegen die eigenen Mitglieder vorzugehen ist nicht im Sinn der Berufsverbände"<sup>170</sup>), wurde die AK als Beschwerdeeinrichtung vorgeschlagen. Letztendlich wurde eine Dreiteilung vorgenommen, wonach die Erstinstanz in Form einer Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungsstelle beim zuständigen Berufsverband, die Zweitinstanz bei der AK und die Letztinstanz beim PB angesiedelt ist (Stemberger 1998). Damit kann eine effizientere Kooperation mit dem rechtlichen und öffentlichen Bereich erfolgen und Aufgaben nach innen effizient umgesetzt werden.

Der Ethikausschuß im PB konnte sich von den alltäglichen Belangen beruflicher Tätigkeiten freispielen und hat fortan die Funktion eines Sachverständigenausschusses, in dem hauptsächlich Grundlagenarbeit geleistet wird (z.B. Ethikrichtlinien) (Guschlbauer<sup>171</sup> 1994).

Eines der ersten Produkte des Ethikausschusses war der Berufskodex, der sich als Ergänzung und Konkretisierung der im PG festgelegten Berufspflichten versteht und die von Psychologen verpflichtend eingehalten werden muß (Stemberger 1998). Er wurde vom PB 1993 beschlossen und enthält "Grundsätze über die Beziehung von Klinischen Psychologen bzw. Gesundheitspsychologen zu ihren Klienten, zu anderen Berufsgruppen, als auch die Beziehung zu Auftraggebern psychologischer Leistungen und gegenüber Kollegen" (Guschlbauer 1994, S. 6).

Die besondere Situation von Klienten psychologischer Dienstleistungen wurde in der Präambel des Berufskodex präzisiert, in der steht, dass "Berufsethische Richtlinien notwendig sind, um die Würde jener Personen zu schützen, die sich Psychologen in Diagnostik, Beratung und Behandlung anvertrauen." Im Text der Richtlinien wird jener humanistische Gedanke, der auch eingangs von Goldberg (1980) erörtert wurde, relativ explizit ausgeführt, und es wird mithilfe dieses Gedankens versucht, jenen in Kapitel 4.3 skizzierten Folgen von Professionalisierung für Klienten zuvorzukommen.

Inhaltlich wird im Kapitel 4.3 insbesondere auf die Ideologiefreiheit der ethischen Richtlinien hingewiesen. Dabei wurde besonders Rücksicht auf die "Interessensübereinstimmung zwischen gesellschaftlichen „Eliten“ und der Profession für die Professionalisierung hinsichtlich wichtiger "Glaubensgrundsätze und Wertvorstellungen" (Freidson 1979; Forster 1997a, S. 183) genommen.

---

<sup>170</sup> Interview: KfAP

<sup>171</sup> Mag. Hannes Guschlbauer ist Mitarbeiter der GkPP

Der Berufskodex soll nicht als endgültig definiertes Produkt angesehen werden, sondern muß ständig einer "kritischen Diskussion und Erneuerungen gegenüber aufgeschlossen sein" (Sedlak; Protokolle des PB), um somit das ihm zugrundeliegende berufliche Handeln im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklungen und veränderter Bedürfnislagen von Subjekten zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen anpassen zu können.

Die besondere Beziehung zwischen Professionellen und Klienten und die Besonderheiten beruflicher psychologischer Tätigkeit wurde in den "Allgemeinen Grundsätzen" in neun Punkten skizziert.

Diese zielen auf die Würde im Umgang mit den Menschen, mit denen man arbeitet, und auf die ideologiefreie Hilfe bei der Entfaltung der Persönlichkeit. Weiters betonen sie die Kenntnis der Grenzen des eigenen beruflichen Wissens, der Kompetenzen und Methoden professionellen Handelns, die Kenntnis der Arbeitstechniken und deren verantwortungsvollen Einsatz. Damit wird zum einen jene Beziehung zwischen Professionellen und Klienten beschrieben, in der dem Professionellen eine weitgehende Definitionskompetenz zugeschrieben wird, wie die Beziehung zum Klienten gestaltet werden soll bzw. wie eine professionelle Dienstleistung zu erfolgen hat. Damit wird dem Professionellen die alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung der Aufgabe unterstellt, was eine soziale Kontrolle durch Laien fast unmöglich macht (Goode 1972 zit. n. Rüschemyr 1980, S. 313). Dem liegt die Annahme zugrunde, dass ein Professioneller "in einem arbeitsteiligen System eine so beherrschende Stellung erlangt hat, dass er bestimmen kann, was als wesentlich für seine eigene Arbeit gelten soll" (Freidson 1979, S. 278), da er "die zuverlässigste Autorität hinsichtlich des Wesens der Realität, mit der sie es zu tun hat" (Freidson 1979, S. 285), ist. Als letzter Punkt der "Allgemeinen Grundsätze" wird in den Ethikrichtlinien gefordert, "dass die inkompetente Ausübung psychologischer Tätigkeit durch andere zu unterbinden ist". Dieser Punkt zielt auf eine professionsinterne Kontrolle professioneller Tätigkeit ab und impliziert eine allgemeine Inkompetenzdefinition bzw. Illegalisierung und Ausschließung beruflicher Tätigkeit im psychosozialen Sektor des Gesundheitswesens durch Berufsgruppen "benachbarter" Tätigkeitsfelder.

In den "Speziellen Grundsätzen" der Ethikrichtlinien geht es um die Beziehung zu Klienten, die Schweigepflicht, die ich im nächsten Kapitel darstellen werde, die Beziehung zum Auftraggeber, die letztendlich auf eine weitgehende Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle der Psychologen abzielt, die Gutachtenerstellung durch Psychologen, die eine professionelle Umsetzung in der Gutachtenkonzeption, -durchführung und -erstellung bewirken will und analog zu einschlägigen Lehrbüchern formuliert wurde (Boerner 1985) und die Konsequenzen für die Praxis der Gutachten- und Befunderstellung, die sich durch die Eigenverantwortlichkeit ergeben und auf eine Emanzipation klinischpsychologischer Gutachten aus der ärztlichen Verantwortung und

Obhut abzielen. Abschließend wurde in den speziellen Grundsätzen der Ethikrichtlinien der Kontakt Psychologen mit Mitarbeitern und wissenschaftlichen Institutionen geregelt, wobei allgemein formulierte Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht enthalten sind.

Als dritter Hauptpunkt der Ethikrichtlinien wurden „Grundsätze für das Anbieten psychologischer Dienste und Leistungen in der Öffentlichkeit“ erarbeitet, wobei hier wiederum die besondere Beziehung zwischen Professionellen und Klienten und die Art der Beziehung der Psychologen zur Öffentlichkeit skizziert wurde, die sie von ihrer Arbeit, ihren Tätigkeitsgebieten, ihren Problemdefinitionen und ihren Erfolgen zu überzeugen versucht (Abbott 1988).

In den „Grundsätzen für die Forschung, postgraduelle Weiterbildung und Lehre“ als vierten Hauptpunkt der Ethikrichtlinien sowie in den „Grundsätzen für die Beziehung zwischen Psychologen und Berufskollegen verwandter Berufsrichtungen“ als fünften Hauptpunkt der Ethikrichtlinien wurden allgemein-ethische Standards angeführt.

### **6.2.2 Verschwiegenheitspflicht der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen**

In diesem Kapitel möchte ich die Verschwiegenheitspflicht als besonders wichtige Variable professionellen Handelns darstellen. Ausgehend von dem Hinweis auf die hohe Bedeutung der Verschwiegenheitspflicht für die Arbeitsbeziehung zwischen Psychologen und Klienten möchte ich auch die psychologische Arbeit zugrundeliegenden - zum Teil widersprüchlichen Voraussetzungen - ansprechen und schlußfolgernd daraus auf die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der Intervention hinweisen. Weiters möchte ich die diesem Gedanken zugrundeliegende restriktive Regelung der Verschwiegenheitspflicht skizzieren und darüberhinausgehend darstellen, wie Professionalisierungsbestrebungen durch die Verschwiegenheit und der daraus resultierenden Wissensschließung unterstützt werden.

Ausgehend von diesen vorwiegend theoriegeleiteten Gedanken möchte ich in weiterer Folge darstellen, wie die Verschwiegenheitspflicht Eingang in die Praxis psychologischen Handelns fand und zur Bildung handlungsrelevanter Gesetze führte, wobei ich die oben skizzierten theoriegeleiteten Gedanken für die praktische Umsetzung diskutieren werde. Dabei versuche ich auch auf die Auswirkungen und Folgen der Verschwiegenheitspflicht für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten einzugehen.

Außerdem werde ich ansatzweise herausarbeiten, welche Relevanz die Verschwiegenheitspflicht für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie hat und welche Schwerpunkte von Professionalisierungsmerkmalen und -voraussetzungen sich dadurch herauskristallisiert haben.

Professionelles Handeln bedeutet, in jedem Einzelfall einen Ausgleich der individuellen und allgemeinen Interessen zu finden (Wuermeling 1996). Der Ausgleich der Interessen muß dabei von Fall zu Fall neu gesucht werden. In diesem Zusammenhang besonders problematisch ist die Verschwiegenheitspflicht für Psychologen, da die Beziehung zwischen Psychologen und Klienten ein besonderes Vertrauensverhältnis erfordert (Soyer 1998) und die Verschwiegenheitspflicht Klienten in ihrem Intimbereich schützt, andererseits jedoch soll die Verschwiegenheit nicht nur die Interessen der Klienten berücksichtigen. Öffentliche Interessen können Psychologen dahin drängen, die Verschwiegenheit zugunsten des Gemeinwohls hinten an zu stellen. Diese unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Interessen im psychosozialen Bereich führen durch die restriktive Regelung der Verschwiegenheitspflicht zu "Schwierigkeiten" für das berufliche Handeln von Psychologen. Einerseits würde ein mangelnder Schutz der Verschwiegenheitspflicht das Vertrauensverhältnis zwischen Klienten und Psychologen beeinträchtigen oder die Beanspruchung psychologischer Hilfsangebote überhaupt verhindern.

Dennoch kann die Verschwiegenheit als jene Prämisse psychologischen Handelns angesehen werden, mit der ungünstigen professionsdynamischen Besonderheiten psychologischen Handelns vorgebeugt werden kann. Sobald psychologisches Handeln für den Klienten zwangsweise, etwa in Form einer Auflage im Rahmen einer strafrechtlichen Sanktionsmaßnahme, erfolgt (Wagner und Werdenich 1998), bedarf es einer professionellen Selbstkontrolle und der Zustimmung der Klienten zu einer psychologischen Intervention. Dies kann in Form eines Diskurses und eines Konsens, der die "situative Unterlegenheit und Interessen der Klienten berücksichtigt" (Müller 1991, S. 11), bewirkt werden, wobei es professioneller Kompetenzen bedarf, die die situativen Abhängigkeiten und Ungleichheiten dieses Aushandlungsprozesses, wie ich sie in den Kapiteln 3 und 4 beschrieben habe, reflexiv berücksichtigt. Erst vor diesem Hintergrund kann in besonderem Maße die Mitwirkung der Klienten als notwendiger Bestandteil der professionellen Intervention erlangt werden.

Deshalb wurde im PG die Verschwiegenheit als Berufspflicht besonders restriktiv geregelt. Demnach sind Psychologen sowie ihre Hilfspersonen über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse zur Verschwiegenheit verpflichtet.<sup>172</sup> "Dieser Regelungsumfang ist in Österreich eine Novität, dass jemand den Behörden keine Auskunft geben muß, insbesondere in einem Strafverfahren."<sup>173</sup>

Deshalb hat der Staat erstmals in der Rechtsgeschichte seit dem Beichtgeheimnis den Psychologen soviel Eigenständigkeit zugestanden, dass nicht einmal das Gericht eine Aussage erzwingen kann".<sup>174</sup> Diese weitgehende Auslegung der Verschwiegenheit ermöglicht der Psychologie einen besonderen Bezug zu den Klienten.

<sup>172</sup> § 14 PG

<sup>173</sup> BGBl Nr. 105/1997; § 152. (1)

<sup>174</sup> Interview: ARGE PsychologInnen im ÖGB, BÖP; vgl. auch Strafprozeßordnung (BGBl. 526/1993 und 105/1997)

Die durch dieses Verschweigen bewirkte Mystifikation psychologischen Handelns erlaubt es den Psychologen jedoch auch, ohne viele Argumente, die Monopolstellung der Psychologen zu rechtfertigen und sich die Vorherrschaft gegenüber anderen Berufsgruppen und Paraprofessionellen zu sichern, was mit dem Schutz der Konsumenten begründet wird. Damit werden benachbarte Disziplinen auf ein enges Feld der Tätigkeit begrenzt, da mit dem Verschweigen behandlungsrelevanter Tatsachen anderen Berufsgruppen eine allgemeine Inkompetenzdefinition kommuniziert wird, die die Ausschließung beruflicher Tätigkeit von Berufsgruppen "benachbarter" Tätigkeitsfelder zum Ziel hat.

Wie bedeutsam die Regelungen der Handhabung von Informationen eingeschätzt werden, kann daran gemessen werden, dass der Psychologe nur dann zur Weitergabe verpflichtet ist, wenn es um den Schutz von Leib und Leben geht.<sup>175</sup>

Im PG sind die genannten Geheimnisse nicht näher ausgeführt. In der Regierungsvorlage zum PG wird dazu angemerkt, dass alle Daten, die aus der Privatsphäre stammen, unter die Verschwiegenheitspflicht zu fallen haben. Im Kommentar zum PG (Kierein et al. 1991) steht, dass "jene Daten, die, würden sie öffentlich bekannt, weitreichende negative Folgen für den Betroffenen haben können, der Verschwiegenheitspflicht unterstellt sind" (S. 67).

Kierein<sup>176</sup> meint, dass "alles, was ein Geheimnis sein kann oder werden könnte, unter ein Geheimnis fällt. Auch alles, was jemanden irgendwie schaden könnte, fällt unter die Verschwiegenheitspflicht, auch wenn man erst im nachhinein daraufkommt". Empfohlen wird die konsensuelle Festlegung mit dem Klienten, was aus Sicht des Klienten ein Geheimnis darstellt. Dabei ist nicht immer davon auszugehen, dass der Berufsexperte das Wohl des Klienten im Auge hat, sondern dass dieser Aushandlungsprozeß wesentlich von den Vorstellungen der Professionellen geleitet wird, was als Geheimnis zu gelten hat bzw. wie mit diesem in einer sozial verbindlichen Weise umzugehen ist.

Trotz dieser restriktiven Regelung ist die Preisgabe von, in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnissen nicht mit Strafe bedroht. Auch wenn es dem (geschädigten) Klienten gelingt, einen Schaden durch die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht nachzuweisen, hat er dennoch keinen Rechtsanspruch auf Durchsetzung seines Rechts des Geheimnisschutzes. Damit erfährt professionelles Handeln keine Einschränkung durch staatliche Regelungen.

Die Umsetzung der Verschwiegenheitspflicht möchte ich im folgenden in Hinblick auf die Erweiterung der Dokumentationspflicht in der Krankengeschichte auf nichtärztliche Bereiche darstellen. Im BKAG<sup>177</sup> sowie im Wr. KAG (1995)<sup>178</sup> wurden dazu die Verantwortlichkeiten für die

<sup>175</sup> Interview: ARGE PsychologenInnen im ÖGB

<sup>176</sup> Mitteilung im Curriculum Klinischer Psychologe des BÖP im Jänner 1997

<sup>177</sup> § 10

<sup>178</sup> § 17 Abs. 7 und 8

jeweilige Dokumentationspflicht festgelegt.<sup>179</sup> Im § 17 Abs. 4 Wr. KAG sind Einrichtungen und Personen aufgezählt, denen allenfalls Abschriften von Krankengeschichten zu übermitteln sind (Opgenoorth und Schuch<sup>180</sup> 1997). Um die berufliche Verschwiegenheitspflicht zu sichern, hat der Grundsatzgesetzgeber vorgesehen, dass Geheimnisse, die Psychologen, Psychotherapeuten und Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Rahmen ihrer Berufsausübung bekanntgeworden sind, in die Krankengeschichte nicht aufgenommen werden dürfen.<sup>181 182</sup>

Damit wurde im Krankenanstaltenbereich, der als professionelle Organisationen von den beruflichen Vorstellungen und Interessen der ärztlichen Profession dominiert wird (Freidson 1979), jene professionelle Autonomie (Eigenverantwortlichkeit) der Psychologen manifestiert, die einen Ausstieg aus dem Abhängigkeitsverhältnis zur ärztlichen Profession ermöglicht.

Werdenich<sup>183</sup> (1997) hält diesen Regelungen zur Verschwiegenheitspflicht entgegen, dass es zum Wesen bürokratischer Institutionen gehört, über Durchsetzungs- und Erzwingungsmöglichkeiten zu verfügen, die die Freiwilligkeit der Entscheidung beeinträchtigen. Hierzu zählen Institutionen mit stationärer Unterbringung, wie etwa Heime, Drogenstationen, Gefängnisse und Krankenhäuser. Seiner Ansicht nach besteht keine Organisationsautonomie, da jegliches Handeln in Organisationen von strukturellen Einflüssen manipuliert wird. In einem Diskussionspapier griff Werdenich (1997) diese strukturellen Einflüsse auf und stellte die Praktikabilität der Verschwiegenheitspflicht für die alltägliche psychologische Tätigkeit in Frage. Seiner Ansicht nach nimmt die eigenverantwortliche Durchführung psychologischer Tätigkeiten und in weiterer Folge die Verschwiegenheitspflicht, wie sie im PG geregelt wird, nicht auf die Besonderheiten bei der Arbeit bzw. die Bedürfnisse dieser Institutionen Rücksicht, in der Verpflichtungen gegenüber Klienten mit Verpflichtungen gegenüber der Institution in einem Widerspruch stehen können. Die Klienten-Psychologen Beziehung, von der im PG ausgegangen wird, ist eine individuelle, in der von der Annahme einer Autonomie des Psychologen gegenüber dem Klienten ausgegangen wird, wobei die Bedürfnisse, die auf dieses Moment nicht Rücksicht nehmen, ausgeblendet werden. Zu diesen zählt etwa die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Institutionen, die diese Verschwiegenheitspflicht nicht in jedem Fall praktikabel erscheinen läßt, zumal interdisziplinäre kommunikative Konstruktionen psychischer und sozialer Zustände sowie deren interdisziplinäre Lösungsansätze zum eigentlichen Inhalt psychologischer Tätigkeit zählen. Ebenso muß die Dienst- und Fachaufsicht die Verschwiegenheit bei Vorliegen unsachgemäßer, unzureichender oder schädigend durchgeführter klinischpsychologischer

<sup>179</sup> hier exemplarisch für die übrigen Länder KAG

<sup>180</sup> Univ. Doz. Elfriede Opgenoorth ist Assistentin am Institut für Kinder- und Jugendlichenneuropsychiatrie am AKH Wien.  
Dr. Bibiane Schuch ist Psychologin am Institut für Kinder- und Jugendlichenneuropsychiatrie am AKH Wien

<sup>181</sup> BKAG § 10 Abs. 4

<sup>182</sup> Wr. KAG § 17 Abs. 8

<sup>183</sup> Dr. Wolfgang Werdenich ist Klinischer Psychologe und Psychotherapeut und Leiter der Sonderstrafanstalt Favoriten in Wien

Tätigkeit verletzen, um den Sachverhalt überprüfen und intervenieren zu können. Wenn dies auch in Form einer professionsinternen Kontrolle passiert, so müssen dennoch straf- oder zivilrechtliche Aspekte außerhalb der Profession kommuniziert werden. Eine Erfolgskontrolle nach außen, die den Schutz der Klienten vor fragwürdigen Behandlungsmaßnahmen, die Evaluierung des Behandlungserfolges zum Ziel hat und der Qualitätssicherung der Organisation dient, würde ebenso eine Verletzung der Verschwiegenheit nach sich ziehen, zumal wie im nächsten Kapitel skizziert Qualität immer ein Aushandlungsprozeß zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen zugrundeliegt, der infolge seiner Dynamik oftmals das Moment der Verschwiegenheit vergißt oder aber aufgrund der Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht unmöglich gemacht werden würde. Eine bürokratische Kontrolle, die die Verschwiegenheit berücksichtigt, kann also bei professionellen Leistungen im Rahmen von Organisationen nicht immer erfolgen (Schaeffer 1994).

Als Beispiel für diese strukturelle Diskrepanz in der praktischen psychologischen Arbeit möchte ich den Fall der Erstellung psychologischer Befunde und Gutachten anführen. Aus § 13 Abs. 3 des PG ergibt sich, dass diese nicht gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden dürfen. Der Kommentar zum PG sieht jedoch "eine besondere Beachtung der tätigen Psychologen in bürokratischen Organisation vor" (Kierein et al. 1991, S. 68). Demnach muß eine Zustimmung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters eingeholt werden, nachdem diese über Zweck, Art und Umfang einer Befunderstellung informiert worden sind, dass eine Diagnose als Ergebnis einer Befundung nicht mehr als Geheimnis zu gelten hat und dem Probanden nahelegt, den Psychologen von der Verschwiegenheitspflicht zu entbinden. Hier werden zur Gänze jene professionsimmanenten Zwangselemente und Vorentscheidungen, die in den Organisationsstrukturen implementiert die alltägliche Arbeit von Professionellen betreffen, vor dem Hintergrund der relativen Unmöglichkeit der Verschwiegenheitspflicht erkennbar. Insbesondere bei Tätigkeiten von Psychologen, die von einem gesellschaftlichen Druck begleitet sind und bei denen eine freie Vereinbarung zwischen Behandler und Behandeltem nicht erbracht werden kann, stellt das Moment der Verschwiegenheit ein immanentes Problem dar. Letztendlich müssen Klienten, die in einer institutionellen Behandlung ihre Interessen nach Schutz der Privatsphäre nicht einfordern können, „die strukturelle Doppelbödigkeit und die Fiktion einer freiwilligen Offenheit und Kooperation mit der Behandlungsinstitution bei gleichzeitiger Akzeptanz der sozialen Kontrollfunktion kompensieren“ (Werdenich 1997, o.S.<sup>184</sup>).

Die aktuelle Brisanz dieser Diskussion wird sich für die klinischpsychologische Behandlung im Rahmen der ASVG-Regelungen zeigen. Hier wird die Frage der Verschwiegenheitspflicht, analog zu der am 1. Jänner 1995 vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger erlassenen Regelung für die Gewährung eines Kostenzuschusses zur Psychotherapie, die eine Bewilligung durch eine Krankenkasse erforderlich

---

<sup>184</sup> ohne Seitenangabe

macht, wenn eine Behandlung mehr als zehn Sitzungen in Anspruch nimmt, aktuell. Demnach muß der Psychotherapeut die Störung, die Behandlung, die Entwicklung des Krankheitsbildes seit Therapiebeginn, die Methoden, die weitere voraussichtliche Dauer und die Sitzungsfrequenz dem Krankenversicherungsträger bekannt geben. Es steht jedoch dem Behandelten frei, die Verfügbarkeit der Daten der Psychotherapie zu untersagen. In diesem Fall hat jedoch der versicherte Klient keinen Anspruch auf Kostenzuschuß. Kletter (1995) meint, dass wenn ein Versicherter wert auf völlige Geheimhaltung der Therapie legt, niemand, auch nicht der Sozialversicherungsträger, Auskünfte darüber verlangen kann. Begehrt der Versicherte hingegen für seine Psychotherapie Leistungen der Sozialversicherung, muß er sich darüber im klaren sein, dass diese zur Prüfung der gesetzlichen Leistungspflicht ausreichende Information benötigen, also ein bestimmtes Maß an Informationen nicht absolut geheim bleiben kann. Dies würde jedoch die im PG restriktiv geregelte Verschwiegenheitspflicht verletzen. Dem hält der HVST entgegen, dass "für den ASVG-Bereich, in dem finanzielle Rückvergütungen durch Krankenkassen für psychologische Leistungen erfolgen, die Verschwiegenheitsregelung modifiziert werden müßte." Nach Ansicht des HVST ist von Seiten der Krankenkassen noch nie etwas zu Lasten der Patienten nach außen gedrungen. Die Krankenkassen bräuchten weiters keine sensiblen Daten, nur die ICD-9 Diagnose und die Dauer des Therapieverlaufs. Der Patient muß allerdings damit einverstanden sein, dass wenn er sich in psychologische Behandlung begibt, er mit der Weitergabe von Daten an die Krankenkassen rechnen muß".<sup>185</sup>

### 6.2.3 Qualitätssicherung

Vom Gedanken ausgehend, dass Qualitätssicherung entsprechender professionsinterner Vorkehrungen bedarf, möchte ich dies für psychologische Leistungen diskutieren und zum einen auf verschiedene Darstellungen von Qualität und zum anderen die Schwierigkeiten des Aushandlungsprozesses beschreiben. Weiters möchte ich auf die Arten der Qualitätssicherung bei psychologischen Dienstleistungen eingehen und ihre inhaltliche Darstellung und Umsetzung professionssoziologisch diskutieren. Zu beantworten versuche ich auch, welche Auswirkungen Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf die Professionalisierung der Psychologie haben und welche Schwerpunkte von Merkmalen und Voraussetzungen der Professionalisierung sich herauskristallisiert haben. Abschließend möchte ich ansatzweise herausarbeiten, welche Folgen die Professionalisierung der Psychologie für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat.

Qualitätssicherung psychologischer Leistungen in psychosozialer Praxis setzt eine Abklärung voraus, was unter Qualität zu verstehen ist (Näther

---

<sup>185</sup> Interview: HVST

1997).<sup>186</sup> Dies gestaltet sich vor dem Hintergrund der Besonderheit der professionellen psychologischen Beziehung denkbar schwierig, da die Qualität einer psychologischen Dienstleistung, insbesondere vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte nicht einfach an einem Ergebnis festgemacht noch von den handelnden Personen losgelöst werden kann. Psychologische Tätigkeiten stellen oft vielmehr ein Begleiten durch von Individuen schwierig wahrgenommene Lebensphasen dar und verfolgen nicht die Erreichung eines bestimmten psychischen und/oder sozialen Zustandes. "Professionelles Handeln orientiert sich am uno-actu-Prinzip und läßt kaum Qualitätsüberprüfung zu, die nicht auf den Prozeß eingeht" (Brunner 1998, S. 12).

Da das zu beurteilende Handeln nicht von den handelnden Akteuren losgelöst betrachtet werden kann, ist auch die Person des Helfers immer Gegenstand der Beurteilung. Kriterien und Indikatoren, wie sie in der Qualitätsforschung in der Psychotherapie eingesetzt werden (Grawe et al. 1994), blenden neben dem professionssoziologischen, oftmals auch den sozialpsychologischen (Bastine 1992), den (tiefen)psychologischen (Schmidbauer 1977; 1983) Hintergrund der Besonderheit der Professionellen-Klienten Beziehung aus.

Qualität einer Dienstleistung entwickelt sich auch vor einem sozialstaatlichen Hintergrund, z.B. der praktischen Sozialpolitik (Badelt 1996). Damit stellt sich die Frage, wer als Klient/Kunde und Auftraggeber verstanden werden kann (Meinhold 1996) und welche Vorstellungen sie von Qualität haben.

Diese und andere Aspekte tragen dazu bei, Qualität als einen relationalen Begriff zu verstehen (BMAGS 1998b).

Dennoch muß professionelle Arbeit überprüfbar sein, d. h. sie kann nicht dem Zufall überlassen werden (Brunner 1998). Wie eine qualitätsvolle Beziehung zum Kunden aussehen soll, kann über evaluierbare und meßbare Kriterien oder über einen common sense erreicht werden, der sich im Spannungsfeld zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen abspielt.

Jene dem interaktionistischen Paradigma verpflichtete Sichtweise geht davon aus, dass sich Qualitätsstandards innerhalb eines Systems entwickeln und weder normativ noch über Verhaltensregeln von Dritten festgelegt werden können. Wie ich vorhin in den Ethikrichtlinien skizziert habe, besteht für die Profession jedoch die Möglichkeit, das Handeln und damit die Qualität der Dienstleistung über relative Verhaltensempfehlungen zu beeinflussen, die weitgehend der Interpretation des Professionellen überlassen sind, jedoch von einer Berufsgruppe sanktioniert werden können. Wie weit Qualität von der

---

<sup>186</sup> Definition von Qualität vgl. Meinhold (1996) zum Qualitätsbegriff (vgl. Volkmar 1998, S. 58ff) zur Qualitätsdiskussion in Sozialeinrichtungen (z.B. Brunner, J. et al. (Hg.). (1998). Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung. Freiburg: Lambertus.

Interpretation des einzelnen Professionellen abhängt und sich damit je nach Fall relativiert, möchte ich am Beispiel der bedarfsgerechten Gestaltung eines Dienstleistungsangebotes darstellen.

Wie in Kapitel 3.3 skizziert, muß sich Bedarf nicht immer als Nachfrage artikulieren. Es bedarf zum einen bei Kunden gewisser Fähigkeiten und Kenntnisse, Bedürfnisse anzumelden, zum anderen jedoch auch der bedarfsrelevanten Aufbereitung durch einen Professionellen. Die Qualität der Leistung hängt nun nicht nur davon ab, wie dieses Angebot zustande gekommen ist und ob es den Bedürftigkeiten der Klienten entspricht, sondern auch ob das Ergebnis für den Klienten adäquat ist. Qualität ist hier also sowohl die Form des Zustandekommens einer Dienstleistung als auch das konsensuale Ergebnis, das an sich nicht immer ein "professionelles" Zustandekommen der Dienstleistung voraussetzt. Professionsinterne Qualitätssicherung muß also immer alle Beteiligten eines Problemsystems (kommunikativ) berücksichtigen (Ludewig 1992).

Darüber hinaus existieren auch allgemein akzeptierte Qualitätsindikatoren (Badura et al. 1999, BMAGS 1997, 1998a, 1998b). Diese sind, insbesondere vor dem Hintergrund veränderter Anforderungen an das Gesundheitswesen zum einen versorgungsrelevante Qualitätskriterien, etwa entsprechende Betreuungs- und Behandlungsangebote, flächendeckende Versorgung, neue Formen des Settings und Arbeitsplatzes, gute Zugänglichkeit zu Leistungen, Einbindung und Kooperation in andere Versorgung, geringe finanzielle Barrieren bei Inanspruchnahme der Leistungen. Zum anderen sind dies auch berufsrechtliche Qualitätskriterien: etwa die Transparenz der Leistungen und Berufsausübenden, Aus- und Fortbildung, berufsrelevante Forschung, normierte Zulassung zum Beruf und Schutz der Klienten. Die zunehmende Bürgerorientierung im Gesundheitswesen bewirkt, diese Kriterien als Grundlage für den Aushandlungsprozeß neuer Qualitätsstandards und Qualitätssicherungssysteme heranzuziehen (Badura et al. 1999).

Im PG bezieht sich die Qualitätssicherung psychologischer Dienstleistungen ausschließlich auf die berufsrechtlichen Kriterien und erfolgt in erster Linie über die Zugangsbeschränkungen zum Beruf und den verpflichtenden Besuch von Fortbildungsmaßnahmen, der jedoch nicht näher ausgeführt wird (vgl. Kapitel 6.1.1). Entlang dieser Regelung des Titels Klinischer- und Gesundheitspsychologe wird eine Präzisierung des Leistungsangebotes gegenüber Kunden und der Schutz der Klienten vor Inkompetenten angestrebt (Schwartz 1978). Der Titel stellt eine Bestätigung für die Eintragung in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen am BMAGS dar, durch die die Qualität der Ausbildung der Klinischen- und Gesundheitspsychologen vom PB (Organ des BMAGS, das sich überwiegend aus Psychologen rekrutiert) kontrolliert bzw. bestätigt wird. Damit bleibt es dem ausschließlich von Psychologen besetzten PB als beratendem Organ der Bundesministerin vorbehalten, die Kriterien für eine Aufnahme festzulegen. Die Kriterien für den Titel "Klinischer Psychologe" sind die Absolvierung einer praktischen Tätigkeit von 800 Stunden in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens und 680 Stunden in einer Einrichtung des Sozial- und

Gesundheitswesens. Für den Titel "Gesundheitspsychologe" müssen 150 Stunden in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens und 1330 Stunden in einer Einrichtung des Sozial- und Gesundheitswesens erbracht werden. Zusätzlich sind 120 Stunden Supervision und mindestens 160 Stunden theoretische Fortbildung nachweislich zu erbringen.

Als Tätigkeitsbereiche wurden für den Bereich Klinischer Psychologie mit klinischpsychologischer Diagnostik, insbesondere auch selbständiger Durchführung von Testverfahren, Erkennung von Krankheitsbildern (ICD 9) und Verhaltensstörungen, Behandlung mittels psychologischer Interventionsformen, Beratung hinsichtlich der psychischen Veränderungen, Prognosenstellungen etc. vorwiegend störungsorientierte Konzepte psychologischer Tätigkeit angeführt, wobei die Anwesenheit eines Klinischen Psychologen zur Fachaufsicht erforderlich ist.

Im Bereich Gesundheitspsychologie wurden mit den Punkten Prävention, Gesundheitsförderung, Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden, Behandlung zur Streßbewältigung, Raucherentwöhnung, Eßstörungen, Lebensberatung, Beratung von mit Problemen behafteten Personen (Partner, Alter, Sucht, Ehe, Familie, Erziehung etc.) kaum auf somatisch-störungsorientierte Aspekte eingegangen. Für diesen Bereich ist die Anwesenheit eines Psychologen erforderlich, der nicht unbedingt Gesundheitspsychologe sein muß. Damit wird keine gesundheitspsychologische Kompetenz als gegeben vorausgesetzt, sondern davon ausgegangen, dass sich diese im jeweiligen beruflichen Kontext konstituiert. Besonders die Bedeutung der multiprofessionellen Zusammenarbeit in facheinschlägigen Einrichtungen wird für den Erwerb der fachlichen Kompetenz hervorgehoben. Es ist in diesen Einrichtungen erforderlich, dass neben dem Psychologen auch ein Klinischer Psychologe und ein Gesundheitspsychologe und zumindest fallweise ein Arzt (zweimal pro Woche und bei Teambesprechungen) anwesend ist, so dass der in Ausbildung stehende Psychologe Kontakt mit dem Arzt hat. Über die Einbindung weiterer Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Erzieher etc.) in die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird nichts ausgesagt. Mit der Beobachtung verschiedener Krankheitsbilder und der regelmäßigen Betreuung von Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern (ICD 9) jeweils über einen längeren Zeitraum (nicht nur sporadisch, wie in einer Krisenintervention), wird die Anbindung an die medizinische Profession und deren Arbeitsweise als wesentlich erachtet. Für die Eintragung in die Liste bedarf es ebenso eines ärztlichen Gutachtens, indem die gesundheitliche Eignung zur Berufsausübung von einem Arzt bestätigt werden muß. Damit behält sich die medizinische Profession vor, abseits der fachlichen über die gesundheitliche Eignung zu entscheiden, wobei (mir) nicht klar ist, nach welchen Kriterien eine solche Untersuchung erfolgen soll.<sup>187</sup>

Damit werden die Voraussetzungen für die selbständige Ausübung des psychologischen Berufes verbindlich geregelt, womit mit Hilfe der oben

---

<sup>187</sup> bei der entsprechenden Untersuchung für meine Eintragung in die Liste wurde mir der Blutdruck gemessen.

angeführten Kriterien eine Transparenz als „qualitätsgesicherter“ Anbieter erfolgt.

Die Eintragung in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen war bis Ende Juni 1993 im Zuge einer Übergangsregelung für all jene Personen möglich, die sich in die Liste der Klinischen- und Gesundheitspsychologen eintragen lassen wollten und die eine klinisch- und gesundheitspsychologische Berufspraxis nachweisen konnten, formal unabhängig von der universitären Ausbildung, die sie absolviert hatten. Damit definierte sich die Professionalisierung in erster Linie über Inhalte und nicht über die Absolvierung<sup>188</sup> formaler Ausbildungsgänge. Für die Übergangsregelung war es erforderlich, die Tätigkeit bzw. den Beruf nachzuweisen, den man ausgeübt und von dem man gelebt hatte. Bei der Übergangsregelung ging man vom Gedanken aus, dass man die Berechtigung für einen Beruf nicht aufgeben muß, wenn durch eine neue Regelung ein höherer Standard gefordert wird. Die Übergangsbestimmungen waren auch dazu gedacht, das PG in Gang zu setzen. "Klinische Psychologie gibt es, wenn es Klinische Psychologen gibt, die wiederum Klinische Psychologen ausbilden."<sup>189</sup> Dabei erfuhren die Zugangsbeschränkungen in den Übergangsbestimmungen eine relativ kulante Auslegung.

Kierein et al. (1991, S. 84) schreiben:

"In die Übergangsbestimmungen werden insbesondere jene Psychologen fallen, die zumindest seit etwa zwei Jahren faktisch klinisch- oder gesundheitspsychologisch tätig sind und dies auch entsprechend nachweisen können. Zugleich sind aber auch jene Personen in die Liste einzutragen, die zwar andere Ausbildungsgänge absolviert haben, aber dennoch seit langem in diesem Bereich tätig sind, die man als klinisch- bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeiten bezeichnen kann. Dies trifft auch auf Personen zu, die an einer Universität in Fächerkombination häufig Psychologie als zweites Fach haben, nun aber als Klinische Psychologen oder Gesundheitspsychologen hauptberuflich tätig sind. Es liegt im gesundheitspolitischen Interesse, dass tatsächlich alle in diesem Feld tätigen Personen die Möglichkeit haben, in die Liste eingetragen zu werden, um neue Ausgrenzungen zu verhindern und zugleich im Sinne der Konsumenten eine informierte Öffentlichkeit herzustellen. Übergangsbestimmungen sind daher grundsätzlich liberal zu sehen, um so den Betroffenen Gelegenheit zu geben, sich im Laufe der nächsten Jahre auf die geänderte rechtliche Situation einstellen zu können."

Das angesprochene gesundheitspolitische Interesse wurde, anders als bei den ASVG Verhandlungen (Kapitel 6.3) extensiv interpretiert und bezieht sich auch auf von jenen in Kapitel 3.1 infolge gesellschaftlicher

---

<sup>188</sup> oder Anwesenheit bei...

<sup>189</sup> Interview: KfAP

Entwicklungen dargestellten Folgen für die psychische Befindlichkeit der Individuen, die tatsächlich keine Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG aufweisen.

Dementsprechend offen wurden die Inhalte formuliert, die nachweislich erbracht werden mußten, um im Zuge der Übergangsbestimmungen in die Liste aufgenommen zu werden. Dies sind für klinischpsychologischen Tätigkeit eine

psychologische und psychosoziale Beratung, Behandlung und Rehabilitation von Personen und Personengruppen mit Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen mit sozialem, psychischem und körperlichem Ursprung. Klinischpsychologische Diagnostik mußte ebenso bei den obengenannten Personen und Personengruppen durchgeführt worden sein. Forschungs- und Lehrtätigkeit auf den genannten Gebieten wurden ebenso als ein Nachweiskriterium akzeptiert.<sup>190</sup>

Eine genauere Ausführung bzw. Operationalisierung der angeführten Kriterien liegt mir nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass für die Eintragung in die Liste der Punkt klinischpsychologische Diagnostik nicht absolut verbindlich behandelt wurde.

Als Nachweis einer gesundheitspsychologischen Tätigkeit<sup>191</sup> wurden vom Eintragungsausschuß des PB akzeptiert:

präventive Interventionsstrategien, Beratung von Institutionen oder Einzelnen in Hinblick auf psychologische Aspekte der Gesundheitsvorsorge und -nachsorge, Beratung, Konzeption und Durchführung von der Gesundheitsförderung dienenden Projekten und bei Einzelpersonen, arbeitspsychologische, organisationspsychologische, eignungspsychologische und ökopyschologische Diagnostik im Hinblick auf Prävention, Rehabilitation i.S. der Vermeidung von Schadensfolgen, Forschungs- und Lehrtätigkeit auf den genannten Gebieten.

Diese Kriterien sind analog zur Unspezifität der Gesundheitspsychologie inhaltlich extensiv skizziert.

Die gesundheitspsychologische Tätigkeit mußte außerdem in facheinschlägigen Einrichtungen absolviert worden sein, die den oben angeführten Tätigkeitsbereichen "einen adäquaten organisatorischen bzw. institutionellen Rahmen bieten" (Protokolle des PB). Hierzu wurden Projekte, Initiativen, Beratungsstellen, Ambulatorien, Krankenhäuser etc. gezählt. Die Nachweisführung und Dauer war in weiterer Folge im Einzelfall zu entscheiden. Dabei sind mit facheinschlägigen Einrichtungen wiederum nur jene gemeint, die der konventionellen medizinischen Versorgung dienen.

---

<sup>190</sup> Regelung für die Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen im Zuge der Übergangsbestimmungen

<sup>191</sup> Revidierte Fassung 29.5.1991

Bei der Eintragung durch den PB kam es 1991 zu 250 Anträgen. Die Zahl der in der Liste der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen eingetragenen Personen stieg bis im Juni 1993 auf 1500, wobei zu dieser Zeit im PB noch 2000 Ansuchen zur Behandlung vorlagen. Eines der vordringlichen Probleme bei der Eintragung in die Liste war die Differenzierung zwischen Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie, da Gesundheitspsychologie an österreichischen Universitäten noch nicht gelehrt wurde und aufgrund des mangelnden bzw. fehlenden Konsens über Aufgaben, Gegenstand und Art der Gesundheitspsychologie keine verbindlichen Inhalte vorlagen. Ansuchende haben unter gesundheitspsychologischer Tätigkeit hauptsächlich Angehörigenarbeit verstanden (Graupe 1995). Erst im Zuge der Konkretisierungsarbeit des PG im Berufsbildausschuß des PB kam es durch Bemühungen der GkPP und des KfAP zu einer Orientierung an der Ottawacharta, die zu dieser Zeit jedoch nach allgemeiner Meinung noch nicht ausreichend operationalisiert worden war (RB 23, 1991, S.7 ff).

Im Zuge dieser "Eintragungsschwemme" kam es auch zur Aufnahme von Nichtpsychologen in die Liste. Mit Bedauern von vielen PB-Mitgliedern wurden einige, "denen die fachliche Eignung nicht abgesprochen werden konnte" (Lobnig<sup>192</sup> 1991, S. 3), nicht in die Liste aufgenommen. Lobnig (1991, S. 3) bedauerte damals die Schwierigkeit, inhaltliche Argumentationsfiguren durchzusetzen, besonders unter dem Aspekt, "da es sich beim PG um einen Titelschutz handelt und nicht um einen Schutz der Tätigkeit."

Damit wurde jener soziale Schließungsmechanismus angesprochen, der im PG eine entsprechende Rechtsgrundlage für Marktschließung und/oder Marktregulierung über der Marktzutritt sah. Grundsätzlich ging es jedoch um einen Identitätsprozeß, der inhaltlich von einem „harten Kern“ berufspolitisch Aktiver geführt wurde, die aufgrund ihrer angestammten Positionen eine Aufnahme in die Liste im Zuge der Übergangsbestimmungen erwarten konnten. Jene im weiteren Umfeld psychologisch Tätigen, die nicht in den engeren Kreis der genannten Aufnahmebedingungen und damit nicht unter die Übergangsregelungen fielen, die jedoch über ihre Tätigkeit zu wesentlichen Anteilen eine psychologische Tätigkeit mitbestimmten, votierten für ihre Aufnahme und definierten damit eine andere Identität psychologischen Handelns. Letztendlich konnten sich jene Antragsteller durchsetzen, die im weitesten Sinne im Gesundheitswesen tätig sind und was zur liberalen Handhabung der Übergangsregelungen als eine Bedingung für den Beschluß des PG führte. Die infolge der Eintragungsschwemme hohe Zahl von aufgenommenen Klinischen- und Gesundheitspsychologen in die Liste läßt sich vor dem Hintergrund des in Kapitel 3 skizzierten expandierenden Psychomarktes verhältnismäßig einfach erklären, da neue gesellschaftliche Entwicklungen und veränderte Bedürfnislagen in der Krankenversorgung Argumentationslinien ermöglichten, die eine Eintragung in die Liste nicht abwegig erscheinen ließen, zumal das PG

---

<sup>192</sup> Mag. Hubert Lobnig, Klinischer und Gesundheitspsychologe, ist Mitarbeiter am LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie und Mitarbeiter der GkPP.

und die Übergangsbestimmungen das Berufsbild weitgehend ungeregt ließen und wenig über inhaltliche Aspekte psychologischer Dienstleistungen aussagte. Damit wurde implizit auch ein sehr heterogenes Berufsbild festgelegt. Zu vermuten ist jedoch, dass es einige "schwarze Schafe" gegeben hat, die die für die Eintragung in die Liste erforderlichen Qualifikationen vorgetäuscht haben.<sup>193</sup>

Zuletzt möchte ich noch auf die externe Qualitätskontrolle psychologischer Leistungen durch Einkäufer psychologischer Leistungen eingehen. Der HVST kontrolliert die Qualität psychologischer Dienstleistungen vor Abschluß entsprechender Verträge. Die laufende Kontrolle erfolgt vorwiegend über die AK als Konsumentenschützer in Form der Beschwerdestelle. Informative Qualitätssicherungsprozesse erfolgen vorwiegend über die Universitäten (PiÖ 1997<sup>194</sup>)

Zusammenfassend kann man sagen, dass besonders jene Formen psychologischer Dienstleistungen, die im Zuge der durch gesellschaftliche Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte, sowie im Zusammenhang mit chronischer Krankheit entstanden sind und besondere Abhängigkeiten manifestieren, Kontrollmomente benötigen. Diese professionellen Dienstleistungen erfolgen mit einem großen Anteil an Eigenverantwortlichkeit und in der Gewißheit, alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung der Aufgabe errungen zu haben, die eigenverantwortliches Handeln rechtfertigen. Entsprechend der Klientenorientierung sollten sich psychologische Dienstleistungen an den Krisen und Leidenszustände der Individuen orientieren und eigene bedarfsrelevante Aspekte reflektieren. Insbesondere die aus der Angebotskultur der Psychologie resultierende Individualisierung sozialer Problemlagen und der dadurch entstehenden Überforderung individueller Problemlösungskompetenzen bedürfen professioneller Selbstkontrollmechanismen. Die berufliche Selbstkontrolle ist Voraussetzung für eine professionelle Klientenorientierung, die es ermöglicht, effizient agieren zu können. Praktisch stellt sich diese Selbstkontrolle der Psychologie in einem professionsübergreifenden Arbeitsfeld jedoch schwierig dar.

### **6.3 Gesetzlich abgesicherte „Terraingewinne“ der Psychologen**

Mit dem Beschluß des PG wurden die Voraussetzungen für die gesetzliche Anerkennung und den Schutz des Berufstitels geschaffen, womit erstmals in der österreichischen Rechtsgeschichte auf eine Gesetzesmaterie zurückgegriffen werden konnte, die genuin die Psychologie zum Inhalt hat

---

<sup>193</sup> Interview: BÖP, GkPP;

<sup>194</sup> Themenheft, PiÖ 1997: Qualitätssicherung in der psychologischen Diagnostik

und damit die Grundlage schuf, in einen versorgungsrelevanten Aushandlungsprozeß eintreten zu können.

Das PG stellt keine inhaltliche Beschreibung des psychologischen Aufgabenfeldes dar und kennt keinen Tätigkeitsschutz und damit keinen den Psychologen vorbehaltenen Anspruch auf ein abgegrenztes Tätigkeitsfeld. Es regelt die Berufszulassung, die in gewisser Weise auch eine Marktzulassung ist (Döhler 1997) und die rechtliche Grundlage für einen Aushandlungsprozeß zur Umsetzung und Ausübung psychologischer Leistungen darstellt, der sich im Wesentlichen im Spannungsfeld zwischen Sozialgesetzgebung und Berufsrecht abspielt. Dieser Aushandlungsprozeß stellt eine unmittelbare Reaktion auf den Beschluß des PG und der damit konstituierten legalen Autorität (Abbott 1988) der Psychologen dar und basiert auf gesellschaftlichen Bedingungen und Erfordernissen, wobei sich das PG als „ein brisantes macht- und finanzpolitisches Instrument“ (Schaeffer 1990, S. 35) erweist. Die diesem Aushandlungsprozeß zugrundeliegenden, versorgungsrechtlichen Gesetzesmaterien sind für das österreichische Gesundheitswesen im Wesentlichen das ASVG für die extramurale Versorgung im Gesundheitswesen und das BKAG und die Krankenanstaltengesetze der Länder für die intramurale Versorgung.

### **6.3.1 Auswirkungen des Psychologengesetzes auf die Novellierungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)**

Das ASVG beinhaltet ausschließlich versorgungsrelevante und sozialrechtliche Inhalte, die als „Reaktionen des politisch-administrativen Systems auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungserfordernisse und auf individuelle Krisen und Notlagen begriffen“ (Popp<sup>195</sup> 1996, S. 231) werden können. Dabei erfolgen die Leistungen der Sozialversicherungen nach dem „Prinzip des Risikoausgleichs für einen Schaden, dem eine Leistung nach Maßgabe der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen angemessen ist“ (Popp 1996, S. 231). Ziel ist in erster Linie die Reproduktion der individuellen bzw. kollektiven Arbeitskraft, womit der Bezieherkreis auf die Voraussetzung der (partiellen) Erwerbsfähigkeit eingegrenzt wird. Andererseits geht es um die „Sicherstellung der Massenloyalität“ (Popp 1996, S. 232).

Die Leistungen der Sozialversicherung orientieren sich trotz der in Kapitel 3.1 und 3.2 skizzierten veränderten Bedürfnislagen von Subjekten am individualisierenden und naturwissenschaftlich geprägten Krankheitsmodell. Damit stehen Leistungen der Sozialgesetzgebung im Vordergrund, die ausschließlich auf die Beseitigung krankheitswertiger

---

<sup>195</sup> Univ. Doz. Rainhard Popp lehrt am Institut für Erziehungswissenschaften a. d. Universität Salzburg und ist Direktor der Akademie des Bundes für Sozialarbeit in Salzburg.

Leidenszustände und die Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeitskraft, nicht jedoch auf die Wiederherstellung des subjektiven Wohlbefindens abzielen und von bedarfsorientierten Strukturen der medizinischen Profession geprägt sind. Zusätzlich fehlt die Akzeptanz psychischen Leidens und Unwohlbefindens in der mitteleuropäischen Kultur und seitens der Sozialversicherungsträger als Anspruchsvoraussetzung für sozialstaatliche Leistungen und für eine Arbeitsunfähigkeit (Haller 1990).<sup>196</sup>

Probleme bei der Implementierung psychologischer Leistungen in das ASVG bestehen trotz der Erosion des bio-medizinischen Denk- und Handlungsmodells und der daraus resultierenden Erosionserscheinungen der Medizin. Somit ergeben sich kaum Möglichkeiten, über die "Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster" (Schaeffer 1994, S. 111) einen Eingang in sozialrechtliche Materien zu finden und damit implizit eine gesellschaftliche Akzeptanz bestätigt zu erhalten.

Um nun auf Seiten der Berufsvertretungen in den Aushandlungsprozeß um eine Finanzierung der psychologischen Tätigkeiten eintreten zu können, bedarf es nach Ansicht von Schwartz (1978) einer Strukturierung der Anbieter-Abnehmer-Beziehung. Diese erfolgt in der Psychologie ähnlich dem medizinischen Handlungsmodell individuumszentriert durch eine Reduktion gesellschaftlicher Tatbestände auf "rein individuelle seelische Faktoren" (Pohl 1988, S. 604). Mit dieser Entledigung jeglichen Kontextbezugs (Keupp 1994) kann an jene dem ASVG zugrundeliegende individualisierte Anbieter-Abnehmer-Beziehung mit einem engen störungsorientierten Fokus entsprochen werden, die im von der medizinischen Logik dominierten ASVG eine gewisse Machtposition gewährleistet. Diese individuumszentrierte Beziehung gewinnt auch durch die gesellschaftliche Entwicklung zusätzlich an Dynamik, da sozialstaatliche Leistungen immer mehr hin zu Dienstleistungen (Badura und Gross 1976) verlagert werden, die gesundheitliche, psychische und soziale Problemlagen im Blickfeld haben und meist nur mit personenbezogenen Dienstleistungen in Form von Beratung, Behandlung, Betreuung und Pflege bewältigt werden können (Braun 1994).

Beruflich förderlich für die Situation der Psychologie wäre vorerst eine Konzentration auf ein ihr angestammtes und nicht in Abrede gestelltes Tätigkeitsfeld, das keine finanzielle Bedrohung für andere Professionen darstellen könnte, um den Aushandlungsprozeß um Tätigkeitsfelder nicht zu gefährden. Dies ist die Voraussetzung, um Strategien und Aktivitäten ihrer Selbstorganisation begründen und planen zu können (Dewe und Otto 1996) und ermöglicht es, in diesem Bereich "Macht und Kontrolle zu er- bzw. zu behalten" (Freidson 1994 zit. n. Forster 1997a, S. 182) und damit "einen exklusiven Zugang zu einer Klientel" (Forster 1997a, S. 182) zu erlangen.

Bezogen auf die österreichische Situation ist die Beteiligung der Psychologen an der gesundheitlichen Versorgung ein bis heute nicht gänzlich abschließend geregelter Gegenstand. In den Kapiteln 6.3.1 bis

---

<sup>196</sup> vgl. Vorwort zum Behinderteneinstellungsgesetz 1990 (BEinstG).

6.3.3 geht es um die vorerst gesetzlich abgesicherten „Terraingewinne“ der Psychologen und um jene Felder psychologischer Leistungen, die bisher einer gesetzlichen Regelung zugeführt wurden.

Dabei beschäftigen mich die Umsetzung, Inhalte, Forderungen und Argumentationslinien der hauptsächlichen Aushandlungsparteien.

In den Kapiteln „klinischpsychologische Diagnostik“ und „klinischpsychologische Behandlung“ möchte ich chronologisch so vorgehen, dass ich zuerst darstelle, was sich im ASVG geändert (oder getan) hat, wie es dazu gekommen ist und was dies über die Professionalisierung und den Status der Psychologen im Gesundheitswesen aussagt.

Dabei möchte ich im folgenden beantworten, in wie weit das PG die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie unterstützen konnte und welche Professionalisierungsmerkmale und -voraussetzungen im Kontext des Gesundheitswesens besonders berücksichtigt wurden. Weiters versuche ich zu skizzieren, welche Folgen die Professionalisierung der Psychologie für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat.

Beginnen möchte ich damit, auf die Entwicklungen der Verhandlungen zur Integration klinischpsychologischer und gesundheitspsychologischer Leistungen in das ASVG einzugehen, die von den Berufsvertretungen der Psychologen (insbesondere der BÖP) mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST) im Zuge der Beschlußfassung des PG 1991 begonnen wurden und bis heute andauern. Ausgangssituation der Verhandlungen war, dass vor Beschluß des PG psychologische Leistungen nicht mit den Krankenkassen verrechenbar waren und Psychologen ihren Beruf ohne gesetzliche Grundlage ausübten. Die Verhandlungen beschränkten sich im Wesentlichen auf die beiden oben dargestellten Akteure.

Im Juli 1991 wurde der Gesetzesentwurf der 50. ASVG-Novelle zur Begutachtung ausgesandt. Er hatte die Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung mit der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung zum Inhalt und brachte die Absicht des Gesetzgebers zum Ausdruck, „die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Psychologen durch einen Gesamtvertrag mit einer (...) freiwilligen beruflichen Interessensvertretung zu regeln.“<sup>197</sup> Aus Sicht des BÖP kam es infolge dieses Gesetzesentwurfs zu einer „geschmacklosen und diskriminierenden Kampagne der ÖAK und dem enttäuschenden Einlenken der Bundesregierung“ (Präsidiumsinformation des BÖP (PR-Info) 1, 1992), so dass vorerst nur die klinischpsychologische Diagnostik als psychologische Leistung in die 50. ASVG-Novelle<sup>198</sup> aufgenommen wurde.

<sup>197</sup> ASVG § 135 Abs. 2

<sup>198</sup> In die 50. ASVG-Novelle wurden unter anderem folgende Leistungen aufgenommen: Medizinische Rehabilitation, Gesundheitsförderung, medizinische Hauskrankenpflege und Leistungen von Psychotherapeuten und Ergotherapeuten.

### 6.3.1.1 Klinischpsychologische Diagnostik

Ab 1. Jänner 1992 war es auf Basis der 50. ASVG-Novelle möglich, diagnostische Leistungen an Klienten, die Störungen mit Krankheitswertigkeit im Sinne des ASVG besitzen,<sup>199</sup> <sup>200</sup> mit Sozialversicherungsträgern zu verrechnen. Dazu bedarf es einer Überweisung eines Arztes und/oder Psychotherapeuten an Psychologen. Diese müssen entweder freiberuflich niedergelassene Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Kinderheilkunde oder Vertragspsychotherapeuten sein.<sup>201</sup> Eine Zuweisung durch einen praktischen Arzt ist nicht vorgesehen.<sup>202</sup> Zuweisungen durch Nichtvertragsärzte bzw. Nichtvertragspsychotherapeuten können vom zuständigen Krankenversicherungsträger genehmigt werden. Durch dieses faktische Delegationsprinzip wurde der Kundenkreis für klinischpsychologische Diagnostik eingegrenzt. Der Kreis derjenigen Psychologen, die ihre klinischpsychologisch-diagnostischen Leistungen mit den Sozialversicherungsträgern abrechnen können, wurde ebenfalls durch eine Qualifikationsprüfung der Kassenvertragspartner eingegrenzt.

Gesetzliche Grundlage für die finanzielle Abgeltung klinischpsychologisch-diagnostischer Leistungen ist ein zwischen dem HVST und dem BÖP befristet abgeschlossener Gesamtvertrag für klinischpsychologische Diagnostik, der den zeitlichen Umfang der diagnostischen Leistungen für den Hauptverband, die Öffnungszeiten, die Zuweisungsprofessionen, das Honorar und die Formen von Nebenbeschäftigungen regelt. Ebenso wurden im Gesamtvertrag die Kriterien für jene Vereine definiert, die um einen Gesamtvertrag ansuchen können. Diese Kriterien sind weitgehend mit denen einer gesetzlichen Berufsvertretung ident und beziehen sich im einzelnen auf die Anbietung einer postgraduellen Aus-, Fort- und Weiterbildung für Klinische Psychologen, der Verpflichtung wissenschaftlich ethischer Standards der Forschung und Praxis, der Möglichkeit, gesamtösterreichisch repräsentativ zu sein und bundesweit psychologisch-diagnostische Leistungen anbieten zu können, laut Statuten eine Interessensvertretung für angestellte und freiberuflich tätige Psychologen zu sein und zumindest drei Jahre zu bestehen sowie unabhängig von Vertragspartnerschaften und alle Psychologen zu vertreten.

<sup>199</sup> Der Gesamtvertrag sieht in § 11 Abs. 7 vor, dass "die Zuweisung eine präzise Fragestellung und eine Verdachtsdiagnose (Wortlaut sowie ICD-9-Code) zu enthalten hat, aus der hervorgeht, dass das Vorliegen einer Krankheit im Sinne des Abs. 4 vermutet wird."

<sup>200</sup> Rundbrief der GkPP (RB) 25, 1991

<sup>201</sup> entsprechend dem zwischen HVST und BÖP abgeschlossenen Gesamtvertrag § 11 Abs. 7

<sup>202</sup> Diese kann jedoch nach Auskunft des HVST über den Umweg einer Kassenzuweisung erreicht werden.

Ausgangspunkt für die Gesamtvertragsverhandlungen zur klinischpsychologischen Diagnostik, die der BÖP als Vertreter der Psychologen anstrebte, war die Zuerkennung der Gesamtvertragsfähigkeit durch ein positives Gutachten des PB, das die Relevanz psychologischer Diagnostik für die Bedeutung der psychosozialen Versorgung unterstrich. 1992 wurde dem BÖP als damals einzige Landesorganisation die erforderliche Leistungsfähigkeit für die psychosoziale Versorgung<sup>203</sup> mittels eines Gutachtens vom PB bestätigt.<sup>204</sup> Die GkPP, die im Februar 1992 ebenfalls um die "Leistungsfähigkeit für die psychosoziale Versorgung"<sup>205</sup> angesucht hatte, wurde diese nicht zuerkannt.

Der BÖP begann 1991 Verhandlungen mit dem HVST bezüglich der finanziellen Abgeltung durch die Krankenkassen von klinischpsychologisch-diagnostischen Leistungen im Rahmen eines Gesamtvertrages. Eine der ersten Forderungen des BÖP zielte auf eine Ausweitung der Zuweisungsbestimmungen ab. Demnach sollten neben Ärzten und Psychotherapeuten auch Klinische Psychologen als Zuweiser ins ASVG aufgenommen werden. Der Gesamtvertrag hat zur Folge, dass Patienten aufgrund dieses Vertrages bei Inanspruchnahme klinischpsychologischer Diagnostik keinen Selbstbehalt zu tragen haben. Diese Verhandlungen erfolgten für den BÖP strategisch nachteilig, da der HVST bei Scheitern der Verhandlungen mit anderen Verbänden bzw. Einzelpersonen Verträge hätte abschließen können (PR-Info 2, 1993). In dieser beengten Situation versuchte der BÖP in einem nächsten Schritt, die Leistungen des Gesamtvertrages für das ASVG zu präzisieren. Diese beschränkten sich vorerst auf formale Aspekte der Durchführung klinischpsychologischer Diagnostik (Anamnese, Testdurchführung, Auswertung, Befundung) (PR-Info 2, 1993). In weiterer Folge kam es im Herbst 1992 mit dem HVST zu Gesprächen, in denen sich die Diskussion auf praktisch relevante Inhalte der Durchführung, insbesondere hinsichtlich Zuweisung- und Testungsmodalitäten sowie Befunderstellung und Weitergabe der Befunde sowie räumliche, maschinelle und personelle Ressourcen verlagerte (PR-Info 6-7, 1992).

Hinsichtlich des Umfangs klinischpsychologischer Diagnostik gab es anfangs erhebliche Divergenzen, die zwischen einer Wochenstundenleistung von 35 Stunden (HVST) und 20, max. 25 Stunden (BÖP) schwankten. Die Honorarfrage war bis Sommer 1992 noch weitgehend ungeklärt (PR-Info 1, 1993). Eine Überweisung war vorerst so geplant, dass diese entfallen konnte, wenn jemand selbst Psychotherapeut und Klinischer Psychologe in einer Person ist, was im nachhinein jedoch fallen gelassen wurde (PR-Info 1, 1992), da vom HVST einem Vertrag für klinischpsychologische Diagnostik gleichzeitig mit einem Vertrag für Psychotherapie nicht zugestimmt wurde.

Die Eingangsvoraussetzung von Klinischen Psychologen für einen Vertragsabschluß war an einen entsprechenden Praxisnachweis gebunden. Dieser wurde für jene Klinischen Psychologen, die einen

<sup>203</sup> i.S. § 349 Abs. 2 ASVG

<sup>204</sup> in der 7. Vollsitzung des PB am 27. 2.

<sup>205</sup> i.S. § 349 Abs. 2 ASVG

Einzelvertrag haben wollten, sehr kontroversiell diskutiert. Der HVST forderte zusätzlich zur Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen einen Praxisnachweis über eine bestimmte Anzahl von Befunden. Der BÖP hielt die Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen für ausreichend, da "damit die Qualifikation überprüft worden wäre" (PR-Info, 9, 1992). Im abgeschlossenen Gesamtvertrag wurde jedoch auf Drängen des HVST der Praxisnachweis für einen Vertragsabschluß meiner Ansicht nach relativ hoch angesetzt. Demnach benötigen jene Klinischen Psychologen, die mit dem HVST im Rahmen des Gesamtvertrages einen Vertrag abschließen wollen, nach Erwerb der Berufsausübungsbefugnis als Klinische Psychologen eine mindestens zweijährige klinischpsychologische Tätigkeit im Bereich der klinischpsychologischen Diagnostik in einer einschlägigen Einrichtung.<sup>206</sup> <sup>207</sup> Weiters müssen die Antragsteller 100 (anonym) eigendiagnostizierte Fälle nachweisen. Kann eine mindestens zweijährige Tätigkeit in einer einschlägigen Einrichtung nicht nachgewiesen werden, erhöht sich für jedes nicht volle viertel Jahr die Zahl der (anonym) eigendiagnostizierten Fälle alliquot um 50.

Der Gesamtvertrag sah vor, dass bis Ende September 1993 der BÖP 100 Klinische Psychologen flächendeckend für ganz Österreich zum Einzelvertragsabschluß vorschlagen mußte. Erst dann konnte der Gesamtvertrag offiziell wirksam werden. Ausgegangen ist man davon, dass, wenn man keine 100 Personen mit Einzelvertragsabschluß finden konnte, es zu keinem Gesamtvertragsabschluß kommen könnte und somit die Regelung des Kostenersatzes von öS 240,- inkl. 20% MwSt. für ein Gesamtgutachten aufrecht bleiben würde.

1994 erfolgten relativ wenig Abschlüsse von Einzelverträgen im Rahmen des Gesamtvertrages für klinischpsychologische Diagnostik, womit eine flächendeckende psychosoziale Versorgung nicht erreicht werden konnte. Derzeit<sup>208</sup> gibt es an die 58 Vertragspsychologen, bei denen man klinischpsychologische Befunde einholen kann. Nach Ansicht des HVST sind jedoch 60 Vertragspsychologen für Österreich ein Riesenerfolg, da das finanzielle Risiko der Vertragspsychologen infolge der Abhängigkeit von Zuweisern sehr groß ist.

Seit 1. Jänner 1995 gibt es Wahlpsychologen, die dieselbe Qualifikation wie Vertragspsychologen haben müssen. Die Bezahlung erfolgt analog den Wahlärzten, d.h. der Versicherte muß das Honorar selbst bezahlen und bekommt den anteiligen Betrag von den Krankenkassen zurückerstattet. Im Gegensatz zu den Vertragspsychologen darf sich ein Wahlpsychologe, der Klinischer Psychologe und Psychotherapeut in einer Person ist, Klienten selbst zuweisen.

---

<sup>206</sup> Der Terminus "facheinschlägige Einrichtung" wird seit 1991 unterschiedlich interpretiert.

<sup>207</sup> die auch berechtigt ist, die Ausbildung zum Klinischen Psychologen durchzuführen

<sup>208</sup> März 1998

### 6.3.1.1.1 Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung

Die klinischpsychologische Diagnostik stellt professionspolitisch ein schlagkräftiges Instrument dar, da klinischpsychologisch-diagnostische Leistungen eine zunehmend elaborierte und sowohl inhaltlich als auch zeitlich relativ klar abgrenzbare Technologie darstellen, die klar der Berufsgruppe der Psychologen zugeordnet werden kann und letztendlich nur von der privilegierten Berufsgruppe der Ärzte, insbesondere der Psychiater, untergraben wird (Graupe 1995). Damit war für ein berufliches Monopol kein langer Aushandlungsprozeß über Inhalt, Ziel und Vorgehensweise der klinischpsychologischen Diagnostik notwendig. Auch durch ihren individualisierenden und technologischen Charakter, der vom vorwiegend testpsychologisches Vorgehen<sup>209</sup> geprägt ist (Boerner 1985; Grubitzsch und Rexillius 1978), konnte sie mühelos an bestehende Versorgungsstrukturen anknüpfen, zumal ihr in Form der Diagnoseblätter ein Produkt bzw. Ergebnis beruflichen Handelns vorliegt.

Mit ihrer segmentierenden Arbeitsweise weist sie entsprechend dem naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell eine hohe Ähnlichkeit und disziplinäre Nähe zum medizinischen Versorgungsmodell auf. Dies kommt auch dem Trend der technokratischen Hochleistungsmedizin entgegen, die eher diagnostische Leistungen forciert. Die Diagnostik ermöglicht in diesem Zusammenhang eine eigene Technologie, die abseits der Medizin existieren kann und in keine direkte Abhängigkeit zur Medizin treten oder diese unterstützen muß. Damit bieten sich ideale Anknüpfungspunkte zu der individualisierenden Ausrichtung der Leistungen im ASVG und der dieses System dominierenden Berufsgruppe der Ärzte. Die Diagnostik hat sich damit gleichsam zum Motor gemacht, die den Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Institution vorantreibt und die ob ihres technologischen Gehalts jenen Vorstellungen einer spezialisierten und leistungsfähigen Disziplin Rechnung trägt, wie sie sich Individuen gemeinhin von Experten erwarten. Dies wurde auch möglich, da es ihr außerdem in einer verbindlichen Weise gelungen ist, die Kluft zwischen einer wissenschaftlichen und anwendungsorientierten Psychologie gering zu halten (vgl. Kapitel 3.1 und 6.1), da in der universitären Ausbildung die klinischpsychologische Diagnostik ausführlich gelehrt wird.<sup>210</sup>

Klinischpsychologische Diagnostik hat sich als Dienstleistung vor allem über Erosionstendenzen der Medizin etabliert und ein neues Angebot im Bereich des Gesundheitswesens geschaffen, das vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Strukturveränderungen und veränderter Problemlagen entstanden ist. Die Medizin benötigt infolge der Komplexität gewachsener und entwachsender Lebenszusammenhänge, Änderungen im

<sup>209</sup> vgl. qualitative Interviewformen der klinischpsychologische Diagnostik, wie standardisierte Anamneseerhebungen im onkologischen Bereich (Frischenschlager 1997).

<sup>210</sup> zumindest in Wien, Graz und Innsbruck

Krankheitspanorama und dem "Anstieg psychischer und psychosomatischer Leiden" (Schaeffer 1994, S. 109) neue Formen der diagnostischen Erhebung, denen durch die professionalisierte (naturwissenschaftliche) Medizin nicht mehr entsprochen werden kann. Es sind dabei nicht Bestrebungen auf Seiten der Individuen, bestimmte Phänomene diagnostisch genauer abklären zu lassen, sondern es entspricht vielmehr den Erfordernissen und der Logik des medizinischen Versorgungssystems, noch bestehende diagnostische Ressourcen auszuschöpfen.

Das Aufklaffen von Lücken bei medizinischen Handlungsfeldern ermöglicht es der Psychologie, ein auf Eigenverantwortlichkeit abzielendes spezifisches und hochqualifiziertes Leistungsangebot zu entwickeln, was zu einer zunehmenden Psychologisierung (i.S. von inhaltlichem Auffüllen krankheitsbedingter Zustände mit psychologischen Erklärungsmustern) medizinischer Leistungen beiträgt. Das ermöglicht es auch, das Selbst und seine Identität in den Mittelpunkt des medizinischen Interesses zu rücken und infolge bestehender gesellschaftlicher Individualisierungstendenzen („der Tanz um das goldene Ich“, Beck 1986) eine zusätzliche gesellschaftliche Akzeptanz zu erhalten.

Die klinischpsychologische Diagnostik deklariert sich dabei nicht explizit als kritische Komponente in der sozial- und gesundheitspolitischen Gestaltung gesellschaftlichen Lebens oder als „Entwurf eines humaneren Lebens“ (Schaeffer 1990, S. 21), der eine Sensibilisierung in Fragen der psychosozialen Versorgung am Herzen liegt. Dennoch werden an sie hoffnungsvolle Zuschreibungen und Erwartungen herangetragen, die sich von ihr eine allgemeine Konkurrenz zur Medizin (Eser et al. 1989) erwarten.

Letztendlich bietet sich die Diagnostik an, Bedürfnisse soziotechnokratisch in bedarfsadäquate Strukturen zu formatieren und trägt so auch zu einer Enteignung der Bedürfnisidentität und zu einer Entindividualisierung der Probleme bei. Durch die Aufbereitung in der Diagnostik braucht das medizinische System weniger hohe Anpassungsleistungen an versorgungspolitische Erfordernisse zu erbringen und kann die Klienten auf wenige relevante Faktoren reduzieren, was zur Entmystifizierung psychosozialer Aspekte und Leistungen beiträgt. Die von der klinischpsychologischen Diagnostik konstituierte Professionellen - Klienten Beziehung erhöht die Kompatibilität zum medizinischen System, indem Bedürfnisse in expertokratische Strukturen formatiert und statisch auf ein Problem im Patienten fixiert werden (Schoene 1992). Gleichzeitig enthebt sie die Individuen mit einer klaren Problemdefinition aus dem Kosmos ihrer Identitätsdefinitionen und unterstützt sie in ihren Bestrebungen nach Sicherheit, Kontrolle, Übersicht und Sinn (Berger 1990), womit gleichsam mit dem Wegfall des Problems auch die Störung „verschwindet“.

Der vorwiegend störungsorientierten Ausrichtung der klinischpsychologischen Diagnostik liegen kaum jene von Haisch und Zeitler (1991) skizzierten Momente einer Salutodiagnostik zugrunde, die auf Ressourcen seitens der Individuen abzielen. Ihrer Logik entsprechend

wird komplexen Problemlösungen<sup>211</sup> wenig Bedeutung beigemessen. Dies provoziert eine asymmetrische (i.S. von einseitiger Kommunikation) Beziehung zwischen den „gestörten Klienten“ und den diagnostisch tätigen Psychologen, die sich in diesem Prozeß jegliche Aktivitäten vorbehalten und bestimmen, wie diagnostische Ergebnisse für Klienten in sozial verbindlicher Weise zu interpretieren sind.

Im Zuge der Beschlußfassung des PG war es möglich, mit dem HVST über die Aufnahme psychologischer Dienstleistungen ins ASVG zu verhandeln. Die Aufnahme der Diagnostik ermöglichte es der Psychologie, ihr Leistungsangebot in der Sozialgesetzgebung absichern zu lassen und dadurch ökonomische und soziale Statusinteressen auszuweiten sowie einen „exklusiven Zugang zu einer Klientel“ (Forster 1997a, S. 182) zu erlangen. Durch die Gleichstellung der psychologischen Diagnostik mit der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung waren die formalen Voraussetzungen dafür gegeben, in diesen Aushandlungsprozeß entsprechende inhaltliche Forderungen zu monieren.

Die Psychologie begegnete diesen Verhandlungen mit einer relativ klaren Definition ihres Kompetenzbereiches. Diesen Entwicklungen trug der Gesetzgeber vorerst mit einem begrenzt abgeschlossenen Gesamtvertrag Rechnung, der jedoch eine Vielzahl an Regelungen, etwa über die Formen der Berufsausübung und der Vertragspartner enthielt, die wiederum die professionelle Autonomie, Selbstkontrolle und Eigenverantwortlichkeit einschränkten. Im Zuge dieser Verhandlungen emanzipierte sich der PB als beratendes Organ der Bundesministerin für Gesundheit und mutierte gleichsam zur Interessenvertretung der Psychologen, die die Relevanz psychologischer Diagnostik für die Bedeutung der psychosozialen Versorgung unterstrich.

Trotz dieser grundsätzlich günstigen Voraussetzungen und Bemühungen des PB konnte sich die Psychologie nicht abschließend emanzipieren. Diagnostische Leistungen mußten auf die von der medizinischen Profession diagnostizierten Störungen mit Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG beschränkt bleiben bzw. sind von der Zuweisung der Ärzte und Psychotherapeuten abhängig. Damit wurden die Leistungen der klinischpsychologisch-diagnostisch tätigen Psychologen ausschließlich und unmittelbar an Fremdprofessionen gebunden, da eine Selbstzuweisung nicht möglich war. Von den Berufsvertretern der Psychologen wurde von einem Delegationsprinzip gesprochen, durch das die Zusammenarbeit zwischen Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzten durch den Auf- statt dem Abbau von Hierarchien erschwert wird. Andere Berufsvertreter kritisierten, dass die klinischpsychologische Diagnostik damit zum Tätigkeitsprofil der Klinischen Psychologen werden würde (PR-Info 3, 1993), da die vom HVST vorerst vorgeschlagene Wochenstundenleistung mit 35 Stunden zu einer ausschließlich diagnostischen Tätigkeit geführt hätte. Ebenso wurde die Verrechnung mit Sozialversicherungsträgern von professionsexternen Instanzen abhängig gemacht bzw. durch das

<sup>211</sup> entsprechend dem linear-kausalen Modellen der naturwissenschaftlichen Medizin im Vergleich zur systemischen-zirkulären Ansätzen der psychosomatischen Medizin (vgl. Bräutigam et al. 1992)

faktische Delegationsprinzip der Kundenkreis für klinischpsychologische Diagnostik eingegrenzt. Damit kam es zu einer impliziten Festlegung des für die Psychologie relevanten naturwissenschaftlichen Behandlungsmodells von Krankheit, das deren Handlungsspielraum eingrenzt und jene in Kapitel 3.1 und 3.2 skizzierten psychosozialen Bedürfnisse vernachlässigt.

Die Qualifikationsprüfung für Leistungen im Rahmen der Kassenvertragspartner behielt sich wegen der Haftungsfrage der HVST vor. Die selbständige freiberufliche Tätigkeit als Idealform professionellen Handelns wurde von der Beurteilung einer externen Einrichtung abhängig gemacht und die Qualifikation bzw. die Eingangsvoraussetzung für einen Vertragsabschluß an einen entsprechenden Praxisnachweis gebunden, wobei durch diese Regelung wiederum nur jene Psychologen erreicht wurden, die durch ihre bisherige berufliche Tätigkeit schon in den Bereich der klinischpsychologischen Diagnostik eingebunden waren. Damit erfolgte eine soziale Schließung durch den HVST und durch die Berufsvertretung, die jüngeren Kollegen den Marktzugang wegen des fehlenden Qualifikationsnachweis verwehrten, den ältere Kollegen jedoch oftmals im Zuge der Übergangsregelungen erhielten.<sup>212</sup> Damit kommt es zu einem immer größer werdenden Abdriften der jüngeren Psychologen vom Arbeitsmarkt, die um die Schließungsmechanismen überwinden zu können, etliche zeit- und finanzaufwendige Qualifikationsnachweise erbringen.

Abschließend meine ich, dass durch die Aufnahme der klinischpsychologischen Diagnostik in das ASVG relativ günstige Rahmenbedingungen für die Professionalisierung der Psychologie geschaffen wurden.

### **6.3.1.2 Klinischpsychologische Behandlung**

Bis heute wurde die klinischpsychologische Behandlung nicht in das ASVG aufgenommen. Demnach ist es jedermann erlaubt, klinischpsychologische Behandlung durchzuführen, die jedoch nicht mit einem Sozialversicherungsträger finanziell verrechnet werden kann.

Im Zuge der Beschlußfassung des PG wurden 1991 mit dem HVST auch Verhandlungen über die Einbindung der klinischpsychologischen Behandlung in das ASVG begonnen. Ursprünglich wollte der HVST die klinischpsychologische Behandlung in den Leistungskatalog des ASVG aufnehmen und Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Psychologen durch einen Gesamtvertrag regeln. Infolge einer diskriminierenden Kampagne der ÖAK und dem für den BÖP enttäuschenden Einlenken der

---

<sup>212</sup> vgl. Übergangsregelungen im Kapitel Qualitätssicherung

Bundesregierung scheiterten diese Bestrebungen, womit es zu keiner Aufnahme der psychologischen Behandlung in das ASVG kam (PR-Info).

Der PB reagierte darauf mit einem Positionspapier, das die klinischpsychologische Behandlung als einen eigenständigen umfassenden Behandlungszugang wertete,<sup>213</sup> der alternativ zu anderen Interventionen zum Tragen kommt und der sich im Rahmen der Krankenbehandlung auf den Krankheitsbegriff i.S. des ASVG<sup>214</sup> bezieht. Er kritisierte in diesem Papier die Nichtaufnahme klinischpsychologischer Behandlung auf einer versorgungs- (Ungleichstellung der Patienten<sup>215</sup>, nicht erfolgte Optimierung der psychosozialen Versorgung und Anhebung auf ein internationales Niveau<sup>216</sup>, nicht erfolgte Kostenoptimierung<sup>217</sup>) und einer berufspolitischen (Ungleichstellung von Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen mit Ärzten<sup>218</sup>) Ebene. Nach Ansicht des BÖP bestünde für Patienten die Gefahr, dass durch die sozialversicherungsrechtlich nicht finanzierte klinischpsychologische Behandlung eine unadäquate und insuffiziente Behandlung auf Krankenschein zu erhalten, die nicht der Indikation entspricht.<sup>219</sup> Dieser Argumentationslinie schloß sich in abgeschwächter Form die GkPP (GkPP - RB 25, 1991) mit dem Hinweis an, "dass nicht für alle Beschwerden

<sup>213</sup> Als Indikationen für klinischpsychologische Behandlung durch Klinische Psychologen im Rahmen der Krankenbehandlung (i.S. des § 135 Abs. 1 ASVG) gelten nach Ansicht des PB organisch bedingte psychische Störungen, psychische Folgeerkrankungen des Zentralen Nervensystems, sonstige organisch bedingte zerebrale Störungen und psychische Folgeerkrankungen nach Suchtgift- und Medikamentenabhängigkeit und Alkoholerkrankungen sowie Begleitbehandlungen bei psychosomatischen Erkrankungen.

<sup>214</sup> ASVG §§ 120 Abs. 1 Z 1 sowie 133 Abs. 2.

<sup>215</sup> Zum einen wurden jene Patienten, die eine klinischpsychologische Behandlung bräuchten gegenüber jenen, die psychotherapeutischen Behandlung benötigen, massiv finanziell benachteiligt, da seitens des ASVG keine Deckung der Behandlungskosten vorgesehen ist. Zum anderen wurde der im PG geschaffene Auftrag, psychische Störungen und Leidenszustände zu diagnostizieren und zu behandeln, negiert. Der PB wies weiters darauf hin, dass ein Abschieben der Verantwortung und der Kosten für klinischpsychologische Behandlungen im ambulanten Bereich an die Spitalerhalter und im freiberuflichen Bereich auf kranke Privatpersonen aus gesundheitspolitischer Sicht nicht akzeptiert werden dürfe, da die Diskriminierung derjenigen Kranken, die klinischpsychologische Behandlung benötigten, damit weiter aufrecht bleiben würde (Resolution des PB in der 6. Vollsitzung vom 23. 10. 1991).

<sup>216</sup> Durch die Streichung der klinischpsychologischen Behandlung aus der 50. ASVG-Novelle wurden die wesentlichen Ziele des PG, die psychosoziale Versorgung zu optimieren und auf ein internationales Niveau zu heben, nicht erreicht

<sup>217</sup> Zur Kostenfrage geht der PB davon aus, dass die Aufnahme klinischpsychologischer Behandlung in die 50. ASVG-Novelle eine Kostenverschiebung, jedoch keine Kostenvermehrung nach sich ziehen würde. Durch die gemeindenahere Versorgung würde eher eine Kostenminderung gewährleistet sein (Protokolle des PB).

<sup>218</sup> Weiters würde die im § 135. ASVG geforderte Gleichstellung der Klinischen Psychologen und der Gesundheitspsychologen mit der ärztlichen Hilfe und der daraus folgenden Finanzierung der Behandlungen durch die Sozialversicherungen nicht nachgekommen.

<sup>219</sup> Versorgungsdefizite würden auf den Gebieten der neuropsychologischen Rehabilitation, der Kindertherapien (für hyperaktive Kinder und Kinder mit Teilleistungsstörungen) und des geriatrischen Bereiches entstehen, die "nur durch Klinische Psychologen abgedeckt werden"(Interview BÖP).

Psychotherapie als Behandlung zielführend ist und als Alternative sich klinischpsychologische Behandlung empfiehlt“ (S. 12).

Egger (1992) kritisierte demgegenüber die Aufnahme psychotherapeutischer Leistungen in die 50. ASVG-Novelle, die er als Bestandteil klinisch-psychologischer Behandlung einschätzt, indem er „alle basalen Konzepte der Psychotherapie, allerdings in einer schulübergreifenden theoretischen und praktischen Konfiguration“ (Herausgeberbrief in Psychologie in Österreich (PiÖ) 5, 1992) der Klinischen Psychologie zuschreibt.

Als wesentlicher Interessensgruppe stand die ÖAK, nach eigenen Angaben (1997), einer Regelung des psychologischen Berufes positiv gegenüber.<sup>220</sup> Sie bestärkt die Bemühungen der psychologischen Berufsverbände, eine Einbindung der klinischpsychologischen Behandlung inhaltlich zu argumentieren, in dem sie der klinischpsychologischen Behandlung gute Behandlungsprogramme attestiert.<sup>221</sup>

Infolge der Nichtaufnahme der klinischpsychologischen Behandlung in die 50. ASVG-Novelle forcierte der BÖP die Öffentlichkeitsarbeit und begann sich für die Verhandlungen zur 51. ASVG-Novelle mit der Absicht vorzubereiten, zusätzlich zur Aufnahme der klinischpsychologischen Behandlung auch einen freien Zugang zu Klinischen Psychologen zu ermöglichen (PR-Info 1, 1993). Der Hauptverband reagierte mit einer Absichtserklärung, die klinischpsychologische Behandlung ab 1994 zugleich mit der Aufnahme der Rehabilitation und mit dem Argument des kostensparenden Effekts psychologischer Tätigkeit im Gesundheitswesen in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufnehmen zu wollen (PR-Info 1, 1993).

Trotz dieser Bemühungen wurde die klinischpsychologische Behandlung 1994 wiederum nicht in das ASVG aufgenommen. Gründe für die Nichteinbindung klinischpsychologischer Behandlung in die jeweiligen ASVG-Novellen kristallisierten sich mehrere heraus.

Der BÖP ging davon aus, dass die Relevanz klinischpsychologischer Behandlung für die Bedeutung der psychosozialen Versorgung vom Hauptverband angezweifelt wurde (PR-Info 1, 1993). Die GkPP machte die fehlende klare gesetzliche Definition der klinischpsychologischen Behandlung und die Festschreibung der Ausbildung im Gesetz sowie die schlechte Abgrenzung zwischen Psychologie und Psychotherapie dafür verantwortlich (RB 25, 1991). Die Abgrenzungsfrage zur Medizin, zur Lebens- und Sozialberatung und zur Psychotherapie ist nach Ansicht des BMAGS der zentrale Aspekt für eine Aufnahme, die vom PB mit der Begründung abgelehnt wurde, dass „eine vergleichbare Abgrenzungserfordernis unsachlich sei“ (Graupe<sup>222</sup> 1995, S. 5).

---

<sup>220</sup> Interview: ÖAK

<sup>221</sup> z.B. kognitives Training nach Hirnverletzungen.

<sup>222</sup> Dr. Sepp Rainer Graupe, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut in Wien, war Gründungsmitglied des KfAP und unterrichtete bis 1996 an der Universität Wien zur Thematik Berufsbilder der Psychologen.

Katzensteiner<sup>223</sup> (1992) sah die Ursache für das Scheitern der Verhandlungen darin, dass "in der Hitze des Gefechtes bei den Diskussionen unglücklicherweise die Wertfrage ins Spiel gekommen ist" (S. 23). Problem war bei den Verhandlungen bis 1992 die Frage, wer in Anbetracht der zu behandelnden Störungen mit welchen theoretischen und praktischen Kenntnissen besser "gerüstet" sei. Katzensteiner "wertete" damals die Klinische Psychologie mit ihrem Fokus auf eine "profunde theoretische und praktische Kenntnis der Störungsbilder" (S. 23) höher als die "subtile und differenzierte Art der Intervention, wie sie in der Psychotherapieausbildung vermittelt wird" (S. 23).

Der HVST sieht die größte Schwierigkeit hinsichtlich der Aufnahme der klinischpsychologischen Behandlung ins ASVG in der Ähnlichkeit der Materien der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie. Es ist nach Ansicht des HVST schwierig, die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen zu trennen. Diese verzahnten Materien auseinanderzuhalten wird zusätzlich dadurch erschwert, als der Gesetzgeber psychologische Verfahren als Psychotherapie definierte bzw. im Gegenzug nicht klar gemacht hat, was klinischpsychologische Behandlung ist. Seiner Ansicht nach besteht eine weitere Schwierigkeit darin, die Krankenbehandlung von der Rehabilitation, bei der ein Defekt besteht, der nicht mehr besser wird, abzugrenzen.<sup>224</sup>

Es bedürfte demnach einer eindeutigen gesetzlichen Definition der klinischpsychologischen Behandlung, insbesondere in Abgrenzung zur Psychotherapie. Ein Leistungskatalog als qualitative Darstellung ist diesbezüglich zuwenig.<sup>225</sup> Ein Berufsgruppenvertreter dazu eine andere Ansicht. Für die Aufnahme der klinischpsychologischen Behandlung ins ASVG erachtet er keine Novellierung des PG als notwendig, sondern er hält einen klaren Leistungskatalog für nötig, der eine gesellschaftliche Klarheit schafft und anwendungsorientiert sein sollte.<sup>226</sup>

Nach Ansicht des HVST bedürfe es einer zusätzlichen qualitätssichernden Maßnahme der Ausbildung in den facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen, in denen klinische Erfahrung vermittelt wird.<sup>227</sup>

Durch die genaue gesetzliche Definition der Ausbildung könnte sich der HVST das Qualifikationsverfahren für Kassenpsychologen ersparen. Klinische Psychologen, die durch die Übergangsbestimmungen in die Liste eingetragen wurden, müßten den Ausbildungsnachweis separat erbringen. Bezüglich der Leistungsinhalte legt der HVST vorwiegend Augenmerk auf Leistungen, die sich mit krankheitswertigen Störungen (nach dem ICD 9) beschäftigen.<sup>228</sup> Psychosoziale Störungen, akute Belastungsreaktionen oder exogene Depression wären als krankheitswertige Störungen unter das ICD 9 subsummierbar. Präventive psychologische Leistungen, etwa

<sup>223</sup> Dr. Michael Katzensteiner, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut ist Leiter der Studentenberatungsstelle der Universität Linz und war bis 1994 Mitglied im PB.

<sup>224</sup> Interview: ÖÄK

<sup>225</sup> Interview: HVST

<sup>226</sup> Interview: ARGE PsychologenInnen im ÖGB

<sup>227</sup> Da der HVST bei Abschluß eines Vertrages mit dem HVST dieser für die Qualität einer Leistung verantwortlich und haftbar ist, stellen diese drei "Einkaufskriterien einen Mindestmaß dar.

<sup>228</sup> Es kann jedoch auch ein Leidensdruck bestehen, aus dem sich ein Krankheitswertigkeit ableiten läßt.

Interventionen bei Krisen, werden nicht verrechnet. Gesundheitsfördernde Leistungen, die in Form von Projekten durchgeführt werden, können derzeit nur schwierig verrechnet werden.

Die Verhandlungen bezüglich der Einbindung klinischpsychologischer Behandlung in das ASVG blieben erfolglos. Etwa zeitgleich initiierte der BÖP Anstrengungen, um einen Gesamtvertrag für die der klinischpsychologischen Behandlung ähnliche Psychotherapie zu erhalten. Im folgenden möchte ich diesen Entstehungsprozeß nachzeichnen und etwaige Parallelen zu und Konsequenzen für die Verhandlungen der klinischpsychologischen Behandlung skizzieren.

Durch das Fehlen eines Gesamtvertrages ist die Möglichkeit eines freien Zugangs zum Klinischen Psychologen nicht gegeben, was bedeutet, dass durch die 50. ASVG-Novelle Klinische Psychologen in freier Praxis, ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung im Bereich der Behandlung der Konkurrenz der Psychotherapie unterliegen, und damit existentiell schlechter gestellt sind (Wurzer 1991). Dem Argument eines freien Marktes von Behandlungsanbietern, auf dem der Konsument, wie auch im PG vorgesehen (1991), sich für ein Angebot entscheiden kann, wurde durch unterschiedliche finanzielle Regelungen nicht Rechnung getragen.

Vor dem 1. Jänner 1992 und damit vor der 50. ASVG-Novelle konnte Psychotherapie nur bei Vertragsfachärzten, in Krankenhausambulanzen und in Kassenambulatorien auf Kassenkosten in Anspruch genommen werden. Im Zuge der 50. ASVG-Novelle kam es zur Aufnahme psychotherapeutischer Leistungen in den Leistungskatalog der Krankenkassen. Psychotherapeutische Hilfe nach dem PthG wurde ärztlicher Hilfe gleichgestellt. Die Krankenkassen waren damit ab dem 1. Jänner 1992 verpflichtet, die Leistung "psychotherapeutische Krankenbehandlung" an jene freiberuflich tätigen Psychotherapeuten zu bezahlen, mit denen der HVST Einzelverträge abgeschlossen hatte. Demnach konnten auch die von nichtärztlichen Psychotherapeuten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen ohne ärztliche Zuweisung von den Krankenkassen bis zu einer Höhe von öS 360,- verrechnet werden. Dies stellt eine der ärztlichen gleichrangige Leistung dar und folgt daher nicht dem Delegationsprinzip. Nach der ersten Sitzung ist eine verpflichtende ärztliche Kontrolle der Klienten vorgesehen. Am 1. Jänner 1995 hat der HVST eine neue Regelung für die Gewährung des Kostenzuschusses eingeführt. Für psychotherapeutische Leistungen bis zu zehn Behandlungen ist keine Bewilligung durch eine Krankenkasse erforderlich. Erfordert die Behandlung mehr als zehn Sitzungen, ist für eine Kostenrückvergütung eine Bewilligung durch eine Krankenkasse erforderlich.

Um psychotherapeutischen Leistungen von den Krankenkassen finanziell vollständig rückvergütet zu bekommen, bedürfte es nach § 349 Abs. 2 ASVG eines Gesamtvertrages, der zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den beruflichen Interessensvertretungen der freiberuflich tätigen Psychotherapeuten abgeschlossen werden müßte. Als

freiwillige Interessensvertretung der Psychotherapeuten agiert der ÖBVP, der österreichweit 2.748<sup>229</sup> Einzelpsychotherapeuten vertritt und der vom Psychotherapiebeirat im BMAGS den dafür nötigen Bescheid ausgestellt bekommen hat, diese Verhandlungen durchzuführen. Der BÖP als Interessenvertretung der Psychologen begann 1995 ebenso Verhandlungen für einen Gesamtvertrag für "Psychotherapeutische Leistungen"<sup>230</sup> mit dem HVST.

Anders als bei den klinischpsychologischen-diagnostischen Leistungen stemmte sich die ÖAK schon im Zuge der Aufnahme psychotherapeutischen Leistungen in die 50. ASVG Novelle mit einer Kampagne gegen deren Aufnahme in das ASVG.<sup>231</sup> Das diese Kampagne tragende Argument der ÖAK war nach deren Ansicht die Gefahr, dass organische Gründe als Ursache für psychische Störungen nicht rechtzeitig diagnostiziert werden könnten.<sup>232</sup> Die ÖAK forderte eine ärztliche Konsultation i. S. des Delegationsprinzips vor Inanspruchnahme einer Psychotherapie, in der entschieden werden sollte, ob im Sinne des ASVG eine krankheitswertige Störung vorliegt, und ob für diesen Fall für Psychotherapie eine finanzielle Rückvergütung der Kassen geltend gemacht werden kann. Obwohl das PthG nichts an der berufsrechtlichen Kompetenz der Ärzte geändert hat, ein Arzt kann demnach Psychotherapie anbieten, versuchte die ÖAK den vom HVST aufgestellten Mindeststandards für die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen zu entsprechen und entschied sich als Minimalqualifikation für die Modulausbildung für psychotherapeutische Medizin, die die ÖAK für ihre Kammermitglieder seit 1990 anbietet. Es kam auch zur Anerkennung des "Diploms für psychotherapeutische Medizin"<sup>233</sup> durch den OGH als zusätzliche Erbringer psychotherapeutische Leistungen und infolge zu einer Aufspaltung der finanziellen Rückvergütung psychotherapeutischer Leistungen. Nichtärztliche Psychotherapeuten haben Anspruch auf eine Kostenrückvergütung. Ärzte für psychotherapeutische Medizin, die nicht in die Psychotherapeutenliste eingetragen sind, können ihre psychotherapeutischen Leistungen nach "alten" Positionen im ASVG abrechnen und erhalten dafür von den Krankenkassen einen wesentlich höheren Betrag rückvergütet.

---

<sup>229</sup> Stand am 19. 2. 1998

<sup>230</sup> Im folgenden meine ich immer psychotherapeutische Hilfe von Personen, die in der Psychotherapeutenliste eingetragen sind. (Anm.: Das PthG regelt die Berufsumschreibung, nicht jedoch die Tätigkeit. Daher kann nach einem OGH-Beschluß auch von Ärzten "psychotherapeutische Hilfe" erbracht werden. Ärzte haben dafür eine "eigene Abrechnungsposition", über die sie psychotherapeutische Leistungen abrechnen können.)

<sup>231</sup> mit Slogans wie "Politiker spielen mit ihrem Leben". Zeitungsannonce der Wiener Ärzte (im Dienste ihrer Gesundheit)

<sup>232</sup> "Dies kann für den Patienten tödlich enden": Dr. Michael Neumann war Präsident der ÖAK.

<sup>233</sup> Für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist die Ausbildung zum Arzt für Psychotherapeutische Medizin das Ausbildungsmindestanfordernis für eine finanzielle Rückvergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Der BÖP, der sich bis 1995 weitgehend aus dieser Diskussion herhaushielt, suchte 1995 um die Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie an und ließ sein Ansuchen vom PB mit folgender Stellungnahme unterstützen. Demnach wäre der BÖP imstande, eine psychosoziale Leitungsfähigkeit zu erbringen, nachdem 50% der Mitglieder des BÖP in der Liste der Psychotherapeuten eingetragen und 50% der in der Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Psychotherapeuten Psychologen sind. Weiters wird über den Umfang der universitären und postgraduellen Ausbildung sowie über die Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von krankheitswertigen Störungen argumentiert. Alle wesentlichen psychotherapeutischen Schulen werden durch Psychologen, die Psychotherapie ausüben, vertreten und die psychotherapeutische Forschung, die überwiegend von Psychologen betrieben wird, als wesentliche Qualifikation für eine psychosoziale Leistungsfähigkeit ins Treffen geführt.

Der BÖP hätte jedoch für die Verhandlungen über die Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie einen Auftrag vom Psychotherapiebeirat gebraucht, den er nicht bekommen hat. Dies wurde damit begründet, dass der BÖP keine Interessensvertretung der Psychotherapeuten, sondern eine Interessensvertretung der Psychologen sei. Auch wenn es eine Sektion Psychotherapie im BÖP gibt, wird der BÖP noch immer nicht zur Interessensvertretung der Psychotherapeuten.<sup>234</sup> Demnach hat der ÖBVP die alleinige Vertretungsbefugnis für Gesamtvertragsverhandlungen gegenüber dem HVST. Bis Sommer 1999 war ein Rechtsstreit auf Ebene des Verwaltungsgerichtshofes zwischen dem ÖBVP und dem BÖP anhängig, wer die Verhandlungen mit dem HVST hinsichtlich einer Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie führen darf.

#### **6.3.1.2.1 Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung**

Im Zuge der formalen Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung mit der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung<sup>235</sup> kam es zu einer expliziten Aufwertung der Klinischen Psychologie im Gesundheitswesen. Damit reagierte der Gesetzgeber auf die veränderten Bedürfnislagen von Individuen im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin. Trotz dieser Akzeptanz kam es bisher zu keiner Aufnahme der klinischpsychologischen Behandlung in den Leistungskatalog des ASVG.

Welche Auswirkungen dies auf die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie hat, ob das PG als Mittel geeignet erscheint und welche Schwerpunkte von Merkmalen und Voraussetzungen der

---

<sup>234</sup> Interview: HVST

<sup>235</sup> § 135 ASVG

Professionalisierung sich herauskristallisiert haben sowie die Folgen, die die Professionalisierung der Psychologie für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat, möchte ich im folgenden darstellen.

Die klinischpsychologische Behandlung stellt einen integrierten Ansatz in der Behandlung von Menschen dar<sup>236</sup> (Grawe 1998), der sich infolge von durch die herkömmliche Medizin nicht abgedeckten Bedürfnisfeldern und der Kritik an tradierten medizinischen Behandlungsansätzen entwickelte.<sup>237</sup> Sie besitzt im medizinischen Bereich ein spezifisches Leistungsangebot („eigenständig umfassender Behandlungszugang“ (Egger 1992)), das nach Ansicht von Berufsgruppenvertretern in den letzten Jahren eine zunehmende versorgungspolitische Relevanz erreichen konnte und vorwiegend von technologisch orientierten Ansätzen dominiert wird. Hierzu zähle ich etwa die Verhaltenstherapie, die von Proponenten der Psychologie als behavioristisch psychologische Ansätze deklariert werden.

Diese Entwicklung und inhaltliche Spezifizierung ihres Behandlungszugangs bestärkte auch die ÖAK in ihrer Position, die sich bemühte, die Klinische Psychologie auf Trainingsprogramme in der Krankenbehandlung und Rehabilitation zu beschränken und von jenen der Klinischen Psychologie zugrundeliegenden Störungskonzepten<sup>238</sup> wegzuweisen, die auf eine Beschäftigung mit psychiatrischen Krankheitsbildern und Stabilisierung der Persönlichkeitsstruktur abzielen könnten, wie es die ÖAK der Psychotherapie attestiert. Mit dieser Skizze reduzierte sie die klinischpsychologische Behandlung auf ein ausgesprochen kleines Aufgabenfeld, das im Falle des angeführten Beispiels klar von der Medizin, in diesem Falle der Neurologie dominiert wird.

Meiner Ansicht nach gelingt es also wie oben dargestellt der Klinischen Psychologie nur bedingt, die Gesellschaft vom Wert ihres Behandlungszugangs zu überzeugen, da sie sich ob ihres technologischen Charakters nur bedingt von Ideen und Wertvorstellungen leiten läßt, die einen „Entwurf eines humaneren Lebens“ (Schaeffer 1990, S. 21) zu vertreten vorgeben und die für jene in Kapitel 3.1 und 3.2 skizzierten Bedürfnislagen der Individuen nur bedingt Relevanz besitzen.

Dennoch stellt der technokratische Zugang der klinischpsychologischen Behandlung einige Möglichkeiten für eine gelingende Professionalisierung dar. Es kommt für sie in diesem Bereich infolge der klaren Struktur und Konzeption zu keiner Einschränkung der funktionellen Autonomie und Eigenverantwortlichkeit und damit zu ihrer weitgehenden gesellschaftlichen Akzeptanz. Weiters besteht ob des technokratischen Charakters die Möglichkeit einer guten Strukturierung der Anbieter-Abnehmer Beziehung.

In Abgrenzung zu diesem technokratischen Zugang orientieren sich jedoch auch die Professionalisierungsbestrebungen der Klinischen Psychologie

<sup>236</sup> vgl. entsprechende Stellungnahmen im Berufsbildausschuß des PB

<sup>237</sup> analog zur Kritik am bio-medizinischen Ansatz

<sup>238</sup> vgl. Lehrbücher der Klinischen Psychologie: Reinecker (1994), Baumann und Perrez (1992), Davidson und Neale (1997).

an jenen Phänomenen, die infolge gesellschaftlicher Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte entstanden sind. Diese Form der klinischpsychologischen Behandlung besitzt eine inhaltliche Nähe zu nontechnokratischen Formen der Psychotherapie. Es sind dies weiche Formen psychologischer Tätigkeit, in denen im Zuge einer langen Ausbildung Routinen entwickelt werden, die zu jenen "psychologischen" Handwerkszeugen führen, die „letztendlich auf Haltungen und Fähigkeiten beruhen, über die prinzipiell jeder Mensch verfügt“ (Keupp 1986, S. 116) und in ihrer konkreten beruflichen Praxis nicht immer als professionsrelevantes Wissen vermittelt werden können. Es handelt sich hier in erster Linie um beratende und strukturierende Tätigkeiten mit einem professionsübergreifenden Charakter (Grawe 1998), die sich mit Identitätsarbeit (Gildemeister und Robert 1987, Schaeffer 1990), „Bewältigung von Ungewißheit“ (Olk 1986, S. 149f) oder „Herstellung eines geglückerteren Alltags“ (Thirsch 1995) umschreiben lassen. Diese Form klinischpsychologischer Behandlung entwickelte sich als eine Disziplin, die sich arbeitsteilig aus verschiedenen Erfordernissen beruflicher Praxis herauskristallisiert hat, und der der stattfindende Umbau sozialstaatlicher Netze (Popp 1996) mit vorwiegend personenbezogenen Dienstleistungen (Klicpera 1993; Schaeffer 1990) zur entsprechenden Adaption und Schaffung von Rahmenbedingungen und strukturellen Voraussetzungen für psychologische Dienstleistungen entgegenkam. Sie knüpft in dieser Konzeption in erster Linie an Mustern zwischenmenschlicher Beziehungen an, die sich an der Privatbeziehung orientieren, und die auf die Überbeanspruchung der Subjekte im Zuge des Modernisierungsprozesses eingehen (Schaeffer 1990). Diese Formen professioneller Beziehungen erscheinen von Subjekten mit eigenen Mitteln nicht rekrutierbar und/oder können längerfristig nicht verfügbar gehalten werden. Diese Orientierung an den Bedürfnissen von Subjekten eröffnet der Psychologie gute Professionalisierungschancen.

Hier lassen sich also zwei Formen der klinischpsychologischen Behandlung skizzieren, die sich analog mit jenem im Kapitel 3.1 beschriebenen "Auseinanderfallen von theoretischen Grundlagen und disziplinären Paradigmen einerseits und ausdifferenzierten therapeutischen Praktiken andererseits" (Kardorff und Koenen 1981, S. 240) erklären lassen.

Für die Professionalisierung der Klinischen Psychologie heißt dies, dass sie sich entweder nach einem technokratischen Muster etabliert und entsprechende Verwendungskontexte und Professionalisierungsmuster entwirft, wie ich sie im Kapitel 6.3.1.1.1 dargestellt habe, oder dass jene zuletzt beschriebene Form eigene Problemlösungsmuster entwickelt, die zu einer nontechnokratischen Arbeitsweise führen. Diese Form der Psychologie eröffnet andere Professionalisierungswege und ermöglicht es ihr, aufgrund ihrer mangelhaften Ausdifferenzierung, „größere Anpassungsleistungen zu erbringen“ (Keupp, Strauss und Gmür 1989, S. 160), mit denen sie auf die veränderten Bedürfnislagen von Individuen relativ rasch angebotadäquat zu reagieren imstande ist. Dieses Konzept stellt jedoch nicht mehr jenes Wissen zur Verfügung, das festzulegen erlaubt "wie Handlungsprobleme kognitiv in sozial verbindlicher Weise zu

bearbeiten sind" (Dewe und Otto 1984, S. 786), sondern erfordert in dieser Form die Mitarbeit der Klienten in hohem Maße, woraus eine besondere Beziehung zum Klienten resultiert (vgl. Kapitel 3.4).

Für diese Form der klinischpsychologischen Behandlung professionalisierungsbehindernd ist, dass sie sich an der Privatbeziehung als heimlichem Ideal orientiert und damit ein auf Frauen zugeschnittenes Berufsfeld schafft, das sich vornehmlich an weiblichen Qualifikationen mit einer großen Ähnlichkeit zur Familienarbeit orientiert (Beck-Gernsheim 1981). Mit dieser Leistungsorientierung kann jedoch jener versorgungspolitische Verwendungskontext schwieriger hergestellt werden, der sich an Kriterien realer Hilfsbedürftigkeiten orientiert (ÖBIG 1997<sup>239</sup>) und eine neue inhaltliche und bedürfnisgerechtere Gestaltung von Versorgungsleistungen konzipiert.

Abseits dieser Entwicklungen und Schwerpunktsetzungen zeigt sich dennoch, dass der klinischpsychologischen Behandlung einiges Entwicklungspotential innewohnt, dass durch die zukünftig vermehrte Ausrichtung der Krankenkassen hin zu gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Leistungen entsprochen werden könnte.

Damit müßte der Kompetenzbereich der Psychologie diesen veränderten Entwicklungen angepaßt werden. Derzeit hat es jedoch den Anschein, dass der BÖP als dominierende Berufsvertretung mit der Betonung der Krankheitswertigkeit der klinischpsychologischen Behandlung<sup>240</sup> kaum auf die Erosion des bio-medizinischen Denkmodells und das dadurch entstandene Aufklaffen von Lücken bei beruflichen Handlungsfeldern zu reagieren versucht. Es scheint, als zielten die Bestrebungen der Berufsverbände der Psychologen, die klinischpsychologische Behandlung in das ASVG einzubinden, darauf ab, im Bereich der psychosozialen Versorgung ein Gegengewicht zur medizinischen Profession zu etablieren, ohne einen grundsätzlichen Paradigmenwandel zu initiieren.

Die Probleme bei der Implementierung der klinischpsychologischen Behandlung in das ASVG resultieren in erster Linie daraus, dass in der klinischpsychologischen Behandlung Probleme auf jene Teile reduziert werden, die willkürlich zum Zuständigkeitsbereich einer Profession gemacht wurden. Um jegliche Unsicherheiten zu beheben, kam es zur willkürlichen Definition klinischpsychologischer Behandlung, die sich in der Realität allerdings als wertlos herausstellt (Scambor 1997).

Weiters lassen sich die impliziten und expliziten Standards von Kompetenz der klinischpsychologischen Behandlung im Prozeß sozialen Aushandelns nicht einfach am Produkt oder Ergebnis psychologischen Handelns festmachen (Gildemeister und Robert 1987), womit die Definition des Kompetenzbereiches der Klinischen Psychologie nicht abschließend gelingen kann. Zusätzlich wird die versorgungspolitische Relevanz bzw. Adäquatheit klinischpsychologischer Behandlung infrage gestellt, zumal

<sup>239</sup> diese Studie gilt für psychotherapeutische Angebote, kann jedoch auch exemplarisch für die Situation der Klinischen Psychologie herangezogen werden

<sup>240</sup> vgl. hierzu differenzierte Stellungnahmen, u.a. von Baumann (1990, 1992). Er attestiert klinischpsychologischen Intervention sehr viel primärpräventives Potential (zB Interventionen bei Konflikten etc.)

sie durch ihre "breiten Behandlungs- und Anwendungsmethoden und durch die Schwierigkeit der Meßbarkeit der Resultate" (Abbott 1988, S. 46) relativ schwer einem Handlungsmodell zuzuordnen ist.

Aus diesen Defiziten leitet sich auch die fehlende gesetzliche Definition von klinischpsychologischer Behandlung und Festschreibung der Ausbildung im Gesetz ab, die vor allem der HVST forderte, um sich damit qualitätssichernde Maßnahmen (insbesondere in facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen) und das Qualifikationsverfahren für Kassenpsychologen zu ersparen. Für eine gesetzliche Regelung bedürfte es auch eines Leistungskatalogs, der in qualitativer Darstellung erfolgen müßte und mit dem einerseits sowohl eine Leistungstransparenz als auch andererseits eine inhaltliche Abgrenzung zu anderen Disziplinen möglich sein sollte, die insbesondere durch Personalunionen von Psychotherapeuten und Psychologen in beruflichen Handlungsfeldern schwer erbringbar erscheint.

Da die klinischpsychologische Behandlung bisher nicht in das ASVG aufgenommen wurde, reagierte der BÖP zum einen mit Öffentlichkeitsarbeit, um eine Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit zu propagieren, die die Öffentlichkeit positiv beeinflussen soll. Zum anderen versuchte er mit dem Ansuchen um Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie sich in einem angestammten Feld einer Profession unter „expliziter Vereinnahmung aller basalen Konzepte der Psychotherapie, allerdings in einer schulübergreifenden, theoretischen und praktischen Konfiguration“ (PiÖ, Herausgeberbrief) zu professionalisieren. Abseits der gesellschaftlichen Akzeptanz psychotherapeutischer Leistungen wäre der BÖP zahlenmäßig imstande, eine psychosoziale Leitungsfähigkeit zu erbringen, nachdem 50% der Mitglieder des BÖP in die Liste der Psychotherapeuten eingetragen und 50% der in der Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Psychotherapeuten Psychologen sind. Diese Dominanz von Psychologen im Psychotherapiesektor drängt die Frage auf, ob es eine eigene Konzeption angewandter Psychotherapie überhaupt gibt, da alle wesentlichen psychotherapeutischen Schulen durch psychotherapeutisch tätige Psychologen vertreten werden und die Forschung als wesentliche Qualifikation für eine psychosoziale Leistungsfähigkeit vorwiegend von Psychologen erbracht wird (Baumann 1989/1991).

Abschließend gehe ich davon aus, dass durch die Nichtaufnahme der klinischpsychologischen Behandlung in das ASVG die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie erheblich beeinträchtigt werden.

### **6.3.1.3 Zusammenfassende Gedanken zur Professionalisierung der Psychologie im Rahmen des ASVG**

Der Prozeß der Professionalisierung und die berufliche Praxis von Gesundheitsberufen wird von den Institutionen der Sozialversicherung durch institutionalisierte Vorgaben direkt und indirekt beeinflusst (Riedmüller 1981; Abbott 1988). Direkt, indem psychologische Tätigkeit von rechtlichen und institutionellen Normen der Sozialversicherung reglementiert wird, d.h. dass Diagnose und Therapie den versicherungsrechtlichen Kriterien einer Falldefinition als Voraussetzung einer Leistungsgewährung entsprechen müssen. Indirekt, indem das Arbeitsfeld von den bestehenden Organisationsprinzipien und Finanzierungsmodi der Sozialversicherung begrenzt wird. Dadurch wird, was als Krankheit zu gelten hat und was als Leistung anerkannt wird, wie lange eine Leistung zuerkannt und nach welchen Kriterien Erfolg gemessen wird, und welchen Freiraum die Sozialversicherung dem professionell Tätigen in seiner beruflichen Ausübung läßt, wesentlich durch Institutionen der Sozialversicherung und deren Vorgaben mitbestimmt (Riedmüller 1981).

Andererseits sind auch die Institutionen der Sozialversicherung von gesellschaftlichen Bedingungen und Entwicklungsprozessen geprägt. Popp (1996) skizzierte ansatzweise, dass sich die Handlungslogik der ASVG-Leistungen an der individuellen Logik der Psychotherapie und der Klinischen Psychologie orientiert, was es wiederum den Psy-Berufen ermöglicht, ein dichteres Netz von Hilfe („Selbstreflexion und (Selbst)Kontrolle“ (Popp 1996, S. 243)) und vorwiegend am einzelnen Individuum ansetzende „kompensatorische“ Leistungen zu schaffen.

Dabei beeinflusst der Krankheitsbegriff die Professionalisierungsmöglichkeiten der Psychologie wesentlich. Entsprechend der Logik von Popp käme es bei einer Ausdehnung des Kundenstocks durch soziale Randgruppen hin zur Durchschnittsbevölkerung als Klientenkreis (Gildemeister und Robert 1987) auch zu einer Erweiterung des Leistungsangebotes des ASVG. Derzeit werden die Leistungen des ASVG jedoch von einem Krankheitsbegriff dominiert (§ 20), der eine Krankheit als „regelwidrigen Körper- und Geisteszustand“ skizziert, „der eine Krankenbehandlung notwendig macht“. Damit zielt eine Krankenbehandlung auf die „Wiederherstellung und Besserung der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen“ (§ 133 ASVG) ab.

Damit bleiben die ASVG-Leistungen auf jenen Leidenszustand beschränkt, auf den mit herkömmlichen medizinischen Maßnahmen durch die Krankenbehandlung positiv Einfluß genommen werden kann, womit es auch der Medizin zu beantworten vorbehalten bleibt, was "krank" und was "gesund" ist und wie man die jeweilige Krankheit heilen kann. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass andere Professionen, etwa Psychotherapeuten, im Sozialversicherungssystem in Anlehnung an dessen medizinische Kategorisierung ebenfalls mit der Differenz „gesund“ und „krank“ operieren. Da der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff im ASVG die psychische und soziale Dimension, wie sie in der Krankheitsdefinition der WHO Berücksichtigung gefunden hat, jedoch nicht

beinhaltet, ermöglicht dies zum einen die Transformierung des Einzelnen zum (medizinischen) Fall im System der Sozialversicherung, womit psychischen und sozialen Faktoren als Ursache und Mitgrund für eine Krankheitsentstehung nicht Rechnung getragen werden kann. Andererseits bleiben dadurch primär-präventive und individuumsübergreifende Aufgaben der Psychologie aus den Leistungen der Sozialversicherung weitgehend ausgegrenzt (Riedmüller 1981).

Der von der Krankheitsdefinition wesentlich beeinflusste Aushandlungsprozeß ermöglicht eine sozialrechtliche Marktschließung zugunsten der Ärzteschaft. Dieser Marktschließungsmechanismus hat sich jedoch schon vollzogen, bevor die Psychologen mit Hilfe des PG eine professionelle Konsolidierung erzielen konnten (Döhler 1997). Daher besitzt die österreichische Sozialgesetzgebung einen geringeren Marktöffnungseffekt. Die Koalition zwischen Kassen und Ärzten besitzt mit dem HVST ein traditionsreiches Instrument, mit dem andere Berufsgruppen aus dem ASVG ausgeschlossen werden können und das vom Interesse geprägt ist, sich an Einzelleistungsvergütungen zu orientieren, die eine klare knappe Definition von Leistungen zulassen (Döhler 1997) und die leichter zu kontrollieren sind. Damit bleiben auch entsprechende Dienstleistungen, die aus den Änderungen im Krankheitspanorama und durch veränderte Bedürfnislagen von Individuen in unserer Gesundheitsversorgung (vgl. Kapitel 3.1 und 3.2) entstehen und die erhebliche Kosten nach sich ziehen vorwiegend an die ärztliche Versorgung gebunden, da sie infolge der professionsinternen Arbeitsteilung auf das ärztliche Versorgungssystem begrenzt bleiben, wodurch eine einfachere Kontrolle möglich zu sein scheint. Damit unterstützt das ASVG auch vorwiegend kurativ-medizinische Leistungen und ermöglicht kaum auf psychosoziale, sozialtherapeutische, pflegerische und public-health Initiativen abzielende Angebote, womit auch die Beschäftigungschancen für nichtärztliche Berufsgruppen in diesem Bereich, die ohne ärztliche Anweisung durchgeführt werden könnten, behindert werden. Damit geht auch der Gedanke der Gemeindemedizin, der die psychologische Mitbedingtheit von Krankheit aufgriff, verloren.

Zusammenfassend läßt sich sagen, dass die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie durch die teilweise Aufnahme klinischpsychologischer Leistungen ins ASVG nur bedingt forciert werden konnten.

### **6.3.2 Auswirkungen des Psychologengesetzes auf die Novellierungen des Bundeskrankenanstaltengesetzes**

In diesem Kapitel möchte ich mich mit den Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie und den gesetzlich abgesicherten Terraingewinn der Psychologen im Krankenanstaltenbereich beschäftigen. Dabei gehe ich ebenso wie im vorherigen Kapitel chronologisch vor und stelle jeweils die Entwicklung bis

zum Status quo dar. Weiters werde ich noch kurz auf die Krankenanstaltengesetze der Länder verweisen. Herausarbeiten möchte ich, wie diese Entwicklung für die Professionalisierung der Psychologen in Krankenanstalten einzuschätzen ist und welche Folgen die Professionalisierung der Psychologie in Krankenanstalten für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten hat.

Krankenhäuser entsprechen als Versorgungseinrichtungen psychosozialen Bedürfnislagen von Patienten nicht ideal und tragen oft zu einer Verschärfung bestehender Leidenszustände bei. Dem in der heutigen Medizin bedeutsamen rehabilitativen Gedanken, der zu wesentlichen Teilen die psychosozialen Aspekte der Krankheitsverarbeitung berücksichtigen sollte, kann in Krankenhäusern nur in geringem Ausmaß Rechnung getragen werden. Diesen Erfordernissen nach vermehrt psychosozialen Leistungen entsprechend erfolgten ab 1991 politische Bestrebungen durch Berufsvertreter, psychologische Leistungen in das Bundeskrankenanstaltengesetz<sup>241</sup> (BKAG) zu implementieren, die durch den Beschluß des PG 1991 ermöglicht wurden. Psychologische Leistungen wurden jedoch erst im Zuge der BKAG-Novellierung von 1993 ins BKAG aufgenommen. Dabei wurden die Träger von Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung verpflichtet, die im BKAG festgeschriebenen Forderungen gemäß dem Anstaltszweck und des Leistungsangebotes einzuhalten, wobei der Krankenanstaltenträger den Wunsch des Pflégelings hinsichtlich einer psychologischen Unterstützung gewährleisten können muß. Zu diesen im BKAG festgeschriebenen Patientenrechten<sup>242</sup> korrespondieren die im PG festgeschriebenen Berufspflichten der Klinischen- und Gesundheitspsychologen<sup>243</sup> (Kierein et al. 1990).

### 6.3.2.1 Entwicklung der Novelle des Bundeskrankenanstaltengesetzes

1991 wurde von den Berufsinteressenvertretungen der Psychologen<sup>244</sup> und Psychotherapeuten<sup>245</sup> die Aufnahme eines psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes in das BKAG vorgeschlagen. Als Leistungen wurden psychologische Betreuung und Supervision und erforderlichenfalls eine psychotherapeutische Behandlung für Patienten und

---

<sup>241</sup> BGBl. 801/1993

<sup>242</sup> BKAG § 5 a.

<sup>243</sup> PG §§ 13, 14, 15

<sup>244</sup> federführend der BÖP. Weiters mit Unterstützung der ARGE Psychologen und Psychotherapeuten im ÖGB (Dr. Heiner Bartuska) aber auch durch Vertreter der Konsumenten gesundheitlicher Dienst(Leistungen) (AK).

<sup>245</sup> federführend der ÖBVP und die ARGE Psychologen und Psychotherapeuten im ÖGB (Dr. Heiner Bartuska) als auch Vertreter der Konsumenten gesundheitlicher Dienst(Leistungen) (AK).

Krankenanstaltenpersonal vorgesehen, die von entsprechend qualifizierten Personen<sup>246</sup> erfüllt werden sollten. Die Anzahl der Psychologen/Psychotherapeuten wurde mit einer Person pro Krankenanstalt festgelegt, sollte sich jedoch unter Bedachtnahme Größe, Anstaltenszweck, Leistungsangebot und allfälliger Schwerpunkte der Krankenanstalt erhöhen. Der Bereich der Supervision sollte ausschließlich den Psychologen vorbehalten sein.

1992 wurden vom BÖP die Leistungen des psychologischen Dienstes sehr umfangreich beschrieben. Demnach sollten alle Patienten einer Krankenanstalt und ihre Angehörigen<sup>247</sup> einen psychologischen Dienst in Anspruch nehmen können, wobei je eine Organisationseinheit für klinischpsychologische Diagnostik sowie für klinischpsychologische Behandlung und Beratung zur Verfügung stehen sollte, der von einer ausreichenden Zahl von Psychologen betreut wird. Gesundheitspsychologische Leistungen sollten durch einen Gesundheitspsychologen sichergestellt werden.

Die Leitung dieser Abteilungen hätte durch eine in die Liste der Klinischen Psychologen eingetragene Person erfolgen sollen. Im Rahmen einer klinischpsychologischen Abteilung hätten anstaltsspezifische Schwerpunkte gesetzt werden können, wobei die Aufgaben in klinischpsychologischer Diagnostik, klinischpsychologischer Behandlung und Beratung sowie der Fort- und Weiterbildung gemäß dem PG als auch, in der Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen bestanden hätten. Analog zu den Agenden der Klinischen Psychologen wurde zusätzlich die Installierung eines psychotherapeutischen Dienstes vorgeschlagen.

Die Supervision wäre Klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten, die nicht in den Betrieb der Krankenanstalt eingebunden sind, und die eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie supervisorische Weiterbildung besitzen, vorbehalten gewesen.

Zum Entwurf der BKAG-Novellierung 1992 veröffentlichte der PB<sup>248</sup> für das allgemeine Begutachtungsverfahren folgende Resolution: Als Bedenken wurden damals geäußert, dass aus dem Gesetzestext nicht eindeutig hervorgeht, dass in jeder Krankenanstalt ein psychologischer Dienst einzurichten ist, was sich im späteren Gesetzestext durch eine Verpflichtungserklärung für die Träger der bettenführenden Krankenanstalten niederschlug. Als wichtig angesehen wurde weiters, dass für den psychologischen Dienst klinischpsychologische Diagnostik und Behandlung in einer Organisationseinheit vorgesehen werden sollten, was auch die Bereitstellung entsprechender Räumlichkeiten impliziert. Dementsprechend sollte je nach Aufgabenstellung der Krankenanstalten zumindest eine klinischpsychologische Abteilung geschaffen werden. Die klinischpsychologische Diagnostik wurde als Ergänzung zur ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnostik vorgesehen. Weiters wurde die

<sup>246</sup> nach dem PG und PthG

<sup>247</sup> in Anstaltspflege aufgenommen oder in ambulanten Untersuchung und Behandlung übernommene Personen

<sup>248</sup> 23. April 1992

gesetzliche Verankerung eines Gesundheitspsychologen als ständigen Konsiliarpsychologen empfohlen. Die Berücksichtigung gesundheitspsychologischer Leistungen stellte nach Ansicht des PB eine neue zukunftsweisende Strategie dar, um gesundheitsfördernde Maßnahmen in Krankenanstalten gezielter wie bisher umzusetzen. Mit dieser Berücksichtigung gesundheitspsychologischer Leistungen wurde gleichzeitig auch den Forderungen der WHO sowie den Intentionen der 50. ASVG-Novelle Rechnung getragen.

1993 wurde im Entwurf des BKAG der „Psychologische Dienst“<sup>249</sup> sehr ausführlich skizziert. Demnach wäre eine psychologische Betreuung für alle infrage kommenden Personen durch einen psychologischen Dienst sicherzustellen gewesen, der einer entsprechenden Organisationseinheit bedurft hätte, wobei Psychologen nach dem PG in ausreichender Zahl vorgeschlagen wurden und nicht explizit von Klinischen Psychologen gesprochen wurde. Gesundheitspsychologen sollten als ständige Konsiliarpsychologen erreichbar sein. Die Leitung des psychologischen Dienstes sollte ein Klinischer Psychologe übernehmen. Der psychologische Dienst sollte für Patienten und Personal jederzeit erreichbar sein. Parallel dazu wurde ein psychotherapeutischer Dienst geregelt. Die Supervision sollte nur von Klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen oder Psychotherapeuten mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung durchgeführt werden dürfen, die jedoch nicht ins Krankenhaus eingebunden sein durften.

Der BÖP ging in seiner Stellungnahme zum Entwurf des BKAG auf die vermehrte Berücksichtigung der Termini Psychologie und psychologische Leistungen/Aufgaben/Dienste zuzüglich ärztlicher Leistungen/Aufgaben/Dienste ein. Als wesentlichen Punkt forderte er die Bereitstellung der entsprechenden Räumlichkeiten für die ursprünglich vorgesehene Errichtung eines psychologischen Dienstes, wobei er der Größe der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten, jedenfalls aber mindestens eine Organisationseinheit für klinischpsychologische Diagnostik sowie für klinischpsychologische Behandlung forderte. Weiters sollte eine festgelegte Fachausbildung i.S. des § 6 PG in einem angemessenen Ausmaß gewährleistet werden können. Der Vorschlag, den Begriff „Psychologische Betreuung“ durch „Psychologische Versorgung durch Personen, welche nach dem PG dafür qualifiziert sind“ zu ersetzen, wurde nicht erfüllt.

Wie ernst die moralische Komponente der Psychologie wiegt, wurde in einigen Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurf ersichtlich, die explizit eine Aufstockung der Ethikkommissionen mit Psychologen forderten, um in den Ethikgremien der Krankenanstalten eine Parität zur medizinischen Profession zu erreichen.

---

<sup>249</sup> BKAG § 11b. (1) - (6)

Die gegenüber dem Begutachtungsentwurf wesentliche Straffung der Bestimmungen über die psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung trägt dem Einwand des Bundeskanzleramtverfassungsdienstes Rechnung, dass die zunächst vorgeschlagene Fassung von 1992 wegen Überdeterminiertheit verfassungswidrig gewesen wäre. Hier ging es insbesondere um eine Quantifizierung der Dienstpostenpläne bzw. einer Operationalisierung des Begriffes „ausreichend“. Insbesondere die Finanz- und Gesundheitsreferenten der Länder, die auf die finanziellen Mehrbelastungen im Zuge einer Einführung einer ausreichenden psychologischen Versorgung hinwiesen, votierten gegen die Installierung eigener Dienste für Psychologen. Sie wollten diesbezügliche Entscheidungen im Einzelfall treffen.

In der beschlossenen Fassung<sup>250</sup> des BKAG stand letztendlich, dass „die Landesgesetzgebung sicherzustellen hat, dass in den aufgrund des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes in Betracht kommenden Krankenanstalten eine ausreichende klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie angeboten werden sollte“.<sup>251</sup>

#### **6.3.2.1.1 Resümee und zusammenfassende Einschätzung für die Bedeutung der Professionalisierung**

Aus den mir vorliegenden vorgeschlagenen Gesetzestexten der Berufsvertretungen zu den BKAG-Novellen von 1991 bis 1993 und den Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurf 1993 läßt sich sehr eindrucksvoll die sukzessive Reduktion des inhaltlichen Regelungsumfanges hinsichtlich psychologischer Tätigkeiten nachvollziehen. Begründet wurde dies zum Teil damit, dass die Psychologen ab 1991 „nicht mehr so präsent“ waren, sich zuwenig mit psychologischer Arbeit in Krankenanstalten beschäftigten und die ÖAK sich sehr massiv gegen die Psy-paragraphen gestemmt hatte.<sup>252</sup>

Den für die Professionalisierung wichtigen „Nachbereitungsprozeß“ und die inhaltliche Füllung erreichter Zugeständnisse durch den Gesetzgeber verabsäumten damit die Psychologen, zumal dieser Aushandlungsprozeß in weiterer Folge federführend von Psychotherapeuten geführt wurde, wobei hier die spannungsgeladene Abgrenzungsdebatte zu den Ärzten die inhaltliche Thematik vielfach überlagerte.

Den Psychotherapeuten ist es damit abseits der legislativen Anerkennung gelungen, eine ausreichende Akzeptanz auf öffentlicher und sozialer Ebene zu erreichen, die von Vertretern in öffentlichen Einrichtungen mit Wohlwollen protegiert wurde, zumal viele Vertreter der Psychologen

<sup>250</sup> BGBl. 801/1993 vom 26.11.1993

<sup>251</sup> BKAG 1993 § 11 b.

<sup>252</sup> Interview: BÖP

infolge ihrer doppelten Identitäten als Psychotherapeuten und Psychologen den Psychotherapeuten zugerechnet wurden.

Die Stellungnahmen und Erläuterungen zum Entwurf von 1993 bezogen sich vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten psychosozialen Bedürfnisse und Besonderheiten der Krankenhausversorgung vorwiegend auf den sozialsystemischen Kontext von Krankheitsgenese und -verlauf. Mit der Aufnahme psychologischer Leistungen in das BKAG versprach man sich eine vermehrte Berücksichtigung der systemischen Sichtweise von Krankheit, zumal mit der Aufnahme der Gesundheitspsychologen in das BKAG im Krankenanstaltenbereich ein gänzlich neues Leistungsangebot eröffnet wurde, das eine Abkehr von einer pathologisierenden Sichtweise darstellt und als systemintegrierende Profession vielfältigen Bedürfnissen des Gesundheitswesens Rechnung tragen könnte.

Damit stellt das Krankenhaus grundsätzlich ein ideales Gebiet für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie dar, das infolge der Erosionstendenzen der Medizin in diesem Bereich die Implementierung neuer Handlungsfelder erlaubt, die ein Eindringen in die Arbeitsfelder der Medizin ermöglichen und durch die Befriedigung veränderter Bedürfnislagen mit einer bereitwilligen Akzeptanz der Patienten rechnen könnte. Damit kann die Psychologie abseits der Medizin Verwendungskontexte entwerfen, die ein hohes Maß an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit gewährleisten.

Letztendlich wurden mit der Aufnahme psychologischer Leistungen in das BKAG eher strukturelle und grundsätzliche Rahmenbedingungen geschaffen, diese in Krankenanstalten zu integrieren. Inhaltlich wurden diese psychologischen Tätigkeiten mit den Begriffen Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Supervision umrissen. Eine exekutierbare Komponente wurde ausschließlich über die Patientenrechte gewährleistet, wonach der Krankenanstaltenträger sicherzustellen hat, dass auf Wunsch der Pfleglinge einer psychologischen Versorgung nachzukommen sei.

Damit unterstützt die in der BKAG-Novelle von 1993 getroffene Regelung den Professionalisierungsprozeß der Psychologie nur ansatzweise, da die für die Entwicklung und Umsetzung eines hochspezifischen Leistungsangebotes erforderlichen Rahmenbedingungen im BKAG nicht ausreichend verbindlich definiert wurden.

Mit der im Entwurf von 1992 beabsichtigten Ausweitung des Anspruchskreises psychologischer Dienstleistungen auf Patienten einer Krankenanstalt und ihre Angehörigen<sup>253</sup> wollte man dem systemischen Erfordernis von Krankenbehandlung Rechnung tragen, Krankheit nicht nur als funktionelle Störung im Patienten zu sehen, sondern darüber hinaus auch den psychischen Dimensionen der Krankenbehandlung und dem Problemsystem im sozialen Umfeld des Patienten Bedeutung beizumessen. Damit hätte es zu einer Ausdehnung des

---

<sup>253</sup> in Anstaltspflege aufgenommene oder in ambulante Untersuchung und Behandlung übernommene Personen

Kompetenzbereiches auf jene Störungen kommen sollen, die i.S. eines naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriffes relativ sind, das heißt, deren Krankheitswertigkeit eher die psychischen Dimensionen oder das soziale Umfeld der Patienten betreffen. Dies hätte eine besondere Abkehr von der im (österreichischen) Gesundheitswesen bestehenden Orientierung am biomedizinischen Krankheitsmodell dargestellt. Die Psychologie hätte mit ihren Behandlungsmodellen der Komplexität der Behandlungssituation entsprechen können, der die Medizin relativ inkompetent gegenübersteht. Dies hätte zu einer Veränderung des medizinischen Selbstverständnisses beigetragen, wobei Lücken der medizinischen Handlungsfelder bewußt geworden wären. Dadurch wäre der Psychologie die alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung bestimmter Aufgaben zugesichert worden und sie hätte sich dadurch in ihrem spezifischen Kompetenzbereich jeglicher Kontrolle durch die medizinische Profession entziehen können. Dies wäre auch jenen Bedürfnissen der Angehörigen entgegengekommen, die infolge komplexer Zusammenhänge von Krankheitsgeschehen (Corbin und Strauss 1993) eine Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Anliegen verlangen. Ebenso wären damit die Belastungsreaktionen durch die Behandlung und den Krankenhausaufenthalt thematisiert worden.

Mit je einer Organisationseinheit für klinischpsychologische Diagnostik und für klinischpsychologische Behandlung und Beratung hätten die Psychologen einen ihnen zugeschriebenen Bereich erhalten, der ein organisatorisches Dach für ihre Professionalisierungsbestrebungen dargestellt hätte. Damit wäre die Partizipation der Psychologie an den Problemen mehrerer Funktionssysteme, die wiederum anderen Berufen suborientiert sind (Stichweh 1992), leichter gefallen.

Gesundheitspsychologen als ständige Konsiliarpsychologen und deren Leistungen hätten in interdisziplinären Modellen der Zusammenarbeit jene Handlungspraxis erreichen können, die eine eindeutige Zuschreibung von Leistungen zur Psychologie ermöglichen.

Supervision als traditionelles Anliegen von Psychologen (Ansicht des BÖP) wäre als spezifisches, hochqualifiziertes Leistungsangebot der Psychologen deklariert worden, mit dem die Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit propagiert werden hätte können und die mit dem Schutz der Konsumenten begründet worden wäre (Freidson 1979). Damit hätten die Psychologen auch ein berufliches Monopol im Krankenhausbereich erhalten, das vom Staat abgesichert sein sollte. Im Zuge nachfolgender Überlegungen wurde die Supervision wieder ausgespart, da das Doppelmandat (Kontrolle/Aufsicht - Betreuung) nicht erfüllt werden kann bzw. die Professionalisierung behindert hätte.

1993 sah der BÖP die Gefahr, dass außer Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen neben Psychologen ohne den Titel "Klinischer- und Gesundheitspsychologe" auch andere Berufsgruppen, welche dafür nicht qualifiziert sind, diese Aufgabe übernehmen könnten, z.B. die konzessionierten Lebens- und Sozialberater.<sup>254</sup> Demnach kommen auch

<sup>254</sup> vgl. hierzu entsprechende Stellungnahmen zum Qualifizierungsvergleich zwischen psychotherapeutischen Propädeutikum und den Psy-Diplomen der ÖAK (Sonneck, Springer-Kremser, Tatzler,...)

Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie Ärzte, die eine von der ÖAK angebotene und anerkannte Zusatzausbildung absolviert haben,<sup>255</sup> für psychologische Leistungen in Krankenanstalten in Betracht.

Damit wurde eine professionsunspezifische Interpretation jener in Kapitel 3.2 dargestellten veränderten gesellschaftlichen Bedürfnislagen betrieben, die den oben beschriebenen paradigmatischen Wandel der Krankenversorgung hintanstellen und damit die Professionalisierungsmöglichkeiten der Psychologie untergraben. Von der ÖAK wurde darauf hingewiesen, dass es auch alternative Zugänge zur psychosozialen Tätigkeit gäbe, das PG keine Tätigkeit skizziert und daher nicht davon ausgegangen werden kann, dass das PG und BKAG ein Monopol für Psychologen ermöglichen.<sup>256</sup>

Durch die Berücksichtigung von entsprechend qualifizierten Personen<sup>257</sup> bei der Besetzung der psychologischen Dienstposten wollte man eine berufsspezifische Eingrenzung und damit eine implizite Definition des Kompetenzbereiches vornehmen. Dies ist auch vor dem Hintergrund der soeben angesprochenen Erosion des bio-medizinischen Denkmodells, den Änderungen im Krankheitspanorama und angesichts des „Anstiegs psychischer und psychosomatischer Leiden“ (Schaeffer 1994, S. 109) zu sehen, die andere Leistungsangebote und allfällige Schwerpunkte der Krankenanstalt unter Bedachtnahme dieser veränderten Bedürfnislagen erfordern. Allerdings läßt die medizinische Profession im Krankenhaus kaum eine „Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster“ (Schaeffer 1994, S. 111) zu, womit die Psychologie ihren Kompetenzbereich analog zur medizinischen Profession erreichen muß. Eine soziale Schließung gegenüber Nicht-Psy-Professionen konnte damit nicht erreicht werden und läßt sich ob der oben dargestellten Argumentationslinien auch nicht begründen.

Strukturelle Forderungen wie Räumlichkeiten oder entsprechende Organisationseinheiten wurden wegen legislatischer Ursachen (Überdeterminiertheit) ausgeklammert. Damit wurde die Eigendynamik unterbunden und Psychologen ausschließlich auf Konsiliartätigkeiten beschränkt, was einen eminenten Eingriff in die berufliche Selbstbestimmung darstellt und die berufliche Tätigkeit nachhaltig beeinflusst.

### 6.3.2.2 Krankenanstaltengesetze der Länder und deren Vollzug

Wie oben bereits erwähnt wurden die Durchführungsgesetze des BKAG an das Krankenanstaltenrecht der Länder (Landes-KAG) delegiert. Die meisten Länder haben bezüglich der klinischpsychologischen, gesundheitspsychologischen Betreuung und psychotherapeutischen Versorgung in Krankenhäusern die Rahmenbestimmungen des BKAG

<sup>255</sup> 1080 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

<sup>256</sup> Ärzte: Stellungnahmen der Entwürfe

<sup>257</sup> nach dem PG und PthG

wörtlich übernommen. Damit bleibt es weitgehend den Spitalserhaltern überlassen, was sie anbieten wollen. Je nach Spitalskategorie werden 1 bis 3 Stellen für diese Tätigkeiten festgelegt, die nach den Erläuterungen zur BKAG-Novelle jedoch auch von Psychiatern und Ärzten mit "Psy-Diplom" besetzt werden können.

Obwohl verfassungsmäßig festgelegt ist, dass die Novellierungsinhalte des BKAG durch die Landes-KAG innerhalb eines Jahres zwingend übernommen und beschlossen werden müssen, wobei die Inhalte der Ländergesetze zumindest<sup>258</sup> die Bestimmungsnormen des BKAG enthalten sollen, gibt es derzeit<sup>259</sup> nur in folgenden Bundesländern Novellierungen der Landes-KAG: Wien, Oberösterreich, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Kärnten.

**Tabelle 6-7:** Darstellung der Landes-KAG geordnet nach Bundesländern

Bundesländer	Formulierung im Landes-KAG		
	keine Gesetzesnovellierung	„ausreichend klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Versorgung sicherzustellen“	„... durch einen Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen i.S. des PG berechnete Person.“
Bgl.	xxx		
Wien		xxx	
NÖ		xxx	
OÖ		xxx	
Sbg.		xxx	
Tirol		xxx <sup>260</sup>	
Vbg.	xxx		
Stmk.	xxx		
Ktn.			xxx

Der Einrichtung von psychologischen Diensten wurde bisher trotz grundsätzlicher Einsicht in die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung in Krankenanstalten aus Kostengründen nicht nachgekommen (Gruber<sup>261</sup> 1994).

Die Leistungskataloge für psychologische Leistungen in Krankenanstalten, die ich hier nicht näher ausführen möchte, können als Ideen, Phantasien und Konzepte der Psychologen hinsichtlich der Umsetzung der Landes-KAG verstanden werden. Sie lesen sich wie Empfehlungen der Berufsverbände, die mehr den Charakter eines Diskussionsbeitrages für einen Aushandlungsprozeß aufweisen und wenig auf die Umsetzbarkeit und berufliche Realität in Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Sie stellen eine Ausgangsbasis für die inhaltliche Füllung der Paragraphen und der

<sup>258</sup> Es steht den Ländern jedoch frei, mehr zu regeln, als im BKAG angeführt ist.

<sup>259</sup> 1998

<sup>260</sup> Die klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Versorgung war in der ursprünglichen LKAG-Novellierung verfassungswidrig nicht vorgesehen gewesen.

<sup>261</sup> Mag. Anna Gruber ist Psychologin und war bis 1994 Diplomandin bei Univ. Doz. Chr. Klicpera.

Umsetzung der Inhalte des BKAG und der Landes-KAG dar, und können als eine Antwort der Berufsgruppe der Psychologen hinsichtlich der Interpretation der Inhalte des BKAG gewertet werden. Diese wurden überwiegend psychologisch individualisierend gehalten und lassen in der konkreten Umsetzung dem Spitalserhalter einen großen Interpretationsspielraum. In den Leistungskatalogen wurden vorwiegend kurativ-medizinische Angebote aufgenommen, die vorwiegend Liaisondienste erlauben. Dies ermöglicht in einer hoch arbeitsteiligen Versorgungslandschaft wie Krankenanstalten erhebliche Kompatibilitäts- und Akzeptanzprobleme. Weiters ermöglichen die personelle Unterbesetzung und die mangelnden strukturellen Voraussetzungen kaum eine entsprechende Umsetzung psychologischer Dienstleistungen.

Nicht zuletzt ergeben sich Schwierigkeiten bei der Abrechnung psychologischer Leistungen im Rahmen der leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung, da diese eher für technisch medizinische Behandlungen konzipiert ist und Psy- Leistungen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

#### **6.4 Reaktionen auf das Psychologengesetz aus heutiger Sicht** <sup>262</sup>

In diesem Kapitel möchte ich die Reaktionen der handelnden Akteure (vgl. Kapitel 1) aus heutiger Sicht auf das PG darstellen und die Hauptthemen der Diskussionen wiedergeben.

In den heutigen Reaktionen hat sich eine gewisse Ernüchterung hinsichtlich der Erwartungen an das PG breitgemacht. Das PG wird nicht als Instrument gesehen, das jene in Kapitel 3.1 skizzierten Inhalte thematisch in eine gesundheitspolitische Diskussion einbringen kann. Entsprechend dieser Einschätzung kommt es zu ansatzweise fatalistischen Beurteilungen berufspolitischer Bemühungen, die sich in Formulierungen manifestieren, wie "die Psychologen wollten immer nur wo reinkommen, mit der Hoffnung, dass sich durch ihre Einschaltung etwas ergibt".<sup>263</sup> Als Beispiele angeführt wurden Bestrebungen, "über einen Gesamtvertrag für klinischpsychologische Behandlung und Psychotherapie ins ASVG zu kommen".<sup>264</sup> Dies gilt ebenso für die Verankerung psychologischer Leistungen im Bundeskrankenanstaltengesetz (1993) (BKAG). Andererseits „unterstreicht die Bundeskrankenanstaltengesetzesnovelle die grundsätzliche Bereitschaft des Gesetzgebers, den Stellenwert der Psychologie im Gesundheitswesen anzuerkennen. Auch wenn es derzeit im BKAG relativ unspezifisch gefaßt

<sup>262</sup> Dieses Kapitel basiert ausschließlich auf Interviews. In Anführungszeichen gesetzte Textstellen stellen wörtlich übernommene Zitate aus den von mir geführten Interviews dar. Die Auswahl der Quellen bezieht sich auf Aussagen, die Interviewpartner zur Thematik des Kapitels geäußert haben.

<sup>263</sup> Interview: GkPP

<sup>264</sup> Interview: GkPP

wurde, kann man es als wichtiges politisches Statement verstehen. Das Problem bei der BKAG-Exekutierung ist, dass es Vorstellungen, jedoch wenig Erfahrungen gibt. Es passiert keine Verknüpfung von Erfahrungen, Evaluierungen fanden bisher nicht statt“.<sup>265</sup>

Zu vergleichsweise konstruktiven Beiträgen kam es hinsichtlich der Etablierung des gesundheitspsychologischen Bereiches, für den eine Annäherung an die Ideen der Ottawacharta<sup>266</sup> angestrebt wurde. Im Zuge dieser Bemühungen wurde auch Abstand von der individualisierenden Betrachtungs- und Arbeitsweise der Psychologie, sowie der „individuumszentrierten sozialpädagogischen Arbeit in der Gesundheitspsychologie“,<sup>267</sup> genommen. Der Vertreter des KfAP beurteilt die Ottawacharta als ein „übergeordnetes Gesetz“, wobei in ihr inhaltliche zukunftsweisende Richtlinien für eine Arbeit im Gesundheitswesen erarbeitet wurden, die im PG weitgehend fehlen. Seiner Ansicht nach wird für die eigentliche berufliche Tätigkeit der Psychologen jedoch das PG angewendet, wodurch die Umsetzung der Ottawacharta für psychologische Arbeit kaum zum Tragen kommen kann. Es drängt sich für ihn der Eindruck auf, dass mit dem Beschluß des PG vorwiegend standespolitischen Interessen genüge getan wurde, etwa um den Psychologen mehr Einfluß im Gesundheitswesen zukommen zu lassen. Weiters erscheint es ihm, als wurde bis 1990 Standespolitik betrieben, mit dem Ziel, zuerst ein Gesetz für Psychologen zu bekommen und sich dann erst gedanklich mit der weiteren Entwicklung der Psychologie zu beschäftigen. Krass gesagt könnte man seiner Ansicht nach meinen, dass das PG nichts bewirkt hat, da in keine gesundheitspolitische Debatte eingestiegen wurde, und weiterhin Standespolitik betrieben wird. Gesundheitspolitische Aspekte wurden nicht thematisiert. Gesundheitspolitik bewegt sich dabei auf mehreren Ebenen. Auf der Verbraucherebene wird eine solche Diskussion in Person der AK geführt. Demgegenüber hält sich der PB aus einer solchen Debatte weitgehend heraus. Er berät, analog zu seinem gesetzlichen Auftrag, nur das BMAGS in Psychologenangelegenheiten. Er definiert sich als Verwalter des PG, läßt sich jedoch nur schwer dazu bewegen, sich mit politischen Fragen des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen. Auch die Universitäten sehen in einer gesundheitspolitischen Debatte kein sie tangierendes Thema. Es sieht aus, als würde eine gesundheitspolitische Diskussion in Österreich derzeit nur von wenigen Parteipolitikern und Berufsgruppen, z.B. der GkPP geführt werden. Die Debatte, was das Gesundheitswesen mit klinischpsychologischer Arbeit, psychologischer Diagnostik und klinischpsychologischer Behandlung will, steht jedenfalls noch aus.<sup>268</sup>

---

<sup>265</sup> Interview: BÖP

<sup>266</sup> Die "Ottawa-Charta" definiert "Gesundheitsförderung als Anstrengungen, die sich darauf richten, "allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen". Gesundheit meint dabei ein "positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen sowie körperliche Fähigkeiten betont" (Badura 1990, S. 55).

<sup>267</sup> Interview: GkPP

<sup>268</sup> Interview: KfAP

Dem PG wurden auch positive Anteile zuerkannt, „da es nicht die ganze Psychologie regelt<sup>269</sup> und heikle Teile des Verhältnisses der Psychologie zur Medizin transparenter erscheinen läßt und auch die Psychologie vor Eingriffen durch die Medizin schützt. Ob das PG dazu das geeignetste Instrument, etwa bei der Regelung der Ausbildung, war und ist, sei dahingestellt. Ohne dem PG hätte man diesbezüglich nichts erreicht“.<sup>270</sup>

Das PG setzte einen neuen Prozeß in den Verhandlungen, in inhaltlichen Arbeiten und im Selbstverständnis der psychologischen Profession in Gang. „Von einem idealpolitischen Standpunkt hätte man allerdings auf das PG verzichten sollen“.<sup>271</sup>

Dem Argument des Konsumentenschutzes und damit dem versorgungsrelevanten Aspekt des PG könnte auch mit einem halbwegs brauchbaren Titelschutz genüge getan werden. „Dies wäre auch über eine Reform des Hochschulstudiengesetzes möglich gewesen, etwa wie in der BRD der Titel Diplompsychologe“.<sup>272</sup> Der BÖP meinte ursprünglich dazu, dass eine Kammerregelung von Nöten sei, um eine bestimmte Berufsbezeichnung zu schützen. Eine vermehrte und spezifischere Aufklärung der Benutzer psychologischer Dienstleistungen würde wahrscheinlich mehr zu einem Konsumentenschutz beitragen. Damit scheint auch eine Kammerregelung, zumal das PG diesen Regelungsbereich ausklammert, vorerst gescheitert zu sein, „da alle Psychologen Mitglieder werden müßten und viele sich in einer Kammer nicht richtig gefunden hätten“.<sup>273</sup>

Dieses Bestreben scheiterte an den der Kammerregelung zugrunde liegenden Befürchtungen der Berufsgruppenmitglieder. Hierzu zählt sicher auch die hohe Kammerumlage und damit „die finanzielle Frage“.<sup>274</sup> Zusätzlich käme es zu einer inhaltlichen Monopolstellung der Klinischen Psychologen, die „wahrscheinlich die Kammer dominieren würden. Einer von Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten geführten Kammer stehen die Psychologen skeptisch gegenüber“.<sup>275</sup>

Den Identitätsproblemen der psychologischen Berufsanfänger wird durch die postgraduelle Ausbildung nicht abgeholfen, im Gegenteil, sie scheint einige Identitätsunklarheiten zu fördern. Diesem Umstand versucht der BÖP mit einer Novellierung des PG entgegenzuwirken, in dem er die Berufsumschreibung der Psychologen präzisiert. Demnach sind im Bereich der psychologischen Berufsumschreibung folgende Änderungen vorgesehen:<sup>276</sup>

#### 1. Klinischpsychologische Diagnostik (bleibt gleich zum PG (1990))

---

<sup>269</sup> im Sinne einer Überregelung

<sup>270</sup> Interview: KfAP

<sup>271</sup> Interview: KfAP

<sup>272</sup> Interview: ÖGB

<sup>273</sup> Interview: BÖP

<sup>274</sup> Interview: BÖP

<sup>275</sup> Interview: BÖP

<sup>276</sup> persönliche Mitteilung von Dr. Mathe, BÖP.

2. Klinischpsychologische Behandlung bei krankheitswertigen Störungen bei Einzelpersonen mit schulübergreifenden und problemorientierten Methoden (ICD<sup>277</sup> 9)
3. Klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation
4. Beratung bei gesundheitspsychologischen Fragestellungen und Anwendung im Bereich der Gesundheitsprävention
5. Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte
6. Beratung von juristischen Personen

Einige Interviewpartner erkennen einen weiteren Regelungsbedarf. Ihrer Ansicht nach wäre aufgrund der Macht der Psychologen im Gesundheitswesen gegenüber den Patienten eine umfassendere Regelung des Psychologenberufes notwendig. Dies dürfte jedoch wegen der schwierig zu regelnden Materie psychologischen Handelns kaum möglich sein (Schwaiger 1976).

Resümierend wird das PG von den "Betroffenen" befürwortet, auch deshalb, weil durch das PG eine einheitliche Strategie entwickelt wurde, um mit dem Gesetzgeber in Kommunikation zu treten und berufspolitische Zielsetzungen durchsetzen zu können.

## **7 Die neue Struktur der psychosozialen Berufe in Österreich sieben Jahre nach dem Psychologengesetz**

Dieses Kapitel stellt die faktisch erreichte Position der Psychologen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens, relativ zu anderen Berufsgruppen, welche ebenfalls in diesem Sektor arbeiten und sich zum Teil im Gefolge des PG neu positionieren müssen, dar.

Hier versuche ich Standards und Kriterien herauszuarbeiten, die erfüllt sein müssen, damit auf gesellschaftlicher Ebene von einer gelungenen Professionalisierung gesprochen werden kann. Dabei versuche ich auch ansatzweise darauf einzugehen, welchen gesellschaftlichen Strukturproblemen vornehmlich Professionalisierungsprozesse folgen und welche Handlungslogik daraus resultiert (Schaeffer 1990).

Allen in diesem Kapitel vorkommenden Psy-Berufen ist gemein, dass ihr Aufstieg mit den Erosionstendenzen der Medizin und der damit verbundenen Auflösung der naturwissenschaftlich verankerten Wissensbestände einhergeht. Die verschiedenen Psy-Berufe reagieren auf diese Entwicklungen im Gesundheitswesen sehr unterschiedlich. Die

---

<sup>277</sup> International Classification of Diseases (Diagnosemanual der WHO)

medizinische Profession verfällt in Form der Hochleistungsmedizin in einen zunehmenden Scientizismus, da sie nicht mehr jene erforderlichen Transferleistungen zu erbringen imstande ist, die für eine Gesellschaft nützlich sind. Der Reduktionismus therapeutischer Kompetenzen in der Medizin zeigt sich vergleichsweise in ähnlicher Entwicklung in der Psychologie (vgl. die ausschließliche Regelung diagnostischer Leistungen im ASVG), wobei es der Psychologie höchstens gelingt, jene von der „stummen Medizin“ (Lüth) zugewiesenen kommunikativen Kompetenzen umzusetzen.

Andere Psy-Berufe neben den Psychologen entwickeln durch eine zunehmende Institutionalisierung ihrer Leistungsangebote zusehends professionelle Handlungsfelder. Dabei stellt sich die Sozialorientierung hilfreich für deren Professionalisierungsbestrebungen heraus. Zusätzlich kommt es zur ständigen Produktion von Wissen und einer zunehmenden Verwissenschaftlichung in diesem Bereich (Engelke 1993; Dewe und Otto 1996), die meines Erachtens nicht jenem Prozeß folgt, wie ihn Schaeffer (1990) dargestellt hat, dass nämlich die Sozialorientierung bei neu entstehenden Professionen (vgl. dazu „alte Professionen“ Daheim 1973 zit. n. Schaeffer 1990, S. 55) abnimmt.

Beobachten läßt sich letztendlich auch eine bereitwillige Delegation sozialer Aspekte der Medizin an andere Psy-Berufe, ohne sich jedoch ihr Machtmonopol streitig machen zu lassen und die Kontrolle über die von ihr delegierten Aufgaben zu verlieren (Schaeffer 1990).

Neben den oben genannten Themen beschäftigt mich in diesem Kapitel die Entwicklung der Psy-Berufe. Mit dem Begriff Professionalisierung kann ich in weiterer Folge nur bedingt eine Entwicklung andeuten, da eine klassische Professionalisierung wie in Kapitel 4 dargestellt, kaum mehr möglich ist (Schaeffer 1990). Diese kann noch weniger von den sich etablierenden psychosozialen Berufsgruppen (Rüschmeyer 1980) erreicht werden, da sie über kein ausreichendes Problemlösungspotential (bzgl. Wissensbasis noch hinsichtlich der Interventionsmuster) verfügen und keine institutionell gesicherten Standards der Berufsausübung besitzen (Schaeffer 1990).

Eingangs möchte ich jenes System darstellen, in dem sich die im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens arbeitenden Berufsgruppen im Gefolge des PG zum Teile neu positionieren müssen und das die Rahmenbedingungen für die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen darstellt.

Ich versuche ausgehend von einer allgemeinen Darstellung, die sich in einen Status quo und Vorhaben der österreichischen Gesundheitspolitik gliedert, eine Berufsgruppenperspektive aufzubauen, die Entwicklungen und Ideen der Psychologen für das Gesundheitswesen berücksichtigt.

## 7.1 Das System der österreichischen Gesundheitsversorgung

Das Gesundheitswesen stellt im österreichischen System der sozialen Sicherung den organisatorisch am meisten zersplitterten Bereich dar. An diesem System sind eine Reihe von politisch bedeutenden Akteuren (Bundesländer und Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Berufsvertretungen) beteiligt. Auf Bundesebene waren bis 1997 vor allem zwei Ministerien für die Gesundheitspolitik zuständig. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit, das in Österreich seit 1972 bestand und im Vergleich zu den übrigen Akteuren sehr geringe Kompetenzen hatte. 1997 wurde der Kompetenzbereich des Bundesministeriums für Gesundheit dem Kompetenzbereich des BMAGS angegliedert. Der Bund beschränkt sich im Gesundheitswesen vor allem auf die Bestimmungen über die Ausbildung des Gesundheitspersonals, die Koordinationsfunktion im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung,<sup>278</sup> auf rechtliche Bestimmungen in der Krankenversicherung und für Krankenanstalten und Maßnahmen im Präventionsbetrieb. Die Bundesländer sind vor allem für die Umsetzung der Krankenanstaltengesetze und für die Sozialgesetzgebung zuständig. Die Gemeinden wiederum exekutieren die Landessozialgesetzgebung. Die Sozialversicherungsträger exekutieren auf Ebene der Länder die Sozialgesetzgebung. Hinzu kommen noch Berufsgruppenszusammenschlüsse und Zusammenschlüsse von Patienten bzw. Selbsthilfegruppen.

Infolge dieser Kompetenzsplitting kommt es zu einer Überschneidung der Handlungsfelder unterschiedlicher Akteure und damit zu oft willkürlichen Grenzziehungen zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik (Natter und Reinprecht 1992), was zu ungenügend abgestimmter Koordination und Vernetzung von Leistungen führt und individuumszentrierte technikintensive Leistungen fördert, die zu einer Kostenexplosion beitragen. So kommt es, dass die Gesundheitsausgaben im österreichischen System der Krankenversorgung ein erhebliches Problem darstellen, da sie stärker als das Bruttoinlandsprodukt wachsen (Talos und Wörister 1994). Die kurativ ausgerichtete traditionelle Medizin absorbiert den überwältigenden Anteil der Gesundheitsausgaben. Ein großer Teil, etwa 45% der gesamten Gesundheitsausgaben und ca. 55% der öffentlichen Gesundheitsausgaben, fließt in den Krankenanstaltenbereich. Für ambulante Leistungen werden 26%, für Arzneimittel 12%, für Heilbehelfe 3% und für sonstige Leistungen 15% der Gesundheitsausgaben aufgebracht (Talos und Wörister 1994). Mit dieser Kostenentwicklung und -verteilung erfolgt eine professionsspezifische Zuordnung finanzieller Mittel zu dem von der ärztlichen Profession dominierten Krankenanstaltenbereich. Für Psy-Leistungen wird unter der

<sup>278</sup> Der KRAZAF lief mit 31. 12. 1996 aus. Finanzrechtliche Kompetenzen wurden an die Länder delegiert. Mit 1.1.1997 trat anstatt dessen eine Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997-2000 in Kraft.

Voraussetzung einer Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG ein Bruchteil ausgegeben. Von den gesellschaftlichen Entwicklungen und den daraus resultierenden Folgen für die psychische Befindlichkeit der betroffenen Subjekte, die keine Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG aufweisen (vgl. Kapitel 3.1), ganz zu schweigen.

Bedingt durch sozial-hygienische Maßnahmen und günstige Lebensbedingungen stieg in den letzten Jahrzehnten die Lebenserwartung von Menschen drastisch an (McKeown 1982). Diese beträgt bei der österreichischen Bevölkerung derzeit bei Frauen 79,3 Jahre und bei Männern 72,8 Jahre und wird voraussichtlich in Hinkunft bei Frauen 88,5 Jahre und bei Männern 78,4 Jahre betragen (Gesundheitsbericht 1994). Damit kommt es auch zu einer Zunahme chronischer Leiden und gerontopsychiatrischer Beschwerden (Bergener 1991) auf der einen Seite und zu einer zunehmenden Individualisierung und Vereinsamung älterer Menschen auf der anderen Seite, was zu veränderten psychosozialen Bedürfnislagen älterer Menschen führt (BMAGS 1999; Lehr 1996; Howe 1991; Kruse 1991; Weakland und Herr 1988). Die für die Gesundheitsversorgung daraus resultierenden Anforderungen stehen einem vorwiegend kurativmedizinisch (sekundärpräventiv) und technikintensiv ausgerichteten Behandlungs- und Betreuungsangebot gegenüber, das diesen Beschwerden und Leidenszuständen nur in einem sehr geringen Ausmaß gerecht werden kann und auf die versorgungsspezifischen Bedürfnisse dieser Menschen wenig Rücksicht nimmt (Hörl 1992). Die derzeit existierende psychosoziale Versorgung kann diesen veränderten Bedürfnislagen älterer Menschen ebenso kaum Rechnung tragen, da jene Phänomene, die durch hohes Lebensalter entstehen, vorwiegend über pflegerische Dienstleistungen und kaum in deren psychosozialen Aspekten thematisiert werden (Schützendorf 1997; Garms-Homolova et al. 1989; Garms-Homolova und Schaeffer 1992). Damit eröffnen sich in diesem Bereich für die Psychologie neue Handlungsfelder, die sich meiner Ansicht nach in der Realität jedoch oft an einer Privatbeziehung als heimlichem Ideal orientieren und ein für Frauen zugeschnittenes Berufsfeld darstellen, das vornehmlich weiblichen Qualifikationen mit einer großen Ähnlichkeit zur Familienarbeit entspricht (Beck-Gernsheim 1981; Hedtke-Becker 1990; Seubert 1993).

Die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung weist ebenso große quantitative und qualitative Mängel auf (Stumm 1988; Katschnig et al. 1991; ÖBIG 1997). Nach einer österreichischen Studie von Jandl-Jäger und Stumm (1988) bedürfen derzeit zumindest 1,5% längerfristiger professioneller psychosozialer Maßnahmen und 5% im Laufe eines Jahres professioneller psychosozialer Maßnahmen. Schöny und Guth (1990) gehen davon aus, dass 15% der Bevölkerung einmal in ihrem Leben professioneller psychosozialer Hilfe bedürfen. Diese Prävalenzdaten sagen an sich wenig über reale Bedürftigkeiten aus (ÖBIG 1997) und sollten im Zusammenhang von psychosozialen Angeboten im „Kontext des breiten Spektrums psychosozialer und medizinischer Behandlungs- und Betreuungsformen“ (ÖBIG 1997, S. 10) gesehen werden, die nicht nur auf Bedürftigkeiten der Klienten abgestimmt sind, sondern auch davon

abhängen, ob und unter welchen Gesichtspunkten<sup>279</sup> eine Indikationsstellung durch ein Behandlungssystem (Laien-, Semiprofessionelles- und Professionelles) erfolgt (ÖBIG 1997). Die tatsächliche Versorgungspraxis wird jedoch, entlang meinen beruflichen Erfahrungen, von vielen Klienten so gesehen, dass psychosoziale Angebote oft nur jenen Klienten zuteil werden, die sie am nachdrücklichsten fordern und/oder die entsprechende Kenntnisse über psychotherapeutische Angebote besitzen (IBE 1999).

Diese Effizienzmängel des österreichischen Gesundheitswesens zeigen vor allem aber auch, dass sich die Medizin kaum an den psychischen und sozialen Ursachen gesundheitlicher Probleme orientiert<sup>280</sup> und aufgrund ungünstiger Honorierungssysteme kaum primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen durchführt (Berger 1978 zit. n. Talos und Wörister 1994, S. 76 ). Ebenso mangelt es an Integration, Finanzierung und Kooperation von Angeboten, was auf den unterschiedlichen Zuständigkeiten für soziale Dienste (Bundesländer) und medizinische Leistungen (Krankenkassen) sowie der vorwiegenden Orientierung an der kurativen Krankenbehandlung<sup>281</sup> beruht und dem Fehlen tertiärpräventiver Angebote wie insbesondere die medizinische und psychosoziale Rehabilitation als integrierter Bestandteil der Behandlung. Damit kann den veränderten Bedürfnislagen von Subjekten im Zusammenhang mit manifester körperlicher und psychischer Krankheit und deren Bewältigung in der herkömmlichen Medizin kaum entsprochen werden.

Verschiedene Modelle der Integration von Sozialen Diensten, Medizinischer Versorgung und Laienhilfepotential (Schaffenberger 1994), die auch „auf eine Aktivierung der Betroffenen und einen Aufbau von paraprofessionellen und Laienkompetenzen abzielen“ (Berger, 1978; Bd. II, S. 425 zit. n. Talos und Wörister 1994, S. 76), befinden sich in Erprobungsphasen. Effiziente und erfolgreiche Projekte gibt es (Forster et al. 1989), sie werden jedoch neben den oben dargestellten Defiziten auch durch eingefahrene, auf Marktausgrenzung abzielende Ausbildungsregime behindert. Insbesondere die Ärzteausbildung weist qualitative Mängel sowohl im Medizinstudium als auch in der postpromotionellen Ausbildung auf, die den veränderten Anforderungen an die medizinische Profession nicht Rechnung tragen (Gesundheitsbericht 1994). Auch im Bereich der Krankenpflegeausbildung lassen sich Defizite in der Ausbildungsqualität der Krankenpflegesschulen erkennen, insbesondere wenn innovative Gedanken und Ideen, die auf die in Kapitel 3.1 und 3.2 dargestellten gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte abzielen, in den vorwiegend

---

<sup>279</sup> Behandlungskapazität, Ausbildung der Indikationssteller, berufliches Selbstverständnis (ÖIF 1996), Vorhandensein und Kenntnis eines adäquaten Angebotes (ÖBIG 1997).

<sup>280</sup> Kropunigg (1987) zeigte, dass bis zu 70% jener Patienten, die einen Internisten mit psychischen Beschwerden aufsuchen, oftmals bzw. bestenfalls mit Psychopharmaka behandelt werden.

<sup>281</sup> Leistungen der Krankenkassen zielen auf die Behandlung von Krankheit ab und orientieren sich bei ihren Leistungen an der Vermeidung der Invalidität.

von der Schulmedizin dominierten Ausbildungen aufgegriffen und umgesetzt werden sollen.

Zusammenfassend lassen sich die bestehenden Probleme des österreichischen Gesundheitswesens mit folgenden Punkten darstellen: „Betreuungsdefizite bezüglich des stetig wachsenden Anteils an älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung, die Kostenexplosion, die Struktur- und Koordinationsmängel, reformbedürftige Ausbildungsordnungen der Gesundheitsberufe und Regelungs- bzw. Normierungsdefizite“ (Gesundheitsbericht 1994, S. 13).

Angesichts dieser verschiedenen Interessen zielen etliche Bemühungen der für das Gesundheitswesen politisch Verantwortlichen auf eine Beseitigung der soeben dargestellten Defizite ab. Ein vorrangiges Ziel der österreichischen Bundesregierung ist dabei die Eindämmung der Kostenexplosion.

Maßnahmen, durch die dies erreicht werden soll, sind eine Neuordnung der Spitalsfinanzierung auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung und leistungsbezogener Entgelte, ein Abbau von Akutbetten, dem Transfer möglichst vieler medizinischer Leistungen aus dem Spitals- und Ambulanzbereich zu niedergelassenen Ärzten und zur Hauskrankenpflege, Schaffung neuer Organisationsformen im extramuralen Bereich und eine grundsätzliche Neukonzeption des gesamten Gesundheitswesens als kostenbezogenes und integriertes System. Dies soll mit einem österreichweiten Gesundheitsplan, einem österreichweiten Netz von Gesundheits- und Sozialsprengeln und einer Ausbildungsreform in den Gesundheitsberufen erreicht werden (Gesundheitsbericht 1994).

Im Zusammenhang mit der Neukonzeption des Gesundheitswesens kommt neuen Formen der Zusammenarbeit und der Einbeziehung neuer Professionen in das Gesundheitswesen (Klicpera 1993) sowie der Institutionalisierung einer dezentral und integrativ ausgerichteten Gesundheitspolitik eine wesentliche Bedeutung zu. Angebote, die diesen veränderten Anforderungen an die Krankenversorgung Rechnung tragen könnten, wären präventive, rehabilitative, psychosoziale und betreuende Angebote. Dazu zählen Pflege- und Langzeitbetreuungsplätze, eine physische und psychosoziale Remobilisation an Krankenanstalten sowie die flächendeckende Versorgung durch mobile Hilfs- und Betreuungsdienste (Gesundheitsbericht 1994). Damit wird wesentlich die Auslagerung psychosozialer Leistungen an die Pflegeberufe und in weiterer Folge an Betroffene- und Selbsthilfeinitiativen angestrebt. Damit kommt es zu einer Abwertung psychologischer Dienstleistungen und einer Aufwertung pflegeintensiver Tätigkeiten (Badura 1996) und deren kommunikationsintensive Leistungen (Badura 1994). In diesem Zusammenhang ermöglichen Pflegeberufe mit ihren semiprofessionellen Ressourcen und mit ihren persönlichen Fertigkeiten psychologische Angebote. Hierher zählen etwa Betreuungsangebote durch mobile Dienste (Engleitner und Hackl 1996), die zur Erbringung ihrer spezifischen Leistung den Privathaushalt der bedürftigen Personen aufsuchen

(Hauskrankenpflege, Heimhilfe etc.) (Gesundheitsbericht 1994, S. 62). Ziel dieser Dienste ist es, trotz Beeinträchtigungen alltägliche Lebenszusammenhänge aufrechtzuerhalten und durch pflegerische und psychosoziale Betreuung Heimaufenthalte zu vermeiden bzw. zu verzögern und Krankenhausaufenthalte hintanzuhalten bzw. die Belegsdauer zu verkürzen, sowie zu einer Entlastung der Angehörigen beizutragen (BM für Jugend und Familie 1994). Damit können diesen Bedürfnissen entsprechende Dienstleistungen initiiert werden, die sich nicht ausschließlich an den vom medizinischen Versorgungssystem vorgegeben Bedarfsstrukturen orientieren müssen. „Diese von den Zwängen der Hochleistungstechnik befreiten sozialen und sozialmedizinischen Dienste tragen zu einer Überwindung eines rein somatischen naturwissenschaftlichen Krankheitsmodells bei“ (Natter und Reinprecht 1992, S. 351).

Auf Ebene der Konsumenten/Patienten gilt es, Eigenkompetenzen zu erhöhen, den Patientenschutz auszubauen und die Stellung der Bürger im Gesundheitswesen zu stärken (Badura et al. 1999). Dies heißt auch, dass dem „wachsenden öffentlichen Gesundheitsbewußtseins mit der Forcieren primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen Rechnung getragen werden soll, die außerhalb des engeren medizinischen Bereichs liegen und mehr von Laien getragen werden können“<sup>282</sup> (Meggender 1993, S. 80). Damit wird entsprechend diesen Forderungen eine neue Form der Professionellen - Klienten Beziehung skizziert. Es sind also jene auf Gleichberechtigung abzielenden Formen eines Behandlungssystems, die es entsprechend den neuen Anforderungen umzusetzen gilt. Dies heißt für die psychiatrische Versorgung, die oft in einem besonderen von sozialer Kontrolle und Zwang befindlichen Kontext erfolgt (Castell 1985 zit. n. Werdenich und Wagner 1998, S. 38; Forster 1997a), dass Reformbestrebungen in diesem Bereich auf eine Verbesserung der Situation psychisch Kranker und den Aufbau einer flächendeckenden und integrierten Versorgung mit einander ergänzenden stationären und ambulanten Einrichtungen abzielen (Forster 1994). Grundprinzipien dabei sind die "Gemeindenaher Versorgung" und die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung sozialer Eingliederung psychisch Kranker in das Alltagsleben, die eine Dezentralisierung der stationären Versorgung und den Ausbau extramuraler Dienste nötig macht (Wißgott 1991).

Faßt man die Perspektiven für die Neukonzeption des Gesundheitswesens zusammen, so fallen Innovationen und Neuerungen auf, die insbesondere von präventiven und rehabilitativen Akzenten geprägt sind und sich um die veränderten Rahmenbedingungen, das veränderte Krankheitspanorama und die veränderten Rollen der Patienten bemühen sollten. Dazu zählen insbesondere kommunikationsintensive Momente in der Versorgung

---

<sup>282</sup> Sie sollen die Kompetenzen für Gesundheitsförderung und Erforschung der Krankheitsursachen übernehmen und das tradierte Verständnis von Inhalt und Organisation medizinischer Dienstleistungen in Frage stellen. Dies kann eine Stärkung der Gesundheitsselbsthilfe zur Folge haben und damit ein bewußteres Umgehen des Einzelnen mit dem professionellen Gesundheitssystem nach sich ziehen (Meggender 1993, S. 80f).

(Aufklärung, Partizipation der Patienten und der Angehörigen), die die Möglichkeiten der Anbieter - Patientenbeziehung berücksichtigen und auch die „Entwicklung und Pflege einer vertrauensvollen Beziehung zur Aktivierung koproduktiver Potentiale, Information, Beratung und gegebenenfalls auch Schulung der Patienten“ (Badura et al. 1999, S. 16) beinhalten sollten. Damit eröffnet sich für die Psychologie als helfende Profession ein umfangreiches Aufgabengebiet, das die „Implementierung neuer Werte und Problemlösungsmuster“ (Schaeffer 1994, S. 111) ermöglicht und zur Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes beitragen kann.

Konkret bedeuten diese Perspektiven und Forderungen für die Integration der Psychologen in das Gesundheitswesen, dass sie Konsumenten (Patienten und deren Angehörige) dabei unterstützen sollen, ihre Eigenkompetenzen zu erhöhen und die Mitwirkungsmöglichkeiten von Konsumenten auszuweiten, insbesondere wenn es darum geht, „psychosoziale Betreuungsdefizite des Gesundheitswesens in Selbsthilfegruppen zu kompensieren und Patienten bei belastenden medizinischen Maßnahmen zu begleiten“ (Badura et al. 1999, S. 15). Entsprechend der Erläuterungen in der Regierungsvorlage (1257) zum PG (EzR) sollte sich daher der Beitrag der Psychologie im Gesundheitswesen auf die Mitarbeit von Psychologen in interdisziplinären und integrativen Modellen der Kranken- und Gesundheitsversorgung konzentrieren, wovon eine spürbare Kostendämpfung auf dem Sektor des Gesundheitswesens, insbesondere in Form integrierter Gesundheits- und Versorgungssysteme, erwartet wird. Der Klinischen- und Gesundheitspsychologie kommt dabei ein besonders hoher Stellenwert in der Behandlung, Prävention und Rehabilitation zu (EzR, S. 9). Insbesondere die bio-psycho-soziale Arbeitsweise der Psychologen, die das gesamte sozio-kulturelle Umfeld des Menschen, seine individuellen Lebensstile sowie seine aktuelle Lebenssituation in die Beurteilung des Gesundheitsverhaltens miteinbeziehen, und es damit möglich machen, einen systemischen Zugang zu seinen Risikofaktoren zu erarbeiten, soll forciert werden (EzR). Klinische Psychologen können dabei klinischpsychologisch-diagnostisch arbeiten und mit psychologischen Methoden die „mit Problemen behafteten, psychisch gestörten und psychisch kranken Menschen behandeln und rehabilitieren und sich auf die psychischen Aspekte somatischer Erkrankungen konzentrieren“ (EzR, S. 12). Die Gesundheitspsychologen können sich intensiv mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Hierbei werden „Beiträge zur Identifikation ätiologischer und diagnostischer Korrelate von Gesundheit und Krankheit“ (EzR, S. 12), sowie die Erstellung von Maßnahmen im Rahmen der Prävention und Behandlung, erwartet.

Legistisch wurden diese Perspektiven auf Ebene der Klienten mit dem Ausbau der Patientenrechte aufgegriffen, die im BKAG (1993) verankert wurden und damit als Grundlage für eine Neugestaltung des Verhältnisses zwischen Professionen im Gesundheitswesen und Patienten dienen können (Pichler 1992). Sie sollen den schon vorhin erwähnten Schwierigkeiten der besonderen Beziehung zwischen Professionellen und

Klienten vorbeugen helfen. Insbesondere im Bereich der Mentalpatienten wurde die Wahrnehmung der Patientenrechte für Personen, die aus psychischen Gründen nicht (immer) in der Lage sind, ihre Lebenssituation adäquat zu bewerten, umfassend neu geregelt (Forster 1994). Im Zuge dieser Bestrebungen kam es zu einer Einrichtung der Institution Patientenanwälte, die formal zur Wahrnehmung der Patientenrechte von zwangsweise untergebrachten psychiatrischen Patienten legitimiert sind (Forster 1997b). Zu den im BKAG festgelegten Patientenrechten korrespondieren die Berufspflichten der Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen, die in den Ethikrichtlinien für Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen ergänzt und konkretisiert wurden, die Beziehung zu den Klienten skizzieren und grundsätzliche Rahmenbedingungen für eine professionelle und angemessene Integration psychologischer Leistungen in das österreichische Gesundheitswesen darstellen.

Trotz der starken Orientierung der Klinischen Psychologen am kurativen Versorgungssystem ist es den Psychologen bisher nur ungenügend gelungen, ihre Leistungen (im noch weitgehend kurativ orientierten) österreichischen Gesundheitswesen zu implementieren. Das hat die Ursache auch darin, dass die Systemstrukturen (Gesetze, Finanzierung, organisatorisches Zusammenspiel von Sozialen Diensten usw.) der Psychologie im Vergleich zur Medizin ungünstige Rahmenbedingungen stellen. Schmidt (1997) stellt fest, dass die „Anreize des Systems bezüglich psychologischer Dienste oft eher hemmend wirken, wenn beispielsweise Vorurteile gegen psychologische Leistungen bestehen oder der Zugang zu psychologischen Leistungen durch ein Delegationsprinzip erfolgt“ (1997, S. 626) bzw. Leistungen nicht durch Sozialversicherungsträger entgolten werden. Obwohl gesetzliche Weichenstellungen für eine Integration psychologischer Arbeit (Diagnostik, Behandlung, Prävention) in das Gesundheitswesen und in Krankenanstalten durch das 1991 in Kraft getretene PG, durch die 1992 im Zuge der 50. Novellierung in das ASVG aufgenommene klinischpsychologische Diagnostik und die 1993 in Kraft getretenen BKAG-Novelle und durch die seit 1995 beschlossenen Landes-KAG-Novellen gestellt wurden, gibt das nach wie vor auf die Medizin zugeschnittene Gesundheitssystem den Rahmen für die Psychologie vor, die sich darin einen Platz suchen muß (Schmidt 1997).

Im Folgenden möchte ich im Gefolge des PG die Neupositionierung der Psychologen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens relativ zu anderen Berufsgruppen darstellen. Ich beschränke mich dabei auf jene Berufe im Gesundheitswesen, die in ihrer Tätigkeit unmittelbar an der psychosozialen Versorgung teilhaben und deren Leistungsangebot sich auf diesen Sektor konzentriert. Diese über Tätigkeitsinhalte, institutionelle Rahmenbedingungen und andere Faktoren (vgl. S. 192) vorgenommene Abgrenzung hin zu anderen Berufsgruppen ermöglicht es mir, die psychosoziale Versorgung im folgenden Abschnitt als Hauptpunkt im Auge zu behalten. Unter diesem Aspekt fallen etwa die Pflegeberufe weg, deren Tätigkeit eine immense psychosoziale Komponente innewohnt, die sich

jedoch (vorläufig noch) nicht vorwiegend über diese Komponente beruflichen Handelns definieren bzw. legitimieren.

Für die folgende Analyse ist auch zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Berufsgruppen in unterschiedlichen beruflichen und institutionellen Kontexten tätig sind, divergierende Ausbildungen absolviert haben und daher voneinander abweichende Einstellungen und Praktiken aufweisen. Insbesondere die Schnittstelle ambulante und stationäre Versorgung ist hier von Bedeutung, da sie für die Organisation beruflicher Praxis unterschiedliche Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt.

Da ich mich im Folgenden vorwiegend auf die im extramuralen Sektor tätigen psychosozialen Berufsgruppen beschränken werde, möchte ich hier die historisch gewachsene Struktur dieses Versorgungssektors skizzieren.

Diese ist grundsätzlich auf die Organisationsform der Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes zugeschnitten. Dieses Modell beruflicher Praxis ist auch durch die Art der Finanzierung der Leistungen vorwiegend kurativ medizinisch ausgerichtet. Es ermöglicht kaum psychosoziale, sozialtherapeutische und public-health Initiativen, und bietet daher kaum Beschäftigungschancen für nichtärztliche Berufsgruppen, die ohne ärztliche Anweisung arbeiten dürfen (Döhler 1997). Dies wird auch durch die vom HVST forcierten Einzelleistungsvergütungen unterstützt, da sie eine klare knappe Definition von Leistungen zulassen, wie es für die naturwissenschaftlich-orientierte somatische Medizin üblich ist. Eine Ausweitung des Leistungskatalogs des HVST orientiert sich demnach an den ärztlichen Leistungen und unterstützt eine Expansion des medizinischen Leistungsspektrums.

Es sind also die Finanzierungstechniken, Aufgabendefinitionen und Organisationsstrukturen im ASVG, die eine sehr arztlastige Personalstruktur im Gesundheitswesen bzw. eine starke Arztzentrierung in der ambulanten Versorgung fördern (Döhler 1997; vgl. Kapitel 6.3.1).

Eine Verzahnung der ambulanten Versorgung mit neuen Berufen ist schwierig. Neue Formen beruflicher Praxis sind Tageskliniken oder Unfallambulanzen, die teilweise aus Krankenhäusern ausgegliedert, auf kommerzieller Basis betrieben und tendenziell von der medizinischen Profession dominiert werden. Obwohl Gemeinschaftspraxen kaum andere bzw. professionübergreifende Beschäftigungseffekte bedingen und von größeren Organisationseinheiten keine besseren Beschäftigungschancen für nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erwarten sind, kommt es in diesem Bereich dennoch zu Änderungen in den Entscheidungsstrukturen und zum Abbau der Dominanz der ärztlichen Profession (Döhler 1997). Durch die organisatorische Aufsplitterung der Gesundheitsversorgung und dem daraus resultierenden Aufklaffen von Lücken von beruflichen Handlungsfeldern nimmt die Dominanz ärztlich produzierter Leistungen ab bzw. wird zurückgedrängt. Die psychosoziale Versorgung im medizinischen Versorgungssystem benachteiligt somit tendenziell die Ärzte. Dem ist auch so, interpretiert man die zunehmende Spezialisierung der Psy-Berufe und die daraus resultierende zunehmende horizontale

Differenzierung als Indiz für Erosionserscheinungen medizinischer Behandlungsmodelle im psychosozialen Sektor. Es entstehen jedenfalls für psychosoziale Berufe Expansionsräume am Arbeitsmarkt, die zu einem Statusgewinn beitragen könnten, infolge der Konfliktscheuheit psychosozialer Berufe jedoch oft nicht ausgenützt werden, da Verschiebungen von angestammten Versorgungs- und damit Professionsgrenzen als sehr schwierig erachtet werden (Döhler 1997) bzw. auch (noch) an der Abschottungspolitik der österreichischen Ärzteschaft scheitern.<sup>283</sup>

Trotz dieser Einschätzung, dass medizinische Berufe tendenziell aus dem psychosozialen Sektor verschwinden, glaube ich, dass die zunehmende horizontale Differenzierung psychosozialer Berufe und der von ihnen geführten psychosozialen Einrichtungen für eine kommerzielle Betreuung problematisch sind. Psychosoziale Angebote werden in großem Umfang von sozialstaatlichen Angeboten in Form psychosozialer Beratungsstellen übernommen und ermöglichen aufgrund berufsethischer und versorgungspraktischer Prinzipien nicht jene ausschließlich auf die Funktionalität der Klienten abzielende Professionellen-Klienten Beziehung.

Andererseits kann man davon ausgehen, dass die Professionalisierungsbemühungen der nichtärztlichen Psy-Berufe von der „Nachahmung ärztlicher Organisationsmodelle“ ausgehen und eine „arztähnliche Institutionalisierung eine expansionsfördernde Wirkung hat, weil sie den nichtärztlichen Gesundheitsberufen die Fähigkeit zur Selbstverwaltung und damit zur Beeinflussung von Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalten eröffnet und zu einer Reduktion der Statusdifferenzen zur ärztlichen Profession beiträgt“ (Döhler 1997, S. 158).

Entlang dieser Argumentationslinie kann man sagen, dass die Professionalisierung der Psy-Berufe, „unter Wahrung berufsspezifischer Identitäten, die selektive Übernahme einzelner Elemente des ärztlichen Professionsmodells“ (Döhler 1997, S. 190) beinhaltet.

Im folgenden Kapitel versuche ich jene Berufe im österreichischen Gesundheitswesen darzustellen, die zu wesentlichen Teilen Psy-Tätigkeiten ausführen und sich großteils über diesen Aspekt beruflichen Handelns definieren.

Ich orientiere mich dabei an folgendem Darstellungsschema:

- theoretischer Aufriß über die Disziplin - mit was befaßt sich Disziplin - welches Handlungsmodell liegt dem Beruf zugrunde
- Zuständigkeitsbereich - Betreuungs- und Behandlungsangebote
- gesetzliche Verankerung beruflicher Tätigkeit: extramural - intramural
- Aus- und Fortbildung - berufsrelevante Forschung
- Zulassung: welche Personen sind zum beruflichen Handeln berechtigt?
- berufstätig (Jahr/N) - selbständig (Jahr/N) - Angestellte (Jahr/N)

---

<sup>283</sup> ein Indiz dafür ist fehlende akademische Ausbildung für medizinische Assistenzberufe (Döhler 1997)

- . Arbeitsplatz (in welcher Form/wo): Gruppenpraxen - multiprofessionelle Tätigkeit organisatorische Einbindung
- . Eigenverantwortlichkeit - Kontrolle der Tätigkeit
- . Monopol für Tätigkeiten
- . Dominanz über andere Berufsgruppen
- . Bezahlung der Leistungen
- . finanzielle Barrieren bei Inanspruchnahme der Leistungen (Kostenfilter)
- . Spezialausbildungen
- . berufseigene Interessenvertretung

## 7.2 Nichtärztliche Psy-Berufe<sup>284</sup>

### 7.2.1 Klinische Psychologen

Die „Klinische Psychologie ist jene Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen, krankheitsfördernden psychischen Beeinträchtigungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen befaßt“<sup>285</sup> (Baumann und Perrez 1990, S. 19; auch Berufsbildausschuß des PB). Dabei werden unter krankheitsfördernden psychischen Beeinträchtigungen und Störungen nicht nur jene Phänomene subsumiert, die im ICD-10 oder DSM-IV aufgelistet werden, sondern sie beinhalten nach Ansicht Baumanns darüber hinaus gemäß der medizinischen Terminologie auch Phänomene ohne "Krankheitswert", wie Partnerkonflikte, Selbstwertprobleme etc. (Baumann, Protokolle des PB). Reinecker (1994), ein gängiges Lehrbuch der Klinischen Psychologie im deutschen Sprachraum, ordnet der Klinischen Psychologie die dem menschlichen Erleben und Verhalten zugrundeliegenden Störungen einer psychiatrischen Nosologie zu, wie etwa Phobien, Zwangsgedanken, Depressionen, Alkoholismus etc. (vgl. Inhaltsverzeichnis Reinecker (1994); Tölle 1997<sup>286</sup>). Autoren wie Basler (1988) oder Florin und Fiegenbaum (1992, S. 3) hingegen meinen, dass die Klinische Psychologie sich "aber auch - und dies ist möglicherweise weniger geläufig - mit körperlichen Funktionsstörungen und Erkrankungen und mit körperlichen Beschwerden" beschäftigt. Sie trägt nach Florin und Fiegenbaum (1992, S. 3) ebenso zur „Erforschung allgemeinmedizinisch-pathogener Mechanismen bei und versucht hier, ihr Wissen zur Verbesserung der Behandlungserfolge nutzbar zu machen.“ Auch im Kurzkommentar des PG (Kierein et al. 1991, S. 43f) wird die Klinische Psychologie auf „psychische Phänomene somatischer Erkrankungen und auf psychische Störungen und Leidenszustände“ beschränkt.

<sup>284</sup> in Anlehnung an Ingleby, D. (1985). Professionals as socialisers: The „PSY Complex“. In: Spitzer, S. Scull, A. (Hrsg.). Research in law, deviance and social control. Vol. 7. Greenwich/London: JAI Press. zit. n. Forster (1997, S. 242ff)

<sup>285</sup> Dieser Definition schließt sich auch der BÖP inhaltlich an.

<sup>286</sup> Tölle, R. (1997). Psychiatrie. Berlin: Springer. (Standardlehrbuch im deutschen Sprachraum).

Für den BÖP ist die Klinische Psychologie in einem 1995 herausgegeben Positionspapier „allumfassend, störungsorientiert, ganzheitlich und eklektisch in der Vorgehensweise.“ Laut BÖP betont sie vor allem die Krankheitswertigkeit in ihrer Arbeit. Dieses allgemein formulierte Konzept erlaubt keine inhaltliche Annäherung an ein klinischpsychologisches Theoriekonzept. Lediglich die im Wort klinisch erwähnte Klinifizierung (Hörmann und Nestmann 1985) ermöglicht, indem sie auf Bestrebungen der Klinischen Psychologie in Richtung Individualisierung, Selektion, ätiologisches Denken, psychopathologische Betrachtungsweise<sup>287</sup> hinweist, eine ansatzweise inhaltliche Zuordnung an medizinische Handlungsfelder.

Entlang dieser Logik meint Zaumseil (1978), dass diese Bestrebungen Ursache dafür sein könnten, dass sich die Klinische Psychologie in ihrem Selbstverständnis und Strategien ihrer Verberuflichung stark am Muster der Ärzte anlehnt und sich stolz mit klinischen Insignien der medizinischen Profession brüstet.

Neben dieser kurativen Ausrichtung, die eine enge Bindung an das medizinische Versorgungssystem bewirkt, sind Klinische Psychologen ebenso im Bereich der Rehabilitation, der Suchttherapie, der Betreuung Straffälliger, der Erziehungsberatung und auch in Arbeitsfeldern tätig, die gemeinhin nicht zum Einflußbereich des medizinischen Handlungsmodells zählen. Insbesondere in diesen zuletztgenannten Handlungsfeldern erweist sich eine „integrierte psychologische Behandlung bei somatischen Leiden als zielführend bei der Vorbeugung von Rückfällen, der Einhaltung der compliance und dem coping“ (Kryspin-Exner<sup>288</sup> 1994, S. 12). Dabei orientiert sich die Klinische Psychologie mit dem „integrativen Einbau verschiedener psychotherapeutischer Ansätze“ (Kierein et al. 1991, S. 43) stark an der Psychotherapie, „wobei sich die psychologische Behandlung von psychotherapeutischen Schulen mit spezifischer Ätiologie und Behandlungsstrategien durch ihre breite Fundierung unterscheidet“ (1991, S. 43). Zusätzlich erstreckt sich die klinischpsychologische Behandlung auch auf präventive und rehabilitative Konzepte (Fachausschuß des PB "Berufsbild des Klinischen Psychologen"). Inhaltlich orientiert sie sich an der Psychologie des Lernens und damit an der Verhaltenstherapie, die im Zusammenhang mit verhaltensbedingten chronischen Krankheiten effizient zu sein scheint (Wittchen et al. 1989; Margraf 1996). Hier ist der wesentliche Unterschied zur Verhaltenstherapie, dass die Klinische Psychologie auf „Grundlage allgemein-psychologischer Erkenntnisse für psychische und somatische Störungen operiert und nicht ausschließlich problem- und zielorientiert vorgeht“ (Kryspin-Exner 1994, S. 50). Zusammenfassend läßt sich sagen, dass die Klinische Psychologie mit ihrer kurativen Ausrichtung eine inhaltliche Nähe zur Medizin mit einer hohen Präsenz in nicht medizinischen Arbeitsfeldern besitzt.

<sup>287</sup> vgl. hierzu die Überschriften eines der derzeit gängigsten Lehrbücher der Klinischen Psychologie von Baumann und Perrez (1990, 1992).

<sup>288</sup> Univ. Prof. Illse Kryspin-Exner, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin ist Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie am Institut für Psychologie a. d. Universität Wien.

Im PG<sup>289</sup> wird der psychologische Beruf im Bereich des Gesundheitswesens mit der Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden umschrieben (vgl. Kapitel 5.2). Die Ausübung des Psychologenberufes umfaßt insbesondere die klinischpsychologische Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie sich darauf gründende Beratungen, Prognosen, Zeugnisse und Gutachten, die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Einzelpersonen und Gruppen, sowie Forschungs- und Lehrtätigkeit auf den genannten Gebieten und die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte. Aus dieser gesetzlichen Definition läßt sich kein eingrenzbare klinischpsychologisches Handlungsfeld ableiten. Sie dient meiner Ansicht nach als Ansatzpunkt für eine Diskussion über die Bestimmung des beruflichen Handlungsfeldes der Klinischen Psychologie.

Anhand dieser gesetzlichen Definition wurde die klinischpsychologische Tätigkeit in zwei Gesetzen verankert (vgl. Kapitel 6). Dies sind für den Bereich der extramuralen Versorgung das ASVG und für den Bereich der intramuralen Versorgung das BKAG. Auf Basis der 50. ASVG-Novelle ist es möglich, psychologisch-diagnostische Leistungen bei Klienten, die Störungen mit Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG besitzen, über Sozialversicherungsträger zu verrechnen<sup>290 291</sup> (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 6.3). Die klinischpsychologische Behandlung wurde bisher nicht in das ASVG aufgenommen. Intramurale psychologische Leistungen wurden im Zuge der Novellierung des Bundeskrankenanstaltengesetzes<sup>292</sup> (BKAG) im Jahr 1993 im BKAG berücksichtigt (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 6.3.2). Damit wurden klinischpsychologische Leistungen umfassend in den versorgungsrelevanten Gesetzen abgesichert, wobei für die extramurale Versorgung bisher nur die klinischpsychologische Diagnostik ausreichend geregelt wurde.

Die Ausbildung zum Klinischen Psychologen besteht aus dem Diplomstudium Psychologie und einer theoretischen Fortbildung im Umfang von zumindest 160 Stunden und einer praktischen Fortbildung im Umfang von zumindest 1600 Stunden (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 5.2).

Eine berufsrelevante Forschung erfolgt durchwegs an universitären Einrichtungen bzw. wird zum Teil auch von außeruniversitären Forschungseinrichtungen und motivierten Einzelpersonen getragen. Die

---

<sup>289</sup> PG § 3

<sup>290</sup> Der Gesamtvertrag sieht in § 11 Abs. 7 vor, dass "die Zuweisung eine präzise Fragestellung und eine Verdachtsdiagnose (Wortlaut sowie ICD-9-Code) zu enthalten hat, aus der hervorgeht, dass das Vorliegen einer Krankheit im Sinne des Abs. 4 vermutet wird."

<sup>291</sup> Rundbrief der GkPP (RB) 25, 1991

<sup>292</sup> BGBl. 801/1993

Ergebnisse der Forschungen erfahren über eine Vielzahl von Veranstaltungen an öffentlichen<sup>293</sup> und privaten<sup>294</sup> (Erwachsenen)Bildungseinrichtungen eine gute Diffundierung in die Praxis, zumal in der Bevölkerung eine hohe Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit psychologischen Inhalten besteht (KfAP 1990).

In Österreich gibt es keinen Schutz für klinischpsychologische Tätigkeit. Das PG bietet nur einen Titelschutz, der die Bezeichnung „Psychologe“ (Absolvierung des Diplomstudiums Psychologie an einer österreichischen Hochschule) bzw. „Klinischer Psychologe“ (Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen) schützt. Bis Ende Juni 1993 hatten auch all jene Personen, die sich in die Liste der Klinischen Psychologen eintragen lassen wollten, und bis dahin eine klinischpsychologische Berufspraxis nachweisen konnten, formal unabhängig von einer universitären Ausbildung, die Möglichkeit dazu (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 6.1.1). Grundsätzlich sind daher alle Personen zur Ausübung klinischpsychologischer Tätigkeiten berechtigt, sofern sie sich nicht als Klinische Psychologen bezeichnen.

In Tabelle 7-1 stelle ich die in Österreich berufstätigen und zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens berechtigten und in die Liste der Klinischen Psychologen eingetragenen Personen dar. Für die Interpretation dieser Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Daten nichts über die tatsächliche Berufstätigkeit der erfaßten Klinischen Psychologen aussagen.

1998, ein Jahr nach Ende der Übergangsregelung, waren 2.288 Klinische Psychologen berufstätig. 1/3 davon sind männlichen Geschlechts, 2/3 weiblichen Geschlechts. Dies läßt im Vergleich zur Geschlechterverteilung der Absolventenzahlen darauf schließen, dass 1998 ein beträchtlicher Teil der weiblichen Absolventen nicht berufstätig war. Von den 2.288 berufstätigen Psychologen waren 1998 645 freiberuflich, 808 im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses und 835 sowohl freiberuflich als auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig. Viele Arbeitsverhältnisse waren demnach zum einen befristet und zum anderen keine „ganzen“, womit für viele Klinische Psychologen die Notwendigkeit bestand, zusätzlich freiberuflich tätig zu sein. Eine andere Ursache für die vielen freiberuflich tätigen Psychologen ist wahrscheinlich auch, dass Klinische Psychologen neben ihrer Berufstätigkeit praktische Ausbildungen im Rahmen freiberuflicher Tätigkeit absolviert haben. Daraus kann weiters eine erhöhte Bereitschaft zum Jobwechsel abgeleitet werden, was auf eine eher niedrige Arbeitszufriedenheit schließen läßt (Bierhoff 1998; Porter und Steers 1979).<sup>295</sup> Von 1994 bis 1998 ist die Anzahl der berufstätigen Klinische Psychologen um etwa 250 Personen angestiegen. Dieser relativ „schwache“ Anstieg an berufstätigen Klinischen Psychologen läßt sich zum einen durch die schlechte Arbeitsmarktlage und zum anderen durch die

<sup>293</sup> z.B. Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege

<sup>294</sup> private Bildungseinrichtungen wie z.B. „Bildungshaus Schloß Puchberg“ in Oberösterreich

<sup>295</sup> „Zufriedene Mitarbeiter sind selten krank und wechseln nie ihren Job“.

Verpflichtung der Absolvierung des Erwerbs fachlicher Kompetenz erklären, um in die Liste der Klinischen Psychologen eingetragen werden zu können.

**Tabelle 7-1:** Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens berechtigten und in die Liste der klinischen Psychologen eingetragenen Klinischen Psychologen.

<b>Geschlecht und Form der Berufstätigkeit</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
berufstätig	1.959	2.065	2.141	2.288
· davon männlich	678	706	724	756
· davon weiblich	1.281	1.359	1.417	1.532
freiberuflich tätig	498	543	570	645
Im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	749	739	760	808
freiberuflich tätig und im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	712	783	811	835

Quelle: BMAGS

Daten über die Form beruflicher Praxis und die organisatorische Einbindung Klinischer Psychologen in die Gesundheitsversorgung liegen nur in sehr eingeschränktem Umfang vor. Die für die extramurale Versorgung relevante ASVG-Regelung enthält einen Gesamtvertrag für klinischpsychologische Diagnostik, in dem die Übernahme von Kosten für klinischpsychologische Befunde geregelt wurde. Dieser befristet abgeschlossene Gesamtvertrag regelt den zeitlichen Umfang der diagnostischen Leistungen für den Hauptverband, die Öffnungszeiten, die Zuweisungsprofessionen, das Honorar und die Formen von Nebenbeschäftigungen der Klinischen Psychologen. Seit 1. Jänner 1995 besteht die Möglichkeit, klinischpsychologische Leistungen bei Wahlpsychologen einzuholen, die dieselbe Qualifikation haben müssen wie Vertragspsychologen. Im Gegensatz zu den Vertragspsychologen darf sich ein Wahlpsychologe, der Psychologe und Psychotherapeut in einer Person ist, Klienten selbst zuweisen. Klinischpsychologische Behandlung wurde bis heute nicht in das ASVG aufgenommen (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 6.3).

Im BKAG wurden für Krankenanstalten je nach Spitalskategorie 1 bis 3 Stellen für psychologische Tätigkeit festgelegt, die nach den Erläuterungen zur BKAG-Novelle jedoch auch von Psychiatern und Ärzten mit "Psy-Diplom" besetzt werden können (Graupe 1995). Der Forderung nach Institutionalisierung psychologischer Dienste mit den entsprechenden Planstellen ist trotz grundsätzlicher Einsicht der politisch Verantwortlichen in die Notwendigkeit einer psychologischen Versorgung in Krankenanstalten aus Kostengründen bisher dennoch größtenteils nicht nachgekommen worden (Gruber 1994). Schwierigkeiten ergeben sich auch bei der Abrechnung psychologischer Leistungen im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, da diese für technisch medizinische Leistungen konzipiert ist.

Klinischpsychologische Tätigkeiten werden entsprechend dem PG selbständig ausgeübt, wenn die fachlichen Kompetenzen im Sinne des PG erworben worden sind. Die Ausübung des Berufes erfolgt persönlich und unmittelbar, eigenes freies Handeln bestimmt die Tätigkeit. Es gibt nur eingeschränkte Möglichkeiten der Erteilung fachlicher Weisungen (Protokolle des PB). Ebenso existiert keine Dominanz über andere Berufsgruppen, da Klinische Psychologen aufgrund ihrer Ausbildung oder formalrechtlichen Stellung keiner anderen Berufsgruppe im Gesundheitswesen übergeordnet sind.

Aufgrund des PG gibt es kein Monopol für bestimmte klinischpsychologische Tätigkeiten. So werden in der Verordnung zur Facharztausbildung zum Psychiater<sup>296</sup> den angehenden Psychiatern Kenntnisse der Grundlagen in Klinischer Psychologie sowie Kenntnisse und Fertigkeiten bei der Anwendung spezieller psychiatrisch-psychologischer Testverfahren und bei der Beurteilung psychologischer Befunde vermittelt. Dies legitimiert Psychiater dazu, psychologische Testverfahren anzuwenden, die einen wesentlichen Teil der Berufsidentität der Klinischen Psychologen ausmachen (Graupe 1995).

Über die Zugänglichkeit zu klinischpsychologischen Leistungen liegt mir kein Datenmaterial vor. Klinische Psychologen in freier Praxis führen überwiegend klinischpsychologische Diagnostik durch. In dem diesen Leistungen zugrundeliegenden Gesamtvertrag sind die Öffnungszeiten und Kostenrefundierung durch die Krankenkassen geregelt. Für diagnostisch tätige Klinische Psychologen bedarf es einer Überweisung durch einen Arztes und/oder Psychotherapeuten. Diese müssen entweder freiberuflich niedergelassene Vertragsfachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Kinderheilkunde oder Vertragspsychotherapeuten sein.<sup>297</sup> Eine Zuweisung durch einen praktischen Arzt ist nicht vorgesehen.<sup>298</sup> Zuweisungen durch Nichtvertragsärzte bzw. Nichtvertragspsychotherapeuten können vom zuständigen Krankenversicherungsträger genehmigt werden (zur genaueren Darstellung siehe Kapitel 6.3).

Klinischpsychologische Leistungen können bei Vertragspsychologen der Krankenkassen kostenlos in Anspruch genommen werden. Die Bezahlung von Wahlpsychologen erfolgt analog zu den Wahlärzten, d.h. der Versicherte muß das Honorar selbst bezahlen und erhält 80% des üblichen Tarifs von den Kassen zurückerstattet. Klinischpsychologische Behandlung wird von den Krankenkassen nicht bezahlt. Dadurch besteht für Patienten die Gefahr, eine inadäquate und insuffiziente Behandlung auf

---

<sup>296</sup> BGBl. Nr. 152/1994

<sup>297</sup> entsprechend dem zwischen HVST und BÖP abgeschlossenen Gesamtvertrag § 11 Abs. 7

<sup>298</sup> Diese kann jedoch nach Auskunft des HVST über den Umweg einer Kassenzuweisung erreicht werden.

Krankenschein zu erhalten.<sup>299</sup> Dieser Argumentationslinie schloß sich in abgeschwächter Form auch die GkPP (GkPP - RB 25, 1991) mit dem Hinweis an, "dass nicht für alle Beschwerden Psychotherapie als Behandlung zielführend ist und als Alternative sich klinischpsychologische Behandlung empfiehlt" (S. 12).

Die berufseigenen Interessensvertretungen der Psychologen sind der Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP) und die Gesellschaft kritischer Psychologinnen und Psychologen (GkPP).

Der BÖP wurde 1953 als gesamtösterreichische Vereinigung mit Sitz in Wien gegründet (Statuten des BÖP, März 1995). Er bezweckt den gesetzlichen Schutz für die Tätigkeit aller Psychologen, die Vertretung der Interessen von Psychologen, die Information der Öffentlichkeit über die Bedeutung der Psychologie und der Arbeit von Psychologen in der Gesellschaft, die Förderung der Umsetzung psychologischer Erfahrungen und Erkenntnisse, die Beratung und Information der Mitglieder in Berufsangelegenheiten, die Durchführung von Veranstaltungen zum Erwerb fachlicher Kompetenz entsprechend den Bestimmungen des PG und die Einbeziehung von Studenten der Studienrichtung Psychologie in die Aktivitäten des Berufsverbandes, insbesondere im Hinblick auf den Berufseinstieg.

Der BÖP vertritt derzeit<sup>300</sup> 1514 akademisch ausgebildete Psychologen und 260 studentische Mitglieder. Die Sektion Klinische Psychologie hat 1.318<sup>301</sup> (nichtstudentische) Mitglieder.

Die GkPP wurde 1985 als gesamtösterreichische Vereinigung mit Sitz in Wien gegründet. Sie vertritt derzeit 300 Mitglieder, die in verschiedenen psychologischen Arbeitsfeldern tätig sind (Kurzdarstellung der GkPP). Der Verein hat seinen Sitz in Wien, seine Tätigkeit erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet (Statuten der GkPP, März 1997). Die Schwerpunkte der Arbeit der GkPP liegen auf der Rezeption und Weiterentwicklung kritischpsychologischer und gesundheitspsychologischer Inhalte, sowie auf der Förderung deren Umsetzung in die Praxis. Weitere Schwerpunkte sind die Weiterbildung von Praktikern und Studierenden und politischer Berufs- und Interessensvertretung für Psychologen.

## 7.2.2 Gesundheitspsychologen

Während die Klinische Psychologie eine 100jährige Geschichte hat (Bastine 1990) und somit auf ein großes Erfahrungswissen zurückgreifen kann, ist die Gesundheitspsychologie ein sehr junges Teilgebiet der Psychologie, deren Entstehung historisch durch mindestens vier Trends

<sup>299</sup> Versorgungsdefizite bestehen auf den Gebieten der neuropsychologischen Rehabilitation, der Kindertherapien (für hyperaktive Kinder und Kinder mit Teilleistungsstörungen) und des geriatrischen Bereiches entstehen, die "nur durch Klinische Psychologen abgedeckt werden können" (Interview BÖP).

<sup>300</sup> Stichtag 31.7.1998

<sup>301</sup> Stichtag 31.7.1998

angeregt worden ist. Erstens durch die Veränderung des Gesundheitsbegriffs i. S. der WHO 1946, der die psychische und soziale Komponente von Gesundheit betont, zweitens durch den Wechsel vorherrschender Krankheits- und Todesursachen, drittens durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und viertens durch den Paradigmenwechsel (bio-psycho-sozialer Ansatz) in der Kranken- und Gesundheitsversorgung (Schwarzer 1990).

Sowohl inhaltlich als auch begrifflich gibt es für die Gesundheitspsychologie derzeit noch keine einheitliche Definition (Schwenkmezger und Schmidt 1994). Die gängigste Definition dazu stammt von Matarazzo (1980, S. 815), der die Gesundheitspsychologie als "Zusammenfassung der spezifischen pädagogischen, wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Beiträge der Psychologie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Prävention und Behandlung von Krankheit sowie zur Erforschung der ätiologischen und diagnostischen Korrelate von Gesundheit, Krankheit und damit verbundenen Dysfunktionen" beschreibt.<sup>302</sup> (Schwarzer 1990; Dlugosch und Schmidt 1992). Diese Definition beschreibt die Gesundheitspsychologie allumfassend und trägt damit nichts zu einer disziplinären Klärung bei. Eher erlaubt die Skizze von Weitkunat et al. (1997) eine Annäherung an die Anwendung und Umsetzung der Gesundheitspsychologie, deren Ansicht nach sie sich vor allem mit der Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individueller und kollektiver Ebene beschäftigt. Diese dem behavioristischen Modell der Psychologie nahestehende Konzeption<sup>303</sup> konzentriert sich „vor allem in der Bestimmung und Veränderung von Verhaltensweisen und Kognitionen, die mit Krankheitsrisiken verbunden sind, oder die der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung dienen“ (Schwarzer 1990, S. 3). Dabei wird mit der Orientierung an Gesundheit in zunehmendem Maße der gesunde Mensch als Ziel- und Handlungsobjekt entdeckt (Grosse-Ruycken 1987), was zu einer Abkehr von der im derzeitigen Gesundheitswesen vorherrschenden pathologisierenden Sichtweise führt. Besonders hervorzuheben ist, dass die Betrachtungsweise der Gesundheitspsychologie ähnlich wie die der Public Health zu einer externen Verhaltensregulation einer Population führt und sich nicht nur auf die interne Verhaltensregulation (Motivation) von Individuen beschränkt (Schmidt 1997; Weitkunat et al. 1997; Schwartz et al. 1998). Schoberberger (1990, S. 11) ergänzt die Gesundheitspsychologie zusätzlich mit jenen Aspekten eines Krankheitsgeschehens, die in der heutigen Medizin unter dem Stichwort Paliativmedizin und -pflege an Bedeutung gewinnen, nämlich mit den „psychologischen und verhaltensmäßigen Aspekten des Todes, der Krankheit und des Schmerzes.“ Damit wird ein relationales und subjektives Konzept von

---

<sup>302</sup> "Health psychology is the aggregate of specific educational, scientific and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health and illness, and related dysfunctions" (Matarazzo 1980, S. 815).

<sup>303</sup> vgl. verhaltenstherapeutisch orientierte Problemanalyse. Bartling, G. (1992). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer.

Gesundheit skizziert und mit der Betonung von Wohlbefinden ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel in der Krankenversorgung ermöglicht.

Der Berufsbildausschuß des PB nähert sich der Gesundheitspsychologie inhaltlich von zwei Seiten. Zum einen orientiert er sich in seiner inhaltlichen Annäherung an den von Miltner (1986)<sup>304</sup> für die Medizinische Psychologie vorgeschlagenen Arbeitsschwerpunkten. Diese besitzen eine individualisierende und pathologisierende Betrachtungsweise und konzentrieren sich vorwiegend auf die Entwicklung psychologischer Tests für die Diagnose einzelner Erkrankungen, die Erstellung von Methoden zur Verlaufskontrolle und Prognose von Therapieverfahren, sowie die Untersuchung und Verbesserung sozialpsychologischer und ökopyschologischer Aspekte des Gesundheitswesens. Zum anderen kommt es zur ansatzweisen Anlehnung an die Ideen, wie sie durch die Ottawacharta<sup>305</sup> umschrieben werden und in denen Abstand von der individualisierenden Betrachtungs- und Arbeitsweise der Psychologie sowie deren „individuumszentrierten sozialpädagogischen Arbeit in der Gesundheitspsychologie“<sup>306</sup> genommen wird. Schuster<sup>307</sup> (1991) greift diesen Gedanken für den ökopyschologischen Aspekt der Gesundheitspsychologie auf und baut ihn zu einem alternativen Zugang zur Gesundheitsversorgung aus, in dem sie Maßnahmen auf verschiedenen Handlungsebenen gesundheitspsychologischer Tätigkeit betont. Dazu gehören die eben in der Ottawacharta beschriebene gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und Stärkung persönlicher Kompetenzen (Fachausschusses des PB für die Berufsbilder des Gesundheitspsychologie, 1991).

Die gesetzliche Regelung gesundheitspsychologischer Tätigkeiten unterscheidet sich im PG nicht von der klinischpsychologischen Tätigkeit, die ich im Kapitel 7.2.1 skizziert habe.

Die gesetzliche Verankerung gesundheitspsychologischer Tätigkeiten erfolgt im BKAG nur für den Bereich der stationären Versorgung, wie ich es im Kapitel 6.3.2 und im Kapitel 7.2.1 dargestellt habe. Derzeit gibt es keine gesetzliche Regelung im ASVG für gesundheitspsychologische Leistungen. Allerdings besteht eine gesetzliche Verankerung gesundheitsförderlicher Leistungen im ASVG, die jedoch keine professionspezifische Zuordnung erfahren haben.<sup>308</sup> Interessant ist, dass mit der Aufnahme gesundheitspsychologischer Leistungen ins BKAG

---

<sup>304</sup> Verhaltensmedizin

<sup>305</sup> Die "Ottawa-Charta" definiert "Gesundheitsförderung als Anstrengungen, die sich darauf richten, "allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen". Gesundheit meint dabei ein "positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen sowie körperliche Fähigkeiten betont" (Badura 1990, S. 55).

<sup>306</sup> Interview: GkPP

<sup>307</sup> Frau Dr. Brigitte Schuster-Lueger ist Universitätsassistentin am Institut für Psychologie a. d. Universität Wien.

<sup>308</sup> vgl. [www.bmag.gv.at](http://www.bmag.gv.at)

Patienten Anspruch auf eine gesundheitspsychologische Leistung haben, und es damit ansatzweise zu einem Paradigmenwechsel in der stationären Krankenversorgung kommen kann, der jedoch durch die im BKAG gemachte einschränkende Formulierung des „Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes“ unterminiert werden kann. Krankenhäuser erhalten damit keinen expliziten Auftrag zur gesundheitspsychologischen Versorgung.

Die Aus- und Fortbildung wird in Kapitel 6.1 dargestellt, wobei für den Titel Gesundheitspsychologe der praktische Teil des Erwerbs fachlicher Kompetenz in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens im Umfang von 150 Stunden innerhalb eines Jahres absolviert werden muß. Ansonsten unterscheidet sich die Ausbildung derzeit nicht von der Klinischer Psychologen.

In Österreich besteht im Bereich der Gesundheitswissenschaften an den relativ vielen, jedoch vorwiegend kleinen Forschungseinrichtungen, die in diesem Bereich tätig sind, ein vergleichsweise geringes Forschungspotential (Noack 1998, Schulte 1999, Heimerl et al. 1999).

Auch für Gesundheitspsychologen gibt es in Österreich einen Titelschutz durch die Eintragung in die Liste der Gesundheitspsychologen. Dazu bedarf es der selben Anforderungen wie bei der Ausbildung der Klinischen Psychologen. Bis Ende Juni 1993 hatten all jene Personen, die sich in die Liste der Gesundheitspsychologen eintragen lassen wollten und eine gesundheitspsychologische Berufspraxis nachweisen konnten, formal unabhängig von einer universitären Ausbildung, die Möglichkeit dazu. Für die Übergangsregelung war es erforderlich, die Tätigkeit nachzuweisen, die man ausgeübt und von der man gelebt hatte. Die Gesundheitspsychologie als sehr junge Disziplin verfügte bis 1993 kaum über jene Handlungsfelder und Verwendungskontexte, die eine existentielle Sicherung für die Ausübenden gewährleisten hätten. Dennoch wurden viele Psychologen in diese Liste aufgenommen. In den Anträgen für die Aufnahme in die Liste wurden diese Tätigkeiten oftmals als Erwachsenenbildung (miß)verstanden. Dies sagt wenig über die gesundheitspsychologische Qualifikation und Tätigkeit aus. Erklären läßt sich die bereitwillige Aufnahme in die Liste der Gesundheitspsychologen mit der damals gehandhabten Praxis, die Gesundheitspsychologie als Schmalspurversion der Klinischen Psychologie zu betrachten.

Demnach möchte ich für die Interpretation der folgenden berufsbezogenen Daten der Gesundheitspsychologen einschränkend anmerken, dass ein Großteil der eingetragenen Klinischen Psychologen auch als Gesundheitspsychologen in die Liste beim BMAGS aufgenommen wurde.

Die Tabelle 7-2 stellt die in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens berechtigten und die in die Liste der Gesundheitspsychologen eingetragenen Personen dar. 1998 waren 2.288 Gesundheitspsychologen berufstätig, davon jeweils 1/3 Männer und 2/3 Frauen. Es ist davon auszugehen, dass diese ebenso bzw. vorwiegend klinischpsychologisch tätig sind, da diese große Zahl von

Gesundheitspsychologen kaum entsprechend (bezahlte) Handlungsfelder vorfinden würde. Wie auch bei den Klinischen Psychologen weist der mit 826 Gesundheitspsychologen hohe Anteil an freiberuflich und im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätigen Psychologen auf die schlechte Arbeitsmarktsituation in diesem Bereich hin. Die bis 1994 eingetragenen Gesundheitspsychologen sind im Zuge der Übergangsregelung in die Liste aufgenommen worden. Ansonsten lassen diese Daten eine ähnliche Interpretation wie die Daten der Klinischen Psychologen (Tabelle 7-1) zu.

**Tabelle 7-2:** Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens berechtigten und in die Liste der Gesundheitspsychologen eingetragenen Gesundheitspsychologen

<b>Geschlecht und Form der Berufstätigkeit</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
berufstätig	1.981	2.072	2.148	2.288
· davon männlich	698	721	739	768
· davon weiblich	1.283	1.351	1.409	1.520
freiberuflich tätig	498	536	565	640
Im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	765	759	780	822
freiberuflich tätig und im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	718	777	803	826

Quelle: BMAGS

Zur Berufsausübung und Organisation beruflicher Praxis von Gesundheitspsychologen liegen mir keine Daten vor. Gesundheitspsychologische Aktivitäten werden in Österreich im Bereich von Public Health Aktivitäten vornehmlich interdisziplinär durchgeführt und werden kaum Gesundheitspsychologen zugeordnet.<sup>309</sup>

Da es für die Gesundheitspsychologie keinen eigentlichen Tätigkeitsbereich gibt, existiert, auch wegen der multiprofessionellen Arbeitsweise, kein Monopol für Tätigkeiten und ebenso keine Dominanz über andere Berufsgruppen.

Über die Bezahlung der Leistungen liegen mir ebenso keine Daten vor. Leistungen betreffend die Gesundheitsförderung können hinkünftig auf gesetzlicher Grundlage des ASVG abgerechnet werden.<sup>310</sup>

Zur Zugänglichkeit von gesundheitspsychologischen Leistungen, deren Einbindung in die Gesundheitsversorgung, das Überweisungsverhalten und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen liegen mir keine Informationen vor.

<sup>309</sup> vgl. „Allianz Gesundheitsberufe“, die vom Obmann des ÖBVP, Dr. Pritz gegründet wurde.

<sup>310</sup> vgl. [www.bmags.gv.at/](http://www.bmags.gv.at/) Artikel von Geppert

Entsprechende Spezialausbildungen, die die Gesundheitspsychologie am ehesten ergänzen könnten, werden in Deutschland in Form von Public Health Lehrgängen und in Österreich von im Bereich Public Health forschenden und arbeitenden Einrichtungen angeboten (Noack 1998, S. 603).

Hinsichtlich der Darstellung der berufs eigenen Interessensvertretungen möchte ich auf das Kapitel 7.2.1 verweisen. Hierbei ist zu erwähnen, dass sich die GkPP in ihren berufspolitischen Aktivitäten vehement um die Berücksichtigung gesundheitspsychologischer Inhalte und Ideen auf Makroebene des Gesundheitswesens bemüht, die sich unter anderem an den Ideen der Ottawacharta orientieren, während der BÖP vorwiegend gesundheitspsychologische Inhalte auf Ebene der Individuen (Mikroebene) forciert.

### 7.2.3 Psychotherapeuten

Seit 1. Jänner 1991 stehen auf Grundlage des PthG<sup>311</sup> Psychotherapeuten als freie Gesundheitsberufe für die Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen zur Verfügung.

Auf dieser Basis werden von den Psychotherapeuten folgende psychotherapeutischen Leistungen erbracht: Psychotherapeutische Behandlung samt Krankenbehandlung einschließlich der Diagnostik und Indikation, psychotherapeutische Beratung und Betreuung, dies sind insbesondere Maßnahmen der Ehe-, Partner-, Familien- und Erziehungsberatung, Sexualberatung, Schul- und Studentenberatung, Berufs- und Organisationsberatung, Drogen- und Suchtgiftberatung, Konfliktberatung (Mediation), Psychotherapeutische Ausbildungstätigkeit,<sup>312</sup> Maßnahmen der Persönlichkeitsentwicklung, Supervision von Einzelpersonen und Gruppen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, Psychotherapeutische Befunde und Gutachten (Broschüre des ÖBVP, o. J.).

Der Umfang der psychotherapeutischen Berufsausübung ergibt sich aus § 1 des PthG. Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes 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 zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des

---

<sup>311</sup> BGBl. 361/1990

<sup>312</sup> gem. §§ 3ff und 6ff des PthG

Behandelten zu fördern". Damit besitzt die Psychotherapie eine Fokussierung auf krankheitswertige Störungen und besitzt demnach eine inhaltliche Nähe zur Psychiatrie.

Die gesetzliche Verankerung psychotherapeutischer Tätigkeiten erfolgt wie bei psychologischen Leistungen im ASVG und BKAG. Die ambulante Versorgung wird im ASVG geregelt, wobei in der 50. ASVG-Novelle vorgesehen wurde, dass im Rahmen der Krankenbehandlung eine psychotherapeutische Behandlung durch die in die Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Personen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt werden und Kassenkosten als Sachleistung in Anspruch genommen werden können. Die intramurale psychotherapeutische Versorgung wird im BKAG bzw. in den Krankenanstaltengesetzen der Länder geregelt. Eine explizite disziplinäre Unterscheidung zur Psychologie ist darin nicht vorgesehen.

Die Ausbildung zum Psychotherapeuten ist zweistufig. Grundlage ist das psychotherapeutische Propädeutikum, das eine Einführung in den wissenschaftlichen Gegenstand der Psychotherapie darstellt und insgesamt 1.315 Stunden umfaßt (765 Stunden im theoretischen Teil und 550 Stunden im praktischen Teil). Der zweite Teil der Psychotherapieausbildung ist das psychotherapeutische Fachspezifikum, dessen theoretischer Teil mindestens 300 Stunden und dessen praktischer Teil zumindest 1.600 Stunden dauern muß (vgl. hierzu genauer Kapitel 5.2). Die Psychotherapie ist damit durch die außeruniversitäre Ausbildung kein akademischer Gesundheitsberuf. Durch die enge Verknüpfung der Ausbildungseinrichtungen mit der praktischen Versorgung gestaltet sich die Ausbildung besonders praxisrelevant. Eine berufsrelevante Forschung erfolgt zum Teil an den Ausbildungseinrichtungen, wird jedoch zum überwiegenden Teil von Psychologen und universitären psychologischen Einrichtungen getragen (Grawe et al. 1994).

In der Tabelle 7-3 werden Haupt- bzw. Quellenberufe der in die Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Personen angeführt. Etwa 1/3 davon sind Psychologen, womit sie zur dominierenden Profession in der Psychotherapie werden und wesentlich die Identität und berufliche Praxis der Psychotherapeuten bestimmen. Die zweithäufigst repräsentierte Profession sind Ärzte und hier insbesondere Psychiater. Andere helfende Professionen mit unterschiedlichen und zum Teil sehr divergierenden Zugängen zum psychotherapeutischen Selbstverständnis sind Diplom-Sozialarbeiter und Lehrer. Interessant ist, dass „sonstige Berufe“ die zweitgrößte Gruppe sind. Dies läßt auf ein großes Interesse und eine große Motivation bei nichthelfenden Berufen schließen, eine psychotherapeutische Ausbildung (zumindest teilweise<sup>313</sup>) absolviert zu haben.

---

<sup>313</sup> für die Eintragung in die Liste der Psychotherapeuten während der Übergangsregelung war es nicht erforderlich, die Ausbildung abgeschlossen zu haben. Man mußte hingegen nachweisen, dass man vom Beruf des Psychotherapeuten (psychotherapeutischen Tätigkeit) gelebt hatte.

**Tabelle 7-3:** Häufigkeitsverteilung der Hauptberufe der Psychotherapeuten<sup>314</sup>

Berufe	Anzahl	%
gesamt	3.121	100,00
Psychologen	1.116	35,76
Psychiater	284	9,1
Diplom-Sozialarbeiter	284	9,1
sonstige Ärzte	275	8,81
Lehrer	192	6,15
Theologen	49	1,57
Ehe- und Familienberater	36	1,15
Krankenpflegefachdienst	36	1,15
Physiotherapeuten	15	0,48
Ergotherapeuten	13	0,42
Musiktherapeuten	11	0,35
Philosophen	11	0,35
Erzieher	8	0,26
Logopäden	7	0,22
Erziehungswissenschaftler	6	0,19
Medizinisch technischer Dienst	2	0,06
Sonstiges	48	1,54
ohne Nennung	727	23,29

Quelle: Stumm G. et al. (1996). Handbuch für Psychotherapie und Psychosoziale Einrichtungen. Wien: Falter Verlag. (S. 24).

Zur Ausübung von Psychotherapie sind in Österreich all jene Personen berechtigt, die in die Psychotherapeutenliste des BMAGS eingetragen sind, sowie Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision, die sich in einem fortgeschrittenen Ausbildungsstadium befinden. Die Eintragung in die Psychotherapeutenliste setzt ein Mindestalter von 28 Jahren und die Qualifikation, wie sie im PthG bestimmt ist, voraus.

Entsprechend einer ÖBIG Studie (1997) sind einige Psychotherapeuten nur nebenberuflich tätig oder üben ihren Beruf nicht aus. Genaue Zahlen liegen mir dazu nicht vor. Demzufolge zeigt die Tabelle 7-4 „nur“ die in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychotherapeutischen Berufes berechtigten und in die Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Psychotherapeuten, nicht jedoch die Zahl der aktiv tätigen Psychotherapeuten.

1998 waren 4.621 Psychotherapeuten eingetragen, etwa 1/3 davon waren Männer, 2/3 Frauen. Eine freiberufliche Tätigkeit dominiert bei Psychotherapeuten. Es waren doppelt so viele Psychotherapeuten freiberuflich als im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses berufstätig. Sowohl freiberuflich als auch in einem Angestelltenverhältnis arbeiteten 1.871 Psychotherapeuten. Die Relation zwischen freiberuflich tätigen und im

<sup>314</sup> Die Daten entstammen aus einer Untersuchung von Stumm G. et al. (1996).

Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätigen Psychotherapeuten beträgt zwischen den Jahren 1994 und 1998 durchwegs immer 2 : 1.

Von den bis 1994 3.577 in die Liste eingetragenen Psychotherapeuten wurde der überwiegende Teil im Zuge der Übergangsregelung eingetragen.

Die Anzahl der berufstätigen Psychotherapeuten nahm zwischen 1994 und 1998 aufgrund einer intensiven Ausbildungs- und Approbationstätigkeit um etwas mehr als 1000 Psychotherapeuten zu. Zwischen Juli 1997 und Jänner 1998 nahm die Anzahl der berufstätigen Psychotherapeuten sogar um mehr als 500 Personen zu.

**Tabelle 7-4:** Statistik der in Österreich zur selbständigen Ausübung des psychotherapeutischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens Berechtigten und in die Liste der Psychotherapeuten eingetragenen Psychotherapeuten

<b>Geschlecht und Form der Berufstätigkeit</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
berufstätig	3.577	3.763	3.959	4.621
· davon männlich	1.360	1.425	1.482	1.653
· davon weiblich	2.217	2.338	2.477	2.968
freiberuflich tätig	1.361	1.493	1.614	1.901
Im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	824	757	748	849
freiberuflich tätig und im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig	1.392	1.513	1.597	1.871

Quelle: BMAGS

Psychotherapie der oben umschriebenen Tätigkeiten wird eigenverantwortlich ausgeführt, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden. Psychotherapeuten entscheiden eigenständig, ob eine Psychotherapie indiziert ist. Das Verhältnis von Psychotherapeuten zu anderen Berufsgruppen ist das einer gleichberechtigten Kooperation und wechselseitigen Konsultation (vgl. PthG). Entsprechend den Berufspflichten der Psychotherapeuten müssen sie ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft ausüben. Zur Mithilfe können sie sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren Anordnungen und unter ihrer ständigen Aufsicht handeln (PthG § 14).

Damit wird im PthG besonders die Eigenverantwortlichkeit der psychotherapeutischen Arbeit betont, und damit deren Professionalisierungsbestrebungen hervorgehoben.

Da das PthG keinen Tätigkeitsschutz vorsieht, ist es anderen Berufsgruppen erlaubt, Psychotherapie durchzuführen, wenn sich diese nicht gleichzeitig als Psychotherapeuten bezeichnen. Jedenfalls können Ärzte ohne eine Eintragung in die Liste der Psychotherapeuten, jedoch mit Absolvierung der Psy-Diplome der ÖAK, Psychotherapie durchführen und psychotherapeutische Leistungen mit den Krankenkassen verrechnen.

Die Inanspruchnahme von Psychotherapie in freier Praxis ist in der Regel mit hohen Kosten verbunden (ÖBIG 1997). In Österreich kann man vier Möglichkeiten der Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen unterscheiden (Stumm 1996, S. 43ff): Zum einen gibt es kostenlose Angebote für Klienten. Diese Möglichkeit besteht insbesondere in niederschweligen Einrichtungen, z.B. in Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Psychotherapie auf Krankenschein anbieten, wie etwa Ambulatorien oder subventionierte Beratungsstellen (Frauenberatungsstellen, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Studentenberatung, Schulpsychologischer Dienst) und die die Kosten für die Psychotherapie zur Gänze übernehmen.

Weiters gibt es Kostenzuschüsse durch Krankenkassen, die infolge der 50. ASVG-Novelle (1991) zur Pflichtleistung wurden. Als Voraussetzung für die Gewährung von Kostenzuschüssen gelten die Leistungstransparenz der Psychotherapeuten und das Ausfüllen eines Fragebogens der Krankenkassen hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit der Klienten,<sup>315</sup> wobei eine Krankheitswertigkeit des zu behandelnden Problems im Sinne des ASVG erforderlich ist. Hier stellt sich die Klassifikation psychischer Störungen nach dem ICD-9 als ungenügend heraus, da viele Störungsbilder im ICD-9 nicht erfaßt werden können (vgl. etwa Partnerprobleme) (ÖBIG 1997). Für die Kostenrefundierung ergeben sich für jene Klienten Probleme, die in der Antragstellung weder Erfahrung noch Übung haben, was zu Problemen bei der Inanspruchnahme beiträgt. Eine Finanzierung durch ausschließliche Selbstbezahlung der Klienten ist ebenfalls möglich. In den beiden letzten Zahlungsmodalitäten werden in der Regel die Honorare nach dem Einkommen der Klienten gestaffelt (ÖBIG 1997). Dennoch besteht bei Selbstzahlung eine erhebliche Differenz zwischen den tatsächlich anfallenden Kosten und den Refundierungen durch die Krankenkassen, die sich nicht nach sozialen Gesichtspunkten orientieren (ÖBIG 1997). Somit kommt es zu einer - wenn auch verminderten - Ausgrenzung sozial schwacher Personen.

Die Zugänglichkeit zu Leistungen der Psychotherapie ist für Klienten in erheblichem Ausmaß eingeschränkt (ÖBIG 1997), da viele Psychotherapeuten nicht haupt-, sondern vielfach nebenberuflich tätig sind bzw. den Beruf (derzeit) nicht ausüben und nur wenige Stunden pro Woche zur Verfügung stehen (ÖBIG 1997). Weiters besteht eine regionale Ungleichverteilung, indem in Städten mehr psychotherapeutische Praxen vorhanden sind und weil es kein Mindest-Psychotherapieangebot in jedem Bezirk gibt (ÖBIG 1997). Dies wirkt sich auch nachteilig für die Inanspruchnahme einer Behandlung mit den damit verbundenen Hemmschwellen aus, da, meiner Erfahrung nach<sup>316</sup>, psychotherapeutische Behandlungsangebote am Land, aufgrund der damit verbundenen

<sup>315</sup> Werner Vogt spricht in diesem Zusammenhang von einer „Mautstelle für psychisch Kranke“ (Natter und Reinprecht 1992)

<sup>316</sup> Entsprechende Eindrücke gewann ich bei meinen Recherchen für die IBE Projekte: „Evaluierung der Geschützten Werkstätten nach § 11 BEinstG“ (1993), „Evaluierung des GSS Steyr“ (1999) und „Qualitätsmanagementmaßnahmen für die Fachbegleitenden Dienste“ (1999).

Stigmatisierung, weniger in Anspruch genommen werden. Weiters behindern sozioökonomische Möglichkeiten, die mangelnde Sensibilisierung für psychische Befindenszustände und die teilweise fehlende Kooperationsbereitschaft mit zuweisenden Ärzten die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (ÖBIG 1997). Wegen dieser ungünstigen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme bestehen etliche freie Kapazitäten bei in freier Praxis tätigen Psychotherapeuten, zumal der überwiegende Teil (ca. 70-90% ja nach Bundesland) hier arbeitet (ÖBIG 1997). Die Verwendung mehrerer psychotherapeutischer Verfahren ist durchaus üblich. Etwa die Hälfte der Psychotherapeuten ist auf eine bestimmte Personengruppe und ebenso etwa 50% auf eine bestimmte Störungsgruppe spezialisiert.

Eher selten erfolgt durch praktische Ärzte trotz häufig diagnostizierter Symptome, die eine entsprechende Abklärung durch einen Psychotherapeuten erfordern könnten, eine Überweisung zur Psychotherapie. Zwischen Psychotherapeuten und Fachärzten gibt es allerdings eine gut funktionierende Kooperation (ÖBIG 1997). Die Mehrzahl der Klienten kommt über Empfehlung oder Zuweisung zur Psychotherapie mit einer relativ hohen „Treffersicherheit“ (ÖBIG 1997, S. 113) hinsichtlich der Diagnose. Psychotherapeuten übernehmen im psychosozialen Feld auch eine Vermittlungsfunktion, indem sie quasi als „Clearingstelle“ fungieren.

Zusammenfassend läßt sich sagen: „Psychotherapie ist kein niederschwelliges Angebot, sondern mit geographischen und sozialen Barrieren behaftet. Es ist regional ungleich verteilt und damit für Bewohner ländlicher Regionen erschwert zugänglich. Weiters stellen die erheblichen Kosten ein Hürde für deren Inanspruchnahme dar. Es gibt erhebliche Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Psychotherapie. Zuweisungen zu Psychotherapeuten und von diesen sind eher die Regel als die Ausnahme und weisen ein hohe Treffersicherheit auf“ (ÖBIG 1997, S. 117)

Die berufseigene Interessensvertretung der Psychotherapeuten ist der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), der 1991 als Nachfolgeverein des „Dachverbandes österreichischer psychotherapeutischer Vereinigungen“ gegründet wurde. Er bezweckt laut den ÖBVP Statuten von 1993 die organisatorische Zusammenfassung aller in Österreich tätiger Psychotherapeuten, Psychotherapeuten in Ausbildung (ab Fachspezifikum), psychotherapeutischer Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und Forschungseinrichtungen und die Vertretung gemeinsamer beruflicher, wirtschaftlicher und sozialer Interessen dieser Personen, Gruppierungen und Institutionen. Außerdem hat er die Gestaltung von deren Arbeitsbedingungen zum Ziel, als Aufgabe die Förderung wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie. Weitere Ziele des ÖBVP sind die Verbreitung psychotherapeutischer Erkenntnisse, die Erarbeitung von Konzepten und Perspektiven, insbesondere zur psychosozialen und

psychotherapeutischen Versorgung und die Förderung und Verbesserung psychotherapeutischer Gutachtertätigkeit.

Die Anzahl der ordentlichen ÖBVP-Einzelmitglieder beträgt derzeit<sup>317</sup> 2748, hinzu kommen 55 Vereine als Mitglieder.

#### 7.2.4 Lebens- und Sozialberater

Die Lebens- und Sozialberater sind eine sehr junge Berufsgruppe in Österreich, deren Beruf erst seit 1989 gesetzlich geregelt ist. Lebens- und Sozialberatung ist ein bewilligungspflichtiges, an eine Konzession gebundenes Gewerbe und als Berufsstand der "Allgemeinen Fachgruppe des Gewerbes" der Bundeswirtschaftskammer (BWK) angegliedert.

Zepke (1995, S. 442) versteht unter Lebens- und Sozialberatung "die bewußte und geplante Beratung, Betreuung und Begleitung von Menschen in Entscheidungs- und Problemsituationen." Ziele der Lebensberatung sind "ganz allgemein die mit den Klienten gemeinsam erarbeiteten Möglichkeiten der Entwicklung der Fähigkeiten zur aktiven und positiven Lebensgestaltung und Alltagsbewältigung. Lebens- und Sozialberatung unterstützt zeitlich begrenzt und methodisch abgesichert die Planung, Erprobung und Durchführung von Handlungs- und Verhaltensalternativen auf Grundlage der aktuellen und den Klienten bewußt zugänglichen Lebenssituation" (Berufsgruppe der Lebens- und Sozialberatung in der Allgemeinen Fachgruppe der Wirtschaftskammer, o.J.).

Der Fokus der Lebens- und Sozialberatung liegt demnach auf der Beratung „normal-gesunder“ Menschen in besonderen Lebenssituationen. Sie besitzt in ihrer Konzeption keine pathologisierende, sondern eine ressourcenorientierte und störungspräventive Arbeitsweise. Inhaltlich können in der Lebens- und Sozialberatung zwei Extrema eines Beratungsverständnisses unterschieden werden: das klientenzentrierte Verständnis, welches eine begleitende und verstehende Vorgehensweise impliziert und das expertenorientierte Verständnis, das eine stärker unterstützende, informative und direktive Funktion hat. Beratungen sind in der Sitzungszahl meist auf 5 bis 20 beschränkt und können im Sinne einer Orientierungs- und Motivationsphase auch als Vorstufe für eine andere Behandlungsform angesehen werden (Stumm 1996, S. 33ff).

Lebens- und Sozialberater verstehen sich neben Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern als die vierte Säule in der österreichischen Gesundheitspolitik. Vor 1989 war dieser beraterische Bereich ein "freies Gewerbe". Das bedeutet, dass jede Person, unabhängig von ihrer Qualifikation, das Gewerbe der "psychologischen Beratung" ausüben konnte. Mit 1. Jänner 1989 wurde es als konzessioniertes Gewerbe mit der Definition des Aufgabengebietes der Lebens- und Sozialberater geregelt. Mit 1. Jänner 1991 trat die

---

<sup>317</sup> März 1998

Befähigungsverordnung<sup>318</sup> in Kraft, in der die Voraussetzungen angegeben sind, um die Konzession für Lebens- und Sozialberatung beantragen zu können. 1994 wurde der Beruf des Lebens- und Sozialberaters in Österreich in der Gewerbeordnung<sup>319</sup> gesetzlich geregelt. Im § 261 Abs. 2 wird festgehalten, dass zu den oben angeführten Tätigkeiten auch die psychologische Beratung mit Ausnahme der Psychotherapie zählt. Klinischpsychologische Diagnostik und die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden<sup>320</sup> fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Lebens- und Sozialberatung.

Die Lebens- und Sozialberatung wird in keinem versorgungsrelevanten Gesetz berücksichtigt.

Der Befähigungsnachweis für das Gewerbe des Lebens- und Sozialberaters ist dem im PG geregelten Nachweis des Erwerbs fachlicher Kompetenz sehr ähnlich.<sup>321</sup> Der theoretische Teil umfaßt Selbsterfahrung (120 Stunden), Theorie (160 Stunden) und Supervision (100 Stunden). Für den praktischen Teil der Ausbildung müssen 350 Stunden nachgewiesen werden können. Das praktische Feld für die Ausbildung ist allerdings noch nicht schlüssig. Die Ausbildungsorte von Lebens- und Sozialberatern sind sehr dezentralisiert, womit ist ein gutes Diffundieren in die Praxis möglich ist.

1996 gab es in Österreich 1.554 Personen mit einer Gewerbeberechtigung für Lebens- und Sozialberatung. Etwa 594 übten das Gewerbe auch aus, das sind etwa 40% der Lebens- und Sozialberater. Etwa 60% lassen zur Zeit (1996) ihr Gewerbe ruhen. Grund dafür ist, dass 1989, noch vor Inkrafttreten des PthG viele Psychotherapeuten, aus Angst, mit dem Beschluß des PthG die Berechtigung zu verlieren, psychotherapeutisch zu arbeiten, um eine Gewerbeberechtigung ansuchten. Der Gewerbeschein des Lebens- und Sozialberaters wäre demnach nur der Deckmantel dafür gewesen, ihre „psychotherapeutische Tätigkeit“ weiter ausführen zu können. Dies erklärt auch die relativ geringe quantitative Zunahme an Lebens- und Sozialberatern, die sich österreichweit von 1996 bis 1998 um nur 300 erhöhte.

**Tabelle 7-5:** Lebens- und Sozialberater in Österreich: 1996 und 1998

Jahr	Status	Österreich
1996	aktiv	594
	ruhend	960
	gesamt	1.554
1998	aktiv	779
	ruhend	1.068
	gesamt	1.847

<sup>318</sup> BGBl. Nr. 689/1990

<sup>319</sup> BGBl. Nr. 194/1994 im § 261

<sup>320</sup> im Sinne der Regelungen des § 3 Abs. 2 des PG

<sup>321</sup> BGBl. 689/1990 und BGBl. Nr. 197/1995 602. Verordnung

Quelle: Bundeswirtschaftskammer: Stand 30. 4. 1999

Trotz der jungen Geschichte der Lebens- und Sozialberater und der Abgrenzungsprobleme sind sie als Partner bei psychosozialen Einrichtungen akzeptiert.<sup>322</sup> Derzeit besteht von ihrer Seite wenig Grund zur Befürchtung, ihr Arbeitsmarkt könnte zu eng werden, da gerade in ländlichen Gebieten die Hemmschwelle, Psychologen oder Psychotherapeuten aufzusuchen, sehr hoch ist (Zepke 1995). Daher besteht eine große Nachfrage nach Unterstützung, die nicht den angstbesetzten Begriff "Psycho" im Titel führt. Ein wichtiges Tätigkeitsfeld sind auch Beratungsstellen, in denen Lebens- und Sozialberater eine sinnvolle Ergänzung zu Psychotherapeuten darstellen (Zepke 1995). Diese integrative Konzeption ermöglicht auch die Zuweisung von und an andere Sozialeinrichtungen und die Einbindung in die übrige psychosoziale Versorgungsstruktur, sowie die Vernetzung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen, was die wichtigste Ressource von Lebens- und Sozialberatern darstellt.<sup>323</sup>

Zur Zugänglichkeit von Leistungen von Lebens- und Sozialberatern liegen mir keine Daten vor, doch gehe ich davon aus, dass ein Großteil der Lebens- und Sozialberater, ähnlich wie Psychotherapeuten, zugleich sowohl in einem Dienstverhältnis und als auch freiberuflich arbeitet und sich die Öffnungszeiten sowie die Kostengestaltung an den Möglichkeiten und dem vorhandenen Marktbedürfnissen orientieren.

Dienstleistungen von Lebens- und Sozialberatern müssen im überwiegenden Fall von den Klienten privat ohne staatlichen Kostenzuschuß finanziert werden. Insofern bestehen finanzielle Barrieren bei der Inanspruchnahme der Leistungen von Lebens- und Sozialberatern.

Eine gesetzliche Abgrenzung zu ähnlichen Berufsgruppen ist derzeit noch nicht eindeutig. Die Abgrenzung ist auch insofern schwer zu erbringen, als die Lebens- und Sozialberatung ein sehr junges Gewerbe ist. Während sich die Psychotherapie, die psychiatrische und die klinischpsychologische Behandlung um Menschen mit einer "psychischen Störung" bemühen, beschränkt sich die Lebens- und Sozialberatung auf die Beratung und Betreuung von "normal erscheinenden Menschen", deren Problematik keinen Krankheitswert hat. Lebens- und Sozialberater führen dabei auf psychosoziale Fragen ausgerichtete Beratungen durch, die eine intensivere Hilfestellung für die Ratsuchenden erfordert.

"Für die Lebens- und Sozialberatung heikel ist die Abgrenzung zur Sozialarbeit - es gibt Überschneidungen. Die Lebens- und Sozialberatung ist keine soziale Arbeit. Zum einen hat sie eine andere Beratungsmethodik. Lebens- und Sozialberater haben auch keinen gesellschaftspolitischen Auftrag und dem daraus resultierenden Identitätsproblemen, wem sie verpflichtet sind. Es geht den Lebens- und

---

<sup>322</sup> Interview: Lebens- und Sozialberater

<sup>323</sup> Interview: Lebens- und Sozialberater

Sozialberatern nicht darum, gesellschaftspolitische Defizite auszugleichen. Sie sind nur dem Klienten verpflichtet“.<sup>324</sup>

Eine Berufsvertretung gibt es österreichweit. Sie wird administrativ von der Bundeswirtschaftskammer unterstützt, ist in einem Bundesausschuß zusammengeschlossen und agiert auf Vereinsbasis in den einzelnen Bundesländern.

### 7.2.5 Diplom-Sozialarbeiter

In Österreich arbeiten derzeit etwa 3.000 angestellte Diplom-Sozialarbeiter. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, wie etwa den Medizinerinnen und Psychologinnen ist die Sozialisation der Diplom-Sozialarbeiter relativ optimal auf die soziale Versorgung eingestellt (Strotzka 1986).

Derzeit existiert in Österreich kein Gesetz, das den Beruf der Diplom-Sozialarbeiter regelt. Es sind jedoch Bemühungen seitens des ÖBDS im Gange, ein solches zu erreichen. Dimitz (1997<sup>325</sup>) hat einen Entwurf zu einem Sozialarbeitsgesetz erarbeitet, aus dem sich ein neues Berufsselbstverständnis von Diplom-Sozialarbeitern erkennen läßt. Der Tätigkeitsbereich des Sozialarbeiterberufs umfaßt die methodische Beratung und Betreuung von Einzelpersonen, Gruppen oder dem Gemeinwesen, wenn die Alltagsbewältigung mit eigenen Mitteln und anderen gesellschaftlichen Ressourcen nicht gelingt.

Die Sozialarbeit hat keine eigene Methode, sie rekrutiert ihre Methoden aus unterschiedlichen Disziplinen und versucht diese in eine ganzheitliche Sichtweise zu integrieren. Unter diesem Aspekt bestehen am ehesten Tätigkeitsüberschneidungen zur Psychotherapie bzw. zum methodischen Know-how der Psychotherapie. Hinsichtlich der Einzelfallberatung gibt es, insbesondere was beraterische Agenden anlangt, sehr viele Überschneidungen zur Psychologie.

Die Aufnahme der Leistungen von Diplom-Sozialarbeitern im Gesundheitsbereich in den dafür relevanten Gesetzen ist trotz intensiver Bemühungen bisher nicht erfolgt. Weder im ASVG noch im BKAG werden Sozialarbeiter als Berufsgruppe erwähnt.

Die Ausbildung zum Diplom-Sozialarbeiter wurde zuletzt 1994 geregelt.<sup>326</sup> Allgemeines Bildungsziel ist die Vermittlung jenes grundlegenden Wissens und Könnens, das "eine wissenschaftliche Berufstätigkeit in Bezug auf die materiellen, physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse des Menschen in einer sich verändernden Gesellschaft" (S. 7209) befähigt. Weiters soll ein berufliches Handeln mit gesellschaftspolitischem Bezug vermittelt werden. Neben theoretischen Unterrichtsgegenständen, die an

<sup>324</sup> Interview: Lebens- und Sozialberater

<sup>325</sup> Georg Dimitz ist Mitarbeiter des Österreichischen Berufsverbandes für Diplom-SozialarbeiterInnen

<sup>326</sup> BGBl. 991/1994, BGBl. 306/1994 in der 991. Verordnung

den Akademien referiert werden, kommen praxisorientierte Unterrichtsveranstaltungen, ein Praxisseminar und die Absolvierung von Praktikas hinzu. Eine berufsrelevante Forschung gibt es in der Sozialarbeit in zunehmendem Maße (Engelke 1993).

Personen, die die Ausbildung an einer Sozialakademie abgeschlossen haben, dürfen die Berufsbezeichnung Diplom-Sozialarbeiter führen. Sozialarbeit ist jedoch nicht gesetzlich geregelt.

Über Daten zur Form der Berufstätigkeit von Diplom-Sozialarbeitern verfüge ich nicht. Die Zugänglichkeit zu deren Leistungen ist meines Wissens nach allerdings gut, da Diplom-Sozialarbeiter vorwiegend in niederschweligen Einrichtungen der sozialen Versorgung arbeiten und diese als überwiegend sozialstaatliche Angebote nicht mit Kosten verbunden sind, womit es zu keinen finanziellen Barrieren bei der Inanspruchnahme deren Leistungen kommt. Eine Zuweisung und Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen erfolgt größtenteils auf Veranlassung von Behörden, die für die Leistungen auch die Kosten übernimmt (Maas 1991; Kuhlbach und Wohlfahrt 1994).

Zielgruppen der Sozialarbeit sind vorwiegend gesellschaftliche Randgruppen - im präventiven Sinne auch die Gesamtheit der Bevölkerung.

Die berufliche Tätigkeit der Diplom-Sozialarbeiter erfolgt überwiegend in Form von Dienstverhältnissen. Für die selbständige freiberufliche Tätigkeit bedürfte es eines Gewerbescheines. Die Bezahlung der Leistungen von Sozialarbeitern erfolgt für Dienst- und nicht für Einzelleistungen.

Als berufseigene Interessensvertretung vertritt der 1950 als Dachverband gegründete ÖBDS die Berufs- und Standesinteressen der Diplom-Sozialarbeiter. In jedem Bundesland besteht ein Landesverband, der jeweils im eigenen Wirkungsbereich arbeitet.

Im folgenden möchte ich noch kurz Leistungen von im Sozial- und Gesundheitswesen tätigen Diplom-Sozialarbeitern darstellen. Klinische Sozialarbeit umfaßt ein großes Handlungsfeld. Ein wesentlicher Teil „klinischer Sozialarbeit versteht sich im Erspüren gesellschaftlicher Gegensätze, Widersprüche und Ungleichheiten, die die Krankheit zumindest mitbedingen“ (Senftleben 1994, S. 14). Eine weitere Facette klinischer Sozialarbeit ist die „Arbeit im Krankenhaus als ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Behandlung“ (Niederösterreichischer Berufsverband Diplomierter Sozialarbeiter: Positionspapier zur Sozialarbeit im Krankenhaus). Die Sozialarbeit im Krankenhaus agiert als Schaltstelle und Drehscheibe nach außen, als Kontaktstelle zu Ämtern und Behörden. Sie trägt zu einer Abstimmung der Schnittstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung bei, beugt durch eine sozialarbeiterische Nachsorge Rückfällen vor und erkennt und entschärft krankmachende Lebenssituationen (Sieberer 1994; Biegenzahn 1994; Schiessling 1994; Gneist 1994; Wolfgruber 1994).

## 7.3 Ärztliche Berufe

In den letzten zwei Jahrzehnten nahm die Anzahl der berufstätigen Ärzte rasch zu, wovon sich jedoch nur ein stetig sinkender Prozentsatz in der für die psychosoziale Versorgung relevanten freien Praxis niederläßt. Ein beträchtlicher Teil der hinzukommenden Ärzte wurde und wird vom intramuralen Bereich absorbiert, der durch einen großen Bedarf, vor allem an Fachärzten, mit dem rasanten Wachstum des Leistungsspektrums der Krankenanstalten sowie durch die Bestrebungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zusätzlich angestiegen ist (Egger 1999). Trotz des vergleichsweise niedrigen Zuwachses kann man bei niedergelassenen praktischen Ärzten praktisch keine Fehlbestände verzeichnen. Bis zum Jahr 2010 ist mit einem Wachstum der Nachfrage nach Ärzten von durchschnittlich 1,6% pro Jahr insbesondere bei der Bevölkerung der über 60jährigen zu rechnen (Cibulka-Ebner und Treytl 1994).

Durch den vermehrt geforderten Transfer möglichst vieler medizinischer Leistungen aus dem Spitals- und Ambulanzbereich zu den niedergelassenen Ärzten und zur Hauskrankenpflege wird es vermutlich in Hinkunft auch zur Schaffung neuer Organisationsformen im extramuralen Bereich wie Ordinationsgemeinschaften, Gruppenpraxen und Praxiskliniken kommen (Gesundheitsbericht 1994, S. 60). Mit diesen Formen ärztlicher Versorgung könnte den Erfordernissen einer psychosozialen Versorgung nach interdisziplinärer und ansatzweise gemeindenaher Arbeit entsprochen werden.

1990 arbeiteten rund 1.900 niedergelassene Ärzte in 750 - 800 Gruppenpraxen, das sind rund 7% aller Praxen (Gesundheitsbericht 1994, S. 61).<sup>327</sup> Weitere Gründe für die Errichtung von Gruppenpraxen sind die durch die gemeinsame Nutzung von Personal erreichte Kostenreduktion. Das ÖBIG (1990) sieht darin auch die Gewährleistung von medizinischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung, was den komplexen Anforderungen an eine Gesundheitsversorgung am ehesten gerecht werden könnte (vgl. Kapitel 7.1).

### 7.3.1 Praktische Ärzte

Praktische Ärzte sind - ausgenommen sie verfügen über einschlägiges Wissen - aufgrund ihrer Ausbildung und Sozialisation keine Experten für die Feststellung eines Bedarfs an psychosozialer Unterstützung. „Eine professionelle Indikationsstellung ist unter den üblichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit in der niedergelassenen Arztpraxis kaum möglich“ (ÖBIG 1997, S. 15) bzw. besitzt eine geringe diagnostische Reliabilität. Trotz dieser diagnostischen Mängel ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für die meisten psychischen Leiden mit und ohne

<sup>327</sup> laut Egger (1999, S. 89) wurden jedoch Gruppenpraxen bisher statistisch nicht erfaßt

Krankheitswert von Patienten (ÖBIG 1997). Ein Großteil der Patienten fühlt sich psychosozial auch adäquat betreut (Tress u. a. 1996 zit. n. ÖBIG 1997, S. 16). Insbesondere in Krisensituationen (Rothschild 1980 zit. n. Horn 1986, S. 573) ist ein primärärztliches Versorgungssystem, das in erster Linie auf einen kompetenten Hausarzt und seine Kooperationsbeziehungen mit übrigen Anbietern gesundheitsbezogener Leistungen im Gesundheitswesen aufbaut (Siegrist 1995), erforderlich.

Die ärztliche Tätigkeit ist im Ärztegesetz geregelt. Demnach ist ausschließlich dem Arzt die Ausübung der Medizin vorbehalten. Man versteht darunter „jede auf medizin-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, wie z.B. Diagnose, Behandlung, Vorbeugung etc.“ (§ 1 Ärztegesetz 1984). Ärztliches Handeln ist „...die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen ... von Geistes- und Gemütskrankheiten... und die Behandlung solcher Zustände als auch die Vorbeugung von Krankheiten“ (§ 1 Ärztegesetz 1984).

Die ärztlichen Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung erfolgen zum überwiegenden Teil durch Vertragsärzte. Die Verrechnung erfolgt auf dem Krankenkassenscheckprinzip. Für Versicherte nach dem ASVG erfolgt die Krankenbehandlung durch Vertragsärzte zur Gänze kostenlos. Bei Wahlärzten, die keinen Vertrag mit Sozialversicherungsträgern haben, muß der Patient das Honorar vorstrecken und kann die Honorarnote nachträglich beim Versicherungsträger einreichen.

In Österreich erfolgt die Ausbildung zum Humanmediziner an universitären Einrichtungen mit einer Mindeststudiendauer von sechs Jahren. Das Studium unterteilt sich in drei große Abschnitte: den vorklinischen, den klinisch-theoretischen und den klinischen Teil. Ärzte müssen das Medizinstudium mit dem Doktorat der gesamten Heilkunde abgeschlossen haben. Für das jus practicandi, die Berechtigung, selbständig ärztlich arbeiten zu dürfen, müssen Mediziner eine drei- bzw. sechsjährige Ausbildung in mehreren Fächern absolvieren. Für praktische Ärzte dauert diese mindestens drei Jahre, für Fachärzte mindestens sechs Jahre.

Eine berufsrelevante Forschung erfolgt in Österreich an allen Krankenversorgungseinrichtungen. Seit einigen Jahren hat sich außerdem „eingebürgert“, dass für die Besetzung eines Primariatpostens in einem Schwerpunktkrankenhaus eine Habilitation erwünscht wird und damit eine berufsrelevante Forschung auch in der „Peripherie“ erfolgt.

In Österreich arbeiteten 1997 10.292 allgemeinmedizinische Ärzte. Die Zahl der niedergelassenen und angestellten Ärzte ist in Österreich relativ stark im Steigen begriffen. Von 1987 bis 1997 stieg die Zahl der allgemeinmedizinischen Ärzte um 3.060, was innerhalb von zehn Jahren einen Zuwachs von 25% bedeutet. Dabei verdoppelte sich die Anzahl der angestellten Ärzte im selben Zeitraum. Hingegen kam es im selben Zeitraum nur zu einem zehnpromzentigen Anwachsen der Kassenvertragsstellen. Von den 6.298 niedergelassenen Ärzten hatten 1997 3.916 einen Kassenvertrag.

**Tabelle 7-6:** In Österreich praktizierende praktische Ärzte: 1987 und 1997

Jahr	Alle Allgemeinärzte	niedergelassene Ärzte	angestellte Ärzte	§-2 Kassenärzte
1987	7.239	5.036	2.203	3.668
1997	10.299	6.289	4.010	3.916

Quelle: ÖAK: Standesmeldungen

Die derzeit häufigste Form der freiberuflichen ärztlichen Versorgung ist die Einzelpraxis. Ärzte müssen ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten ausüben. Zur selbständigen Ausübung des Arztberufes sind nur praktische Ärzte und Fachärzte befugt. Turnusärzte dürfen nur unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte tätig werden (Egger 1999).

Formal besteht keine Dominanz gegen über anderen Berufsgruppen, etwa gegenüber dem Pflegepersonal. Informell kann, insbesondere in medizinischen Einrichtungen, diese jedoch beobachtet werden.

Die finanzielle Abgeltung ärztlicher Leistungen läßt sich in zwei Bereiche unterscheiden, nämlich in die Abgeltung der Leistungen niedergelassener Ärzte und die von Ärzten in Krankenanstalten (Egger 1999). In Österreich herrscht generell für niedergelassene Ärzte das Prinzip der Einzelleistungsverrechnung, d.h. jede Leistung, die der Arzt erbracht hat, wird verrechnet. Dabei erfolgt die Verrechnung bei Kassenärzten auf dem Krankenkassenscheckprinzip und ist überwiegend (kleinere Kassen) kostenlos. Überwiegend kommunikationsintensive Leistungen, wie etwa längerdauernde Gespräche, werden im derzeitigen Einzelleistungsverrechnungssystem inadäquat honoriert. Basis für die Honorierung bilden Gesamtverträge, die zwischen dem HVST und den Ärztekammern abgeschlossen werden.

Die finanzielle Abgeltung von Ärzten in Krankenanstalten erfolgt über Bezüge, die der jeweilige Arzt vom Rechtsträger der Krankenanstalt erhält. Bezüge von Ärzten in gemeinnützigen Krankenanstalten bestehen aus einem Dienstnehmereinkommen, das sich an landesgesetzlichen Vorschriften orientiert und den Ärztehonoraren der Sozialversicherungen. Diese Honorare haben infolge ihrer Höhe eine große Bedeutung. Eine gesetzliche Regelung hinsichtlich der Aufteilung dieser Honorare ist bisher nicht abschließend erfolgt.

Die Zugänglichkeit zu ärztlichen Leistungen ist in Österreich sehr hoch. Es gibt im Wesentlichen keine finanziellen Barrieren bei der Inanspruchnahme der Leistungen, da fast alle medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern bezahlt werden und in Österreich 99% der Bevölkerung krankenversichert sind. Für Arztbesuche sind Dienstnehmer grundsätzlich von der Arbeit freizustellen. Die Öffnungszeiten müssen so geplant sein, dass ein Kassenarzt zweimal in der Woche am Nachmittag in der Ordination tätig sein muß.

Die Einbindung der praktischen Ärzte in die Psy-Versorgung sieht so aus, dass auch jene praktischen Ärzte, die viel von Psychotherapie halten, dazu neigen, Patienten relativ selten an Psychotherapeuten zu überweisen (ÖBIG 1997). Ein gut funktionierende Kooperation beruht in erster Linie auf Basis persönlicher Kontakte zwischen praktischen Ärzten und anderen Berufen (Wille-Römer 1994).

Spezialausbildungen für Ärzte werden im Wesentlichen von der ÖAK angeboten. Für den Psy-Bereich sind dies die Psy-Diplome, die im Kapitel 7.3.3 dargestellt werden.

Die berufs eigenen Interessensvertretungen sind die Ärztekammern der Bundesländer. Sie sind in der Kammerordnung des österreichischen Ärztegesetzes (1984, §§ 64ff) geregelt. Als Kammern besitzen sie ein effektives Machtinstrument nach innen und haben entsprechend dem § 66 (Wirkungskreis) weitgehende Befugnisse in der Wahrnehmung der gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange der Ärzte. Im Gegensatz zu den anderen berufs eigenen Interessensvertretungen bestehen bei den Ärztekammern eine Pflichtmitgliedschaft für alle Ärzte (§ 68), die überdies relativ hohe Mitgliedskosten nach sich zieht.

### **7.3.2 Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie**

Die Psychiatrie ist ein medizinisches Fach und befaßt sich mit der Diagnose, Therapie und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen unter Beachtung körperlicher Störungsursachen. In den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie fallen unter anderem auch somatische Behandlungsformen, etwa die Anwendung von Psychopharmaka (Stumm 1996).

Die Neurologie ist jenes medizinische Fach, das sich mit der Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Nervensystems beschäftigt, in denen psychische Störungen nicht im Vordergrund stehen. Die Verselbständigung der Neurologie, die ursprünglich ein gemeinsames Fachgebiet mit der Psychiatrie war, entspricht deren unterschiedlichen Aufgaben und Vorgehensweisen.

Beiden Fächern gemeinsam sind eine Reihe von Methoden der Forschung und Diagnostik und mehrere Überschneidungsgebiete wie etwa Hirnkrankheiten (Tölle 1996).

Die Voraussetzungen für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ist ein an einer österreichischen Universität erworbenes Doktorat der gesamten Heilkunde. Die Ausbildung dauert 6 Jahre, wobei diese im jeweiligen Hauptfach 4 Jahre und in den Pflichtnebenfächern Innere Medizin und „Psychiatrie“ oder „Neurologie“ jeweils 1 Jahr dauern muß. Sie kann in einer Krankenanstalt oder einem Institut, das als Ausbildungsstätte für das jeweilige Hauptfach anerkannt ist, durchgeführt werden.

Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sollten entsprechend einem Lehr- und Lernzielkatalog für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie zur eigenverantwortlichen Ausübung psychiatrisch-neurologischer Tätigkeiten fähig sein. Sie sollen alle psychiatrischen Erkrankungen und Veränderungen behandeln können, imstande sein, die Eigenheiten der jeweiligen Erkrankungsphase zu berücksichtigen, das spezifische Lebensstadium in den Behandlungsplan mit einzubeziehen und die Behandlung in sämtlichen der heute weit gefächelten Behandlungssettings durchzuführen.

Psychiater nähern sich aufgrund ihrer Ausbildung den psychischen Störungen, dem Bereich der Psychosomatik bzw. den psychischen Begleitphänomenen organischer Erkrankungen eher von der biologischen Seite. „Er kann aber auch je nach spezieller Ausbildung (z.B. sozialpsychiatrische) und Schwerpunktsetzung ein psycho-soziales Erklärungsmodell für seine diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einbeziehen“ (Kryspin-Exner 1994, S. 11).

Inhaltlich orientiert sich die Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie an der Erkennung und nichtoperativen Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen des Nervensystems und der

Muskeln. Aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Handlungsmodells arbeiten Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie eher klassisch-medizinisch und nähern sich Erkrankungen eher von der biologischen Seite.

In den neueren Curricula ist in beiden Facharztausbildungen ab dem zweiten Jahr eine psychotherapeutische Ausbildung vorgesehen, die jedoch nicht obligatorisch ist. Das Lehr- und Lernziel bei den Ausbildungen besteht darin, auf die Mehrdimensionalität psychischer und neurologischer Störungen einzugehen (Kryspin-Exner 1994). Der Nachweis über die mit Erfolg absolvierte Ausbildung ist durch Zeugnisse zu belegen (Facharztprüfung). Die Kosten für die Facharztausbildung entfallen, da er als Arzt am Spitalsbett Arbeit leistet und dafür bezahlt wird.

In Österreich gab es 1997 483 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und 657 Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie. Dieses Verhältnis 43:57 gilt auch für die niedergelassenen und angestellten Ärzte. Bei den §-2 Kassenärzten wendet sich dieses Verhältnis zugunsten der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie zu 55:45. Dabei war österreichweit zwischen 1987 und 1997 bei den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie ein Zuwachs von beinahe 100% und bei den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie im selben Zeitraum ein Zuwachs von beinahe 50% zu verzeichnen. Dem gegenüber kam es nur zu einem geringen Anstieg der Kassenvertragsstellen für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, während sich die Kassenvertragsstellen für Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie beinahe verdoppelten.

**Tabelle 7-7:** In Österreich niedergelassene und angestellte Fachärzte und §-2 Kassenfachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Psychiatrie und Neurologie

Jahr	Fachrichtung	Alle Ärzte	Niedergelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	§-2 Kassenärzte
1987	Neuro. & Psych.	326	217	109	84
	Psych. & Neuro.	335	196	139	46
1997	Neuro. & Psych.	483	291	192	94
	Psych. & Neuro.	657	372	285	80

Quelle: ÖAK: Standesmeldungen

Legende:

Neuro. u. Psychiat. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Psychiat u. Neuro. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie

Ärzte, die eine psychiatrische Facharztausbildung besitzen, können mit den Krankenkassen psychotherapeutische Leistungen verrechnen, wenn der Erbringer der Leistung ein Vertragsverhältnis mit der Krankenkasse hat. Diese Leistungen werden unterschiedlich abgegolten, sind jedoch deutlich höher als Zuschüsse, die für Klienten von Psychotherapeuten abgegolten werden, die nicht Ärzte sind (ÖBIG 1997). Finanzielle Barrieren bei Inanspruchnahme der Leistungen gibt es praktisch keine.

### 7.3.3 Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin

Relativ zeitgleich mit dem Beschluß des PG und des PthG hat die ÖAK 1989 "im Bestreben psycho-soziales, psycho-somatisches und psychotherapeutisches Gedankengut und Handeln der Ärzteschaft zu vermitteln" (ÖAK-Ausbildungsplan) eine postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit in Form der aufeinander aufbauenden Diplomelehrgänge "psychosoziale Medizin", "psychosomatische Medizin" und "psychotherapeutische Medizin" in drei Modulen geschaffen. Kornek et al. (1994, S. 34) meinten dazu: "Die Ärztekammern wollten nun ihren Mitgliedern die lästige, weil zeitlich und inhaltlich äußerst umfangreiche Ausbildung, wie sie vom PthG vorgeschrieben ist, ersparen und hatten dafür in den letzten Jahren einige gute - wenn auch rechtswidrige - Ideen." Alle drei Module umfassen in unterschiedlichem Ausmaß neben der erforderlichen Theorie und deren praktischer Umsetzung, auch Selbsterfahrungs- und Supervisionsanteile. Die Gestaltung der Lehrgänge wurde von der Österreichischen Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin überarbeitet und von den Gremien der ÖAK 1995 beschlossen. Die Abwicklung der Lehrgänge wird von den Länderkammern durchgeführt. Nach Abschluß der einzelnen Lehrgänge wird den Absolventen über Antrag bei der zuständigen Landesärztekammer von der ÖAK das entsprechende Diplom verliehen. Voraussetzung ist das jus practicandi oder ein Facharzttitel (Informationsblatt zu den Psy-Diplomen der ÖAK).

Die Dauer beträgt 5-6 Jahre ("psychosoziale Medizin" ½ -1 Jahr, "Psychosomatische Medizin" 1½ - 2 Jahre und "psychotherapeutische Medizin" 2-3 Jahre). Voraussetzung für den Beginn der Lehrgänge ist die Aufnahme ärztlicher Tätigkeit und damit die Eintragung in die Ärzteliste.

Die größte Bereitschaft, die Psy-Diplome der ÖAK zu absolvieren, besteht bei den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie. 1997 waren beinahe 75% der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie in die Psy-Diplomliste der ÖAK eingetragen. Dies läßt sich damit erklären, dass die Psychiatrie von jeher eine starke Affinität zu den in den Psy-Diplomen angebotenen Inhalten besaß und diese als Ergänzung zur vorwiegend naturwissenschaftlich-somatisch orientierten Facharztausbildung für Psychiatrie gesehen werden.

Hingegen waren im Juni 1999 nur 5% der niedergelassenen Allgemeinpraktizierenden Ärzte in das ÖAK-Diplom psychosomatische Medizin, 2% in das ÖAK-Diplom psychosoziale Medizin und 2,7% in das ÖAK-Diplom psychotherapeutische Medizin eingetragen.

Von den vorwiegend somatisch arbeitenden Neurologen werden die Weiterbildungsangebote durch die Psy-Diplome kaum in Anspruch genommen.

Überraschend für mich ist, dass ein doch sehr hoher Anteil an sonstigen niedergelassenen Fachärzten in die Psy-Diplomliste eingetragen ist, was

auf einen ansatzweisen Paradigmenwechsel in der fachärztlichen Versorgung schließen läßt.

**Tabelle 7-8:** In Österreich praktizierende, niedergelassene, angestellte Ärzte und §-2 Kassenärzte mit den Diplomen der Österreichischen Ärztekammer für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin.

Fächer	niedergelassene praktische Ärzte	niedergelassene Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie	niedergelassene sonstige Fachärzte
Psomatische Med.	298	33	121	118
Psoziale Med.	317	40	106	108
Ptherapeuti. Med.	175	74	304	60

Stand: Februar 1999

Quelle: ÖAK-Recherche

Legende:

Psomatische Med. Diplom Psychosomatische Medizin

Psoziale Med. Diplom Psychosoziale Medizin

Ptherapeuti. Med. Diplom Psychotherapeutische Medizin

### **Zusammenfassende Darstellung der Ausbildungsinhalte der ÖAK-Diplome:**

**Psychosoziale Medizin:** Hier wird die Situation des kranken Menschen "in seiner engeren und weiteren Umgebung" in das Zentrum der diagnostischen und therapeutischen Betrachtungen gestellt. Dabei werden biologische, psychologische und soziale Elemente von Gesundheit und Krankheit als gleichwertige Bedingungen der menschlichen Existenz begriffen. Inhalte sind eine Ausbildung in sozialer Anamnese, dem "Ärztlichen Gespräch" und der Herstellung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung. Gelernt wird auch das Erkennen von Konflikten und Kränkungen in der Anamneseerhebung, die zur Krankheitsentwicklung beitragen können. Der Arzt soll dadurch in die Lage versetzt werden, Verständnis für die innere Welt des Kranken aufzubringen. Ein wichtiger Aspekt dieser Ausbildung ist auch die Einübung in die Zusammenarbeit mit zuweisenden und weiterbehandelnden Stellen und die Information über wichtige "Psy-Gesetze". Der Umfang der Ausbildung beträgt für den theoretischen Teil der Ausbildung 40 Stunden, für die patientenorientierte Selbsterfahrung 40 Stunden und für die praktische Umsetzung im Rahmen ärztlicher Tätigkeit 100 Stunden.

**Psychosomatische Medizin:** Anliegen dieses Moduls ist die Sensibilisierung für ein psychosomatisches Verständnis in der ärztlichen Praxis. Der Arzt soll in der Lage sein, die sogenannte psychosomatische Gesamtdiagnose und einen dementsprechenden Behandlungsplan zu erstellen. Lernziel ist die psychosomatische Grundversorgung. Der Umfang der Ausbildung beträgt für die theoretische Ausbildung 80 Stunden, für die Selbsterfahrung 120 Stunden, für die Supervision und/oder Balintgruppe

80 Stunden und für die praktische Umsetzung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit 200 Stunden.

**Psychotherapeutische Medizin:** Darunter wird die psychotherapeutische Kompetenz des Arztes verstanden. Die Weiterbildung zielt auf eine ganzheitliche schulübergreifende psychotherapeutische Medizin. Ziel dieser Ausbildung ist die Fähigkeit des Arztes, eine psychotherapeutische Beziehung zu entwickeln und gezielt psychologisch zur Krankheitsbewältigung beizutragen.

Der Umfang der Ausbildung beträgt für die theoretische Ausbildung 300 Stunden, für die methodenspezifische Selbsterfahrung mindestens 150 Stunden, für die ärztliche Tätigkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten 600 Stunden, für die Supervision und/oder Balintgruppe 100 Stunden, für die Praxis in psychotherapeutischer Medizin 600 Stunden und für die Supervision in psychotherapeutischer Medizin 120 Stunden.

Ärzte, die das Diplom für Psychotherapeutische Medizin haben, können, wenn sie ein Vertragsverhältnis mit einer Kasse haben, den Krankenversicherungsträgern die Kosten der therapeutischen Sitzung pro Patienten verrechnen (Mai 1995). Diese Leistungen werden je nach Krankenkasse unterschiedlich abgegolten, sind jedoch deutlich höher als Zuschüsse, die für Klienten von Psychotherapeuten abgegolten werden, die nicht Ärzte sind.

Die Bezeichnung als "Arzt für Psychotherapie" ist laut einem Rechtsgutachten von Univ. Prof. Öhlinger (1991) nach § 13 Abs. 3 PthG allerdings untersagt, wenn dieser nicht in die Psychotherapeutenliste eingetragen ist.

#### **7.4 Zusammenfassende Darstellung der im gefolge des Psychologengesetzes relativ zu anderen Berufsgruppen faktisch erreichten Positionierung der Psychologen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens**

Professionalisierung lässt sich nicht nur an den professionellen Eigenschaften einer Profession festmachen. Sie ist vielmehr eine arbeitsteilige Herausbildung neuer Berufe, wobei professionelle Merkmale erst im Vergleich mit Merkmalen anderer in diesem Bereich tätigen Berufe Relevanz erfahren. Professionalisierung erfordert die Definition eines eigenen Kompetenzbereiches (Dewe und Otto 1996), die Verteidigung der eigenen Arbeit und/oder das Eindringen in die Arbeitsfelder anderer Professionen (Scambor 1997). Die mich in diesem Kapitel beschäftigende Strategie für die Professionalisierungsbestrebungen ist die "Jurisdiction" (Abbott 1988, S. 70), durch die es zu einer gesetzlichen Festschreibung exklusiver Ansprüche zur Ausübung professioneller Tätigkeiten (vgl. Kapitel 4) kommt. Auf Ebene der erfolgten „Jurisdiktionen“ möchte ich die im Gefolge des PG faktisch erreichte Positionierung der Psychologen im

„psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens, relativ zu anderen Berufsgruppen, darstellen.

Vorher möchte ich jedoch noch kurz darauf hinweisen, dass die Positionierung vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Strukturveränderungen und veränderter Problemlagen (Schaeffer 1994) stattfindet, wie ich sie im Kapitel 3 und 4.1 beschrieben habe, und was für das Verständnis dieses Kapitels bedeutsam ist. Diese gesellschaftlichen und versorgungsspezifischen Veränderungen führen zu einer Erosion des bio-medizinischen Denkmodells, dem sich die professionalisierte (naturwissenschaftliche) Medizin verpflichtet fühlt, und durch dessen beschränkte Handlungsmöglichkeiten für soziale und psychosoziale Problemlagen (Badura 1981) es zum Aufklaffen von Lücken bei beruflichen Handlungsfeldern kommt. Diese lassen neue Ausdifferenzierungsprozesse zu (Schaeffer 1994), die zum Teil von neuen Berufen und Disziplinen gefüllt werden können. In Österreich müssen sich im Wesentlichen sechs Berufsgruppen im Zuge des PG neu positionieren: Dies sind die Klinischen Psychologen, die Psychotherapeuten, die ärztlichen Berufsgruppen, die Gesundheitspsychologen, die Diplom-Sozialarbeiter und die Lebens- und Sozialberater.

Entsprechend ihren beruflichen Handlungsmodellen lassen sich die oben dargestellten Berufe des „psychosozialen Sektors“ des Gesundheitswesens in zwei Gruppen teilen: Dies sind einerseits Berufe, die mit ihrer pathologisierenden und selektiven Wahrnehmung eher die Krankheitswertigkeit von Störungen betonen<sup>328</sup>, andererseits jene Berufe, die in ihrer Arbeit ressourcenorientiert und primärpräventiv stärker die Gesundheit in den Vordergrund rücken. Eine eindeutige Trennung ist hier nicht möglich, doch zählen meiner Ansicht nach zur ersten Gruppe Klinische Psychologen, Psychotherapeuten und die oben dargestellten ärztlichen Berufe. Störungspräventiv ohne Krankheitswertigkeit mit einer Betonung der Ressourcen arbeiten meines Erachtens Diplom-Sozialarbeiter und Lebens- und Sozialberater, während sich Gesundheitspsychologen tendenziell um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bemühen und dazu tendieren, störungsspezifische Aspekte in ihrer Arbeit auszublenden. Hinsichtlich der Intervention kann eine eindeutige Abgrenzung vorgenommen werden, da es ausschließlich Ärzten vorbehalten ist, auf somatischer Ebene zu intervenieren, während nichtärztliche Psy-Berufe ausschließlich auf der psychischen (Erleben, Verhalten) und sozialen Ebene intervenieren.

Für die Professionalisierung der Psychologie läßt sich daraus schlußfolgern, dass infolge der kurativen Ausrichtung des Gesundheitswesens die einem eher individualisierend-selektierenden Handlungsmodell nahestehende Klinische Psychologie mit ihren störungsorientierten Problemlösungsmustern leichter professionalisierbar ist, als jene Berufe, die entlang eines sozial-systemischen Ansatzes ressourcenorientiert arbeiten. Diese Berufe können aufgrund des fehlenden Konsens über Aufgaben, Gegenstand und Art der Problemlösungen im medizinisch dominierten Gesundheitswesen nicht

---

<sup>328</sup> psychische Störung, psychische Aspekte somatischer Erkrankungen

jene umfangreichen Anpassungsleistungen an die verschiedenen Funktionssysteme erbringen, wie die Klinische Psychologie.

Für ärztliche Berufe und Klinische Psychologen ergeben sich aus der derzeitigen Organisationsform des Gesundheitswesens vorwiegend Behandlungssettings, die sich als berufliche Organisationsform an der Einzelpraxis orientieren, während Diplom-Sozialarbeiter, Lebens- und Sozialberater und Gesundheitspsychologen vorwiegend örtlich unabhängig oft in der Lebenswelt der Klienten arbeiten.

Die Aus- und Fortbildung lässt sich in universitäre und nichtuniversitäre, in staatliche und nichtstaatliche Ausbildungseinrichtungen unterteilen. Psychologen und die ärztlichen Berufe absolvieren ihre Ausbildung an österreichischen Hochschulen,<sup>329</sup> Diplom-Sozialarbeiter an Akademien und Erwachsenenbildungseinrichtungen mit Öffentlichkeitsrecht, Psychotherapeuten und Lebens- und Sozialberater bei privaten Ausbildungsanbietern.

In der Tabelle 7-9 stelle ich einen Ausbildungsvergleich zwischen Klinischen- und Gesundheitspsychologen, Psychotherapeuten, praktischen Ärzten, Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie, Sozialarbeitern und Lebens- und Sozialberatern dar.

**Tabelle 7-9:** Ausbildungsvergleich zwischen Klinischen- und Gesundheitspsychologen, Psychotherapeuten, praktischen Ärzten, Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie, Sozialarbeitern und Lebens- und Sozialberatern

	Klinische- und Gesundheitspsychologen	Psychotherapeuten	ÖAK Diplome	praktische Ärzte	Fachärzte für Psychiatrie ./ Neurologie	Diplom-Sozialarbeiter	Lebens- und Sozialberater
Voruniversitäre Ausbildung		Propädeutikum					
Theorie		765 h				1935 h <sup>330</sup>	160 h
Praxis		550 h				880 h	570 h
universitäres Studium	Psychologie	*)	Medizin	Medizin	Medizin		
Theorie	5 Jahre		6 Jahre	6 Jahre	6 Jahre		
Praxis	240 h		Famulatur Turnus (3 Jahre)	Famulatur Turnus (3 Jahre)	Famulatur		

<sup>329</sup> Ausnahme sind die Klinischen Psychologen und die Gesundheitspsychologen, die im Zuge der Übergangsregelung in die Liste der Klinischen Psychologen und in die Liste der Gesundheitspsychologen eingetragen wurden.

<sup>330</sup> entspricht ca. 129 Gesamtwochenstunden

Postgraduelle Ausbildung							
Theorie	mind. 160 h	300 h	420 h	--- <sup>331</sup>	--- <sup>332</sup>		
Praxis	1600 h	1600 h	2110 h **)		6 Jahre		

\*) je nach Quellenberuf unterschiedlicher Umfang

\*\*) Diplome für Psychosomatische, Psychosoziale und Psychotherapeutische Medizin;

Praxis beinhaltet: Praktische Umsetzung, Selbsterfahrung, Supervision/Balint-Gruppenarbeit

Mit der derzeit bestehenden gesetzlichen Ausbildungsregelung verfügen Psychologen im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Psy-Berufen über gute Voraussetzungen für ihre Professionalisierungsbestrebungen. Sie erfüllt die Kriterien "Theoretisierung, Spezialisierung, Vereinheitlichung und zeitliche Verlängerung sowie die Verlagerung an Institutionen, die sich mit der Pflege bestimmter Wissensbestände befassen und mit Prestige, Autorität und Autonomie ausgestattet sind" (Schwartz 1978, S. 311).

Da eine berufsrelevante Forschung vorwiegend an Universitäten erfolgt, und Ärzte mit Krankenhäusern zusätzlich über ein organisatorisches Dach verfügen, unter dem medizinische Forschung, medizinische Ausbildung und medizinische Praxis in idealer Weise kurzgeschlossen sind (Beck 1986), besitzt die ärztliche Profession die meisten Ressourcen in ihrer berufsrelevanten Forschung. Da für professionelles Wissen besonders die Wissenschaftlichkeit wichtig ist, die durch Forschung produziert wird und mit dem der einzig richtige Weg der Problembearbeitung begründet wird, sind die Ansprüche an die Wissensproduktion sehr hoch, wobei davon ausgegangen wird, dass diese vorwiegend an universitären Forschungseinrichtungen angemessen erbracht werden kann. Eine außeruniversitäre Forschung kann entsprechend dieser Logik die Professionalisierungsbestrebungen nichtakademischer Gesundheitsberufe nur in bedeutend geringerem Ausmaß unterstützen.

Die Zulassung und Berechtigung zum beruflichen Handeln ist nur für die Ärzte verbindlich geregelt, da das Ärztegesetz nicht nur einen Titelschutz, sondern auch einen Tätigkeitsschutz vorsieht. Die Tätigkeitsfelder aller anderen Berufe sind nicht der jeweiligen Berufsgruppe vorbehalten, wobei die Psychologen und Psychotherapeuten einen Titelschutz besitzen. Dies bedeutet nur eine unvollständige Professionalisierung für die Psychologie, da sie nur über einen Titelschutz verfügt und nicht autonom bestimmen kann, wer ihre Arbeit ausführt und wie sie ausgeführt wird. Ein Monopol für medizinische Tätigkeiten, das vom Staat abgesichert ist, besitzen aufgrund

<sup>331</sup> derzeit existiert ein Lehr- und Lernzielkatalog für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie. Die theoretische Ausbildung erfolgt praktisch.

<sup>332</sup> derzeit existiert ein Lehr- und Lernzielkatalog für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie. Die theoretische Ausbildung erfolgt praktisch.

des gesetzlichen Tätigkeitsschutzes nur die Ärzte (Ärztegesetz 1984, § 1), womit von einer Vollprofessionalisierung der Ärzte gesprochen werden kann. Ihnen ist es vorbehalten, autonom die Zulassung und die Berechtigung zum beruflichen Handeln der Berufsanwälter zu bestimmen.

Von einem Vergleich der Berufstätigkeiten sehe ich an dieser Stelle ab, zumal ich hierzu keine vollständigen Daten habe und diesbezügliche Daten der Klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten nichts über deren tatsächliche Berufstätigkeit aussagen.

Die Eigenverantwortlichkeit und Eigenkontrolle der Psy-Berufe ist mit Ausnahme einiger weniger Einschränkungen (z.B. Zuweisung zur Diagnostik) sehr hoch. Gesetzlich abgesichert ist diese nur bei Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, da sie über ein entsprechendes Berufsgesetz verfügen. Demnach gibt es auch keine Dominanz über andere Berufsgruppen, sofern diese nicht informell bedingt ist.

Für die Professionalisierung ist Eigenverantwortlichkeit eine immanent wichtige Voraussetzung. Dabei geht es darum, dass der Berufsstand die Verfügungsgewalt und die alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung der Aufgabe errungen haben muß, die sein eigenverantwortliches Handeln rechtfertigt (Freidson 1979).

Hinsichtlich der Bezahlung gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Psy- Berufsgruppen. Ich möchte hier drei Gruppen unterscheiden: Leistungen, die ohne Kontrolle durch externe Kontrollinstanzen bezahlt werden, dies sind im Wesentlichen die Leistungen der Ärzte. Leistungen, die von einer Zuweisung abhängig sind bzw. als Voraussetzung für die Entgeltung einer Kontrolle durch Dritte bedürfen, dies ist die klinischpsychologische Diagnostik. Und drittens Leistungen, die finanziell nicht ersetzt werden, wenn sie nicht von sozialstaatlichen Einrichtungen übernommen werden. Dies sind in erster Linie Leistungen der Diplom-Sozialarbeiter, die von ihrer beruflichen Konzeption jedoch meist in Behörden eingebunden sind. In seltenen Fällen werden die Leistungen der Lebens- und Sozialberater von Dritten bezahlt. Schlußfolgernd daraus gibt es bei den Leistungen der Psychotherapeuten und der Lebens- und Sozialberater finanzielle Barrieren bei deren Inanspruchnahme.

Da professionelle Leistungen ein spezifisches, hochqualifiziertes Angebot darstellen, das so angelegt ist, dass andere Berufe und Laien diese Problemlösungen nicht erbringen können (Schwendenwein 1990), ist deren ökonomischer Wert relativ hoch. Professionelles Handeln definiert sich demnach wesentlich über seine monetäre Exklusivität, die auch das Ansehen und den Status der professionellen Berufsgruppe erhöht. Andererseits ist es für Professionelle wichtig, dass ihre Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Durch die Bezahlung ihrer Leistungen durch den Staat kann es damit zur Sicherung und Ausweitung von Statusinteressen von Professionen kommen.

Die Zugänglichkeit zu Leistungen läßt sich hinsichtlich der sie beeinflussenden Faktoren Akzeptanz, Vertrauen, Öffnung, Information, Kosten und Erreichbarkeit in niederschwellige und höherschwellige Angebote unterscheiden. Niederschwellige Angebote sind ärztliche Leistungen und - aufgrund ihrer strukturellen Konzeption - Angebote der Diplom-Sozialarbeiter. Höherschwelliger sind Angebote der Lebens- und Sozialberater, da sie überwiegend in freier Praxis angeboten werden und mit Kosten verbunden sind. Meiner Ansicht nach hochschwellig sind Angebote von Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten, da sie regional ungleich verteilt sind und sich trotz Kostenbeteiligung der Krankenkassen oft nicht an den realen Bedürftigkeiten Hilfesuchender orientieren. Gesundheitspsychologische Angebote sind ebenfalls tendenziell eher höherschwellig, da sie entsprechende Informationen über die Form der Inanspruchnahme von Hilfesuchenden erfordern und keine Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen erfolgt.

Für die Professionalisierungsbestrebungen bedarf es angemessener Vorkehrungen, ihre Angebote entsprechend zugänglich und annehmbar zu gestalten. Dies scheint derzeit nur den Ärzten und Sozialarbeitern gelingen zu sein.

Ausreichende Daten zum Zuweisungsverhalten und der Einbindung und Kooperation in andere Versorgungsstrukturen fehlen mir, doch läßt sich aus den mir vorliegenden Daten ermitteln, dass sich diese bei Psychotherapeuten, Klinischen Psychologen und Lebens- und Sozialberatern durch Professionsfremde eher unzufriedenstellend gestalten. Entsprechend dem professionellen Selbstverständnis der Ärzte, die als Hauptzuweisungsberechtigte im Gesundheitswesen agieren können, weisen diese sich aufgrund ihrer informellen Verbundenheit und ihres gemeinsamen Wissenshintergrundes meist innerhalb der eigenen Profession zu (Freidson 1979) und schließen somit andere Berufsgruppen vom medizinischen Versorgungssystem aus.

Diese Berufsgruppen besitzen einen unterschiedlich hohen Institutionalisierungsgrad mit unterschiedlich ausgeprägten informellen Strukturen, die ich hier nicht darstellen kann. Jede oben dargestellte Berufsgruppe im psychosozialen Sektor des Gesundheitswesens verfügt über eine berufs eigene Interessensvertretung, wobei die Ärzte als einzige Berufsgruppe in einer Kammer zusammengeschlossen sind. Dabei ist für die Professionalisierung eine berufs eigene Interessensvertretung als politisch bedeutsamer Berufsverband wichtig, um Aufgaben nach innen (z.B. die Ahndung disziplinärer Verstöße berufstätiger Mitglieder), und mit der Durchsetzung berufsständischer Interessen Aufgaben nach außen übernehmen können. Nach Ansicht Abbotts (1988) ist dabei eine gute Organisationsstruktur eines Berufsverbandes im Sinne kleiner, weitgehend autonom agierender Gruppierungen, die in einer großen dominanten Organisation eingebunden sind wichtig, um die Profession im interprofessionellen Konkurrenzkampf zu unterstützen. Diese für den Kampf um Zuständigkeitsansprüche effiziente Organisationsform besitzen derzeit nur Ärzte. Die Berufsverbände der Psychologen agieren als (eher lose) Interessenszusammenschlüsse der Psychologen.

## 8 Resümee

In der vorliegenden Diplomarbeit ging es mir darum, den Professionalisierungsprozeß der Psychologen im Zuge des Psychologengesetzes (PG) darzustellen. Ziel meiner Recherchen war es, die Auswirkungen des PG auf die Professionalisierung der Psychologie im österreichischen Gesundheitswesen in den Jahren 1991 - 1997 zu beschreiben und der Frage nachzugehen, ob das PG eine Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen bewirkt hat. Weiters wollte ich herausarbeiten, wie weit das PG Mittel für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie ist und welche Professionalisierungsmerkmale und -voraussetzungen im PG berücksichtigt wurden. Ebenso wollte ich auf die Folgen der Professionalisierung der Psychologie für Professionsangehörige, andere Berufsgruppen und Klienten eingehen.

Der Entstehungsprozeß und der Beschluß des PG wurden durch eine zunehmende Individualisierung der Gesellschaft, durch eine zunehmende öffentliche Akzeptanz psychologischer Aktivitäten und aufgrund der Bedürfnisse der Psychologen nach einer berufsrechtlichen Regelung bedingt. Als gesetzliche Veränderung hinkte das PG diesen Veränderungen aufgrund verschiedener Umstände, die ich im Kapitel 5.1 und 5.3 genauer beschrieben habe, hinterher. Letztendlich wurde durch den Beschluß des PG den Psychologen ein Instrument zur Verfügung gestellt, das ihre Verberuflichung und Professionalisierung unterstützen kann. In diesem Prozeß sind die zunehmende Entsolidarisierung und Individualisierung der Gesellschaft tragende Elemente, die es Psychologen im psychosozialen Sektor des Gesundheitswesen ermöglichen, einen besonderen Bezug zu ihrer Klientel herzustellen. Die diesem besonderen Bezug zugrundeliegenden individualisierenden Handlungsmuster erlauben es ihnen, andere Berufsgruppen von ihrem Tätigkeitsfeld auszuschließen, da sie ihr Handeln unmittelbar auf das Individuum konzentrieren und damit das versorgungsrelevante „Terrain“ unmittelbar am Individuum festgemacht wird.

Im folgenden möchte ich dem den PG zugrundeliegenden bisher erfolgten Umsetzungsprozeß und dem dieser Argumentationslinie zugrundeliegenden Gedankengang nochmals kurz skizzieren und die Auswirkungen des PG auf die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen einschätzen: Dieser Prozeß spielt sich zwischen Klientenbedürfnissen, Berufsinteressen und gesellschaftlichen Erwartungen ab und kann als Antwort auf Defizite in der psychosozialen Versorgung und den daraus resultierenden vermehrten Bedürfnissen nach psychologischen Leistungen verstanden werden. Diese Bedürfnisse resultieren aus gesellschaftlichen Entwicklungen, die auf Seiten der Individuen zu einer Unübersichtlichkeit, Orientierungs- und Sinnkrise, zu

Verunsicherung und Grenzverlust beitragen<sup>333</sup> und durch die Entwicklung von individualisierten Biographien („Bastelbiographien“ (Beck 1995)) einen Freisetzungsprozess von Individuen nach sich ziehen. Keupp (1988) umschreibt jene aus diesem Prozeß resultierenden Möglichkeiten/Herausforderungen für Individuen mit dem Begriff „Riskante Chancen“ und meint Gefahren und Chancen, die infolge des Verlustes der Selbstverständlichkeit von Biographien Gegenstand individueller Aushandlung, Gestaltung und Legitimation werden (Beck-Gernsheim 1993). Für den Fall, dass diese „Riskanten Chancen“ als Mühsal, Anstrengung und schmerzvoll erfahrene Belastung oder Krise interpretiert werden und Individuen mit den schmerzlichen Krisen und konkreten Leidenszuständen nicht zurecht kommen, ist anzunehmen, dass Individuen auf externe Instanzen und Technologien, etwa Angebote der Psychokultur, zurückgreifen. Von diesen Angeboten erwarten sich Individuen „Orientierungshilfen, Sicherheiten und Sinnhorizonte“ (Keupp 1988, S. 69), um den durch die Auflösung handlungsleitender traditioneller Strukturen und Normen entstandenen Problem- und Handlungsdruck bewältigen zu können (Schaeffer 1990). Die Psychologie hat auf diese gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte mit dem Ausbau psychologischer Angebote reagiert, die sich insbesondere an humanistischen Praktiken orientieren und es der Psychologie ermöglichen, Muster zwischenmenschlicher Beziehungen („Produktion von Fürsorglichkeit“; Wolff 1981) und damit auf die Eigenheit der Persönlichkeit bezogene Dienstleistungen anzubieten. Der daraus resultierende Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und vor allem als gesellschaftliche Institution führte zu inflationären Erwartungen und Zuschreibungen an die Psychologie, was ein „Auseinanderfallen von theoretischen Grundlagen und disziplinären Paradigmen einerseits und ausdifferenzierten therapeutischen Praktiken andererseits“ (Kardorff und Koenen 1981, S. 240) nach sich zog. Die psychologische Praxis reagierte darauf mit einem „Ekklektizismus der Methoden und Praktiken“ (Sonntag 1991, S. 16), die die gesellschaftliche Institutionalisierung der Psychologie nach Ansicht der Praktiker rechtfertigt und zum Aufstieg der anwendungsorientierten Psychologie führte. Die anwendungsorientierte Psychologie reagiert darauf mit vorwiegend individualisierenden Mustern beruflicher Tätigkeit, indem sie gesellschaftliche Tatbestände auf „rein individuelle seelische Faktoren“ (Pohl 1988, S. 604) reduziert. Aufgrund der individualisierenden Vorgehensweise der Psychologie konnte nach Ansicht von Keupp (1986) der anwendungsorientierte Psychomarkt relativ rasch auf die veränderten Bedürfnislagen von Individuen angebotadäquat reagieren.

---

<sup>333</sup> Diese Phänomene lassen sich mit dem Begriff „Individualisierung“ zusammenfassen, unter dem in den letzten Jahren (seit ca. 1983) „zusammenhängende Prozesse innerhalb der Gegenwartsgesellschaft bezeichnet werden, die Auflösung industriegesellschaftlicher Lebensformen wie soziale Klassen, Kleinfamilien, Geschlechterrollen usw. und der biographischen Modi und Verläufe, die dadurch entstehen, und die Art, wie diese in institutionelle Muster eingebunden bleiben bzw. werden.“ (Beck und Beck-Gernsheim 1994, Vorabdruck auf Umschlag).

Zusätzlich zu den vorher dargestellten psychosozialen Problemlagen kommt es in den letzten Jahren im Krankenversorgungs- und Gesundheitswesen infolge veränderter Rahmenbedingungen<sup>334</sup> und eines veränderten Krankheitspanoramas zu einer erheblich anders gelagerten Bedürfnisstruktur der zu versorgenden Bevölkerung, die von einem naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Medizinbetrieb nicht bewältigbar erscheint. Psychosoziale Bedürfnisse entwickeln sich auch infolge der durch (chronische) Krankheit verursachten Verluste von Sicherheit, Kontrolle, Übersicht und Sinn. Psychologische Dienstleistungen etablieren sich im von Schmach und Versagungen gezeichneten medizinischen Versorgungssystem als ein „Entwurf humaneren Lebens“ (Schaeffer 1990, S. 21), indem sie die Aufwertung der Subjektivität und Individualität der Patienten und deren Beiträge zur Krankheitsbewältigung anstreben. Verberuflichte psychologische Hilfe ermöglicht in diesem Versorgungssystem die Unterstützung und das bessere Gelingen einer adäquaten Versorgung auf Ebene der Individuen, da infolge systemimmanenter Zwänge professionelle psychologische Dienstleistungen nicht immer im erforderlichen Umfang von einem hoch arbeitsteiligen und somatisch, technokratisch und kurativ ausgerichteten Versorgungssystem erbracht werden können.

Der aus dem Aufstieg der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und vor allem gesellschaftliche Institution bewirkte Prozeß der Verberuflichung psychologischer Arbeit erlaubt eine Transformation der soeben skizzierten Bedürfnisse in bedarfsrelevante Strukturen, die nur vor dem Hintergrund der bestehenden Individualisierung von Problemen möglich ist. Damit kommt es zur Bindung von Problemen an das Subjekt und dies führt infolge der persönlichen Überforderung mit der Problembewältigung zu einer mehr oder weniger bewußten Entmündigung der Subjekte durch die Professionellen hinsichtlich der Bedürfnisse. Individuen verlieren durch ihre Überforderung den Bezug zu ihren Bedürfnissen, womit Verfahren der Problembearbeitung unter Berufsbedingungen weitgehend unabhängig von Zustimmung und Mitwirkung Betroffener festgelegt und verändert werden können. Dies stellt trotz des derzeit ansatzweise stattfindenden paradigmatischen Wechsels in der Gesundheitsversorgung, eine Bedingung für die Verberuflichung psychologischer Tätigkeit unter dem Gesichtspunkt der professional dominance dar (vgl. Kapitel 3.3). Diese Transformation individueller Bedürfnisse in bedarfsrelevante Kategorien ist vor allem vor dem Hintergrund des relativ schwer und unklar abzugrenzenden Orientierungs- und Handlungsbereichs im psychosozialen Arbeitsfeld zu verstehen (Schütze 1992), in dem Berufsgruppen unterschiedliche Strategien anwenden müssen, um im psychosozialen Arbeitsfeld entsprechende Aufgabengebiete für sich in Anspruch nehmen zu können. Dabei erlaubt dieser Transformationsprozeß

---

<sup>334</sup> hierzu zählen langandauernde Überlastungen von körperlichen und psychischen Anpassungskapazitäten, insbesondere in der Arbeitswelt oder infolge von Migration; neue Formen der Beschäftigung und der daraus resultierenden Bedrohung vorübergehender Arbeitslosigkeit; Krankheiten infolge sozial bedingter Ungleichverteilung medizinischer Güter; umweltbedingte Einflüsse auf Krankheitsentstehung (vgl. Waller 1995).

die Herstellung einer besonderen Beziehung zu Klienten, die eine große Effektivität im Kampf um versorgungsrelevantes Terrain ermöglicht.

Eine Strategie in der Verberuflichung psychosozialer Hilfe, die diesen Ansprüchen gerecht werden soll, ist die Professionalisierung. Professionalisierung ist ein krisenhafter Prozeß sozialen Aushandelns, eine arbeitsteilige Herausbildung neuer Berufe sowie ein Maß für den von einer Öffentlichkeit anerkannten Einfluß in einer Gesellschaft, der um so schwieriger ist, „wenn die impliziten und expliziten Standards von Kompetenz in erheblichem Ausmaß verhandelbar werden und sich nicht einfach am Produkt oder Ergebnis beruflichen Handelns festmachen lassen“ (Gildemeister und Robert 1987, S. 74). Sie ist ein Indikator für die Bedeutung eines Berufes, der bestimmte Eigenschaften erfüllt und damit den Status einer Profession vom Staat erhält.

Für diese Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie im Bereich des Gesundheitswesens nehmen infolge der Erosionstendenzen des biomedizinischen Denkmodells psychosoziale Problemlagen und individuelle Bedürfnisse an Bedeutung zu. Aufgrund der wenig ausdifferenzierten Praxis der Psychologie kann sie Verwendungskontexte entwerfen, die von Professionen, die sich eher an einem technokratisch naturwissenschaftlichen Selbstverständnis orientieren, nicht erbracht werden können.

Die jene Professionalisierungsbestrebungen und jenen Prozeß kennzeichnenden Merkmale und Voraussetzungen weisen machtspezifische Motive auf, die die besondere Beziehung zu anderen Berufsgruppen und zu Klienten zur Folge haben (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2). Dieser expansive Prozeß der Zuständigkeitserweiterung und Verfestigung bestehender Herrschaftsansprüche ist, wie oben dargestellt, nur über die dem professionellen Handlungsmodell zugrundeliegende besondere Beziehung zu Klienten möglich, die eine weitgehende Definitions-, Steuerungs- und Expertenmacht (Parsons zit. n. Siegrist 1988, S. 225) der Professionellen zur Folge hat. Der Professionelle bestimmt die Wertigkeit professioneller Arbeit, definiert Probleme, erstellt aus der subjektiven Nachfrage der Klienten ein Konzept des objektiven Bedarfs (Stichweh 1994; Zaumseil 1978; Schwartz 1978), verwirft alltäglich erprobte Lösungsstrategien von Klienten als inkompetentes Wissen (Illich 1979) und stellt die Klienten unter Zwang, sich bei der Bewältigung alltäglicher Handlungsprobleme an externen Problemlösungsstrategien institutionalisierter Professionen zu orientieren (van den Daele 1993). Für die Psychologie typisch ist in diesem Prozeß die besondere Form der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Klienten, die vor allem an die Alltagskompetenz der Klienten anknüpfen muß, um mit ihnen in eine tragfähige Beziehung eintreten zu können. Dies ermöglicht eine besondere Einstellung und einen besonderen Bezug zu den Klienten, wobei der Bereich zur Privatheit in einer besonderen Art und Weise überschritten werden kann (Schaeffer 1994). Dabei gelingt es Psychologen, mit ihren besonders „weichen“ Handlungsweisen kompensativ zu strukturellen Defiziten der Alltagswelt ihre Zuständigkeitsbereiche auszuweiten.

Im Professionalisierungsprozeß kämpft die Psychologie mit den ihr eigentümlichen Schwierigkeiten. Dies sind strukturell bedingte

Abhängigkeiten im medizinischen Versorgungssystem und dessen Versorgungslogik, die Partizipation an den Problemen mehrerer Funktionssysteme (Stichweh 1992) und die daraus resultierende Schwierigkeit, implizite und explizite Standards psychologischer Kompetenz verbindlich festzulegen (Näther 1997), was die Herausbildung eines "Produzentenstolzes" (Keupp 1986, S. 116) behindert. Die Beziehung zum Klientel ist geprägt durch die aus dem Reservoir alltagsweltlicher Handlungsmöglichkeiten stammenden Handlungsmuster (Ottersbach 1980), die keine perfekten Lösungen zu versprechen erlauben. Dies hat auch die Ursache darin, dass es wenig disziplinäres Wissen im Bereich der Klinischen- und insbesondere im Bereich der Gesundheitspsychologie zu geben scheint, mit dem sich die Psychologie als Profession identifizieren kann und das sich auch nicht durch die reflexive und integrierte Anwendung einzelner Wissenssegmente kompensieren läßt. Zu Kompensieren versucht werden diese Handlungsdefizite durch die Orientierung der Psychologie an der Privatbeziehung als heimliches Ideal, die möglichst alle Insignien von Beruflichkeit zurücktreten läßt (Rommelsbacher 1986).

Entlang dieser Argumentationslinie und anhand verschiedener vornehmlich aus den 70er und 80er Jahren stammender sozialwissenschaftlicher Studien läßt sich das Professionalisierungskonzept als eine Form der Kritik am Expertenhandeln verstehen, da die Psychologie besonders im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungen (Stichwort: Individualisierung) und im Gefolge des veränderten Krankheitspanoramas die veränderten Bedürfnislagen von Subjekten als eine Marktchance begreift, die infolge der beruflich-psychologischen Entwicklung auch zu besonderen Beziehungen und Nachteilen für Individuen führen (Beck-Gernsheim 1993). Dies eröffnet Psychologen die Chance des Macht- und Kontrollzuwachses und die Verbesserung ihres Status im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens (Freidson 1994 zit. n. Forster 1997a, S. 182) zu erreichen.

Individualisierung und Professionalisierung stellen dabei zwei sehr gegensätzliche Konzepte dar. Individualisierung beschreibt die Schwächung und das Auseinanderfallen gewachsener Lebensweisen. Sie läßt sich auch mit den Begriffen Unübersichtlichkeit, Unsicherheit, Ambivalenz und Kontingenz beschreiben (Berger 1990), die zur Schwächung individueller Ressourcen beitragen.

Professionalisierung stellt dazu in gewisser Weise einen Gegenpol dar. Sie beinhaltet gemeinsame Merkmale und Voraussetzungen in der beruflichen Ausübung. Es geht darum, Sicherheit und Übersicht herzustellen, was zu vermehrter Macht und Selbstbestimmung der jeweiligen Berufsgruppe beiträgt und zu einer Stärkung der Profession führt. Eine erfolgreiche Professionalisierung führt zu einer Spezialisierung und Ausdifferenzierung neuer Fachgebiete, die wiederum aufgrund ihrer divergierenden Interessen und Konflikte zur „Individualisierung“ der Professionssegmente beiträgt (Schaeffer 1990). Professionalisierung ist eine Reaktion auf Bedürfnisse eines Berufes nach Gemeinsamkeit und Zusammenschluß, mit denen

neue berufliche und gesellschaftliche Anforderungen besser bewältigbar erscheinen und mit denen außerhalb der Profession neue Hilfsbedürftigkeiten geschaffen werden können. Sie provoziert jedoch ihrerseits auch zentrifugale Kräfte, die ein Auseinanderfallen in spezifische Fachgebiete nach sich zieht (Schaeffer 1990).

Die Folgen von Professionalisierung, das sind einerseits die Aufwertung der Berufsgruppe und die Verbesserung ihres Status im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens (Freidson 1994 zit. n. Forster 1997a, S. 182) und andererseits der mit Hilfe professioneller Attribute stark vereinfachte und abgekürzte Aushandlungsprozeß zwischen Klienten und Professionellen und die Gewinnung von Vertrauen der Klienten als vorerst einander unbekannte Menschen (Goode 1969 zit. n. Müller 1991, S. 37) bedürfen entsprechender Instrumente. Eines dieser Instrumente ist das PG.

Im PG kam es durch die legalistische Formulierung und juristische Sicht von Vorgängen in der Psychologie und aufgrund der unterschiedlichen Interessenslagen- und Gruppierungen zu einer inhaltlich unspezifischen Regelung psychologischer Berufstätigkeit, die im Anschluß an die Verabschiedung des PG zu einem Aushandlungsprozeß führte, den ich in dieser Diplomarbeit dargestellt habe. Wie weit in diesem Aushandlungsprozeß den Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen Rechnung getragen wurde, möchte ich im folgenden resümierend einschätzen.

Schon der Entstehungsprozeß des PG erfolgte in einem sozialen Wandel, der einerseits eine zunehmend individualisierende Betrachtungsweise und vermehrte gesellschaftliche Akzeptanz psychologischer Deutungsmuster ermöglichte, und andererseits dem Streben der Psychologie nach einer berufsrechtlichen Regelung Rechnung tragen sollte. Mit dem zunehmenden Umbau und der Ergänzung sozialstaatlicher Netze (Popp 1996) mit vorwiegend personenbezogenen Dienstleistungen (Braun 1994) kam es zur Schaffung struktureller Voraussetzungen für psychologische Dienstleistungen, die den Ausbau psychologischer Angebote und die Etablierung der Psychologie als sozialstaatlich relevantes „Krisengewerbe“ (Keupp 1985, S. 3; 1986, S. 115) und gesellschaftliche Institution unterstützen konnten. Der Entstehungsprozeß des PG war in der Anfangsphase (von 1955 bis etwa 1975) vorwiegend von der Abgrenzungsfrage zu anderen Berufsgruppen dominiert, was man über den Schutz der Berufsbezeichnung und der Zulassungsvoraussetzungen für die Berufsausübung zu lösen versuchte. Eine Profilierung der Psychologie war damals aufgrund der geringen gesellschaftlichen Relevanz psychologischer Deutungsmuster und aufgrund des wenig differenzierten Leistungsangebotes vorwiegend über die Regelung berufsrechtlicher Aspekte möglich. Diese inhaltlichen Defizite versuchte man über die Abgrenzung zu „Unformen“ psychologischer Tätigkeit und der gleichzeitigen Illegalisierung nichtpsychologischer Berufsgruppen zu kompensieren. Den Psychologen gelang es nicht, auf öffentlicher Ebene und innerhalb des legalen Systems jenes Problembewußtsein einer für die

Gesellschaft wertvollen Tätigkeit zu schaffen, das zu einer berufsrechtlichen Regelung führen hätte können. Erst 1978 kam es zu einer ansatzweise differenzierteren legislativen Auseinandersetzung mit psychologischen Inhalten, wobei sich wiederum die mangelnde Tragfähigkeit eines angestrebten Konsenses zeigte. 1986 kam es im Zuge einer von den Psychologen angestrebten Kammerregelung zum Verlust des gesellschaftspolitisch und professionsinternen Konsens für psychosoziale Leistungsangebote, der 1987 zur Trennung der gesetzlich zu regelnden Materie in psychotherapeutische und psychologische Sachverhalte führte. Damit kam es durch den verloren gegangenen Bezug zu den außeruniversitären Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen der Psychotherapeuten für die Psychologen auch zum Verlust an inhaltlicher Kompetenz. 1989 kam es im Schatten dieser Trennung zur Aussendung eines Begutachtungsentwurfs für die psychologisch zu regelnde Materie, die sich im wesentlichen auf die Aus- und Fortbildung konzentrierte und den Berufszugang und die Berufsberechtigung über diese Bestimmungen definierte. Mit geringfügigen Änderungen berufsrechtlicher Aspekte im Entwurf 1990 kam es im Juni 1990 zum Beschluß des PG.

Mit dem Beschluß des PG wurde ein soziales Instrument konstituiert, das bei der Reform und Steuerung psychosozialer Versorgung behilflich sein kann. Es wurden durch das PG Handlungsspielräume (Ausbildungsbestimmungen, Verschwiegenheitspflicht, Eigenverantwortlichkeit), die bisher nur informell oder gar nicht gewährt wurden, gesetzlich verankert und durch Anpassungen bestehender Gesetze in der realen Arbeitswelt von Psychologen relevant. Das PG überläßt es jedoch wegen seiner unspezifischen Regelung weitgehend den einzelnen Psychologen, wie sie sich in der psychosozialen Praxis etablieren und entwickeln.

Der Umsetzungsprozeß des PG erfolgte auf drei Ebenen: Erstens auf Ebene der Ausbildungsbestimmungen, dem Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung, zweitens auf der Ebene des Nachweises der Klientenorientierung und beruflichen Selbstkontrolle. Drittens wurde ein Aushandlungsprozeß über die Implementierung psychologischer Leistungen in versorgungsrelevante Gesetze (ASVG, BKAG) möglich.

Der Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung erfolgt durch die Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen. Die Ausbildung erfüllt neben der Vermittlung von Wissen für die Professionalisierung der Psychologen mehrere zusätzliche implizite und explizite Funktionen: die Konstitution einer beruflichen Identität und eines gemeinsamen Berufsbildes, die Ausübung berufs- und professionspolitischer Macht und sozialer Kontrolle, die Manifestation und Verfestigung beruflicher und professioneller Strukturen und in ganz wesentlichem Maße auch die finanzielle Ressourcenbeschaffung für die Ausbildungsanbieter (Berufsverbände und Referenten). Eine soziale Schließung (Weber 1922) zu anderen Berufen und zu Mitgliedern erfolgt durch die zeitliche Verlängerung der Ausbildung,

wie es derzeit im Rahmen einer Novellierung des PG betrieben wird und was auch zu einem Prestigegewinn und erhöhter sozialer Anerkennung für die Absolventen führt. Das relativ flexible und zwischen Theorie und Praxis kurzgeschlossene professionelle psychologische Ausbildungssystem bietet grundsätzlich günstige Voraussetzungen für versorgungsrelevante Verwendungskontexte und die Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes. Dennoch ist es der Psychologie bisher noch nicht in ausreichendem Maß gelungen, entsprechende praktische Handlungsfelder zu schaffen, da die überwiegend theoriegeleitete Ausbildung die Vermittlung der Fähigkeit vermissen läßt, den Fundus von theoretischem Wissen auch reflexiv handzuhaben und in individuell verfügbares Problembearbeitungswissen transformieren zu können. Zusätzlich bedingt das Fehlen reflexiver Komponenten in der Ausbildung eine eher individualisierende Wahrnehmung von sozialen Problemen. Supervision als wesentliches Mittel, um diesen Anforderungen eines reflexiven psychologischen Handelns gerecht zu werden, kann mit der im PG unspezifisch getroffenen Regelung über Form und Inhalt nicht entsprochen werden. Da die Ausbildungsanbieter und Referenten zum Teil sehr unterschiedliche Schwerpunkte in ihren Curricula setzen, kommt es teils zu unzufriedenstellenden professionsexternen Abgrenzungen. Insbesondere mit der Vernachlässigung gesundheitspsychologischer Inhalte erfolgt keine inhaltliche Abgrenzung zur Klinischen Psychologie, womit kein ansatzweiser Paradigmawechsel in der Psychologie eingeleitet werden kann.

In der praktischen Ausbildung können die im Studium und im theoretischen Erwerb fachlicher Kompetenz gelernten Ausbildungsinhalte, die auch die Etablierung von Arbeitsfeldern unterstützen, einer professionstypischen Sozialisation zugeführt werden. In der derzeitigen praktischen Ausbildung wird jedoch den Professionalisierungsbestrebungen im Sinne einer differenzierten Herausbildung professioneller Wissensinhalte kaum entsprochen. Infolge der anhaltenden Ausbildungsstellenmisere, die einerseits zu einer professionsinternen sozialen Schließung und andererseits zu einer Expansion der Ausbildungsstellen in nicht originär psychologische Arbeitsfelder führt, kann einer differenzierten Aufbereitung und expliziten Trennung zwischen gesundheitspsychologischen und klinischpsychologischen Inhalten nicht entsprochen werden. Zusätzlich kommt es in den letzten Jahren in facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen, trotz einer gelockerten Interpretation der diesbezüglichen Kriterien, zu einer traditionell engen Anbindung an medizinisch dominierte Aufgabenfelder und Einrichtungen. Überdies scheint Weiterbildung bei Praktikern generell einige Ressentiments hervorzurufen und/oder als ungeliebtes Kontrollorgan der Profession interpretiert zu werden (Dewe 1988). Viele Praktiker bevorzugen statt dessen ihr "hausgemachtes" ekklektisches Vorgehen bei Beratungen (Methodenpluralismus) (Gerstenmaier und Nestmann 1984) und schaffen sich ihre Identität, indem sie ihre Methode als besonderes Kennzeichen "ihrer Lebens- und Praxiserfahrung" (Sonntag 1992, S. 16) auffassen. Dennoch stellt eine gute (und vor allem lange) Ausbildung und Qualifikation ein unabdingbares Kriterium für die Umsetzung und

Akzeptanz psychologischer Leistungen dar, die ein hohes Maß an beruflicher Autonomie, allgemein akzeptierter Eigenkontrolle, ansatzweise beruflichem Monopol und weitreichender Wissens Elemente garantiert. Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Umsetzung der derzeitigen theoretischen Ausbildung beim Erwerb fachlicher Kompetenz von der Entwicklung eines spezifischen, hochqualifizierten Leistungsangebotes nicht gesprochen werden kann.

Während der Nachweis des überlegenen Wissens und seiner Beherrschung als Voraussetzung für die Professionalisierung gilt, ist die Klientenorientierung und berufliche Selbstkontrolle eine flankierende Maßnahme für die Professionalisierungsbemühungen.

Da psychologische Dienstleistungen mit einem großen Anteil an Eigenverantwortlichkeit und in der Gewißheit, alleinige Kompetenz über die richtigen Inhalte und die wirksamste Methode bei der Ausführung der Aufgabe errungen zu haben, erfolgen, manifestieren sie, insbesondere aufgrund ihrer individualisierenden Angebotskultur, besondere Abhängigkeiten und benötigen daher besondere Qualitätssicherungs- und Kontrollmomente. Diese sollten sich an den Krisen und Leidenszuständen der Individuen orientieren und eigene bedarfsrelevante Aspekte reflektieren. Im PG wurden als Maßnahmen zur Selbstkontrolle die Berufspflichten, die Verschwiegenheitspflicht und die Mechanismen der Qualitätssicherung psychologischer Tätigkeit geregelt. Diese professionellen Mechanismen sollen abgesehen von moralischen und legitistischen Beweggründen zur Qualität psychologischer Tätigkeit beitragen. Durch sie kann der Staat die Kontrolle beruflichen Handelns weitgehend an den einzelnen Professionellen delegieren, der aufgrund seiner professionellen reflexiven Kompetenzen dieses eigenverantwortlich zu erbringen imstande sein soll.

Ethikrichtlinien als „Rückgrat der Berufsordnung“ (Schwartz 1978, S. 322) und Korrektiv professionellen Handelns weisen insbesondere vor dem Hintergrund der besonderen Beziehung zwischen Professionellen und Klienten eine hohe Klientenorientierung auf und dienen dem Schutz der Klienten vor Willkürhandlungen der Professionellen und vor unsachgemäßer Anwendung professionellen Handelns. Ethikrichtlinien sind ebenso ein Instrument sozialer Kontrolle des Staates bzw. der Profession. Mit dem Ethikausschuß des PB, der ursprünglich als Beschwerdestelle und Schlichtungsorgan in Streitfällen konzipiert war, wurde ein Instrument geschaffen, das man im Falle mißbräuchlicher Verwendung psychologischer Leistungen in Anspruch nehmen kann. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Bestimmungen zur Ahndung disziplinärer oder fachlicher Verstöße von Psychologen wurde eine solche Kontrolle und Ahndung auf die Ebene der Berufsverbände delegiert - der Staat behielt sich den Schutz der Konsumenten vor unlauterer Konkurrenz vor. Letztendlich kam es infolge des Doppelmandats der Berufsverbände zu einer Dreiteilung der Exekution der Ethikrichtlinien. Die Erstinstanz ist in Form einer Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungsstelle beim zuständigen Berufsverband angesiedelt, in Zweitinstanz bei der AK und erst in Letztinstanz beim PB (Stemberger 1998). Dem Ethikausschuß im PB

obliegt seither die Funktion eines Sachverständigenausschusses, in dem hauptsächlich Grundlagenarbeit geleistet wird (z.B. Ethikrichtlinien) (Guschelbauer 1994). Diese Konzeption läßt jedoch die Frage offen, ob sich die Berufsethik zur Lösung des Vertrauensproblems zwischen Konsumenten und Professionellen eignet. Schwartz (1978) nimmt an, dass die Ethikrichtlinien eher der Erhöhung der Prestige- und Autonomiechance der Berufsgruppe dienen und vorwiegend ein Instrument von Standesinteressen sind, da „sie eine Aufbereitung des Wissens darstellen, was Konsumenten von der Arbeit der Profession wissen müssen und dürfen und welche Funktion Psychologen in der Gesellschaft erfüllen sollen. Der Konsumentenschutz wird insofern nicht erreicht, als es sich bei der Berufsethik um eine Spezialetik für Psychologen handelt, die das Verhältnis der Psychologen zu den Verbrauchern zu unspezifisch geregelt läßt und eher eine verallgemeinerbare Ethik darstellt“.<sup>335</sup>

Da Psychologen auf die Mitwirkung der Klienten als notwendigen Bestandteil der Intervention angewiesen sind, stellt die Verschwiegenheitspflicht eine besonders wichtige Variable professionellen psychologischen Handelns und dessen zum Teil widersprüchlichen Voraussetzungen dar. Dementsprechend ist die Verschwiegenheitspflicht sehr restriktiv geregelt. Sie wurde insbesondere in handlungsrelevanten Gesetzen berücksichtigt, wobei es strukturelle Probleme in der Umsetzung gibt. Die Verschwiegenheitspflicht gewährleistet ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit und Autonomie. Damit im Zusammenhang ermöglicht das Verschweigen über die Methode als besonderes Merkmal Professioneller eine Wissensschließung und suggeriert damit einer Öffentlichkeit auch ein spezifisches, hochqualifiziertes Leistungsangebot.

Qualitätssicherung professioneller Leistungen bedarf entsprechender professionsinterner Vorkehrungen. Die Definition von Qualität psychologischer Leistungen gestaltet sich vor dem Hintergrund der Besonderheit der Professionellen - Klientenbeziehung denkbar schwierig, zumal die Beurteilung nicht nur das Produkt sondern auch den Prozeß des Zustandekommens beinhalten sollte und nicht von den handelnden Akteuren losgelöst betrachtet werden kann. Allgemein akzeptierte Qualitätsindikatoren (Badura et al. 1999, BMAGS 1997, 1998a, 1998b) können als Rahmenbedingungen für den Aushandlungsprozeß von Qualität verstanden werden. Im PG bezieht sich die Qualitätssicherung psychologischer Dienstleistungen ausschließlich auf berufsrechtliche Kriterien und erfolgt in erster Linie über die Zugangsbeschränkungen zum Beruf und den verpflichtenden Besuch von Fortbildungsmaßnahmen, der jedoch nicht näher ausgeführt wird (vgl. Kapitel 6.2). Der Schutz des Berufstitels wird über die Eintragung in die Berufsliste erreicht. Damit wird der Präzisierung des Leistungsangebotes gegenüber Kunden Rechnung getragen, was zum einen die Steigerung der Erwerbs- und Versorgungschancen der Professionellen ermöglicht und zum anderen dem Schutz der Klienten vor Inkompetenten dient (Schwartz 1978). Durch die konstituive Bedeutung der Berufsbezeichnung (Schwartz 1978) kann

---

<sup>335</sup> Interview: KfAP

es zu impliziten Abgrenzungen und zur Deklaration psychologischer Arbeit in weiten Bereichen der psychosozialen Versorgung kommen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die relevanten Kriterien für die Erlangung des Berufstitels und die Eintragung in die Berufsliste bis zum Ende der Übergangsbestimmungen 1993 relativ liberal gehandhabt wurden und sich seitdem stark an Handlungsmustern des medizinischen Systems orientieren. Eine laufende professionsexterne Qualitätskontrolle psychologischer Leistungen erfolgt durch Einkäufer psychologischer Leistungen in Person des HVST, der die Qualität psychologischer Dienstleistungen vor Abschluß entsprechender Verträge kontrolliert und durch die AK mit ihrer Beschwerdestelle. Informelle Qualitätssicherungsprozesse erfolgen vorwiegend an den Universitäten (PiÖ 1997<sup>336</sup>).

Zusätzlich zu diesen professionalisierungsrelevanten Regelungen konnte mit Hilfe des PG im Rahmen des ASVG für die extramurale Versorgung und im Rahmen des BKAG für die intramurale Versorgung in einen formalen versorgungsrelevanten Aushandlungs- und Umsetzungsprozeß eingetreten werden.

Aufgrund der ausschließlich kurativ und rehabilitativ orientierten und weitgehend von bedarfsorientierten Strukturen der medizinischen Profession gekennzeichneten Leistungen der Sozialversicherung können psychologische Leistungen nur innerhalb dieser bestehenden Vorgaben in das ASVG implementiert werden. Der für die Finanzierung der Tätigkeiten erforderliche Aushandlungsprozeß erfolgt über eine besondere Strukturierung der Anbieter-Abnehmer-Beziehung, mit der einem engen störungsorientierten Fokus entsprochen werden kann. 1992 kam es mit Hilfe eines begrenzt abgeschlossenen Gesamtvertrages zur Aufnahme der klinischpsychologischen Diagnostik in das Leistungsangebot des ASVG und damit zu einer Absicherung und Ausweitung der ökonomischen und sozialen Statusinteressen der Psychologen. Dieser Gesamtvertrag enthielt jedoch eine Vielzahl an Regelungen, die die professionelle Autonomie, die Selbstkontrolle und die Eigenverantwortlichkeit einschränken, zumal die selbständige freiberufliche Tätigkeit als Idealform professionellen Handelns von der Beurteilung einer externen Einrichtung abhängig gemacht wurde. Dabei bietet die klinischpsychologische Diagnostik mit ihrem individualisierenden und technologischen Charakter, ihrer segmentierenden und störungsorientierten Arbeitsweise ideale Voraussetzungen für den Professionalisierungsprozeß, da sie dadurch weniger hohe Anpassungsleistungen an das Versorgungssystem, insbesondere vor dem Hintergrund neuer (diagnostischer) Anforderungen im Bereich des Gesundheitswesens, zu erbringen braucht. Trotz dieser grundsätzlich günstigen Voraussetzungen konnte sich die Psychologie nicht abschließend emanzipieren. Psychologisch-diagnostische Leistungen sind hinsichtlich der Inanspruchnahme und Finanzierung ausschließlich und unmittelbar an Fremdprofessionen gebunden, wodurch faktisch der Kundenkreis für klinischpsychologische Diagnostik eingegrenzt wird.

---

<sup>336</sup> Themenheft: Qualitätssicherung in der psychologischen Diagnostik

Dennoch wurden durch die Aufnahme der klinischpsychologischen Diagnostik in das ASVG relativ günstige Rahmenbedingungen für die Professionalisierung der Psychologie geschaffen.

Anders als die klinischpsychologische Diagnostik wurde die klinischpsychologische Behandlung trotz ihrer expliziten Aufwertung im Zuge der formalen Gleichstellung mit ärztlicher Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung<sup>337</sup> nicht in den Leistungskatalog des ASVG eingebunden. Konzeptionell entwickelte sich die klinischpsychologische Behandlung infolge von Erosionstendenzen medizinischer Behandlungsmöglichkeiten und der Kritik an tradierten medizinischen Behandlungsansätzen als integrierter Ansatz in der Behandlung von Menschen<sup>338</sup> (Grawe 1998). Sie besitzt in dieser Form zwei Ausprägungen. In ihrer technologisch orientierten Konzeption, etwa Trainingsprogramme, stellt sie ein spezifisches und versorgungspolitisch zunehmend relevantes Leistungsangebot dar, das infolge seiner klaren Struktur und Konzeption zu keiner Einschränkung der funktionellen Autonomie und Eigenverantwortlichkeit führt und ihr damit zu einer weitgehenden gesellschaftlichen Akzeptanz verhilft. Dies bietet die Möglichkeit einer guten Strukturierung der Anbieter-Abnehmer Beziehung. In ihrer nontechnokratischen Konzeption orientiert sich die Klinische Psychologie an jenen Phänomenen, die infolge gesellschaftlicher Entwicklungen und deren Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Subjekte entstanden sind. In dieser Konzeption wird sie durch überwiegend weiche Formen und Routinen psychologischer Tätigkeit getragen, die sich arbeitsteilig aus verschiedenen Erfordernissen beruflicher Praxis herauskristallisiert haben. Diese beratenden und strukturierenden Tätigkeiten mit einem professionsübergreifenden Charakter (Grawe 1998) „beruhen letztendlich auf Haltungen und Fähigkeiten, über die prinzipiell jeder Mensch verfügt“ (Keupp 1986, S. 116) und die es der Klinischen Psychologie erschweren, ihre konkrete berufliche Praxis als professionsrelevantes Wissen zu vermitteln. Gelingt es ihr, sich von den Mustern von Zwischenmenschlichkeit und der Privatbeziehung als heimlichem Ideal zu befreien, eröffnet die Orientierung der Psychologie an den Bedürfnissen der Subjekte grundsätzlich gute Professionalisierungschancen, zumal sie in ihrer nontechnokratischen Arbeitsweise und aufgrund ihrer mangelhaften Ausdifferenzierung, „größere Anpassungsleistungen zu erbringen“ (Keupp, Strauss und Gmür 1989, S. 160) imstande ist.

Abseits dieser konzeptionellen Differenzierung wohnt der klinischpsychologischen Behandlung einiges Entwicklungspotential bei gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Leistungen inne. Diesem Entwicklungspotential kann mit der vorwiegend berufspolitisch motivierten Betonung der Krankheitswertigkeit klinischpsychologischer Behandlung<sup>339</sup> kaum entsprochen werden, zumal es den Anschein hat, dass mit den Bemühungen um die Implementierung klinischpsychologischer

---

<sup>337</sup> § 135 ASVG

<sup>338</sup> vgl. entsprechende Stellungnahmen im Berufsbildausschuß des PB

<sup>339</sup> vgl. hierzu differenzierte Stellungnahmen, u.a. von Baumann (1990, 1992). Er attestiert der klinischpsychologischen Intervention sehr viel primärpräventives Potential (z.B. Interventionen bei Konflikten etc.)

Behandlung in das ASVG im Bereich der psychosozialen Versorgung ein Gegengewicht zur medizinischen Profession, ohne einen grundsätzlichen Paradigmenwandel, etabliert werden soll. Hinzu kommt, dass infolge der fehlenden gesetzlichen Definition von klinischpsychologischer Behandlung die Implementierung der klinischpsychologischen Behandlung in das ASVG behindert und ihre versorgungspolitische Relevanz infrage gestellt wird. Infolge der Nichtaufnahme der klinischpsychologischen Behandlung ins ASVG versuchte der BÖP, sich mit dem Ansuchen um Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie im angestammten Feld der Psychotherapie zu professionalisieren. Wegen der unspezifischen und fehlenden formalen Bestimmung der Inhalte klinischpsychologischer Behandlung gehe ich davon aus, dass diese im Rahmen des ASVG schwierig zu professionalisieren ist.

Der gesetzlich abgesicherte Terraingewinn der Psychologen im Krankenanstaltenbereich ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass alle Tätigkeiten, auch die nichtärztlich psychologischen, von Medizinern kontrolliert werden (Hobi 1992; Burckhardt 1992). Weiters steht der Psychologe im Krankenhaus als einzelner einem System gegenüber, das an einem naturwissenschaftlichen, mechanistischen Welt- und Menschenbild orientiert ist, wobei seinem Handeln einerseits mit hohen Erwartungen und andererseits mit großen Widerständen begegnet wird (Huck 1993). Vor diesem Hintergrund bemühten sich seit 1991 Berufsvertreter der Psychologen um die Aufnahme psychologischer Leistungen in das Bundeskrankenanstaltengesetz<sup>340</sup> (BKAG), die im Zuge der Novellierung von 1993 ins BKAG aufgenommen wurden. Demnach muß der Krankenanstaltenträger auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung gewährleisten können. Dabei erfuhren die vorgeschlagenen inhaltlichen Ausführungen infolge des durch Psychologen nicht ausreichend geführten „Nachbereitungsprozesses“ und aufgrund des heftigen Widerstandes durch die ÖAK eine sukzessive Reduktion.<sup>341</sup> Mit der Aufnahme psychologischer Leistungen in das BKAG wurden dennoch strukturelle Rahmenbedingungen für die Implementierung psychologischer Leistungen in Krankenanstalten geschaffen, wenn auch der Einrichtung psychologischer Dienste trotz grundsätzlicher Einsicht in die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung in Krankenanstalten bisher aus Kostengründen auf Landesebene nicht ausreichend nachgekommen wurde (Gruber 1994). Infolge der mangelnden Verbindlichkeit der BKAG-Regelungen für psychologische Leistungen hinsichtlich der Umsetzung können diese den Professionalisierungsprozeß der Psychologie nur ansatzweise unterstützen. Hinzu kommt, dass psychologische Leistungen in Krankenanstalten, insbesondere in Abgrenzung zu anderen Berufen und Behandlungsmodellen vorwiegend unspezifisch thematisiert wurden. Eine mit Berücksichtigung von entsprechend qualifizierten Personen<sup>342</sup>

---

<sup>340</sup> BGBl. 801/1993

<sup>341</sup> Interview: BÖP

<sup>342</sup> nach dem PG und PthG

berufsspezifische Eingrenzung psychologischer Leistungen war für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologen nicht erfolgreich. Durch das Ansteigen alternativer psychosozialer Angebote kam es zur Abschwächung der Professionalisierungschancen der Psychologie. Dennoch stellt das Krankenhaus grundsätzlich ein ideales System für die Professionalisierungsbestrebungen der Psychologie dar, da die Psychologie in diesem Bereich ergänzende Verwendungskontexte<sup>343</sup> zur Medizin entwerfen kann, wodurch ein hohes Maß an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit gewährleistet wird.

Infolge der gesetzlichen Verankerung der Psychologen in versorgungsrelevanten Gesetzen positionieren sie sich im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens relativ zu anderen Berufsgruppen, welche ebenfalls in diesem Sektor arbeiten. Allen Psy-Berufen ist gemein, dass ihre Neupositionierung mit den Erosionstendenzen von medizinischen Behandlungsmodellen einhergeht. Sie reagieren auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen mit einem zunehmenden Scientizismus und/oder zunehmenden Institutionalisierung und Bürokratisierung ihrer Leistungen und/oder mit einer Betonung der Sozialorientierung.

Das System der österreichischen Gesundheitsversorgung als relevantes Bezugssystem für diese Diskussion bietet eine Vielzahl an förderlichen Aspekten für die Professionalisierungsdiskussion. So kommt es aufgrund der oft ungenügend abgestimmten Koordination und Vernetzung zu individuumszentrierten, kurativmedizinischen (und technikintensiv ausgerichteten Behandlungs- und Betreuungsangeboten, mit denen infolge der Veränderungen im Krankheitspanorama den psychosozialen Bedürfnissen der Individuen kaum entsprochen werden kann (vgl. Kapitel 3.2). Diesem Problem versucht man mit verschiedenen Modellen der Integration Sozialer Dienste, Medizinischer Versorgung und Laienhilfepotential (Schaffenberger 1994; Forster et al. 1989; Badura et al. 1999) zu begegnen. Vor diesem Hintergrund können sich Psychologen mit dem Aufgreifen psychosozialer Bedürfnisse etablieren und professionalisieren. Legistisch wurden diesen Perspektiven mit dem Ausbau der Patientenrechte im BKAG (1993) und der Verankerung klinischpsychologisch-diagnostischer Leistungen im ASVG Rechnung getragen. Trotz dieser Perspektiven und der gesetzlichen Weichenstellungen ist es der Psychologie bisher nur ungenügend gelungen, ihre Leistungen im österreichischen Gesundheitswesen zu implementieren. Ursache dafür ist, dass die Systemstrukturen (Gesetze, Finanzierung, organisatorisches Zusammenspiel von Sozialen Diensten usw.) den Psychologen im Vergleich zur Medizin ungünstige Voraussetzungen bieten und die „Anreize des Systems bezüglich psychologischer Dienste oft eher hemmend wirken“ (Schmidt 1997, S. 626).

Unter diesen Rahmenbedingungen erfolgt der Prozeß der Neupositionierung der Psychologen relativ zu anderen Berufsgruppen im „psychosozialen Sektor“ des Gesundheitswesens, wobei ich mich in der

---

<sup>343</sup> primärpräventive Aktivitäten (Aufklärung, Patientenschulung, ...)

folgenden Abhandlung auf jene Berufe im Gesundheitswesen beschränken werde, die in ihrer Tätigkeit unmittelbar an der psychosozialen Versorgung teilhaben und deren Leistungsangebot sich auf den extramuralen Sektor des Gesundheitswesens konzentriert. Dabei zeigt sich, dass die Finanzierungstechniken, Aufgabendefinitionen und Organisationsstrukturen im ASVG eine arztlastige Personalstruktur im Gesundheitswesen fördern (Döhler 1997) und mit der schwierigen Umsetzbarkeit von psychosozialen, sozialtherapeutischen und public-health Initiativen kaum Beschäftigungschancen für nichtärztliche Berufsgruppen bieten. Die zunehmende Aufsplitterung der Gesundheitsversorgung führt zu einem Aufklaffen von Lücken bei beruflichen Handlungsfeldern, was eine stärkere Integration psychosozialer Leistungsangebote ermöglicht (Döhler 1997). Um diese Professionalisierungschancen aufgreifen zu können, orientieren sich nichtärztliche Psy-Berufe an ärztlichen Organisations- und Handlungsmodellen. Die Professionalisierung der Psy-Berufe kann man dabei als die selektive Übernahme einzelner Elemente des ärztlichen Professionsmodells unter Wahrung berufsspezifischer Identitäten verstehen (Döhler 1997).

Professionalisierung erfordert in diesem Aushandlungsprozeß die Definition eines eigenen Kompetenzbereiches (Dewe und Otto 1996), der die Verteidigung der eigenen Arbeit und/oder das Eindringen in die Arbeitsfelder anderer Professionen unterstützen kann (Scambor 1997). Die gesetzliche Festschreibung professioneller Tätigkeiten (vgl. Kapitel 4) erlaubt auf der rechtlichen Ebene einen Vergleich der acht Berufsgruppen im psychosozialen Sektor des Gesundheitswesens, die sich im Zuge des PG neu positionieren müssen. Dies sind die Klinischen Psychologen, die Gesundheitspsychologen, die Psychotherapeuten, die Allgemeinärzte, die Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie, die Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie, die Diplom-Sozialarbeiter und die Lebens- und Sozialberater.

Dabei läßt sich erkennen, dass jene Berufe, die mit ihrer pathologisierenden und selektiven Wahrnehmung eher die Krankheitswertigkeit von Störungen betonen,<sup>344</sup> sich infolge der kurativen Ausrichtung des Gesundheitswesens besser professionalisieren können, als jene Berufe, die in ihrer Arbeit ressourcenorientiert und primärpräventiv stärker die Gesundheit in den Vordergrund rücken und aufgrund ihres Gegenstandes und ihrer (lebensweltnahen) Art der Problemlösungen und Versorgungsformen im medizinisch dominierten Gesundheitswesen nicht jene vergleichbaren Anpassungsleistungen an die verschiedenen Funktionssysteme zu erbringen imstande sind.

Mit der derzeit bestehenden gesetzlichen Ausbildungsregelung verfügen Psychologen mit ihrer (staatlichen) universitären und zeitlich langen Aus- und Fortbildung im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Psy-Berufen über grundsätzlich gute Voraussetzungen für ihre Professionalisierungsbestrebungen, wenn auch wie oben gezeigt, deren Umsetzung diesen Ansprüchen nicht gerecht zu werden scheint.

---

<sup>344</sup> psychische Störung, psychische Aspekte somatischer Erkrankungen

In der berufsrelevanten Forschung besitzt die ärztliche Profession die meisten Ressourcen, da diese vorwiegend an Universitäten erfolgt, und Ärzte mit Krankenhäusern zusätzlich über ein organisatorisches Dach verfügen, unter dem medizinische Forschung, medizinische Ausbildung und medizinische Praxis in idealer Weise kurzgeschlossen sind (Beck 1986). Durch die hohen Ansprüche an die professionelle Wissensproduktion kann davon ausgegangen werden, dass diese vorwiegend an universitären Forschungseinrichtungen angemessen erbracht werden kann und entsprechend dieser Logik eine außeruniversitäre Forschung die Professionalisierungsbestrebungen nichtakademischer Gesundheitsberufe nur in geringerem Ausmaß unterstützt.

Während die Zulassung und Berechtigung zum beruflichen Handeln für Ärzte verbindlich geregelt ist, sind die Tätigkeitsfelder aller anderen Berufe nicht der jeweiligen Berufsgruppe vorbehalten, wobei die Psychologen und Psychotherapeuten einen Titelschutz besitzen. Dies bedeutet für die Psychologie insgesamt, dass sie bestimmen kann, wer ihre Arbeit ausführt und wie sie ausgeführt wird. Gesetzlich abgesichert ist die Eigenverantwortlichkeit und Eigenkontrolle bei Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, da sie über ein entsprechendes Berufsgesetz verfügen. Demnach wird deren Tätigkeit formal auch durch keine andere Berufsgruppe dominiert.

Bei der Inanspruchnahme klinischpsychologisch-diagnostischer Leistungen existieren finanzielle Barrieren, da sie von einer Zuweisung als Voraussetzung für die Entgeltung durch Dritte abhängig gemacht bzw. im Falle der klinischpsychologischen Behandlung nicht bezahlt wird.

Die Zugänglichkeit zu Leistungen läßt sich hinsichtlich der sie beeinflussenden Faktoren Akzeptanz, Vertrauen, Öffnung, Information, Kosten und Erreichbarkeit in niederschwellige und höherschwellige Angebote unterscheiden, wobei meiner Ansicht nach Angebote von Klinischen Psychologen durch ihre regional ungleiche Verteilung hochschwellig sind und damit die Professionalisierungsbestrebungen behindern. Gesundheitspsychologische Angebote sind, da sie entsprechende Informationen über die Form der Inanspruchnahme von Hilfesuchenden erfordern ebenfalls eher höherschwellig.

Den für die Professionalisierung politisch bedeutsamen Berufsverband, dem die Durchsetzung berufsständischer Interessen nach innen und nach außen (auch mit Hilfe des Staates) möglich ist und der im Sinne kleiner, weitgehend autonom agierender Gruppierungen effizient agieren kann, besitzen derzeit nur Ärzte. Die Berufsverbände der Psychologen erfüllen als (eher lose) Interessenszusammenschlüsse die Kriterien von Effizienz und Effektivität nur bedingt.

Trotz der relativ unspezifischen Regelung zentraler Inhalte kann das PG als Bemühen des Gesetzgebers eingeschätzt werden, bereits vorhandenen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Realiter hat der Gesetzgeber mit dem Beschluß des PG ein soziales Instrument konstituiert, das bei der Reform und Steuerung psychosozialer Versorgung behilflich sein könnte (Ziegert 1975). Dennoch ist es der Berufsgruppe der Psychologen mit dem PG nicht überzeugend gelungen, sich als

bedeutsamer Anbieter entsprechender Dienstleistungen abschließend zu etablieren und sich aus der monopolisierenden Umklammerung der Ärzte zu befreien (Hobi 1992; Burckhardt 1992). Durch die ausschließliche gesetzliche Regelung des Berufsrechtes, also der Frage, wer im Gesundheitswesen tätig sein darf, wurden kaum Rahmenbedingungen für Reformperspektiven der psychosozialen Versorgung geschaffen (vgl. Kapitel 5.1) (Baumann und Lairaiter 1991). Mit den Handlungsspielräumen (Tätigkeitsumschreibungen, Verschwiegenheitspflicht, Eigenverantwortlichkeit, Schutz der Berufsbezeichnung für alle Gebiete der Psychologie), die bisher nur informell oder gar nicht geregelt wurden, konnte das PG durch Anpassungen bestehender Gesetze in der realen Arbeitswelt von Psychologen relevant werden. Es bleibt jedoch den Psychologen weitgehend überlassen, wie sie sich in der psychosozialen Versorgungspraxis entwickeln. Das PG bietet hierfür kaum Anknüpfungspunkte.

Meiner Ansicht nach ist psychologisches Handeln vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Organisation der Berufe, ihrer sozialen Lage und ihrer Funktion durchaus professionalisierungsfähig (Schaeffer 1994), wobei die Professionalisierung der Psychologie im Gesundheitswesen durch die nur bedingt praxisadäquaten Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, den nichtausbildungsadäquaten Einsatz der Absolventen, die mangelnde Transparenz der Tätigkeitsbilder der Psychologen in der Öffentlichkeit, die mangelnde Zusammenarbeit zwischen Praktikern und Wissenschaftlern und die Schwierigkeit bei der Erschließung neuer Praxisfelder erschwert wird (Rösler 1990).

In Anlehnung an Schwendenwein (1990, S. 360 f) entspricht die Situation der österreichischen Psychologie weitgehend den in Kapitel 4 dargestellten Merkmalen und Voraussetzungen für eine Professionalisierung. Schwendenwein (1990) meint jedoch, dass von einer Profession erst dann gesprochen werden kann, wenn die für die Gesellschaft wertvolle Tätigkeit konkurrenzlos ausgeübt wird und die Profession über ein berufliches Monopol verfügt, was für den Fall der österreichischen Psychologie nicht zutrifft bzw. für Berufe im psychosozialen Sektor schwierig zu erbringen ist (Rüschmeyer 1980).

## 9 Literaturverzeichnis

- Abbott, A.D. (1988). *The system of profession: an essay on the division of expert labour*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Alisch, C. M. (Hrsg.) (1990). *Profession und Professionswissen*. Braunschweig: Schriften zu Braunschweiger Studien.
- Arnold, E., Sonntag, U. (Hrsg.) (1994). *Ethische Aspekte in der psychosozialen Arbeit*. Tübingen: DGVT.
- Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.) (1988). *Handwörterbuch Psychologie*. München: PVU.
- Badelt, Chr. (1996). Qualitätssicherung aus gesamtwirtschaftlicher und sozialpolitischer Perspektive. In B., Maelicke (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen*. Baden-Baden: Nomos. S. 9-24.
- Badura, B. (1990). Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.). a.a.o. S. 51-63.
- Badura, B. (1996). Public Health und Pflege. In Seidel, E. (Hrsg.). *Akademisierung und Public Health*. Wien: Maudrich. S. 67-81.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981). *Soziale Unterstützung und Krankheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Badura, B. et al. (1999). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos.
- Badura, B., Feuerstein, G. (1994). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa.
- Badura, B., Gross, P. (1976). *Sozialpolitische Perspektiven: Eine Einführung in die Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen*. München: Piper.
- Balint, M. (1957). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bartuska, H. (1995). Sparaktion mit allen Schikanen. *Standard*. 25.1.1995. S. 23.
- Bartuska, H. (1997). Statistik über klinischpsychologische und psychotherapeutische Stundenleistungen in den Krankenhäusern der Gemeinde Wien. *Psychotherapie Forum*. 5. 2. S. 90-91.
- Bartuska, H., Fiegl, J., Weiss, P. (1996). *Leistungsprofil psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus*. Skriptum.
- Bastine, R. (1990). *Klinische Psychologie*. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992). *Psychotherapie*. In R. Bastine (Hrsg.). *Klinische Psychologie*. Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer. S. 179-309.
- Bastine, R. (Hrsg.) (1992). *Klinische Psychologie*. Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, P. (1998). Supervision als Instrument der Qualitätssicherung. In Brunner, J. et al. (Hrsg.). a.a.o. S. 107-134.
- Baumann, U. (1989). Beitrag der Psychologen zur Gesundheitsversorgung. *Psychologie in Österreich*. 4/9. S. 118-120.
- Baumann, U. (1991). Gesundheitsversorgung. In Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.). a.a.o. S. 34-51.
- Baumann, U., Laireiter, A. (1992). Zur Relation Klinischer Psychologie und Psychotherapie in Österreich. *Psychologische Rundschau*. 43. S. 184-186.
- Baumann, U., Perrez, M. (Hrsg.) (1991). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Bd. 1. Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie. Bern: Huber.
- Baumann, U. (1995). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. *Psychologische Rundschau*. 1. 46. S. 13-17. Göttingen: Hogrefe.
- BDP (1989). Das neue Zertifikat „Klinischer Psychologe/Psychotherapeut BDP“. In *Report Psychologie*, 11/89. S. 33-37.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Beck, U. (1994). "Jenseits von Klasse und Stand?". In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt: Suhrkamp. S. 43-61.
- Beck, U. (1995). Eigenens Leben. München: Beck.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (1994). Individualisierung in modernen Gesellschaften - Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt: Suhrkamp. S. 10-43.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (1997). Individualisierungstheorie: Veränderungen des Lebenslauf in der Moderne. In: Keupp, H. (Hrsg.). Zugänge zum Subjekt. Frankfurt: Suhrkamp. S. 125-146.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). (1994). Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U., Bonß, W. (Hrsg.). (1989). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U., Brater, M. (1980). Soziologie der Arbeit und Berufe. Rheinbeck/Hbg.: Rowohlt.
- Beck-Gernsheim, E. (1981). Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Frankfurt: Campus.
- Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrates XVII Gesundheitspsychologie (1389), Bericht des Gesundheitsausschusses.
- Bergener, M. (1991). Gerontopsychiatrische Versorgung. In: Oswald, W. et al. (Hrsg.). Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 197-208.
- Berger, E. et al. (1978). Systemanalyse des österreichischen Gesundheitswesens. 2 Bde. Wien.
- Berger, P. (1990). Ungleichheitsphasen. Stabilität und Instabilität als Aspekte ungleicher Lebenslagen. In: Berger, P., Hradil, St. (Hrsg.). a.a.o. S. 319-351.
- Berger, P., Hradil, St. (Hrsg.) (1990). Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt. Sonderband 7. Göttingen: Schwartz.
- Berger, P., Luckmann, Th. (1980). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer TB.
- Bericht des Gesundheitsausschusses über die Regierungsvorlage zum Psychologengesetz, 1388 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP.
- Bertram, H., Dannenbeck, C. (1990). Pluralisierung von Lebenslagen und Individualisierung von Lebensläufen. In: Berger, P., Hradil, St. (Hrsg.). a.a.o. S. 207-231.
- BGBI. (1990). Nr. 360. Psychologengesetz
- BGBI. (1990). Nr. 361. Psychotherapiegesetz.
- BGBI. (1992). Nr. 275. Fortpflanzungsmedizingesetz.
- BGBI. (1993). Nr. 526. Strafprozeßordnung.
- BGBI. (1993). Nr. 801. Bundesgesetz über Krankenanstalten.
- BGBI. (1994). Nr. 194. Gewerbeordnung. Auszug betreffend das Gewerbe der Lebens- und Sozialberater.
- BGBI. (1994). Nr. 510. Gentechnikgesetz.
- BGBI. (1994). Nr. 991. Verordnung der Akademie für Sozialarbeit. Bekanntmachung des Lehrplans.
- BGBI. (1997). Nr. 105. Novelle der Strafprozeßordnung.
- BGBI. (1997). Nr. 108 und 21. Bundesgesetz, mit dem die Ausbildung zu Tätigkeiten, die durch Rechtsvorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens geregelt sind.
- BGBI. (1997). Nr. 112. Suchmittelgesetz.
- Biegenzahn, H. (1994). Das gesunde Krankenhaus. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 24.

- Bierhoff, W. (1993). Sozialpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bittner, U. (1981). Ein Klient wird „gemacht“. In E. v. Kardorff und E. Koenen (Hrsg.). a.a.o. S. 103-138.
- BKA. (1988). Protokoll der Besprechung vom 23. 6. 1988 betreffend den Entwurf des PG.
- Blum, H. (1991). Tagebuchnotizen einer Ärztin. Freiburg/Bg.: Lambertus.
- Boerner, (1985). Das psychologische Gutachten. Weinheim: PVU.
- Böhm, I. et al. (Hrsg.). (1992). Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch. Freiburg/Brg.: Lambertus.
- BÖP (1985). Entwurf eines Bundesgesetzes über die berufliche Vertretung und Rechtsstellung der Psychologen (Psychologengesetz: Fassung vom 1.6. 1985). Psychologie in Österreich, 5 (Sondernummer 3/85).
- BÖP (1993). Psychologie im Krankenhaus. Übersicht über im Spitalswesen beschäftigte Psychologen. Skriptum.
- BÖP (Hrsg.). (1993). Psychologie in der Steiermark. Graz: Leykam.
- BÖP (Hrsg.). (1996). Psychologische Behandlung. Jg. 16. 3-4. Themenheft Psychologie in Österreich.
- BÖP (Hrsg.). (1997). Qualitätssicherung in psychologischer Diagnostik. Jg. 17. 1. Themenheft Psychologie in Österreich.
- Braun, H. (1994). Gesundheitssysteme und Sozialstaat. In: Schmidt, L., Schwenkmezger, P. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke. S. 247-262.
- Bräutigam, W. et al. (1992). Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme.
- Breitwieser, U. (1991). Apelle sind zuwenig! München: Profil.
- Bric, R. (1993). Das Spannungsverhältnis zwischen psychologischer Ausbildung und Berufspraxis in Österreich. Wien: unveröffentl. Univ. Diplomarbeit.
- Bric, R. (1994). Der Weg von der Ausbildung zum Beruf. Psychologie in Österreich. 3. S. 52-55.
- Brunner, J. (1998). Soziale Einrichtungen im Härtetest. In: Brunner, J. et al. (Hrsg.). a.a.o. S. 8-15.
- Brunner, J. et al. (Hrsg.). (1998). Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung. Freiburg: Lambertus.
- Bundeskanzleramt/Sektion VI - Volksgesundheit (Hrsg.). (1989). Entwurf zum Psychologengesetz (Erläuterungen). Wien: Autor.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1999). Älter werden in Österreich. Wien: Eigenverlag
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. (1997). Leitfaden Patientenorientierung. Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. (1998a). Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. (1998b). Qualität im Gesundheitswesen. Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (1994). Gesundheitsbericht. Graz: Styria.
- Bundesministerium für Jugend und Familie (Hrsg.). (1994). Tagungsbereich „Pflege in der Familie? - Politik die hilft.“ Tagung zum Internationalen Jahr der Familie.
- Bundesministerium für Wissenschaft, Verkehr und Kunst (1996). Tätigkeitsbericht psychologischer Beratungsstellen für Studierende. Wien: Eigenverlag.
- Burckhardt, R. (1992). Der Guckkasten: Ein Berufsbild im Wandel. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie. 51 (4). S. 281-284.
- Butschek, C. (1991). ASVG-Novelle. Mündigkeit durch Zwangsuntersuchung?. In: Standard. 26.11.1991.

- Butschek, C. (1993). Die Rolle der Psychologen im Gesundheitswesen. In *Psychologie in Österreich*. 3. S. 60-64.
- Castel, R. (1985). *Die Insitutionalisierung des Uneingestehbaren und die Aufwertung des Intimen*. Frankfurt: Suhrkamp
- Cibulka-Ebner, U., Treytl, J. (1994). Ärztliche Versorgung in Österreich 1990-2010. In: Froschauer, U., Krajic, K., Pelikan, J. (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: Facultas. S. 145-153.
- Cohen, L.H. et al. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41, 198-206.
- Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.). (1997). *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Conrad, P., Schneider, J.W. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St Louis: Mosby.
- Corbin, J., Strauss, A. (1993). *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper.
- Cramer, M. (1978). Zum Problem der Interessensvertretungen im Bereich der Klinischen Psychologie. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen*. Frankfurt: Suhrkamp. S. 269-298.
- Cramer, M. (1982a). Professionelles Helfen und seine Krisen. In: Keupp, H. (Hrsg.). *Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven*. München: Urban und Schwarzenberg. S. 197-207.
- Cramer, M. (1982b). *Psychosoziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cramer, M. et al. (Hrsg.). (1983). *Gemeindepsychologische Perspektiven 4: Orientierungshilfen zu einem beruflichen Selbstverständnis*. Tübingen: DGVT.
- Daheim, H. (1973). Professionalisierung. Begriff und einige latente Makrofunktionen. In: Albrecht, G. et al. (Hrsg.). *Soziologie. Sprache. Bezug zur Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Daheim, H. J. (1992). Zum Stand der Professionssoziologie. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (Hrsg.). a.a.O. S. 21-35.
- Daheim, H. J., Schönbauer, G. (1993). *Soziologie der Arbeitsgesellschaft. Grundzüge und Wandlungstendenzen der Erwerbsarbeit*. Weinheim: Juventa.
- Davidson und Neale (1991). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Dewe, B. (1988). *Wissensverwendung in Fort- und Weiterbildung*. Baden: Nomos-Nomos.
- Dewe, B. (1993). *Professionelles soziales Handeln: Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*. Weinheim: Juventa.
- Dewe, B., Ferchhoff, W. (1985). Krise des Wohlfahrtsstaates. In: Olk, Th. et al. (Hrsg.). *Wohlfahrtspolitik in der Wende*. München: Juventa. S. 152-175.
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (1992). Auf dem Wege zu einer aufgabenorientierten Professionstheorie pädagogischen Handelns. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (Hrsg.). a.a.O. S. 70-91.
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (Hrsg.). (1992). *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske+Budrich.
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Scherr, S., Stüwe, G. (1995). *Professionelles soziales Handeln*. Weinheim: Juventa.
- Dewe, B., Otto, H.U. (1984). Professionalisierung. In: Eyferth, H., Otto, H.U., Thirsch, H. (Hrsg.). *Handbuch zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Berlin: Luchterhand. S. 775-811.
- Dewe, B., Otto, H.U. (1996). *Zugänge zur Sozialpädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Dewe, B., Radtke, F.-O. (1989). Klinische Soziologie - eine Leitfigur der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. In: Beck, U., Bonß, W.

- (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Frankfurt: Suhrkamp. S. 46-72.
- Dilling, H. S., Weyrer, S., Castell, R. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke.
- Dimitz, G. (1997). Entwurf eines Sozialarbeitsgesetz. Skriptum.
- Dlugosch, G., Schmidt, L.R. (1992). Gesundheitspsychologie. In: Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In: R. Bastine (Hrsg.). Klinische Psychologie. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer. S. 123-179.
- Döhler, M. (1997). Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt: Campus.
- Egger, B. (1999). Gesundheitswesen in Österreich. Wien: Volkswirtschaftliche Verlags GmbH.
- Egger, J. (1990). Wie effizient sind psychologische Behandlungsmethoden. Der Praktische Arzt. Österr. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 44 Jg. Juni 1990. S. 662-674.
- Egger, J. (1993a). Psychologie als Heilkunde. Von der kurativen Verhaltensmedizin zur präventiven Gesundheitspsychologie. Psychologie in Österreich. 5. S. 139-142.
- Egger, J. (1993b). Psychologie im Gesundheitswesen und Medizin. In: BÖP (Hrsg.). Psychologie in der Steiermark. Graz: Leykam. S. 40-59.
- Egger, J. (1996). Klinische Psychologie im Krankenhaus. Psychologie in Österreich. 3-4. S. 116-124.
- Egger, J., Schoberberger, R. (1993). Gesundheitspsychologie in Österreich. Analyse und Befund zum status quo. Psychologie in Österreich. 1-2. S. 3-9
- Engelke, E. (1993). Soziale Arbeit als Wissenschaft. Freiburg: Lambertus.
- Engleitner, E., Hackl, R. (1996). Betreuende Angehörige. Betreuungsalltag mit dem Dienst „Mobile Hilfe und Betreuung“. Linz: Diplomarbeit.
- Eser, A., Lutteroni, M., Sporken, P. (Hrsg.) (1989). Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Freiburg: Herder.
- Ettl, H. (1991). Zum Geleit. In: M. Kierein, u.a. Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz: Kurzkommentar. Wien: Orac. S. 5-8.
- Eyferth, H., Otto, H.U., Thirsch, H. (Hrsg.). (1984). Handbuch zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Berlin: Luchterhand.
- Feldstein, P. (1977). Health Associations and the Demand for Legislation: The Political Economy of Health. Cambridge: Ballinger.
- Fiedler, P. (1992) Psychosoziale Intervention und Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie. In: R. Bastine (Hrsg.). a.a.O. S. 361-410.
- Flick, U. et al. (Hrsg.). (1995). Handbuch qualitativer Sozialforschung. Weinheim: PVU.
- Florin, I, Fiegenbaum, W. (1992). Klinische Psychologie: Erfolge und Perspektiven. In: W. Fiegenbaum (Hrsg.). Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie. Berlin: Springer. S. 3-10.
- Forster, R. (1994). Psychiatrische Versorgung und Psychiatriepolitik in Österreich 1970 - 1990. In: Froschauer, U., Krajcic, K., Pelikan, J. (Hrsg.). Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: Facultas. S. 18-48.
- Forster, R. (1997a). Psychiatriereformen zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Forster, R. (1997b). Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Wien: Döcker Verlag.
- Forster, R., Froschauer, U., Pelikan, J. (Hrsg.). (1989). Gesunde Projekte. Wien: Jugend und Volk.
- Freidson, E. (1975). Dominanz der Experten. Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Freidson, E. (1979). Der Ärztestand. Stuttgart: Enke.

- Freidson, E. (1994). Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Cambridge: Polity Press.
- Frey H.-P., Haußer K. (Hrsg.). (1987). Identität - Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. Stuttgart: Enke.
- Frischenschlager, O. (Hrsg.). (1997). Psychoonkologie. Berlin: Springer.
- Fürnkranz, W. (1989a). Psychologengesetz - die vorläufig letzte Runde. Rundbrief der GkPP. 17. S. 5.
- Fürnkranz, W. (1989b). Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz in Sicht ?. Rundbrief der GkPP. 15. S. 2-6.
- Fürnkranz, W. (1989c). Psychologengesetz, die Dritte... (eine Groteske). Rundbrief der GkPP. 16. S. 4-8.
- Fürnkranz, W., Graupe, S.R. (1995). Gesundheitsförderung oder Standespolitik - eine alte Frage neu gestellt aus Anlaß der Kassenvertragsaktivitäten des BÖP. Rundbrief der GkPP. 38. S. 7-10.
- Fürnkranz, W., Untermarzonner, D. (1996). Gesundheitspsychologie in einer New Public Health. In: R. Grossmann (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Public Health. Wien: Facultas. S. 323-349.
- Garms-Homolova et al. (1989). Gemeindenahe Versorgung von alten Menschen? - Eine Bestandsaufnahme aus medizinsoziologischer Sicht. In: Kleiber, D., Filsinger, D. (Hrsg.). Altern - bewältigen und Helfen. Heidelberg: Asanger. S. 75-89.
- Garms-Homolova, V., Schaeffer, D. (1992). Versorgung alter Menschen. Freiburg: Lambertus.
- Generalversammlung des ÖBDS. (1996). Berufsbild der diplomierten SozialarbeiterInnen.
- Gerstenmaier J., Nestmann F. (1984). Alltagstheorien von Beratung. Wiesbaden: Quelle und Meyr.
- Giddens, A. (1995). Konsequenzen der Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gildemeister, B., Robert, G. (1987). Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In: H.-P. Frey, K. Haußer (Hrsg.). Identität - Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. Stuttgart: Enke. S. 71-81.
- Gildemeister, R. (1983). Als Helfer überleben - Beruf und Identität in der Sozialarbeit/-pädagogik. Neuwied: Luchterhand.
- Girtler, R. (1984). Methoden der qualitativen Sozialforschung. Wien: Böhlau.
- Gleiss, I. (1978) Probleme und Perspektiven der sozialen Epidemiologie psychischer Störungen. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 499-539.
- Gneist, K. (1994). Alltag im Krankenhaus. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 27-28.
- Goffmann, E. (1973). Das ärztliche Berufsmodell und die psychiatrische Hospitalisierung. In: ders. Asyle. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goldberg, C. (1980). Gleichheit in der Psychotherapie? München: Profil.
- Goode, W. J. (1972). Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In: Luckmann, Th., Sprondel, W. (Hrsg.) (1972). Berufssoziologie. Köln: Kippenhauer und Witsch.
- Graupe, S (1995). Bericht über die Tätigkeit des Psychologen-Beirats am BMGSK im Arbeitsjahr 1995. Rundbrief Nr. 38. S. 3-6.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, S. 132-162.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

- Grosse-Ruyken, F.J. (1987). Ist Prävention eine ärztliche Aufgabe? In: Besel, K. (Hrsg.) Psychosomatisches Handeln in der Allgemeinmedizin. Heidelberg: Springer.
- Gruber, A. (1994). Tätigkeitsfelder, Arbeitsorganisation sowie Arbeits- und Berufsbedingungen von Psychologen in Österreich. unveröffentlichte Diplomarbeit a.d. Universität Wien.
- Grubitzsch, S., Rexilius, G. (1978). Testtheorie - Testpraxis. Rheinbeck/Hbg.: Rowohlt.
- Guggenberger, E. (1990). Identität im Psychologenberuf. München: Profil.
- Guschlbauer, H. (1994). Ethikrichtlinien für Klinische- und Gesundheitspsychologen. RB. 30. S. 6-7.
- Haisch, J., Zeitler, H.P. (1991). Zum Verhältnis von Gesundheitspsychologie und Medizin. In: Haisch, J., Zeitler, H.P. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg: Asanger. S. 377-387.
- Haller, G. (1990). Kurzkommentar zum Behinderteneinstellungsgesetz. Wien: Verlag des ÖGB.
- Hand, I., Wittchen, H. U. (Hrsg.) (1989). Verhaltenstherapie in der Medizin. Heidelberg: Springer.
- Hauptert, B. (1994). Wege und Ziele der Forschung im Rahmen professioneller Sozialer Arbeit. In: W. R. Wendt. (Hrsg.). a.a.o. S. 116-134.
- Hedtke-Becker, A. (1990). Die Pflegenden pflegen. Freiburg: Lambertus.
- Hegenbarth, R. (1981). Symbolische und instrumentelle Funktionen moderner Gesetze. In: Zeitschrift für Rechtspolitik. S. 210-204.
- Heim, E., Willi, J. (1986). Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer.
- Heimerl, K. et al. (1999). Für eine umfassende Public Health Ausbildung in Österreich. In: Polak, G. (1999). Das Handbuch Public Health. Wien: Springer. S. 252-257.
- Hennen, L. (1996). Experten, Laien und Politik. In: St. Kolb (Hrsg.). a.a.o. S. 158-174
- Hesse, H.A. (1972). Berufe im Wandel. Stuttgart: Enke.
- Hitzler, R., Honer, A. (1994). Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). a.a.o. S. 265-296.
- Hobi, V. (1992) Schweizerische Berufspolitik zwischen gestern und morgen. Kommentar zu: Stähelin, J. E. (1942). Zur Frage der gesetzlichen Regelung der Tätigkeit der nichtärztlichen psychologischen Berater. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 51 (4). S. 273-280.
- Hofer, E. (1990). Das Psychologengesetz. Geschichte, Bedeutung, Zukunftsaspekte. Psychologie in Österreich. 1-2. S. 2-6.
- Hoffmann, P. (1990). Das Psychologengesetz. Rundbrief der GkPP. 20. S. 12-14.
- Hoffmann, P. (1991). Keine Bezahlung klinisch-psychologischer Behandlung auf Krankenschein. Rundbrief der GkPP. 24. S. 3.
- Hoffmann, P. (1992). Der Kuchen wird verteilt. Rundbrief der GkPP. 26. S. 8-10.
- Hoffmann, P. (1993). Arbeit im Psychologenbeirat: Bilanz und Ausblick. Rundbrief der GkPP. 28. S. 4-6.
- Hoffmann, P. (1997). Qualitätssicherung in der psychologischen Diagnostik: Funktion und Ziele. Psychologie in Österreich. 1. S. 3-10.
- Homm, M, Kierein, M., Popp, R., Wimmer, A. (1996). Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Wien: Facultas.
- Hörl, J. (1992). Lebensführung im Alter. Zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Hörmann, G., Nestmann, F. (1985). Die Professionalsierung der Klinischen Psychologie und die Entwicklung neuer Berufsfelder in Beratung, Sozialarbeit

- und Therapie. In: Geuter, (Hrsg.). Die Geschichte der deutschen Psychologie. S. 252-285.
- Horn, B. (1986). Psychosoziale Aspekte der hausärztlichen Praxis. In: E. Heim, J. Willi. Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer. S. 568-585.
- Howe, J. (1991). Psychotherapie mit alten Menschen - ein Beispiel für unterlassene Hilfeleistung. In: Howe, J. (Hrsg.). Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alterswissenschaft. Bd. 3. Heidelberg: Asanger. S. 140-164.
- Huber, W. (1991). Psycho-Gesetze. Eisenstadt.
- Huck, K. (1983). Begegnen statt Funktionieren. Möglichkeiten und Grenzen der Psychologen im Krankenhaus. Zeitschrift für Humanistische Psychologie. 6 (3-4), S. 15-33.
- IBE. (1999a). Qualitätsmanagementmaßnahmen für die Fachbegleitenden Dienste. Linz: unveröffentlichtes Diskussionspapier.
- IBE. (1999b). Evaluierung des GSS Steyr. Linz: Bericht.
- Illich, I. (Hrsg.). (1979). Nemesis der Medizin. Entmündigung durch Experten. Reinbeck/Hbg.: Rowholt.
- Irrgang, B. (1995). Grundriß der medizinischen Ethik. München. Reinhardt UTB.
- Jacoby, R. (1978). Soziale Amnesie. Suhrkamp: Frankfurt
- Jandl-Jagger, E. (1995). Fortbildungen der Österreichischen Ärztekammern. In: Stumm et al. (Hrsg.). a.a.o. S. 581-591.
- Kallwaas, W. (1990). Anregungen für ein deutsches Psychotherapeutengesetz. In: Forum der Psychoanalyse. 6. Berlin:Springer. S. 341-347.
- Kanfer, F.H. et al. (1990). Selbstmanagement-Therapie als Veränderungsprozeß. Heidelberg: Springer.
- Kardoff v., E., Koenen, E. (1981). Im Irrgarten der psychosozialen Versorgung. In: Kardoff v., E., Koenen, E. (Hrsg.) Psyche in schlechter Gesellschaft. Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit. Wien: Urban und Schwarzenberg. S. 239-273.
- Kardoff v., E., Koenen, E. (Hrsg.) (1981). Psyche in schlechter Gesellschaft. Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit. Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Katschnig, H., Schöny, W., Etzersdorfer, E. (1991). Die psychiatrische Versorgung in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Meise, U. (Hrsg.).a.a.o. S. 3-17.
- Katzensteiner, M. (1992). Die Identität des Psychologen zwischen Klinischer Psychologie, Gesundheitspsychologie und Psychotherapie. Anmerkungen zur Erläuterung der Berufsbilder durch den Psychologenbeirat. Psychologie in Österreich. 12 (1-2). S. 19-24
- Keupp, H. (1978). Gemeindepsychologie als Widerstandsanalyse des professionellen Selbstverständnisses. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 180-221.
- Keupp, H. (1981). Psychologen im psychosozialen Arbeitsfeld. In: E.v. Kardorff, E. Koenen. (Hrsg.) a.a.O. S. 21-56.
- Keupp, H. (1985). Vorwort. In: Keupp, H. (Hrsg.). Im Schatten der Wende. Bonn: DGVT-Verlag. S. 5-7.
- Keupp, H. (1986). Helfer am Ende? Subjektive und objektive Grenzen psychosozialer Praxis in der ökonomischen Krise. In: D. Kleiber, B. Rommelsbacher (Hrsg.). Die Zukunft des Helfens. München: PVU. S. 103-144.
- Keupp, H. (1988a). Riskante Chancen. Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1988b). Gemeindepsychologie. In: Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.). Handwörterbuch Psychologie. München: PVU. S. 219-226.
- Keupp, H. (1992). Von einer "Gemeinde" in die nächste? - Kontinuitäten und Differenzen religiöser Herkunft und gemeindepsychologischer Identität. In:

- Böhm, I. et al. (Hrsg.). Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch. Freiburg/Brg./B: Lambertus. S. 45-61.
- Keupp, H. (1994). Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven. München: Quintessenz.
- Keupp, H. (1997). Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung. In: H. Keupp, R. Höfer. (Hrsg.). Identitätsarbeit heute. Frankfurt: Suhrkamp. S. 11-39
- Keupp, H. (1997). Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1993). Zugägeg zum Subjekt. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H. u.a. (1985). Im Schatten der Wende. Tübingen: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Bd. 8.
- Keupp, H., Strauss, F., Gmür, W. (1989). Verwissenschaftlichung und Professionalisierung. In: U. Beck, W. Bonß (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Frankfurt: Suhrkamp. S. 149-196.
- Kierein, M. (1992). Begriffsbestimmungen von Aus-, Weiter- und Fortbildung. In: Psychotherapie Forum 0, 1992, S. 42.
- Kierein, M., Pritz, A., Sonneck, G. (1991). Kommentar zum BGBl. Nr. 360. Psychologengesetz 1990 und zum BGBl. Nr. 361. Psychotherapiegesetz 1990. Wien: Orac.
- Kieselbach, T. (1985). Arbeitslosigkeit, Selbsteröffnung und Hilfesuchverhalten. In: Keupp, H. (Hrsg.). a.a.o. S. 122-138.
- Kleiber, D. (1978). Berufliche Sozialisation zum Klinischen Psychologen durch Hochschule und Praxis. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 371-407.
- Kleiber, D. (Hrsg.). Arbeit, Arbeitslosigkeit und Persönlichkeitsentwicklung, In: Keupp, H. u.a. (1985). Im Schatten der Wende. Tübingen: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Bd. 8. S. 67-147.
- Kleiber, D., Rommelspacher, B. (Hrsg.) (1986). Die Zukunft des Helfens. München: PVU.
- Kletter, M (1995). In: Soziale Sicherheit, Nr. 1, 24.1.1995
- Klicpera, Chr. (1993). Soziale Dienste. Wien: WUV.
- Klußmann, R. (1996). Psychosomatische Medizin. Berlin: Springer.
- Kolb, St. (Hrsg.). (1996). Fürsorge oder Vorsorge. Frankfurt: Fischer TB.
- Komitee für Alternativen zum Psychologengesetz (1981). Auseinandersetzung zwischen Vereinsmeierei, Demokratisierung und Expertenherrschaft. Wien: iwK-Verlag.
- Komitee für Alternativen zum Psychologengesetz (1990). Schriften zur Psycho-Gesetzgebung 1979-1990. Wien: iwK-Verlag.
- Kornek, G., Weidinger, M., Wille, H. (1994). Psychotherapie - das gestörte Verhältnis der Ärztekammern zum Rechtsstaat. In: Psychotherapie Forum, Jg. 2, 3.
- Kreckel, R. (Hrsg.). (1983). Soziale Ungleichheit. Göttingen: Schwartz.
- Kropunnig, U. (1988). Der fehlgeleitete Patient. Wien: Facultas.
- Kruse, A. (1991). Sozialkontakte. In: Oswald, W. et al. (Hrsg.). Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 539-547.
- Kryspin-Exner, I. (1994). Einladung zur psychologischen Behandlung. Verhaltensmodifikation, Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie. München: Quintessenz.
- Kuhlbach, R., Wohlfahrt, N. (1994). Öffentliche Verwaltung und Soziale Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- Kühn, H. (1996). Zur Moral einer ökonomisch rationalisierten Medizin. In: St. Kolb (Hrsg.). Fürsorge oder Vorsorge. Die Ethik der medizinischen Forschung. Frankfurt: Fischer TB. S. 117-139.

- Kühne, H-H., Schwaiger, H. (Hrsg.) (1976). Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Bern: Huber.
- Kühne, H. (1976). Zu Fragen eines Berufsrechts für Diplom-Psychologen für Psychotherapie. In: Kühne, H-H, Schwaiger, H (Hrsg.) (1976). Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Bern: Huber. S. 17-73.
- Lamnek, S. (1993). Qualitative Sozialforschung. Bd. 1. Weinheim: PVU.
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Bd. 2. Weinheim: PVU.
- Lang, H. (Hrsg.). (1990). Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Larkin, G. (1983). Occupational Monopoly and Modern Medicine. London: Tavistock.
- Leher, St. (1997). Ethik im Krankenhaus. Wien: Springer.
- Lehr, U. (1996). Psychologie des Alterns. Wiesbaden: Quelle und Meyer.
- Litschauer, B., Stigel, W. (1988). Versorgung mit Personal im Gesundheitswesen - Ausgewählte Berufsgruppen im internationalen Vergleich. Manuskript: Wien: Wissenschaftskollektiv Wien.
- Lobnig, H. (1989). Der zweifelhafte Beitrag des Psychologengesetzes und Psychotherapiegesetzes für die psychosoziale Versorgung. Rundbrief der GkPP. 15. S. 7-11.
- Luckmann, Th., Sprondel, W. (Hrsg.) (1972). Berufssoziologie. Köln: Kippenhauer und Witsch.
- Luckmann, Th., Sprondel, W. (Hrsg.) (1972). Eine Einführung. In: Luckmann, Th., Sprondel, W. (Hrsg.) (1972). Berufssoziologie. Köln: Kippenhauer und Witsch.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lutz, R., Mark, N. (Hrsg.) (1995). Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker. Göttingen: Hogrefe.
- Maas, U. (1991). Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln. Weinheim: Juventa.
- Maelicke, B. (Hrsg.). (1996). Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen. Baden-Baden: Nomos.
- Maes, S., Veldhoven, M. v. (1989). Gesundheitspsychologie: Chancen und Kritik. In: Jacobi, P (Hrsg.). Jahrbuch der medizinischen Psychologie. Psychologie in der Neurologie. Heidelberg: Springer. S. 245-267.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1996). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2 Bde. Berlin: Springer.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine, frontiers of a new health psychology. American Psychologist. 35. S. 807-817.
- McKnight, J. (1979). Professionelle Dienstleistung und entmündigende Hilfe. In: I. Illich. (Hrsg.) a.a.o. S.37-56.
- Meinhold, M. (1996). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- Meyer, A. (1990). Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang, H. (Hrsg.) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin: Springer. S. 179-188.
- Miltner, W., Birbaumer, N., Gerber, W.D. (Hrsg.) (1984). Verhaltensmedizin. Heidelberg: Springer.
- Mittenecker, E. (1990). Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz. Ein Kommentar. Psychologie in Österreich. 3-4. S. 7-11.
- Mittenecker, E. (1993). Die gesetzliche Situation der Psychologie in Österreich. In: BÖP (Hrsg.). Psychologie in der Steiermark. Graz: Leykam. S. 11-18.
- Moeller, M. (1986). Chancen und Grenzen von Selbsthilfegruppen. In: Kleiber, D., Rommelsbacher, B. (Hrsg.) Die Zukunft des Helfens. Weinheim: PVU. S. 264-282.
- Möller, H-J. (1994). Probleme der Klassifikation und Diagnostik. In: H. Reinecker. Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 3-25.

- Morrow-Bradly, C., Elliot, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Moser, K. (1996). *Commitment in Organisationen*. Bern: Huber.
- Müller, B. (1991). *Die Last der großen Hoffnungen*. Weinheim: Juventa.
- Müller, B. (1995). *Außenansicht - Innenansicht*. Freiburg: Lambertus.
- Nagel, H., Seifert, M. (Hrsg.). (1979). *Inflation der Therapieformen*. Rheinbeck/Hbg.: Rowohlt.
- Näther, St. (1997). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. München: Profil.
- Natter, E., Reinprecht, Chr. (1992). *Achtung Sozialstaat*. Wien: Europaverlag.
- Nau, E. (1981). *Professionalisierung als Konflikt. Analyse der Auseinandersetzungen um die Regelung psychoterapeutischer Berufstätigkeit*. Frankfurt: Haag und Herchen.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Berlin: de Gruyter.
- Neumann, M. (1991). In: *Der Standard*.
- Nieder, P. (Hrsg.). (1979). *Fehlzeiten - Ein Unternehmer- oder Arbeitnehmerproblem?* Bern: Haupt.
- Niederösterreichischer Berufsverband Diplomierter Sozialarbeiter. *Positionspapier zur Sozialarbeit im Krankenhaus*.
- Noack, H. (1983). Gesundheitliche und psychosoziale Probleme in der ambulanten Versorgung aus ärztlicher Sicht. *Soz. Präv. Med.* 28. S. 230-231.
- Noack, H. (1998). Public Health in Österreich und Schweiz. In: Schwartz et al. (Hrsg.). a.a.o. S. 600-609.
- Nüßle, W. (1996). Auf dem Weg zu einem qualitätsorientierten System sozialer Dienste. In: B., Maelicke (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen*. Baden-Baden: Nomos. S. 37-54.
- ÖÄK (o.J.). *Informationsschrift zu den PSY-Diplomen der ÖÄK*.
- ÖÄK. *Lehr- und Lernzielkatalog für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie*. ÖÄK Verlag.
- ÖÄK: *Standesmeldungen*
- Obermayr, U. u. a. (1991). *Fakten und Trends zur Invaliditätspension*. In: *Soziale Sicherheit*, 6, S. 296-316.
- ÖBIG (1990a). *Kooperationsformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich*. Erstellt im Auftrag des BKA, Sektion VI-Volksgesundheit. Wien.
- ÖBIG (1990b). *Tagungsunterlagen zur Enquete "Sozial- und Gesundheitssprengel"*. Wien.
- ÖBIG (1997). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich*. Wien.
- Oevermann, U. (1980). *Hermeneutische Methodologie und die Logik professionalisierten Handelns*. Vortrag vom 20. deut. Soziologentag. Bremen.
- Oevermann, U. (1990). *Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung*. Frankfurt/M.: unveröff. Manuskript.
- Oevermann, U. (1997). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.). *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt: Suhrkamp. S. 70-182.
- Olk, Th. (1986). *Abschied vom Experten*. Weinheim: Juventa.
- Opgenoorth, E., Schuch, B. (1997). *Klinisch-psychologische Diagnostik. Psychologie in Österreich*. 1. S. 29-31.
- Osterland, M. (1990). „Normalbiographie“ und „Normalsarbeitsverhältnis“. In: Berger, P., Hradil, St. (Hrsg.). *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt. Sonderband 7*. Göttingen: Schwartz. S. 351-363.
- Oswald, W. et al. (Hrsg.). (1991). *Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ottersbach, H. G. (1980). *Der Professionalisierungsprozeß in der Psychologie. Berufliche Strategien der Psychotherapieverbände*. Weinheim: Beltz.
- Palme, J. (1990). *Die Parallelaktion: Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz*. *Psychologie in Österreich*. 1-2. S. 6-8.

- Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.) (1991). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Interventionen. Bern: Huber.
- Pichler, J.W. (1992). Internationale Entwicklungen in den Patientenrechten. Wien: Böhlau.
- Pohl, R. (1988). Psychologisierung des Alltags. In: Asanger, R., Wenninger, G. (Hrsg.) Handwörterbuch Psychologie. München: PVU. S. 604-609.
- Polak, G. (Hrsg.). (1999). Das Handbuch Public Health. Wien: Springer.
- Popp, R. (1996). Psychotherapie - ein Subsystem der Infrastruktur. In M. Kierein u.a. Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Wien: Facultas. S. 229-279.
- Porter, L., Steers, R. (1979). Organisationale Arbeitsplatz- und individuelle Einflußfaktoren auf Fluktuation und Absentismus. In: Nieder, P. (Hrsg.). Fehlzeiten - Ein Unternehmer- oder Arbeitnehmerproblem? Bern: Haupt.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 1, 1992.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 1-2, 1993.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 2, 1992.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 3. 1993.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 6, 1992.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 7, 1992.
- Präsidiumsinfo des BÖP (PR-Info). 9. 1992.
- Pritz, A., Dellisch, H. (Hrsg.). (1994). Psychotherapie im Krankenhaus. Wien: Orac.
- Probst, J. (1993). Zur Rolle der Psychologie im österreichischen Gesundheitswesen. Psychologie in Österreich. 3. S. 59-60
- Psychologie in Österreich (1987). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 4-5.
- Psychologie in Österreich (1988). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 1-2.
- Psychologie in Österreich (1988). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 4
- Psychologie in Österreich (1989). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 3
- Psychologie in Österreich (1989). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 4
- Psychologie in Österreich (1989). Brief des Präsidenten Dr. Hofer. 5
- Pühl, H. (Hrsg.). (1990). Handbuch der Supervision. Berlin: Marhold.
- Pühl, H. (Hrsg.). (1994). Handbuch der Supervision. Bd. 2. Berlin: Marhold.
- Pühl, H. (Hrsg.). (1996). Supervision in Institutionen. Frankfurt: Fischer TB.
- Regierungsvorlage zum Psychologengesetz, 1257 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. Gesundheitspsychologie
- Reinecker, H. (1994). Forschungsprobleme in der Klinischen Psychologie. In: H. Reinecker. Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (Hrsg.). (1994). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Riedmüller, B. (1978). Psychosoziale Versorgung und System sozialer Sicherheit. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 59-90
- Riedmüller, B. (1981). Soziale Sicherheit durch Psychologen? Berufliches Handeln von Psychologen in der Sozialversicherung. In: E.v. Kardorff, E. Koenen. (Hrsg.) a.a.O. S. 56-75.
- Röhrle, B. (1992). Prävention psychischer Störungen. In: Bastine, R. (Hrsg.). Klinische Psychologie. Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer. S. 85-123.
- Rommelspacher, B. (1986). Zukunft des Helfens - Zukunft der Frauen? In: Kleiber, D., Rommelsbacher, B. (Hrsg.) Die Zukunft des Helfens. Weinheim: PVU. S. 161-184.
- Rösler, H. (1990). Zur Einheit der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Psychologen im Gesundheitswesen. Psychologie für die Praxis. 8 (3). S. 270-273

- Rösler, H.D. (1990). Zur Einheit der Aus-, Weiter - und Fortbildung des Psychologen im Gesundheitswesen. *Psychologie für die Praxis*. 8 (3). S. 270-273.
- Rothschild, B. (1980). *Seele in Not - was tun?*. Zürich: Fachverlag.
- Rottleuthner, H. (1987). *Einführung in die Rechtssoziologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Rundbrief der GkPP (RB). (1991). Ein Prosit.... zur 50. ASVG-Novelle. 25. S. 1-6.
- Rundbrief der GkPP (RB). (1991). Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Dienste mit der ärztlichen Hilfe - Anmerkungen zur 50. Novelle des ASVG. 23. S. 5-7.
- Rundbrief der GkPP (RB). (1991). Kurzbericht aus dem Psychologenbeirat. 23. S. 7-10.
- Rüschmeyer, D. (1980). Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtsforschung. In: H-U Wehler (Hrsg.). *Geschichte und Gesellschaft*. G. 3. S. 311-326.
- Sass, H-M. (Hrsg.). (1989). *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam.
- Scambor, E. (1997). *Die klinische Psychologie im System der Professionen*. Graz: unveröffentl. Univ. Diplomarbeit
- Schaeffer, D. (1990). *Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schaeffer, D. (1992). Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (Hrsg.). a.a.O. S. 200-229.
- Schaeffer, D. (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: D. Schaeffer (Hrsg.). *Pflege und Public Health*. Berlin: edition sigma. S. 103-126.
- Schaffenberger, E (1994). Zum Stellenwert nachbarschaftlicher Hilfe im System der Gesundheits- und Sozialversorgung. In: Froschauer, U., Krajic, K., Pelikan, J. (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: Facultas. S. 193-202.
- Schaffner, I. (1996). Klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie - standespolitische Abgrenzung oder psychosoziale Versorgung. RB der GkPP Nr. 40
- Schedler, A. (1986). *Konsumentenschutz oder Standespolitik? Der Entwurf eines Psychologengesetzes: Geschichte, Kritik, Alternativen*. Wien: GkPP-Eigenverlag.
- Schippgers, H. (1988). *Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes*. Frankfurt: Knecht.
- Schissling, G. (1994). Die Begleitung Krebskranker. *Sozialarbeit*. Nr. 102. 29 Jg. S. 22-23.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbeck: Rowohlt.
- Schmidbauer, W. (1983). *Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe*. Reinbeck: Rowohlt.
- Schmidt, L. (Hrsg.). (1984). *Lehrbuch der klinischen Psychologie*. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. (1986). *Psychologie in der Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, L. R. (Hrsg.) (1992): *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Umfang, Bedingungen, Forschungs- und Praxisprobleme*. In: Schmidt, L. R. (Hrsg.) (1992): *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie*. Heidelberg: Springer. S. 3-33.
- Schmidt, L.R. (1997). Gesundheitssystemforschung aus psychologischer Perspektive. In: Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe. S. 613-631.

- Schmidt, L.R., Schwenkmezger, P. (1994) Alter Wein in neuen Schläuchen. In: Schmidt, L., Schwenkmezger, P. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke. S. 1-9.
- Schoberberger, R. (1990). Gesundheitspsychologie. Psychologie in Österreich. 1-2. S. 9-12.
- Schoberberger, R. (1993). Die Rolle der Psychologie im Gesundheitswesen. Psychologie in Österreich. 3. S. 64-66.
- Scholz, P (1995). Eine doppelzüngige Politik zum Vorteil des eigenen Standes. In: Der Standard. vom 1.2.1995. S. 27.
- Schöny, W., Guth, C. (1990). Psychotherapie in der psychosozialen Versorgung. In: Berner, P., Zapotokzy, K. (Hrsg.). Gesundheit im Brennpunkt. Bd. 2. Linz: Veritas. S. 251-255.
- Schorr, A. (1988). Angewandte Psychologie heute - Professionalisierung und berufliches Selbstverständnis. In: G. Romkopf et al. (Hrsg.). Forschung und Praxis im Dialog. Göttingen: Hogrefe. S. 13-24.
- Schuller, A., Halusa, G., Heim, N. (Hrsg.) (1992). Medizinsoziologie. Ein Studienbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, P. (1999). Die gesundheitswissenschaftlichen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich. In: Polak, G. (1999). Das Handbuch Public Health. Wien: Springer. S. 231-237.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als "bescheidene" Profession. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radtke, F. (Hrsg.). a.a.O. S. 132-170.
- Schützendorf, E. (1997). Das Recht der Alten auf Eigensinn. Ein notwendiges Lesebuch für Angehörige und Pflegende. Basel: E. Reinhardt.
- Schwaiger, H. (1976). Zur berufsrechtlichen Stellung der Diplom-Psychologen für Psychotherapie im Recht der Krankheitskostenerstattung. In: H. Kühne, H. Schwaiger. (Hrsg.). Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Bern: Huber. S. 73-229.
- Schwartz et al. (Hrsg.). (1998). Das Public Health Buch. Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Schwartz, C. (1978). Professionalisierung im Bereich Klinische Psychologie. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 298-326
- Schwarzer, R. (1990). Gesundheitspsychologie. Eine Einführung in das Thema. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 3-25.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1990). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Schwaz, J. (1987). Klinische Psychologie - Ein freier Beruf ohne Berufsfreiheit?. In Report Psychologie. 4, S. 4-6.
- Schwendenwein, W. (1990). Profession - Professionalisierung - Professionelles Handeln. In: C.M. Alisch (Hrsg.). a.a.O. S. 359-381.
- Scull, A. (1989). Social order/mental disorder. Anglo-American psychiatry in historical perspective. Berkley: Univeristy of California press.
- Sedlak, F. (1991). Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie. Anregungen zur Diskussion von Differenzierungskriterien. Psychologie in Österreich. 2-3. S. 43-46.
- Senftleben, H.U. (1994). Krankenhaus ist nicht Krankheitshaus. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 12-14.
- Setz, E. et al. (1994). Zwischen Anpassung und Widerstand. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 19.

- Seubert, H. (1993). Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern. Guttwiller: Pfaffenweiler.
- Siberer, H. (1994). Krankenhaussozialarbeit. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 15-16.
- Sonntag, M (1992). Klinische Psychologie zwischen Theorie und Praxis. In: Hörmann, G., Körner, W. (Hrsg.) (1992).a.a.O.
- Sonntag, S. (1996). Krankheit als Methapher. Frankfurt: Fischer TB.
- Soyer, R. (1998). Verschwiegenheitspflicht vs. Mitteilungspflicht von PT. In: Wagner, E., Werdenich, W. (Hrsg.).a.a.o. S. 56-68.
- Sprondel, W. (1979). Experte und Laie. In: Sprondel, Gratthoff, R. (Hrsg.). Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart: Enke. S. 140-154.
- Stadler, G. (1976). Zur Rechtslage der Psychologie, insbesondere der Psychotherapeutik. In: H. Kühne, H. Schwaiger. (Hrsg.). Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Bern: Huber. S. 249-269.
- Stadler, G. (1977). Zur Rechtsstellung der Psychologen. In: Österreichische Juristenzeitung. 23/32. S.623-633.
- Stähelin et al. (1982). Die Pflege betagter Langzeitkranker zu Hause. Soz. Präv. Med. 27, S. 326-327
- Standard (1991). ASVG-Nachlese: Keine Hilfe durch Psychologen. 9.12.1991.
- Standard (1992). Auch Psychologen wollen Geld von Krankenkassen. 30.12.1992.
- Standard (1993). Ein Treppenwitz der Politik. 9/10.1.1993.
- Standard (1995). Diagnostik gibt es ab sofort auf Krankenschein. 31.1.1995. S. 13.
- Standard (1995). Psychologie. 31.1.1995. S. 11-13.
- Standard (1996). Psychologie. Verlagsbeilage zum Standard. 30.4.1996. S. B1-B3.
- Standard (1997). Psychologie. Verlagsbeilage zum Standard. 13.2.1997. S. A1-A3.
- Stellungnahmen zum Entwurf des PG vom 23.5.1989
- Stemberger, G. (Hrsg.). (1998). Ethische Berufsregeln, Patienten- und Konsumentenrechte in Psychotherapie und Psychologie. Wien: AK Eigenverlag.
- Stichweh, R. (1992). Professionalisierung, Ausdifferenzierung, Inklusion. In: Dewe, B. Erziehen als Profession. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 36-48.
- Stichweh, R. (1994). Wissenschaft, Universität, Professionen: soziologische Analysen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Strong, P. M. (1979). Sociological imperialism and the profession of medicine. In: Social und Medicine 13A, S. 199-215.
- Strotzka, H. (1982). Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Berlin: Springer.
- Strotzka, H. (1986). Entwicklung helfender Berufe. In: Kleiber, D., Rommelsbacher, B. (Hrsg.) Die Zukunft des Helfens. Weinehim: PVU. S. 89-102.
- Stumm, G, Voracek, M. (1997). Das Profil der Psychologen unter den Psychotherapeuten in Österreich. Psychologie in Österreich, 17 Jg. Nr. 5.
- Stumm, G. (1988). Angebot und Bedarf an Psychotherapie in Österreich. In: Jandl-Jager, E., Stumm, G. (Hrsg.). Psychotherapie in Österreich. Wien: Deuticke. S. 89-121.
- Stumm, G. (1995). Information zur Psychotherapie. In: Stumm, G. et al.(Hrsg.). a.a.o. S. 30-43.
- Stumm, G. et. al. (1996). Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen. Wien: Falter Verlag.

- Stumm, G. et al. (Hrsg.) (1995). Psychotherapie, Beratung, Supervision, Klinische Psychologie. Ausbildung in Österreich. Wien: Falter Verlag.
- Suter, A. (1997). Die Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes. Wien: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Swaan, A. de (1983). "Von Schwierigkeiten zu Problemen". In: Cramer, M. et al. (Hrsg.) Gemeindepsychologische Perspektiven 4: Orientierungshilfen zu einem beruflichen Selbstverständnis. Tübingen: DGVT. S. 171-185.
- Swaan, A. de (1990). From troubles to problems. In: A. de Swaan. The management of normativity. London: Routledge. S. 99-108.
- Talos, E., Wörister, K. (1994). Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich. Baden-Baden: Nomos.
- Taylor, S.E. (1986). Health psychology. New York: Random House.
- Tewes, U. (1992). Gegen die Psychologisierung der Medizin. Zeitschr. f. Med. Psychologie. 4. S. 151-152.
- Thirsch, H. (1986). Sozialarbeit zwischen Expertentum und Selbsthilfe. In: Kleiber, D., Rommelsbacher, B. (Hrsg.) Die Zukunft des Helfens. Weinheim: PVU. S. 241-263.
- Thirsch, H. (1995). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Tittgens, E. (1988). Professionalität für die Erwachsenenbildung. In: Giesecke u. a. (Hrsg.). Professionalität und Professionalisierung. Bad Heilbrunn.
- Toulmin, St. (1991). Kosmopolis. Die unerkannten Aufgaben der Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Tress, W., u.a. (1996). Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 93., 10, B, S. 481-483.
- Uexkuell, Th. v. (Hrsg.) (1993). Integrierte psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Viefhues, H. (1989). Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: H-M. Sass. (Hrsg.). Medizin und Ethik. Stuttgart: Reclam. S. 17-39.
- Volkmar, S. (1998). Qualität sozialer Einrichtungen. In: Brunner, J. et al. (Hrsg.). a.a.o. S. 54-68.
- Waller, H. (1996). Gesundheitswissenschaften. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waller, H. (1997). Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanek, V., Lenhardt, U. (1989). Dämmerung der Expertenmacht? Krise der ambulanten Medizin. In: Jahrbuch Kritische Medizin. Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie. Bd. 14. Hamburg: Argument-Verlag. S. 6-24.
- Weakland, J.H., Herr, J.J. (1988). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Bern: Huber.
- Weber, G. (1995). Ausbildung zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen. In: Stumm et al. a.a.o. S. 564-578.
- Weber, M. (1922/1964). Wirtschaft und Gesellschaft. Köln: Kippenhauer und Witsch.
- Weber, T. (1993). Der Psychotherapeut. Mediziner oder Psychologe? Musiktherapeutische Umschau. 14 (1). S. 7-18.
- Weitkunat et al. (Hrsg.). (1997). Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber.
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (1996). Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Werdenich, W. (1997). Psychologen in Institutionen der psychosozialen Versorgung. Arbeitspapier.
- Werdenich, W. (o.J.). Institution. Skriptum.
- Werdenich, W., Wagner, E. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In: Wagner, E., Werdenich, W. (Hrsg.). (1998). Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz. Wien: Facultas.

- Wienand, M., Wienand, M. (1988). Berufsethik des Psychologen. In: Asanger (Hrsg.) Handwörterbuch der Psychologie. München: PVU. S. 84-89.
- Wilensky, H.L. (1972). Jeder Beruf eine Profession?. In: Luckmann, Th., Sprondel, W. (Hrsg.) (1972). Berufssoziologie. Köln: Kippenhauer und Witsch.
- Wille-Römer. (1994). Psychotherapeutische Angebote in Wien. Wien: Eigenverlag des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.
- Wißgott, L. (1991). Richtlinien für die psychiatrische Versorgung: Grundsätze einer bedürfnisgerechten psychiatrischen Betreuung der Bevölkerung. In: Meise, U. (Hrsg.) a.a.o. S. 17-27.
- Wittchen, H.U., Fichter, M.M. (1980). Psychotherapie in der Bundesrepublik. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, U. (Hrsg.). (1989). Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin: Springer.
- Wolff, St. (1978). Klinisch-psychologische Tätigkeit in sozialpsychiatrischen Institutionen. In: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen. Frankfurt: Suhrkamp. S. 119-180.
- Wolff, St. (1981). Grenzen der helfenden Beziehung. Zur Entmythologisierung des Helfens. In: Koenen und Kardorff (Hrsg.). a.a.o. S. 211-239.
- Wolfgruber, H. (1994). Utopie und Wirklichkeit. Sozialarbeit. Nr. 102. 29 Jg. S. 29-30
- Wollschläger, M (1992). Ausbildung. In: Hörmann, G., Körner, W. (Hrsg.) (1992). Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Hamburg: Rowohlt. S. 143-165.
- Wolters, W. H. G. (Hrsg.). (1986). Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus. Stuttgart: Enke.
- Wuermeling, H. B. (1996). Wem ist der Arzt verpflichtet? In: St. Kolb (Hrsg.). Fürsorge oder Vorsorge. Die Ethik der medizinischen Forschung. Frankfurt: Fischer TB. S. 86-95.
- Wurzer, E. (1992). Richtlinien zur Einordnung klinisch-psychologischer Leistungen. Psychologie in Österreich. 1-2. S. 15-18.
- Wurzer, W (1996). Die klinisch-psychologische Behandlung in der Rehabilitation. Psychologie in Österreich. 3-4, S. 115-135.
- Wurzer, W. (1991). Hyde-park corner. Psychologie in Österreich. 5.
- Zaumseil, M. (1978). Institutionelle Aspekte klinisch-psychologischer Arbeit. In: Keupp, H, Zaumseil, M. (Hrsg.). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Frankfurt: Surkamp. S. 15-59.
- Zepke, G. (1995). Ausbildung zum Lebens- und Sozialberater. In: Stumm et al. (Hrsg.) a.a.o. S. 441-459.
- Zettel, O. (Hrsg.). (1983). Gesundheitsberufe. Studien zu ihrer Entstehung und Veränderung. Frankfurt: Campus.
- Ziegert, K. (1975). Zur Effektivität der Rechtssoziologie - Die Rekonstruktion der Gesellschaft durch Recht. Stuttgart.
- Zuschlag, B. (1997). Mobbing - Schikane am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe.

## 10 Anhang

### 10.1 Interviewleitfaden

1. Entstehung und Inhalte des Psychologengesetzes
  - 1.1 Entstehungsgeschichte des Psychologengesetzes
    - 1.1.1 Wie ist das Psychologengesetz entstanden?
    - 1.1.2 Welches Forderungs- und Meinungsspektrums trug zur Entstehungsgeschichte bei?
    - 1.1.3 Wie wurden die Inhalte des Psychologengesetzes begründet?
    - 1.1.4 Welche Akteure haben in der Entstehungsgeschichte mitagiert?
  - 1.2 Inhalte des Psychologengesetzes
    - 1.2.1 Welches waren unmittelbare Reaktionen auf das Psychologengesetz?
2. Umsetzung und Folgen des Psychologengesetzes
  - 2.1 Umsetzung des Psychologengesetzes
    - 2.1.1 Welche im Psychologengesetz geregelten Inhalte konnten 1:1 umgesetzt werden?
    - 2.1.2 Welche im Psychologengesetz geregelten Inhalte bedurften/bedürfen eines diskursiven Aushandelns bzw. Interpretierens?
  - 2.2 Folgewirkungen auf das ASVG (ambulante Versorgung) und auf das KAG (stationäre Versorgung) (relevant für den Zugang zur Versorgung sind...)
    - 2.2.1 Welche im Psychologengesetz geregelten Inhalte konnten 1:1 umgesetzt werden?
    - 2.2.2 Welche im Psychologengesetz geregelten Inhalte konnten bedurften/bedürfen eines diskursiven Aushandelns bzw. Interpretierens?
  - 2.3 Ansprüche von Psychologen auf bestehende Regelungen und Gesetzesnovellierungen
  - 2.4 Auswirkung des Psychologengesetzes auf neue und andere Berufe im Gesundheitswesen
    - 2.4.1 Wie wird in Österreich die Tätigkeit von Gesundheitsberufen geregelt?
  - 2.5 Darstellung des Gesundheitswesens
    - 2.5.1 Welcher Bedarf besteht nach PSY-Berufen?
  - 2.6 Darstellung der psychologischen Profession