

Dieter Henkel und Dorothee Roer

Die Politik der klinisch-psychologischen Standesverbände

Im Zuge der derzeit angestrebten, allgemeinen Reform der psychiatrischen Versorgung in der BRD scheint der Klinische Psychologe in absehbarer Zeit Anerkennung als Heilberuf zu finden. Eine Reihe psychologischer Organisationen versuchen, diese Entwicklung in ihrem ständischen Interesse zu nutzen. Ihre Politik, die damit zunehmend an Bedeutung gewinnt, soll in diesem Aufsatz dargestellt und analysiert werden. Diese Aufgabe setzt jedoch zunächst einige Vorbemerkungen über die gesellschaftlichen Hintergründe der Psychiatriereform und die Entwicklung der Klinischen Psychologie (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie usw.) in der BRD voraus.

A. Vorbemerkungen

Seit etwa Ende der 60er Jahre dringt die Misere der psychiatrischen Versorgung in der BRD immer mehr ins Bewußtsein der Fachwelt und einer breiteren Öffentlichkeit¹. 1970 schlossen sich fortschrittliche Psychiater, Sozialarbeiter, Psychologen usw. zum „Mannheimer Kreis“² zusammen. Wenige Zeit später gründete sich die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP)³. Kritische Bestandsaufnahmen und Vorschläge zur Reform der Psychiatrie wurden erstmals ausführlich auf dem 1973 in Marburg abgehaltenen Kongreß „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“⁴ diskutiert. Ein Jahr zuvor erfolgte eine Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV „Zur Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten“⁵. Im Juni 1971 beschäftigte sich erstmals der Deutsche Bundestag mit den Problemen der Psychiatrie und beauftragte eine Kommission mit der Erstellung einer „Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“⁶. Die Entwicklung der Psychiatrie kann allerdings nie aus dieser selbst abgeleitet werden, sondern immer nur aus der Entwicklung der Gesellschaft und ihrer Produk-

1 Z. B. durch die Artikelserie von F. Fischer in der Wochenzeitschrift *Die Zeit*, 1969.

2 Über Gründung des „Mannheimer Kreises“ berichten Dörner, K., und Plog, U. (Hrsg.): *Sozialpsychiatrie. Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation*. Neuwied 1972, S. 17 ff.

3 Hierzu s. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, Nr. 10/11, 1972, S. 193—206.

4 Zusammenstellung der Kongreßbeiträge in Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*. Köln 1973.

5 Stuttgart 1972.

6 Der Zwischenbericht der „Psychiatrie-Enquête-Kommission“ ist bereits am 19. 10. 1973 erschienen als Bundestagsdrucksache 7/1124.

tivkräfte, den sich dabei ergebenden Konflikten, Hemmnissen der Fortentwicklung usw. Ebenso ist die gegenwärtig geplante Reform der Psychiatrie sowie die Entfaltung der Klinischen Psychologie in der BRD zurückzuführen auf bestimmte Veränderungen in der kapitalistischen Organisation der Produktion, deren direkte und vermittelte Einwirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung sowie auf Rückwirkungen dieser Prozesse auf die Bedingungen der Kapitalverwertung.

1. Zunahme psychischer Erkrankungen

Im Laufe der 60er Jahre erfolgte in der westdeutschen Industrie ein qualitativer Umschlag von *extensiver* zu *intensiver* Mehrwertproduktion⁷. Diese Entwicklung ist charakterisiert durch Steigerung der Arbeitsproduktivität auf der Grundlage technologischer und organisatorischer Umwälzungen des Arbeitsprozesses bei gleichzeitig erhöhter Intensifikation der Arbeit (vor allem durch Anwendung der Arbeitswissenschaften auf die Produktion, Erweiterung der Maschinerie zusammen mit verstärkter Automatisierung und Mechanisierung, zunehmender Arbeitsteilung, Anwachsen von repetitiver Teilarbeit, Zunahme von Nacht- und Schichtarbeit, Anreiz zu Überstundenarbeit, Einführung neuer und differenzierter Lohnsysteme auf der Grundlage von REFA, MTM usw.).

Diese neuen Formen arbeitsintensiver Ausbeutung haben zusammen mit den strukturellen Veränderungen im Produktionsprozeß zu einer *massiven Verschiebung in der Struktur der Lohnarbeit von physischer zu psychischer Belastung geführt*. Im Vordergrund der Arbeitsanforderungen stehen heute z. B. konzentrierte Aufmerksamkeit und Reaktionsschnelligkeit bei der Kontrolle halb- oder vollautomatisierter Maschinen und das „Durchhalten“ von Monotonie bei tagtäglicher Ausführung stereotyper Teiloperationen. Die „Erleichterung“ der Arbeit durch ihre teilweise Befreiung von schwerer körperlicher Anstrengung hat zugleich ihre Entleerung durchgesetzt. Aber nicht nur monotoner und inhaltsloser, sondern auch immer anonym gestaltet sich der Arbeitsprozeß für den einzelnen Arbeiter, so daß ihm der Einblick in den Gesamtablauf der Produktion verwehrt bleibt. Entsprechend hat sich der Grad der Identifizierung der Arbeiter mit dem Inhalt ihrer gesellschaftlichen Tätigkeit auf ein Minimum reduziert⁸. Diese schon extreme psychische Belastung wird noch potenziert durch die zunehmende Zerstörung auch der sozialen Verkehrsformen unter den Arbeitern. Aufgrund der gesteigerten Arbeitshetze, aber auch schon infolge der enorm erhöhten

7 Eine ausführliche Darstellung zur ökonomischen Entwicklung der BRD findet sich in: Probleme des Klassenkampfes. Zeitschrift für Politische Ökonomie und Sozialistische Politik, 4, 1972 (s. auch Literaturangabe bei Anm. 11).

8 Vgl. Deppe, F.: Probleme der betrieblichen Organisation der Produktion in der BRD und DDR. In: Jung, H. et al. (Hrsg.): BRD — DDR. Vergleich der Gesellschaftssysteme. Köln 1971, S. 97—114.

Lärmeinwirkungen, besteht fast vollständiger Kommunikationsverlust am Arbeitsplatz. Zudem bewirken die neuen Lohnsysteme Vereinzelung sowie ständige Angst vor Dequalifikation und Verlust des Arbeitsplatzes und schüren so noch mehr Konkurrenz, Mißtrauen und gegenseitige Kontrolle unter den Arbeitern^{8a}.

Daß solche u. a. Belastungsfaktoren in engem Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Krankheiten stehen, ist durch eine Reihe arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen hinreichend belegt, wenn auch darin gezeugnet wird, daß sie primär aus der kapitalistischen Organisation der Produktion resultieren und über die konkreten Bedingungen der Lohnarbeit vermittelt sind⁹.

Die seit etwa Mitte der 60er Jahre festzustellende Zunahme der psychischen Belastung der lohnabhängigen Bevölkerung ist nicht nur durch die Veränderungen im Arbeitsbereich unmittelbar bedingt, sondern wurde noch wesentlich verschärft durch die Konsequenzen der kapitalistischen Profitproduktion auf die Sphäre der Reproduktion. Diese kommen vor allem zum Ausdruck in unzureichender sozialer Infrastruktur, Zerfall der Familie, Isolation im Wohnsektor, Kapitalisierung der Freizeit usw. Wie eng und verschärfend das Zusammenwirken von Bedingungen des Produktions- und Reproduktionsbereichs z. T. sein kann, zeigt sich z. B. deutlich in Familien von Schichtarbeitern¹⁰.

Zwar liegt über den Bereich psychischer Krankheiten kein differenziertes empirisches Material vor, jedoch ist kaum mehr bestreitbar, daß die gesellschaftlichen Veränderungen seit Mitte der 60er Jahre zusammen mit einer extremen Vernachlässigung der gesundheitlichen Versorgung¹¹ eine erhebliche Zunahme psychischer Er-

8a Zur Auswirkung der Automation auf die Arbeitsstätigkeiten wurden in dieser Zeitschrift schon mehrfach andere Einschätzungen vertreten. Vgl. dazu die Projektgruppe Automation und Qualifikation in ihrem Beitrag: Bildungsreform vom Standpunkt des Kapitals, Argument 80, 1973 und Automation in der BRD, Argument-Sonderband AS 7, 1975, sowie Frigga Haug: Zum Streit um die Bildungsökonomie in Argument 88, 1974. Die Frage bedarf noch weiterer Diskussion und vor allem empirischer Überprüfung.

9 Eine kritische Zusammenfassung wichtiger arbeitspsychologischer Untersuchungen gibt Abholz, H.-H.: Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankung. In: Das Argument, Nr. 60, 1970, S. 142—151.

10 Vgl. Schicht- und Nachtarbeiter-Report. Werkkreis Literatur der Arbeitswelt. Frankfurt/M. 1974. Siehe auch Vilmar, F. und Symanowski, K.: Die Welt des Arbeiters. Junge Pfarrer berichten aus der Fabrik. Frankfurt 1973. S. 52 ff.

11 Obwohl sich unter den Bedingungen verschärfter Ausbeutung während der 50er Jahre die gesundheitliche Lage der Lohnabhängigen zunehmend verschlechterte, wurde eine dem wachsenden Krankenstand entsprechende Verbesserung der medizinischen und psychiatrischen Gesundheitsversorgung nicht durchgeführt. Die geschwächte Lage der Arbeiterklasse und vor allem die langfristige Überfüllung des Arbeitskräftemarktes mit einer Reservearmee qualifizierter Arbeitskräfte erlaubten es dem

krankungen in der BRD hervorgerufen haben¹². Wenn auch eindeutig ist, daß Arbeiter und ihre Familien aufgrund ihrer Klassenlage und der damit verbundenen materiellen und sozialen Benachteiligung davon am härtesten betroffen sind¹³, so besteht doch kein Zweifel, daß von dieser Entwicklung immer breitere Schichten erfaßt werden. Auch höchste Stellen des Gesundheitswesens der BRD können die Zunahme psychischer Krankheiten nicht mehr leugnen. Beispielsweise heißt es im Bundesgesundheitsbericht von 1971: „Das Leben in der heutigen Gesellschaft überfordert oft die Menschen bis über die Grenzen ihrer seelisch-geistigen Kräfte, so daß psychische Störungen zunehmen.“ Und weiter: „Über 10 0/0 der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, d. h. über 6 Millionen Menschen bedürfen mindestens einmal im Leben einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Versorgung“¹⁴. Andere Schätzungen, die sich nicht am herrschenden und z. T. noch immer ein morphologisches Substrat voraussetzenden Krankheitsbegriff der bürgerlichen Medizin und Psychiatrie orientieren und z. B. den großen Bereich der Ehekonflikte, der psychosomatischen Störungen¹⁵ usw. miteinbeziehen, gehen über diese Zahlen erheblich hinaus¹⁶.

Kapital, sein ständiges Interesse an zumindest relativer Senkung der unproduktiven Ausgaben zur sozialen und gesundheitlichen Sicherung in starkem Maße durchzusetzen. Da der Psychiatrie während der Phase des Wiederaufbaus keine Funktion als Regulativ des Arbeitskräftemarktes zufiel, stagnierten die Investitionen in diesem Bereich sogar absolut (vgl. auch Osterland, M. et al.: Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD (im folgenden kurz: „Materialien“). Frankfurt/M. 1973, S. 2).

12 So wird z. B. geschätzt, daß die Zahl der Alkoholkranken in der BRD von 600 000 (vgl. Bundesgesundheitsbericht 1971, Ziff. 289) auf 1,2 bis 1,8 Mill. (vgl. Der Spiegel, Nr. 50, 1974, S. 73) angestiegen ist.

13 Vgl. Gleiss, I. et al.: Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt/Main 1973, S. 37—73.

14 Bundesgesundheitsbericht 1971, Ziff. 343.

15 Näheres dazu s. Böker, K.: Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. In: Das Argument, Nr. 69, 1971, S. 916 ff.

16 Vgl. z. B. Bauer, M. und Richartz, M.: Vom Elend der Psychiatrie in diesem Lande. Rehabilitative und präventive Möglichkeiten in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 4, 1971, S. 3: „In der Bundesrepublik muß man mit ca. 600 000 Psychotikern allein des schizophrenen Formenkreises rechnen, mit ca. 1,2 Mio. Alkoholikern und mit ca. 7 Mio. behandlungsbedürftigen Neurotikern. Zählt man zu der letzten Gruppe noch die funktionellen Organstörungen, also die psychosomatischen Erkrankungen hinzu, die schätzungsweise etwa 15 % der Allgemeinpraxis ausmachen, so wächst die Zahl noch weiter erheblich an. Hinzu kommt eine ständig steigende Zahl psychiatrisch-geriatrischer Patienten, die z. Z. schon etwa 30 % der langfristig hospitalisierten Patienten ausmachen. Geht man davon aus, daß nur 10 % dieser seelisch Beeinträchtigten und Behinderten vor dem 60. bzw. 65. Lebensjahr langfristig oder dauernd aus dem Erwerbsleben ausscheidet, so hat man es immer noch mit einer Million zu tun.“

2. Auswirkungen des psychischen Krankenstandes auf die Produktion

Diese Entwicklung geriet spätestens gegen Ende der 60er Jahre in zunehmenden Widerspruch zu den Interessen des Kapitals nach reibungsloser und effizienter Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft. Ähnlich wie in den USA, dort allerdings schon wesentlich früher¹⁷, wurden auch in der BRD psychische Störungen aufgrund ihrer absoluten Zunahme und infolge der enorm gestiegenen psychischen Arbeitsanforderungen zu einer immer gravierenderen Ursache für Arbeitsausfälle sowie zu einem wesentlichen Störfaktor für den Produktionsablauf (Zunahme der „Fehlzeiten“, vermehrte Produktionsschäden, hohe Fluktuationsraten usw.). Psychische Krankheiten wurden somit immer mehr zum Defizit für die Produktion und damit zu einem Faktor, der zunehmend in Rechnung gezogen werden mußte. Diese Entwicklung konnte zwar durch massenhafte Produktion und Konsumtion psychopharmakologischer „Fitneß“-Produkte verzögert, dadurch allein jedoch nicht eingedämmt werden.

Das Problem der steigenden psychischen Krankheitsquote verschärfte sich in der BRD gegen Ende der 60er Jahre zudem aufgrund der allgemeinen Arbeitskräfteverknappung. Da Ausfälle insbesondere von qualifizierten Arbeitern nicht einfach durch neue ersetzt werden konnten, stellte sich verstärkt die Notwendigkeit einer möglichst raschen Wiederherstellung und Rückgliederung psychisch erkrankter Arbeitskräfte. Wenn sich auch inzwischen die Lage auf dem Arbeitsmarkt entscheidend gewandelt hat, so wäre es doch falsch, anzunehmen, daß dieses Problem nur kurzfristige Bedeutung hatte. Zumindest für die große Masse jener Arbeitskräfte, die aufgrund ihres hohen Qualifikationsniveaus bzw. Spezialisierungsgrades kaum oder nur sehr teuer zu ersetzen sind (lange Anlernzeiten, hohe Umschulungskosten usw.), wird eine schnelle Rückgliederung im Falle psychischer Erkrankung sogar immer dringender. Zumal die Verluste durch krankheitsbedingtem Produktionsausfall¹⁸ mit zunehmender Kapitalintensität der Produktion unverhältnismäßig stärker ansteigen als die direkten Kosten der Behandlung¹⁹. Zudem ist zu erwarten

17 Vgl. Collins, R. T. in: Maisel, A. Q.: *The Health of People Who Work*. New York 1960, S. 125: „Psychische Erkrankung ist ein häufigerer Grund für das Fehlen im Betrieb als irgendeine physische Erkrankung; ausgenommen die einfache Erkältung. 80 bis 90 % der heute Entlassenen werden dies aufgrund sozialer Untüchtigkeit, d. h. der Unfähigkeit, mit anderen Menschen auszukommen. Einer unter vier Arbeitern — oder 16 Mill. von 65 Mill. — hat psychische Probleme, die sich im Fehlen bei der Arbeit, in Unfällen, in Alkoholismus (...) zeigten.“

18 Schon 1968 belief sich der durch (psychische und physische) Krankheit bedingte Produktionsausfall in der BRD auf ca. 20 Mrd. DM (nach Szameitat, K.: Was kostet die Gesundheit. In: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Nr. 5, 1970).

19 Ähnliches gilt z. B. für die Kosten eines Arbeitsunfalls (vgl. Deppe, H.-U.: Arbeit, Herrschaft, Medizin. In: Dörner, K. und Plog, U., a. a. O., S. 124).

ten, daß schon allein aufgrund der wachsenden Technisierung der Produktion und Intensifikation der Arbeit psychische Störungen weiterhin erheblich zunehmen und vermutlich sogar schon in absehbarer Zeit die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im traditionellen Sinne zahlenmäßig übertreffen werden. Somit wird die Reproduktion psychisch kranker Arbeitskräfte in Zukunft zu einer allgemeinen und immer notwendigeren Bedingung für die Reproduktion des Kapitals werden.

3. Zur Lage der Psychiatrie

Als sich die Notwendigkeit der Wiedereingliederung psychisch kranker Arbeitskräfte gegen Ende der 60er Jahre erstmals abzeichnete, war jedoch das psychiatrische Versorgungswesen in der BRD weder quantitativ noch qualitativ so organisiert, daß es den Anforderungen des Kapitals hätte entsprechen können, *nämlich die psychisch defekte Arbeitskraft möglichst billig und schnell soweit zu reparieren, daß sie wieder einen Gebrauchswert für den Prozeß der Kapitalverwertung hat*. Vergewärtigt man sich allein nur die Personalsituation, so wird deutlich, welcher Anstrengungen es bedarf, um das psychiatrische Versorgungswesen der BRD als Regulativ des Arbeitskräftemarktes funktionsfähig zu machen.

Im stationären Bereich müssen die nur 1410 Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie²⁰ weit über 120 000 Patienten²¹ versorgen. Das Arzt-Patient-Verhältnis liegt demnach erheblich unter dem von der WHO geforderten Richtmaß von 1 : 30²². Noch katastrophaler ist die Situation der sogenannten Heilhilfsberufe. Beispielsweise kommen auf einen Sozialarbeiter 527 Betten sowie 715 Aufnahmen bzw. Entlassungen²³. Zudem kann von einer qualifizierenden Ausbildung dieser Berufsgruppe keine Rede sein. Die Probleme im stationären Sektor werden in ihren Auswirkungen noch dadurch verschärft, daß auch die ambulante Versorgung psychisch Kranker nicht annähernd gewährleistet ist. So gibt es in der BRD insgesamt nur 1138 niedergelassene Psychiater²⁴, von denen die meisten ohnehin nur neurologisch oder medikamentös arbeiten²⁵. Alternative Versorgungsangebote existieren praktisch nicht. Die Zahl der Psychotherapeuten, also der tiefenpsychologisch ausgebildeten Ärzte und Nicht-Ärzte, wird auf ca. 400—500²⁶ geschätzt. Ihr Therapieangebot — zumeist Psycho-

20 Deutsches Ärzteblatt, Sondernummer 41 a, 1973, S. 2749.

21 Vgl. Werner, Ch.: Das Krankenhauswesen in der BRD im Spiegel der Statistik 1970. In: Das Krankenhaus, Nr. 2, 1972, S. 49 ff.

22 Der Spiegel, Nr. 31, 1971, S. 38.

23 Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 4, 1971, S. 15.

24 Deutsches Ärzteblatt, a. a. O., S. 2749.

25 Vgl. Dilling, H.: Nervenärzte in der Praxis. Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung. In: Psychiatrische Praxis, 2, 1974, S. 99—106.

26 Vgl. Bauer, M.: Die Situation der psychiatrischen Krankenversorgung in der BRD. Ein Bericht zur Lage. In: Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, a. a. O. S. 235 ff.

analyse — gilt zudem nur für wenige Patienten aus privilegierten Schichten. Somit entfällt bestenfalls ein Psychiater bzw. Psychotherapeut auf ca. 400 000 Bundesbürger. Wenn man aufgrund dieser Zahlen überhaupt noch von einer Psychiater- bzw. Psychotherapeutendichte sprechen kann, so ist sie in geschäftlich lukrativen Wohnbezirken am höchsten²⁷. Die wenigen öffentlichen Versorgungseinrichtungen stellen keine Entlastung dar, wenn man bedenkt, daß es z. B. nur 1 Erziehungsberatungsstelle auf 150 000 Einwohner gibt mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 6 bis 12 Monaten²⁸.

Wenn auch die Mängel der Psychiatrie besonders kraß sind, so spiegeln sie in den wesentlichen Zügen doch nur die allgemeinen Mängel der Krankenversorgung im Rahmen der kapitalistischen Sozialpolitik in der BRD wider. Wie in jedem Sektor des westdeutschen Gesundheitswesens wird auch im Bereich der Psychiatrie von dieser Politik am härtesten die Arbeiterklasse betroffen, und zwar in doppeltem Sinne. Obwohl Arbeiter den größten Anteil am Gesamtaufkommen der GKV²⁹ aufbringen und zudem am häufigsten wie auch am schwersten psychisch erkranken³⁰, wird gerade ihnen keine entsprechende Behandlung zuteil. Der Klassencharakter der psychiatrischen Versorgung ist bedingt durch die Ökonomie des Kapitals³¹ und hängt wesentlich mit der Tatsache zusammen, daß die Lohnabhängigen überhaupt keinen effektiven Einfluß auf die Verteilung und Verwendung der Sozialausgaben haben, die sie jährlich in steigender Milliardenhöhe aufbringen müssen.

Ihre Beiträge zur medizinischen und psychiatrischen Versorgung fließen zu immer größeren Summen in die Taschen der niedergelassenen Ärzte, die ihre Dienstleistungen aufgrund ihrer bislang behaupteten Monopolstellung³² sowie straffen Organisation³³ weit über Wert verkaufen können³⁴. Einen ebenfalls steigenden Löwen-

27 Vgl. KSV-Zelle Medizin der FU Berlin: Gesundheitswesen im Klassenkampf. Berlin-West 1973, S. 236.

28 Vgl. Duhm, E. In: Bundestagsdrucksache VI/474, Protokoll Nr. 37, 1971, S. 10.

29 GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

30 s. Anm. 13.

31 Näheres dazu s. Ripke, T.: Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen. In: Das Argument, Nr. 60, 1970, S. 30—70.

32 Durch den sogenannten Sicherstellungsauftrag von 1955 (vgl. § 368 der Reichsversicherungsordnung).

33 Eine ausführliche Darstellung und Analyse der ärztlichen Standesorganisation gibt Thelen, W.: Numerus Clausus & Ärzteschaft. Zur Kritik der ärztlichen Interessenpolitik. Gießen 1974.

34 Vgl. Gaedt, Ch. und Schagen, U.: Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung? In: Das Argument, AS 4, 1974, S. 1: „Für den Durchschnitt aller niedergelassenen Ärzte werden für 1973 nach Abzug der Praxiskosten als Reinerlös vor Steuern 137 000,— DM angegeben (1971 waren es noch 115 600,— DM). Das ist etwa das Drei- bis Vierfache dessen, was angestellte Ärzte verdienen.“

anteil am GKV-Fonds sichern sich die Pharmakonzerne³⁵, die ihr Profitinteresse von keiner wirksamen gesetzlichen Maßnahme eingeschränkt und im Schutz der Ideologie von der „freien Marktwirtschaft“ ungehindert gegen das Bedürfnis der Sozialversicherten nach bestmöglicher, d. h. billiger und wirksamer Versorgung mit Arzneimitteln durchsetzen können³⁶. Die Riesenprofite der pharmazeutischen Industrie hängen allerdings auch in ganz entscheidendem Maße von der niedergelassenen Ärzteschaft und ihrer Organisation in Einzelpraxen ab³⁷. Insofern haben die Pharmakonzerne ein außerordentlich starkes Interesse an der Aufrechterhaltung der derzeit privatwirtschaftlichen Organisation der ambulanten medizinischen und psychiatrischen Versorgung sowie der Monopol- und Schlüsselstellung der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitswesen der BRD³⁸.

Die gewinnsichernden Monopolstellungen der Ärzte und des Pharmakapitals sowie die damit korrespondierende Schwächung der ohnehin zersplitterten und z.T. untereinander konkurrierenden Krankenkassen³⁹ sind die wesentlichen Faktoren für die massive Kostenexplosion⁴⁰ in der GKV bei gleichzeitig unverhältnismäßig geringer Leistungssteigerung. Von dieser dysfunktionalen Entwicklung ist die Psychiatrie ebenso betroffen wie alle anderen Sektoren des Gesundheitswesens.

4. Zur Reform der Psychiatrie⁴¹

Schon die wenigen Beispiele zur Personalsituation im Bereich der Psychiatrie ließen unzweifelhaft erkennen, daß die Lage der BRD-Psychiatrie in krassm Widerspruch zu der zunehmenden Zerrüttung und Minderung menschlichen Arbeitsvermögens durch psychische Krankheit steht. Diese Situation, die sich auf der Ebene des

35 1972 betragen die Aufwendungen der Kassen für Arzneimittel 4,2 Mrd. DM (= 17,7 % des gesamten GKV-Fonds) (vgl. See, H.: Zur politischen Ökonomie der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Das Argument, AS 4, 1974, S. 113).

36 S. dazu den Aufsatz von Simon, I.: Die Preispolitik der Pharmazeutischen Industrie im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung und ihre Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In: Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.), a. a. O. S. 360.

37 Vgl. Regus, M.: Das Gesundheitswesen in der BRD. Situation und Perspektiven. In: Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 48 ff.

38 So nimmt es nicht wunder, daß der Großteil der ärztlichen Standespublikationen zur Aufrechterhaltung des „freien Arztiums“ von der pharmazeutischen Industrie finanziert wird (vgl. Regus, M., a. a. O.).

39 Vgl. See, H., a. a. O., S. 106: „Die Zersplitterung der RVO- und Ersatzkassen, in denen die 33 590 076 Mitglieder (ohne Familienangehörige) versichert sind, vermittelt einen chaotischen Eindruck. Am 1. Juni 1973 gab es in der BRD (...) 1647 unabhängige Krankenkassen.“

40 Die Ausgaben der GKV betragen 1967: 19,7 Mrd. DM; 1972: 37,0 Mrd. DM; 1973: 42,7 Mrd. DM und werden für 1977 auf 66,7 Mrd. DM geschätzt (vgl. Gaedt, Ch. und Schagen, U., a. a. O., S. 4).

41 Wir beschränken uns im folgenden auf den Sektor der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Gesamtkapitals langfristig als sukzessive Vernichtung der Quelle des Mehrwerts auswirken würde, hat den Staat in seiner Funktion als Repräsentant und Hüter der langfristigen Interessen des Gesamtkapitals gezwungen, die Reform der Psychiatrie in Angriff zu nehmen. Erster sichtbarer Ausdruck war die Einsetzung der „Psychiatrie-Enquete“-Kommission im Jahr 1971 ⁴².

Auf die Dauer gesehen, läge es zweifellos im Interesse des Gesamtkapitals, die Psychiatrie wie auch das gesamte Gesundheitswesen der BRD zu verstaatlichen, da sich so größtmögliche Effizienz im o. a. Sinne bei maximaler Kostenersparnis am ehesten erreichen ließe ⁴³. Reformpolitik unter kapitalistischen Produktionsbedingungen verläuft allerdings nie geradlinig, sondern immer gebrochen durch die vom Kapitalismus selbst zwangsläufig hervorgebrachten Widersprüche.

Ausgehend von der gegenwärtigen Lage setzt die notwendige Reform der psychiatrischen Versorgung einen enormen Kostenaufwand voraus, der sich für das Kapital erst langfristig amortisiert und insofern in Widerspruch zu dem konkurrenzbedingten Zwang kurzfristiger Profitmaximierung steht. Zudem ist der Staat gezwungen, die Neuorganisation der psychiatrischen Versorgung mit den ständischen Interessen der niedergelassenen Ärzte, speziell der Psychiater und Psychotherapeuten, die im Geschäft mit der Krankheit Superprofite erzielen (Pharmakonzerne, Medizingeräteindustrie usw.), in Übereinstimmung zu bringen. Während die chemisch-pharmazeutische Industrie aufgrund ihrer außerordentlichen ökonomischen Machtposition ⁴⁴ vom Staat vorerst kaum zu durchschlagenden Kompromissen gezwungen werden kann und somit ihre profitable Position in der Psychiatrie durch expandierenden Absatz von Psychopharmaka ⁴⁵ weiterhin behaupten wird, zeichnet sich für die niedergelassenen Ärzte eine erste und relativ massive Tendenzwende ab. Spätestens seit Veröffentlichung der Reformvorstellungen der Krankenkassen ⁴⁶ im Frühjahr 1974 ist deutlich geworden, daß das bisherige Bündnis ⁴⁷ zwischen den Ärzten und den Kapitalvertretern in

⁴² s. Anm. 6.

⁴³ Vgl. auch See, H., a. a. O., S. 101.

⁴⁴ Näheres dazu s. z. B. Abdel-Hadi, H.: Monopolisierungstendenzen der pharmazeutischen Industrie und ihre Folgen für die Sozialversicherungen. In: Deppe, H.-U., et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 363—371.

⁴⁵ Näheres dazu siehe Friedrich, V. und Meyer, H.: Die Pharmakotherapie in der medizinischen Versorgung. In: Deppe, H.-U., et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 348—357.

⁴⁶ Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen, veröffentlicht am 9. 4. 1974 vom Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn/Bad Godesberg, und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen. Eine Auflistung der Forderungen der Krankenkassen und eine kritische Analyse findet sich bei Gaedt, Ch. und Schagen, U., a. a. O.

⁴⁷ Näheres dazu s. Wulff, E.: Psychiatrie und Klassengemeinschaft. Frankfurt/Main 1972, S. 171—204.

den Organen der GKV⁴⁸ zerbrochen ist. Wenn es auch die Standesideologen der Ärzteverbände noch nicht wahrhaben wollen, so besteht doch kein Zweifel, daß die niedergelassenen Ärzte inzwischen „einer geschlossenen Front von Staat, Unternehmern und Gewerkschaften“⁴⁹ gegenüberstehen und in absehbarer Zeit mit starken Einschränkungen ihrer Privilegien und Rechte zu rechnen haben (Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, Reduktion ihres Einkommens, Aufhebung ihres „Quasi-Streikrechts“ usw.). Es muß jedoch auch klar erkannt werden, daß diese Reformbestrebungen primär nur darauf gerichtet sind, über eine deutliche Stärkung der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen die steigende Kostenlawine in der Sozialen Krankenversicherung unter Kontrolle zu bringen. Das heißt, daß der Staat ebenso wie die Vertreter des Kapitals und der Gewerkschaften⁵⁰ in den Organen der GKV ein Interesse daran hat, die privatwirtschaftliche Organisation der ambulanten Versorgung im Prinzip⁵¹ aufrechtzuerhalten, allerdings unter starken finanziellen Restriktionen und einer zunehmenden regulativen Kontrolle durch die Krankenkassen. Es ist aber ebenso wichtig zu sehen, daß dieser Kompromißcharakter der derzeitigen Reformbestrebungen zugleich schon einen ersten Schritt auf dem Wege zur objektiv notwendigen Vergesellschaftung der Medizin darstellt.

Auch im Bereich der Psychiatrie wird der notwendige Strukturwandel im Sinne einer totalen Aufhebung des „freien Arztiums“ vorerst ausbleiben, obwohl gerade hier der zunehmende Widerspruch zwischen den begrenzten Möglichkeiten privatwirtschaftlicher Gesundheitsversorgung und den gesamtgesellschaftlichen Anforderungen besonders kraß zutage tritt⁵². Zwar ist die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten gering, jedoch wird der privatwirtschaftliche Charakter ihrer Arbeit geschützt durch die gesamte niedergelassene Ärzteschaft und die Pharmakonzerne, die befürchten, daß derartig durchgreifende Änderungen im psychiatrischen Bereich nicht ohne einschneidende Auswirkungen auf die Struktur und Ökonomie des gesamten Gesundheitswesens blei-

48 Bekanntlich werden die Organe der GKV paritätisch von „Arbeitgebern“ und „Arbeitnehmern“ geleitet. Die paritätische Zusammensetzung wird mit dem Schein der paritätischen Beitragszahlung legitimiert. In Wirklichkeit wird von den „Arbeitgebern“ „ihr“ Beitragsteil ebenso wie der der Arbeitenden unter Lohnkosten oder ergänzende Sozialleistungen abgebucht. Beide Anteile gehören zum Lohn.

49 Gaedt, Ch. und Schagen, U., a. a. O., S. 12.

50 Zu weitergehenden Reformvorstellungen der Gewerkschaften s. die WSI-Studie Nr. 20 von Jahn, E. et al. Köln 1973.

51 Zu leistungsfähigeren, aber immer noch privatwirtschaftlich organisierten Praxismodellen, die von den Ärzteverbänden in den letzten Jahren verstärkt propagiert werden, s. Deppe, H.-U.: Strukturwandel der ärztlichen Praxis. Blätter für deutsche und internationale Politik, 3, 1972.

52 Näheres dazu s. Bauer, M., a. a. O.

ben⁵³. Weitaus entscheidender aber ist, daß eine Abschaffung der ohnehin schon geringen Zahl der Kassenpraxen einen verstärkten Aufbau öffentlicher Versorgungseinrichtungen in der Psychiatrie erforderlich machen und damit enorme Investitionen aus dem Steuer-aufkommen voraussetzen würde, die jedoch der Staat, insbesondere während der derzeitigen Wirtschaftskrise, soweit wie möglich für direkte Kapitalsubventionen zurückzuhalten versucht⁵⁴.

Insofern läßt sich prognostizieren, daß die Initiative des Staates in der gegenwärtigen Phase der Psychiatriereform nicht darauf abzielt, den Aufbau öffentlicher Versorgungseinrichtungen mit Nachdruck voranzutreiben, sondern vielmehr die Zahl der Kassenpraxen zu vergrößern, um so kurzfristig zu einer Effektivierung der psychiatrischen Versorgung zu gelangen. Zugleich kann der Staat die dabei anfallenden Kosten direkt und vollständig auf die Krankenkassen, d. h. auf die Sozialversicherten abwälzen⁵⁵. Allerdings ist abzusehen, daß unter dem steigenden Druck einer weiteren Effektivierung und Rationalisierung der Psychiatrie der Staat früher oder später zusätzlich Forderungen nach Einrichtung von z. B. sozialpsychiatrischen Zentren⁵⁶, Ambulatorien usw. nachkommen muß, die schon seit längerer Zeit vor allem von der DGSP und von gewerkschaftlicher Seite⁵⁷ her vertreten werden.

4.1. Zum Behandlungsmonopol der Ärzte

Neben diesen Reformansätzen, die primär die Organisation der ambulanten Versorgung betreffen, wird sich auch ein qualitativer Wandel vollziehen, und zwar insofern, als die Behandlung psychisch Kranker nicht mehr die ausschließliche Domäne der Ärzte bleiben wird. Dafür sind vor allem zwei Gründe zu nennen. Zum einen reichen die Ausbildungskapazitäten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie nicht aus, um den erforderlichen Zuwachs an Fachkräften zu gewährleisten⁵⁸. Dieses Problem ist letztlich Resultat der

53 Dementsprechend verwundert es nicht, daß selbst minimale Reformen im Bereich der Psychiatrie immer wieder von der organisierten Ärzteschaft und den Pharmakonzernen attackiert werden.

54 Vgl. Gaedt, Ch. und Schagen, U., a. a. O., S. 5.

55 Die Tendenz des Staates, die Kosten der Reform der Gesundheitsversorgung auf die Sozialversicherten abzuwälzen, hat sich in den letzten Jahren erheblich verstärkt. Besonders deutlich kommt dies z. B. in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vom Mai 1972 zum Ausdruck (vgl. Löber, D.: Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform. In: Das Argument, AS 4, 1974, S. 119—151).

56 Ein solches Zentrum wird derzeit in Hamburg von der DGSP eingerichtet. Es ist u. E. das erste seiner Art in der BRD (vgl. Projektbeschreibung über das Gemeinde-Psychiatrische Zentrum (GPZ) Eimsbüttel. Informationsbroschüre der Hamburger Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Juli, 1974).

57 Vgl. Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.), a. a. O.

58 Vgl. Straumann, P. R.: Bildungspolitische Aspekte der Ausbildung und Beschäftigung von Psychologen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychologische Rundschau, 2, 1974, S. 91—110, besonders S. 106.

Numerus-Clausus-Politik des Staates im Bereich der Medizin⁵⁹, die von den Standesverbänden der Ärzte massiv unterstützt wurde mit dem Ziel, über eine Begrenzung der Zahl der niedergelassenen Ärzte, einschließlich der Psychiater, den Tauschwert ihrer Dienstleistungen hoch zu halten bzw. noch zu steigern. Entsprechendes gilt für den Bereich der Psychotherapie, nur mit dem Unterschied, daß hier der Numerus Clausus nicht gesetzlich verankert ist, sondern über horrenden Ausbildungskosten (von ca. 20 000 bis 50 000 DM) durchgesetzt wird. So nimmt es auch nicht Wunder, daß an den insgesamt 14 — größtenteils privaten — Ausbildungsinstituten für Psychotherapie in der BRD⁶⁰ nur ca. 30 bis 40 Therapeuten jährlich ausgebildet werden⁶¹. Jetzt, da sich der „Psychomarkt“ erweitert hat, fordern die Funktionäre der Standesverbände staatliche Ausbildungsförderung, um die Quote auf „wenigstens das Doppelte“⁶² zu erhöhen. Allerdings ist die bisherige Ausbildungsverknappung auch hier derart restriktiv gehandhabt worden, daß sich selbst dies in absehbarer Zeit nicht erreichen lassen wird.

Der zweite und weitaus entscheidendere Grund für die zu erwartende Aufhebung des ausschließlichen Behandlungsmonopols der Ärzte⁶³ bei der Behandlung psychisch Kranker besteht darin, daß sie über keine diagnostischen und therapeutischen Methoden verfügen, die den notwendigen Produktivitätsfortschritt⁶⁴ im Bereich der psychiatrischen Versorgung sicherstellen könnten.

5. Zur Entwicklung und Bedeutung der Klinischen Psychologie

Diese quantitative und qualitative Problematik in der Ausbildung und Berufspraxis der Psychiater und Psychotherapeuten ist der Mehrzahl der Gesundheitsplaner schon seit längerer Zeit bekannt, jedoch ist der Staat nicht sonderlich initiativ geworden. Stattdessen hat er schwerpunktmäßig Fachrichtungen gefördert, die den neuen

59 Ausführliche Informationen dazu gibt Thelen, W., a. a. O.

60 Vgl. Ehebald, U. In: Bundestagsdrucksache VI/474, Protokoll Nr. 37. 1971, S. 8.

61 Ebda.

62 Ebda.

63 Diese Auffassung wird inzwischen auch vom Bundesgesundheitsministerium öffentlich vertreten. Vgl. dazu das Referat von Staatssekretär Wolters zum Thema: Probleme der politischen Realisierung einer optimalen psychiatrischen Versorgung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 19, 1974, S. 21: „Die Gewinnung einer genügend großen Zahl ausreichend qualifizierter Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen ist das Schlüsselproblem bei der Versorgung psychisch Kranker, dessen Lösung wesentlich von differenziert geregelten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten mit einer Relativierung des ausschließlichen Behandlungsrechts der Ärzte (Hervorhebung v. d. Verf.) und von Stellenplanverbesserungen abhängt.“

64 In dem Sinne, daß Diagnostik und Therapie einer bestimmten Krankheit mit weniger Zeit- und Arbeitsaufwand vorgenommen werden kann als bisher.

Anforderungen in der psychiatrischen Versorgung eher gerecht werden können. Dies gilt insbesondere für die Klinische Psychologie (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie usw.), die als angewandte Sozial- und Verhaltenswissenschaft Therapiemethoden hervorgebracht hat, die folgendermaßen zu charakterisieren sind: Erstens vermögen sie in ihrer pragmatischen Technologie eine effektivere, d. h. vor allem längerfristig wirksame Reparatur psychisch erkrankter Arbeitskraft zu leisten als z. B. Psychopharmaka. Zweitens kommen sie hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit dem kapitalistischen Grundsatz nach größtmöglicher Rentabilität im Gesundheitswesen wesentlich näher als z. B. psychoanalytische Methoden. Und drittens könnten sie, im Vergleich zu traditionellen Psychotherapien, breiteren Schichten zugänglich gemacht werden. Die Förderung der klinischen Psychologie durch den Staat, ihre Entwicklung und zunehmende Relevanz in der Psychiatrie wird deutlich, wenn man sich folgende Zahlen vergegenwärtigt:

Seit Anfang der 60er Jahre hat sich die Gesamtzahl diplomierter Psychologen in der BRD sprunghaft erhöht (1960: 160; 1972: 840)⁶⁵. In dieser Wachstumsrate übertrifft die Psychologie jede andere Wissenschaft⁶⁶. An dieser Entwicklung hat die Klinische Psychologie inzwischen den weitaus größten Anteil. Die überproportional starke Umverteilung des Gesamtbereichs Psychologie zugunsten der Klinischen Psychologie setzte etwa in den Jahren 1968—1970 ein, zu einer Zeit also, als sich die Zunahme psychischer Krankheiten immer stärker zu einem defizitären Faktor für die kapitalistische Produktion entwickelte. Zudem war dieser quantitative Umstrukturierungsprozeß begleitet von einer ebenso grundlegenden qualitativen Veränderung der Klinischen Psychologie selbst. Die weitgehend tiefenpsychologische Orientierung in der Theorie ist seit dieser Zeit zunehmend durch sozial- und verhaltenswissenschaftliche Denkweisen abgelöst worden. Vor allem aber wurde die Beschränkung der Praxis fast ausschließlich auf Diagnostik aufgehoben und die Klinische Psychologie verstärkt auf die Entwicklung, Erprobung und Anwendung der o. a. Therapiekonzepte orientiert.

5.1. Zur Lage der Klinischen Psychologen

Gegenwärtig werden schon über 700 Psychologiestudenten an ca. 20 Hochschulen in der BRD und West-Berlin in Klinischer Psychologie unterrichtet⁶⁷. In der nächsten Zeit ist sogar noch mit

⁶⁵ Vgl. Analysen. Zeitschrift zur Wissenschafts- und Berufspraxis, Nr. 10, 1972.

⁶⁶ Vgl. Heckhausen, H.: Die Ausbildungskapazität im Fach Psychologie. Grundbestand und Berechnungsmodell. Psychologische Rundschau, 2, 1968, S. 79—96.

⁶⁷ Vgl. dazu auch die Erhebung von Schulte, D. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1973, S. 238 ff.

einem Zuwachs der Studentenzahlen zu rechnen, da für die Jahre 1975/76 die Einrichtung weiterer Lehrstühle in Klinischer Psychologie vorgesehen ist. Auch schon mehr als ein Drittel der über 6000 in der BRD tätigen Psychologen arbeiten diagnostisch-therapeutisch überwiegend in Institutionen der Erziehungs- und Eheberatung, Schulpsychologie, Psychiatrie usw.⁶⁸. Ihre Zahl ist demnach schon höher als die der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten zusammengenommen⁶⁹. Eine Deckung des Bedarfs an Klinischen Psychologen zeichnet sich, langfristig gesehen, noch nicht ab⁷⁰. Bislang jedoch sind sie weder als Heilberuf anerkannt, noch sind sie selbständiger Vertragspartner der Krankenkassen. Wie aber aus der gegenwärtigen Lage der ambulanten psychiatrischen Versorgung und der mittelfristigen Reformpolitik des Staates klar hervorgeht, haben sie aufgrund von zwei Bedingungen eine relativ große Chance, die Heilberufsanerkennung und Kassenzulassung zu erreichen: *Erstens wird der privatwirtschaftliche Anteil am ambulanten Versorgungssektor expandieren. Zweitens können die Ärzte den erforderlichen Zuwachs an Fachkräften sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht nicht leisten, sicher aber die Klinischen Psychologen, die schon eine relativ große und zudem stark anwachsende Berufsgruppe im psychiatrischen Versorgungsbereich der BRD darstellen und vor allem zugleich über das effektivere, rentablere und somit systemkonformere Therapieangebot verfügen.* Um ihre Marktchance zielstrebig zu nutzen, die ihnen der Staat mit seiner gegenwärtigen Reformpolitik eröffnet, und um ihr Therapieangebot zu monopolisieren, hat sich in den vergangenen Jahren ein Teil der Psychologen in einer Reihe von Standesverbänden formiert.

B. Die klinisch-psychologischen Standesverbände

Im wesentlichen sind dies die Sektion Klinische Psychologie⁷¹ im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)⁷², der Deutsche Berufsverband der Verhaltenstherapeuten (DBV)⁷³ und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)⁷⁴. Die

68 Vgl. Amelang, M. und Tiedemann, J.: Psychologen im Beruf: I. Studienverlauf und Berufstätigkeit. Psychologische Rundschau, 3, 1971, S. 151—186.

69 Vgl. Duhm, E., a. a. O., S. 9.

70 Vgl. Mühlen, U. et al.: Gewerkschaftliche Organisierung versus Ständische Interessenvertretung. In: Cramer, M. und Gottwald, P. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Diskussion. München 1973, S. 91 ff.

71 Gegr. 1963; Mitgliederzahl im Juli 1974: 925.

72 Gegr. 1949; Mitgliederzahl im Juli 1974: 2659.

73 Gegr. 1971; Mitgliederzahl im Oktober 1973: 32.

74 Gegr. 1970; Mitgliederzahl im Juli 1973: 670.

Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT)⁷⁵ nimmt in diesem Zusammenhang als nicht-ständische und gewerkschaftlich orientierte Organisation eine Sonderstellung ein⁷⁶. Ähnlich den Ärztevereinigungen stehen auch die Psychologenverbände z. T. in Konkurrenz zueinander, wissen aber ebensogut auf partikularistische Einzelaktivitäten zu verzichten, wenn es darum geht, ihre materiellen Interessen durchzusetzen. Kooperationsbasis ist die BDP-Sektion Klinische Psychologie. Sie vertritt im Gegensatz zum DBV oder zur GwG keine spezifische Therapierichtung, weist eine hohe Personalunion mit den Einzelverbänden auf und vergebte außerdem seit April 1971 den Titel „Fachpsychologe für Klinische Psychologie“ (Näheres dazu s. Pkt. B. 2.1.).

1. Zur Gesundheitspolitik der Psychologenverbände

Obwohl die katastrophale Situation der Psychiatrie in der BRD und die zu erwartende wichtige Funktion Klinischer Psychologen in diesem Sektor die Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte durch die Psychologenorganisationen nahelegen würde, konzentriert sich deren „Programmatik“ auf ein einziges Ziel: *Gesetzliche Anerkennung des Klinischen Psychologen als Heilberuf, gekoppelt mit dem Recht auf freie Niederlassung in privatwirtschaftlich organisierten Psychologenpraxen und Anspruch auf Liquidation klinisch-psychologischer Leistungen im Rahmen der GKV*. Neu ist dieses Ziel freilich nicht. Schon im Dezember 1960 wurde es vom damaligen Vorstand des BDP in einem Memorandum „über die Zulassung von Psychologen zu den RVO-Krankenkassen und die Aufnahme psychologischer Leistungen in die gesetzlichen Versicherungsbestimmungen“⁷⁷ aufgestellt. Neu hingegen ist die ausdrückliche Forderung nach Anerkennung als Heilberuf, da die Verbandsfunktionäre in ihr das notwendige Vehikel erkannt haben, um den direkten, d. h. vom Einfluß der Ärzte befreiten Geschäftsverkehr mit den Krankenkassen eröffnen zu können. Hinzugekommen ist ferner die Einsicht, daß der

⁷⁵ Gegr. 1968; Mitgliederzahl im August 1973: 1568.

⁷⁶ Die GVT setzt sich für eine fortschrittliche Gesundheitspolitik ein, die im Rahmen der Gewerkschaften, vor allem der ÖTV, verwirklicht werden soll. Sie kritisiert und bekämpft die ständisch-elitäre Politik der übrigen Psychologenverbände und versucht in letzter Zeit, eine breite Front gegen das geplante Gesetz über den „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ (s. Pkt B.1.2.) zu errichten, indem sie mit dem „Mannheimer Kreis“ und der DGSP zusammenarbeitet (s. Pkt C.). Publizistisch verbreitet die GVT ihre Positionen in den „Mitteilungen der GVT“, zu beziehen über das Sekretariat der GVT, 8 München 40, Kraepelinstraße 10. Wenn also im folgenden von den Psychologenverbänden die Rede ist, ist die GVT nicht eingeschlossen.

⁷⁷ Psychologische Rundschau, 2, 1961.

Kampf um die Pfründe der GKV organisierter und vor allem taktisch klüger geführt werden muß⁷⁸.

1.1. Zur Konkurrenz zwischen Psychologen und Ärzteverbänden

Die ausschließliche Orientierung auf gruppenegoistische Interessen erklärt auch die Unfähigkeit der Psychologenorganisationen, umfassende gesundheitspolitische Analysen zu erstellen oder gar Reformvorschläge zu entwickeln⁷⁹. So kann es auch nicht verwundern, daß in den dürftigen Betrachtungen zur Lage der Psychiatrie, wenn sie von führenden Vertretern der Psychologenverbände⁸⁰ unternommen werden, die Ärzte bzw. deren Standesorganisationen zum Feind Nummer eins erklärt und als primäre Ursache allen Übels begriffen werden⁸¹. Die eigene ständische Borniertheit fixiert die Kritik an die konkurrierende ständische Gruppe. Wie die Abhängigkeit der Entwicklung der Klinischen Psychologie von der staatlichen Gesundheitspolitik übersehen wird, so wird auch die der Ärzte von Staat und Pharmaindustrie nicht erkannt. Daß die Sozialpolitik in der BRD allgemein durch die Form kapitalistischer Produktion bedingt ist, kann so schon gar nicht in den Blick rücken.

Trotz aller Kurzschlüssigkeit steckt in solchen gesundheitspolitischen „Analysen“ der Psychologenverbände auch ein wahrer Kern: Wenn auch die Klinischen Psychologen objektiv gute Chancen haben, im Psychotherapiesektor Fuß zu fassen, so bleiben die Ärzte für sie doch weiterhin eine starke Konkurrenz im Kampf um die Verteilung der ohnehin immer knapper werdenden GKV-Gelder. Der Kampf zwischen den Ärzte- und Psychologenlobbies ist bereits in vollem

78 Vgl. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1972, S. 274: „Das langfristige Ziel einer neuen gesetzlichen Regelung soll formuliert, kann aber ohne Zwischenziele jetzt noch nicht elaboriert werden. Als realistisches Nahziel wurde definiert, die Bedingungen des Fachpsychologen für Klinische Psychologie im Rahmen der bestehenden Gesetze und Machtverhältnisse zu verbessern; die Position, die die nicht-ärztlichen Psychoanalytiker bei der selbständigen Durchführung von Therapien haben (sie können nach dem Arzt/RVO- und Ersatzkassenvertrag vom 1. 4. 1971 im Delegationsverfahren, d. h. über einen Arzt, liquidieren, Anm. d. Verf.), für den erweiterten Kreis der Fachpsychologen zu erreichen, bis hin zur direkten Abrechnung mit den Krankenkassen.“

79 Z. B. fehlen in der Informationsbroschüre der Sektion Klinische Psychologie, 1, 1973 (im folgenden kurz: „BDP-Broschüre“), in der der BDP seine Vorstellungen über Funktion und Aufgaben des klinisch-therapeutisch arbeitenden Psychologen niedergelegt hat, jegliche Überlegungen zu gesundheitspolitischen Fragen.

80 Vgl. Bastine, R. et al.: Thesen zur Ausbildung in Klinischer Psychologie. Hektographiert, Heidelberg 1974.

81 Vgl. ebda, S. 2: „Diese Organisationsformen (die alleinige rechtliche Zuständigkeit des Arztes, Anm. d. Verf.) bilden die unmittelbare Grundlage für viele negative Merkmale des augenblicklichen Gesundheitssystems, insbesondere das Versorgungsgefälle zwischen Privat- und Kassenpatienten und zwischen Stadt- und Landbewohnern.“ (Hervorhebung v. d. Verf.)

Gänge. Die wichtigste Aktion in diesem Zusammenhang ist die Eingabe der BDP-Sektion Freiberuflicher Psychologen beim Bundeskartellamt im Jahre 1973. Ziel dabei ist, das Anordnungsverfahren nach § 122 der RVO durchzusetzen, um „psychologische Behandlung selbständig durchzuführen und mit den Kassen auch direkt abzurechnen“⁸².

An dieser Aktion zeigt sich die taktische Tendenz in der ausschließlichen Kritik an der organisierten Ärzteschaft in aller Deutlichkeit. Sie soll die Übernahme ärztlicher Positionen durch die Klinischen Psychologen legitimieren und zugleich verschleiern, daß hier nur ein Stand den anderen abzulösen versucht, ohne daß strukturelle Verbesserungen im Gesundheitswesen resultieren⁸³.

Während die Psychologenverbände immer offensiver im Kampf um die Pfründe der GKV auftreten, verstärken die Standesideologen der Ärzteschaft ihren Abwehrkampf unter dem Motto: Psychotherapie ist Heilkunde mit seelischen Mitteln, und diese ist im Interesse der Allgemeinheit dem Arzt vorbehalten⁸⁴. Deutlich in der Defensive, versuchen sie zu retten, was zu retten ist. Eine wichtige Initiative der Ärzteschaft richtete sich Anfang der 70er Jahre auf konkurrierende psychotherapeutisch tätige Berufsgruppen. Mit ihnen sollten Kompromisse eingegangen werden, um die zunehmenden „Tendenzen zur Emanzipation der Heilhilfsberufe“⁸⁵ unter Kontrolle zu bringen. Beispielsweise wurde den tiefenpsychologisch ausgebildeten nicht-ärztlichen Psychotherapeuten durch den „Arzt/RVO- und Ersatzkassenvertrag“ vom April 1971 zugestanden, therapeutisch tätig zu werden und ihre Leistungen bei den Krankenkassen zu liquidieren, allerdings nur auf Anweisung und unter Kontrolle eines Arztes⁸⁶ („Delegationsverfahren“⁸⁷). Außerdem unternahm die Ärzteschaft Anstrengungen, um ihre eigene Position zu stärken, z. B. durch Einführung der „Medizinischen Psychologie“ und „Medizinischen Soziologie“ als Prüfungsfächer in die neue Approbationsordnung⁸⁸ von 1970. Das Kommuniqué⁸⁹ vom 6. Mai 1974, das die Er-

82 Vgl. die Unterrichtung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen durch das Bundeskartellamt vom 25. Sept. 1973, S. 2. Die Eingabe der Sektion Freiberuflicher Psychologen wurde von anderen BDP-Sektionen ausdrücklich begrüßt (vgl. Psychologische Rundschau, 2, 1974, S. 162). Inzwischen hat die Sektionsleitung auch schon ein „Merkblatt über Einrichten und Betreiben einer freiberuflichen Praxis für psychologische Behandlung“ herausgegeben (Juni 1974).

83 Vgl. dazu die „BDP-Broschüre“.

84 Vgl. z. B. Der Deutsche Arzt, 1, 1974, S. 27.

85 Deutsches Ärzteblatt, a. a. O., S. 2814 ff.

86 Vereinbarung über die Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Köln — Bonn/Bad Godesberg — Hannover — Essen. 10. Jan. 1972.

87 Vgl. ebda, Teil C § 12.

88 Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Okt. 1970. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1971.

89 S. Psychologische Rundschau, 3, 1974, S. 248—250.

gebnisse etlicher Gespräche zwischen den Vertretern sämtlicher psychologischer und medizinischer Fachverbände über die Einrichtung der „Medizinischen Psychologie“ wiedergibt, zeigt allerdings deutlich, daß der Versuch, mit diesem Fach die Konkurrenzsituation gegenüber den Klinischen Psychologen zugunsten der Ärzte zu verbessern, klar gescheitert ist⁹⁰.

1.2. Zur Initiative der Bundesregierung

Den ersten entscheidenden Schritt zur Erfüllung der Forderungen der Psychologenverbände macht derzeit die Bundesregierung mit der Erarbeitung eines Gesetzes über den „nichtärztlichen Psychotherapeuten“. Zu diesem Thema fand am 28. 2. und 1. 3. 1974 im Bundesgesundheitsministerium eine Sachverständigenanhörung statt⁹¹, an der auch Vertreter von BDP, DBV, GwG und GVT teilnahmen, letztere allerdings erst auf eigenes Drängen hin⁹². Mit der Verabschiedung des Gesetzes, in dem die oben genannten Forderungen festgeschrieben, die Tätigkeitsbereiche des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“, seine Konsultationspflicht gegenüber Ärzten geregelt und auch die Ausbildungsbedingungen (Näheres dazu s. unter Pkt. B. 2.1.2.) geklärt werden, ist im Laufe des nächsten Jahres zu rechnen.

1.3. Zur Psychologenpraxis

Die Psychologenverbände, deren Hauptziel damit erreicht sein wird, gehen nun daran, in der Öffentlichkeit die Konsequenzen dieses Gesetzes, nämlich die kassenpsychologische Praxis als Regelfall in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, zu verteidigen. Wenn sie dies auch primär nur in ihrem eigenen Interesse tun, so leisten sie damit doch zugleich dem Staat und seiner gegenwärtigen Reformpolitik wirksame Handlangerdienste. Dabei gehen sie mit der Geste von Vorkämpfern für die Interessen psychisch Kranker vor⁹³. So z. B. Duhm: „In den Genuß der Hilfe des Klinischen Psychologen kommt, wenn keine Kassenregelung erfolgt, nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung, wir wissen aber, daß psychische Störungen nicht schichtabhängig sind, sondern daß es erforderlich ist, diese

90 Vgl. ebda, S. 249: „Medizinische Psychologie ist Psychologie für Mediziner. Es handelt sich dabei um ein durch die ärztliche Approbationsordnung in der Vorklinik verankertes Fach, das (...) auf die Psychologischen Anforderungen in der ärztlichen Tätigkeit vorbereiten soll. Medizinische Psychologie ist abzugrenzen von Klinischer Psychologie, die ein Anwendungsfach der Psychologie ist (...).“

91 Vgl. die Niederschrift über die Sachverständigenanhörung vom 28. Febr. und 1. März 1974 im Bundesgesundheitsministerium über den „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ (im folgenden kurz: „Anhörung zum nichtärztlichen Psychotherapeuten“) (Aktenzeichen 315.2 — 4335 — 1/1).

92 Die Vorstellungen der GVT in diesen Fragen stehen denen des Ministeriums und der Psychologenverbände diametral entgegen (vgl. dazu: Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 20/21, 1974. S. 118—140).

93 Vgl. z. B. Bastine, R. et al., a. a. O., besonders S. 1—9.

Hilfe für alle Schichten zur Verfügung zu stellen“⁹⁴. Ausgehend von der empirisch unhaltbaren Behauptung der Schichtenspezifität psychischer Krankheiten⁹⁵ wird hier der Eindruck erweckt, als garantiere die Kassenzulassung der Klinischen Psychologen und die damit verbundene Vermehrung psychotherapeutischer Praxen eine für alle Bevölkerungsschichten gleich gute psychische Versorgung. Dem ist jedoch entgegenzuhalten:

Was für die ärztliche Praxis schon vielfach fundiert nachgewiesen wurde⁹⁶, gilt ebenso für die Psychologenpraxis. Sie ist in jeder Beziehung überholt. Zudem steht die Konzeption der psychotherapeutischen Praxis als Regelfall allen sozialpsychiatrischen Reformkonzepten⁹⁷ diametral entgegen. Sozialpsychiatrische Überlegungen gehen von einem sektorial geplanten, integrierten System aus⁹⁸. Demgegenüber reproduziert sich mit der Vermehrung der Psychologenpraxen die Anarchie im Gesundheitswesen der BRD nun auch verstärkt im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Eine regionale Planung der Versorgungseinrichtungen wird durch die Niederlassungsfreiheit der „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ unmöglich gemacht. Zudem wird dadurch die ohnehin schon vorhandene soziale Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung weiter verschärft, z. B. durch die Konzentration von Praxen in den größeren Städten und dort besonders in bürgerlichen Bezirken⁹⁹.

Die vom Staat geförderte Ausweitung des privatwirtschaftlichen Anteils am ambulanten Sektor zementiert die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung mit all ihren destruktiven Konsequenzen¹⁰⁰. Die Einrichtung von immer wieder geforderten Versorgungsketten ist somit in der BRD auf nicht absehbare Zeit blockiert. Das gleiche gilt für die Schaffung interdisziplinärer Teams, in denen verschiedene Berufsgruppen einschließlich Laientherapeuten gleichberechtigt zusammenarbeiten¹⁰¹.

Ein weiterer schwerwiegender Nachteil der Psychologenpraxis gegenüber größeren öffentlichen Einrichtungen ergibt sich aus der Tatsache, daß die Praxis weithin ein „Ein-Mann-Betrieb“ sein wird. Auch im Bereich der Psychotherapie gilt, daß der isoliert arbeitende

94 Duhm, E., a. a. O., S. 10.

95 Vgl. Berndt, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. Ein Bericht über ökologische und epidemiologische Forschungsergebnisse. *Soziale Welt*, 19, 1968, S. 22—46.

96 Vgl. Deppe, H.-U.: Strukturwandel der ärztlichen Praxis, a. a. O., sowie Wulff, E., a. a. O., S. 171—204.

97 Näheres dazu s. Sozialpsychiatrische Informationen.

98 Vgl. Bauer, M., a. a. O., S. 239.

99 Vgl. KSV-Zelle Medizin der FU Berlin, a. a. O.

100 Zur daraus resultierenden finanziellen Doppelbelastung der Sozialversicherten s. Löber, D., a. a. O., S. 120.

101 Vgl. z. B. Wulff, E.: Einleitender Kommentar zur Arbeitsgruppe IV. Psychiatrische Krankenversorgung. In: Deppe, H.-U. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 234.

einzelne nicht in der Lage ist, den wissenschaftlichen Fortschritt seines Faches für seine Arbeit zu nutzen ¹⁰². Die Konsequenz ist eine gegenüber öffentlichen Versorgungsinstitutionen erheblich verminderte Effizienz. Das wird vor allem zur Folge haben, daß die Masse der Patienten aus der Arbeiterklasse, selbst wenn die GVK bezahlen würde, nicht in den Genuß kassenpsychologischer Leistungen kommen wird, weil deren zumeist schwere Krankheitsformen ¹⁰³ die geringe Leistungsfähigkeit der psychologischen Kassenpraxis weit überfordern.

Sowohl durch die organisatorische Form (Einzelpraxis) als auch durch die inhaltliche Festlegung der Tätigkeit des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ auf Heilkunde im engen Sinne ¹⁰⁴ werden psychiatrische Prävention und Nachsorge enorm erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht ¹⁰⁵. Durch die Praxis als Regelfall in der ambulanten psychiatrischen Versorgung wird zudem der passive Charakter ¹⁰⁶ des Gesundheitswesens noch weiter verstärkt. Der Therapeut sucht nicht den Patienten auf, wie es bei ambulanten Behandlungsteams der Fall wäre, sondern der Patient sucht den Therapeuten. Auf diesem Weg stößt er mit der Einrichtung der kassenpsychologischen Praxis auf weitere klassenspezifische Barrieren, die ihm die Chance einer frühzeitigen Behandlung vor allem dann verbauen, wenn er aus der Arbeiterklasse stammt ¹⁰⁷.

Die negativen Auswirkungen der Unterordnung der therapeutischen Arbeitsbedingungen unter das Interesse der Psychologen nach Mehrung seines Einkommens auf die Behandlung der Kranken sind aus der Arztpraxis hinlänglich bekannt ¹⁰⁸. Vor allem aber wird die Möglichkeit zufriedenstellender Behandlung durch die Bindung der „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ an die GKV erheblich eingeschränkt. Der Kassenpsychologe wird gar keine andere Wahl haben, als die gesundheitspolitischen Entscheidungen in seiner Praxis zu reproduzieren, die von den Verwaltungsgremien der Krankenkassen gefällt werden, und zwar bei der derzeitigen Machtstruktur in der

¹⁰² Vgl. auch Gaedt, Ch. und Schagen, U., a. a. O., S. 9.

¹⁰³ Vgl. Berndt, H., a. a. O.

¹⁰⁴ S. „Anhörung zum nichtärztlichen Psychotherapeuten“, a. a. O., S. 8—9.

¹⁰⁵ Mit der Festlegung des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ auf Ausübung von Heilkunde im engen Sinne werden zudem sozialwissenschaftliche Modellvorstellungen von Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten zugunsten eines medizinischen Krankheitsmodells aufgegeben, was erhebliche Konsequenzen auch für die Art und Inhalte der psychotherapeutischen Arbeit hat.

¹⁰⁶ Vgl. Moeller, M. L.: Krankheitsverhalten bei Psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. In: Das Argument, Nr. 71, 1972, S. 88—109.

¹⁰⁷ Vgl. Gleiss, I. et al., a. a. O., S. 105—193.

¹⁰⁸ Vgl. Deppe, H.-U.: Strukturwandel der ärztlichen Praxis, a. a. O.

GKV¹⁰⁹ zumeist in Abhängigkeit von Kapitalinteressen¹¹⁰. Er wird damit zwangsläufig zum Handlanger einer Gesundheitspolitik, die nach dem Prinzip größtmöglicher Sparsamkeit funktioniert und damit besonders zu Lasten der Arbeiterklasse geht¹¹¹. In diesem Zusammenhang muß auch folgendes Problem klar gesehen werden: Die Kassenpraxis ist einer öffentlichen Kontrolle, wie sie für alle Versorgungseinrichtungen gefordert werden muß, fast überhaupt nicht zugänglich.

Langfristig ist zu erwarten, daß auch die Klinischen Psychologen kassenarzt-analoge Vereinigungen bilden werden. Das Argument, über solche Vereinigungen könnten dann sozial gerechtere Gebührenordnungen ausgehandelt, d. h. die Behandlungsmöglichkeiten für die unteren sozialen Schichten verbessert werden, ist ständische Ideologie. Die historische Entwicklung und aktuelle Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen deutlich, daß solche Zusammenschlüsse primär der Absicherung und Ausweitung materieller Privilegien dienen¹¹². Dazu gehört u. a. die Forderung nach Erweiterung des Leistungskatalogs der Krankenkassen, von der auch die Sozialversicherten u. U. profitieren. Aber noch nicht einmal dies könnten kassenpsychologische Vereinigungen infolge ihrer zahlenmäßigen Schwäche und aufgrund der zunehmenden Stärkung der GKV durchsetzen.

Ebenso klar ist abzusehen, daß sich die standespolitischen Ziele der Psychologenverbände negativ auf die Personalstruktur der öffentlichen Versorgungseinrichtungen auswirken werden, da die Chance von hohem Einkommen ein Abwandern vieler Psychologen in Kassenpraxen nach sich ziehen wird¹¹³. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Funktionäre der Psychologenverbände alle Initiativen bekämpfen, die auf eine abschließliche Bindung des Klinischen Psychologen an öffentliche Gesundheitseinrichtungen hinzielen¹¹⁴. „Dies erfordert seine gesetzliche Anerkennung und seine Zulassung zur Behandlung *mit allen damit*

109 Vgl. Anm. 48.

110 Vgl. Wulff, E.: Psychiatrie und Klassengesellschaft, a. a. O., S. 171—204.

111 Vgl. Gleiss, I. et al., a. a. O., S. 140—193.

112 Zur historischen Entwicklung der kassenärztlichen Vereinigungen s. Parlow, S. und Winter, I.: Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik. In: Das Argument, AS 4, 1974, S. 46—72.

113 Diese Entwicklung zeigt sich bereits deutlich bei den Ärzten und Kinderpsychiatern, die ihre Arbeit in Erziehungsberatungsstellen spätestens nach der Facharztanerkennung aufgeben (vgl. Stutte, H., in: Bundestagsdrucksache VI/474, Protokoll Nr. 37, 1971, S. 36).

114 Eine solche Bindung des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ an öffentliche Einrichtungen fordern z. B. die GVT (vgl. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 20/21, 1974, S. 123—124) und der „Mannheimer Kreis“ (vgl. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 22, 1974, S. 78—80).

verbundenen Rechten"¹¹⁵ (Hervorhebung v. d. Verf.). „Denn was wäre die Alternative? Psychologische Behandlung wird dann nur noch institutionalisiert angeboten. Es gibt hier eine Reihe von Plänen, wie z. B. Sozialhygienezentren mit Psychotherapie-Angebot oder staatliche Gesundheitszentren. Dort wirken dann Ärzte und Psychologen gleichermaßen als staatliche Angestellte. Man spricht von Teamarbeit. Wenn man die freiberufliche Tätigkeit des Arztes für wichtig hält, dann muß man auch die freiberufliche Tätigkeit des Psychologen anerkennen. (. . .). Freiheit ist unteilbar“¹¹⁶.

Wenn auch derzeit der Aufbau von Psychologenpraxen vom Staat forciert wird, so ist doch zu erwarten, daß das anvisierte Modell langfristig ebenso in Widerspruch zu den Interessen des Kapitals geraten wird wie derzeit schon die Arztpraxis. Zum einen übersteigen die Kosten auf die Dauer die Belastbarkeitsgrenze der Sozialversicherten. Zum anderen wird die geringe Leistungsfähigkeit der Einzelpraxis mit der Zeit immer weniger ausreichen, eine dem Kapital genügend rentable Reparatur der Ware Arbeitskraft zu gewährleisten. Mit der gegenwärtigen Entwicklung werden jedoch Fakten geschaffen, die sich als Hindernisse erweisen werden bei der objektiv notwendigen, zunehmenden Vergesellschaftung im Bereich der Psychiatrie.

1.4. Zur Deklassierung der Heilhilfsberufe und anderer Berufsgruppen

Die ständisch-elitäre Interessenlage in der Gesundheitspolitik der klinisch-psychologischen Berufsverbände kommt noch in einem weiteren Bereich klar zum Ausdruck. Indem sie gemeinsam mit den Ärzten das Monopol über alle gesetzlichen und materiellen Privilegien beanspruchen, die im Gesundheitswesen der BRD zu vergeben sind (d. h. Heilberufsanerkennung und Kassenzulassung), betreiben sie damit zugleich eine Deklassierung aller anderen im Psychotherapie-sektor beschäftigten Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten usw.). Dazu z. B. der Vorsitzende der GwG, Tscheulin, 1973: „Die Erstellung von Ausbildungsrichtlinien für Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzte sollte (. . .) auch in den Formulierungen zum Ausdruck bringen, daß es nicht darum geht, für diese Gruppen das Recht zu erkämpfen, Psychotherapie durchführen zu dürfen“¹¹⁷. Ausbildung und Kompetenz sollen den sogenannten Heilhilfsberufen nur in dem Maße zugestanden werden, wie es die Beschäftigung dieser Berufsgruppen als Handlanger für Psychologen und Ärzte erforderlich macht.

¹¹⁵ Kohlscheen, G., in: Bundestagsdrucksache VI/474, Protokoll Nr. 37, 1971, S. 12 (Kohlscheen ist Präsident des BDP).

¹¹⁶ Bieling, G.: Stellungnahme zum Aufsatz „Psychotherapie — fehlgeleitete Aktivitäten“ (in: *Der Deutsche Arzt*, 1, 1974), im Manuskript, 1974 (Bieling ist Vorsitzender der BDP-Sektion Freiberuflicher Psychologen).

¹¹⁷ Vgl. Informationsblätter der GwG, 10, 1973, S. 12.

Die Absicht der Psychologenlobbies, die Ausübung von Psychotherapie so weit wie möglich für die Klinischen Psychologen zu reservieren, scheint sich durchzusetzen. Zwar ist die endgültige gesetzliche Regelung noch nicht zustande gekommen, aber die Ergebnisse der Sachverständigenanhörung zum Gesetz über den „nichtärztlichen Psychotherapeuten“¹¹⁸ zeigen klar die Richtung, die die Entwicklung nehmen wird. Durch die Festlegung der Tätigkeit des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ auf Heilkunde wird die Kluft zwischen den Heilberufen und den Heilhilfsberufen weiter vertieft¹¹⁹. Obwohl sich im Laufe der Anhörung verschiedene Teilnehmer für die Aufnahme von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Psychagogen in die gesetzliche Regelung aussprachen¹²⁰, werden in der Formulierung der Gesprächsergebnisse eindeutig nur Diplompsychologen und in geringerem Umfang Mediziner als geeignet für die Fortbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ berücksichtigt¹²¹ (Näheres s. unter Pkt B.2.1.2.). Geprüft wird allenfalls die Frage, ob diplomierte Sozialpädagogen unter die Regelung fallen sollen, sofern sie eine längere Zusatzausbildung absolvieren¹²².

Das Gesetz wird der klinisch-psychologischen Lobby noch in anderer Weise entgegenkommen. Durch die Definition der Tätigkeit des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ als Heilkunde wird ein großer Teil der im klinischen Bereich arbeitenden Psychologen (einschließlich etlicher „Fachpsychologen für Klinische Psychologie“) gesetzlich nicht als Psychotherapeut anerkannt werden, sofern sich ihre Tätigkeit auf Ehe-, Familienberatung, Jugendhilfe usw. bezieht, die vom Gesetz nicht als heilkundlich qualifiziert wird¹²³. Damit wird die Gruppe der gesetzlich anerkannten Therapeuten klein gehalten,

118 Vgl. Anhörung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“, a. a. O.

119 Vgl. ebda, S. 8—9: „Es bestand (...) Übereinstimmung darüber, daß der nichtärztliche Psychotherapeut befugt sein soll, in der Diagnosestellung, der Indikationsstellung und in der Therapie **heilkundlich** (Hervorhebung v. d. Verf.) in folgenden Bereichen tätig zu werden (...)“

120 Vgl. ebda, S. 7—8.

121 Vgl. ebda, S. 15—16: „Nach Auffassung der Mehrheit erscheine es zweckmäßig, auch künftig ein abgeschlossenes Studium als Diplompsychologe und darauf aufbauend eine Zusatzausbildung in der Psychiatrie zu verlangen. Diese Ausbildung solle möglichst so gestaltet sein, daß sie gemeinsam für Ärzte und Diplompsychologen durchgeführt werden könne.“

122 Nachdem bereits feststeht, daß die Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung als „nichtärztlicher Psychotherapeut“ ein abgeschlossenes Universitätsstudium bildet, klingt es fast wie ein Hohn, wenn in dem Anhörungsprotokoll (S. 16) zu lesen ist: „Es werde noch zu prüfen sein, ob auch Personen aus anderen einschlägigen beruflichen Bereichen (z. B. Sozialarbeiter, Psychagogen) zu dieser Zusatzausbildung zugelassen werden könnten.“

123 In dem Anhörungsprotokoll (S. 2—3) werden Beratertätigkeiten von Psychologen als nichtheilkundlich qualifiziert, sie fallen somit nicht unter die gesetzliche Regelung.

was ihre Marktchancen absichert und zudem den Interessen der GKV nach möglichst geringen Psychotherapiekosten entgegenkommt. Gleichzeitig hat dies die Spaltung und Hierarchisierung der Psychologenschaft zur Folge.

Die Deklassierung trifft noch in viel stärkerem Maße für jene Berufe zu, die von den psychologischen Standesfunktionären zur unmittelbaren Verwertung in den Kassenpsychologenpraxen geplant sind. Ähnlich wie die Kassenärzte die Arbeitskraft ihrer MTAs für die nach der GOÄ¹²⁴ besonders gewinnbringenden technischen Leistungen ausbeuten, soll auch den Kassenpsychologen diese Profitquelle durch Beschäftigung sogenannter Assistenztherapeuten¹²⁵ oder psychologisch-technischer Assistenten eröffnet werden. Erste konkrete Schritte zur Erstellung entsprechender Ausbildungsgänge sind bereits von einer gemischten Kommission aus Vertretern des BDP und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGfPs) unternommen worden¹²⁶. Die vom Staat durch das Gesetz zum „nicht-ärztlichen Psychotherapeuten“ reproduzierte und von den Standesverbänden allein zu ihren Gunsten massiv unterstützte Hierarchisierung der „Gesundheitsarbeiter“ ist mit einer Reihe gravierender Konsequenzen verbunden. Erstens wird die rechtliche und materielle Benachteiligung der Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten usw. weiter zementiert, obwohl dies in Hinblick auf die Arbeitsanforderungen dieser Berufsgruppen objektiv überhaupt nicht zu rechtfertigen ist. Zweitens wird die zur Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker notwendige kollektive Arbeit aller Beteiligten nicht erreicht. Und drittens wird durch die von den Psychologenverbänden fortgesetzte Spaltung der „Gesundheitsarbeiter“ in privilegierte und deklassierte Gruppen Solidarität im Kampf um Veränderungen im Gesundheitswesen weiter erschwert.

2. Zur Ausbildungs- und Berufspolitik der Psychologenverbände

Ebenso wie die Politik der organisierten Ärzteschaft ist auch die Politik der Psychologenverbände darauf gerichtet, die Ausbildung in Klinischer Psychologie bzw. zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ unter ihre Kontrolle zu bringen, um dann die Zahl der als Heilberuf anerkannten und zur GKV zugelassenen Psychologen so zu begrenzen, daß ihr Geschäft mit der Krankheit möglichst lukrativ ausfällt. Auf dieses Ziel konzentrieren sich fast sämtliche ausbildungs- und berufspolitischen Initiativen der Verbände, über die im folgenden in ihrer historischen Entwicklung und bezogen auf ihren gegenwärtigen Stand¹²⁷ berichtet wird.

124 Gebührenordnung für Ärzte (vgl. dazu z. B. Wulff, E.: *Psychiatrie und Klassengesellschaft*, a. a. O., S. 171—204).

125 Dazu heißt es in der Satzung des DBV unter „Zweck und Aufgaben“ des Verbandes § 3, 5: „Erarbeitung von Grundlagen für die Beschäftigung von Assistenztherapeuten.“

126 Vgl. *Psychologische Rundschau*, 1, 1972, S. 70.

127 Stand: November 1974.

2.1. Zur Ausbildungspolitik

2.1.1. 1. Phase (1969—1973)

Die in diesem Abschnitt dargestellten Ausbildungspläne des BDP bestanden bereits Mitte der 60er Jahre. Schon damals war die Einrichtung einer Fachpsychologenausbildung nach Abschluß des regulären Diplomstudiums¹²⁸ sowie die Verlagerung dieser Ausbildung aus den Universitäten in verbandseigene Ausbildungszentren¹²⁹ vorgesehen. Diese Pläne hatten jedoch damals überhaupt keine Realisierungschance. Erst im Zuge der allgemeinen Hochschulreform gegen Ende der 60er Jahre und der gleichzeitig zunehmenden Bedeutung der Klinischen Psychologie in der BRD (s. Pkt A.5.) wurden sie wieder aufgegriffen. Zudem forcierte der BDP zu dieser Zeit seine Ausbildungsaktivitäten und koordinierte sie mit denen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGfPs)¹³⁰. Ein wichtiges Ziel bestand zunächst darin, Einfluß auf die universitäre Ausbildung zu gewinnen durch Mitarbeit an der „Rahmenprüfungsordnung für Diplompsychologen in Psychologie“ (RPO)¹³¹, die später als Plattform zur Realisierung der o. a. Ausbildungskonzeption genutzt werden sollte.

Im Mai 1970 legten die Ausbildungskommissionen von BDP und DGfPs gemeinsam Vorschläge für eine RPO¹³² vor, die in leicht modifizierter Form¹³³ von der Amtschefkonferenz der Ständigen Konferenz der Kultusminister der BRD im Februar 1973 verabschiedet wurde¹³⁴. Daß der BDP seine RPO-Vorstellungen hat weitgehend durchbringen können, bedeutet jedoch nicht etwa, daß er sich machtvoll gegen vermeintlich andere Interessen des Staates durchgesetzt hat. Vielmehr hat die Psychologenlobby den Kultusbürokratie eine technokratische und kostensparende Ausbildungs- und Prüfungsordnung angeboten, die auch ohne ihre Initiative auf die zukünftigen Studentengenerationen zugekommen wäre. Daher impliziert die vom BDP mitinspierte Studienreform im Fach Psychologie alle Kon-

128 Gründung der 1. gemischten Kommission aus BDP und DGfPs für Fragen der Ausbildung für Fachpsychologen im April 1965 (s. Psychologische Rundschau, 3, 1965, S. 230).

129 Zum Plan, private Aus- und Fortbildungsinstitute zu gründen, s. Psychologische Rundschau, 4, 1964, S. 303 und 1, 1965, S. 66.

130 S. Anm. 128.

131 Der Text der RPO findet sich in: Psychologische Rundschau, 3, 1973, S. 219—226.

132 Zuzüglich einer Begründung und Modellstudienordnung zur RPO (s. Psychologische Rundschau, 4, 1970, S. 300—308). Der RPO-Vorschlag liegt nur in Manuskriptform vor.

133 Zu den Veränderungen s. Psychologische Rundschau, 3, 1973, S. 214. Eine für die Landesvertreter sehr wichtige Forderung konnten sie allerdings in der RPO nicht durchsetzen: Die 10semestrige Regelstudienzeit, die das Psychologie- dem Medizinstudium formal gleichwertig gemacht hätte. Zu den erfolglosen Protesten gegen die 8semestrige Regelstudienzeit s. Psychologische Rundschau, 1, 1969, S. 63—64 und 2, 1969, S. 145—147.

134 Vgl. Psychologische Rundschau, 3, 1973, S. 214.

sequenzen der allgemeinen kapitalistischen Hochschulreform¹³⁵. Zugleich hat der BDP im Rahmen der RPO Fakten geschaffen, die geeignet sind, seine ständischen Interessen abzusichern. Gegenüber der alten Prüfungsordnung aus den 50er Jahren ist das Diplom in Psychologie im Sinne einer Berufseingangsqualifikation abgeschafft. „Das Diplom ist in erster Linie Abschluß eines wissenschaftlichen Studiums“¹³⁶. Diese klare Dequalifikation des regulären Diplomstudiums diente dem BDP fortan als Legitimation für die Forderung nach „Fachspezifischen Zusatzausbildungen“¹³⁷ nach dem Diplom zur Schaffung von Psychologeneliten unter der Kontrolle der Ständesverbände. Einen entsprechenden Plan, konkretisiert für das Fach Klinische Psychologie, legten die Ausbildungskommissionen des BDP und der DGfPs im Oktober 1971 vor¹³⁸, der nachfolgend in Auszügen wiedergegeben wird:

„Die an deutschen Universitäten angebotene Diplom-Ausbildung für Studierende der Psychologie erweist sich für verschiedene Belange dieses Faches als nicht ausreichend. Insbesondere fehlen zur Zeit: (...) eine von den Universitäten allein nicht realisierbare Zusatzausbildung für Berufstätigkeiten, die die Einübung praktischer Tätigkeiten voraussetzen. (...). So wäre es beispielsweise für Personen, die als Klinische Psychologen tätig werden wollen, dringend notwendig, über das Diplomstudium hinaus eine praktische Ausbildung zu erhalten (...). Die Kommissionen schlagen für eine Zusatzausbildung in Klinischer Psychologie folgendes vor:

1. Der Berufsverband Deutscher Psychologen bildet mit Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie ein *Kuratorium für die Zusatzausbildung in Klinischer Psychologie* (Hervorhebung, wie auch alle nachfolgenden, v. d. Verf.), das von der gemeinsamen Vorstandschaft der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen anerkannt wird. Die ‚Sektion Klinische Psychologie‘ des BDP soll genauere Vorschläge über Aufgaben und Zusammensetzung dieses Kuratoriums entwickeln. An den vorbereitenden Besprechungen beteiligt sich ein Vertreter der ‚Ständigen Planungskommission für die Hochschulausbildung in Psychologie‘.

2. An einzelnen Orten, an denen eine klinische Zusatzausbildung realisierbar ist, werden ‚*Ausbildungszentren*‘ eingerichtet, in denen Vertreter der Universitätsinstitute mitarbeiten.

3. Diese Ausbildungszentren entwickeln spezifische *Ausbildungspläne*, die dem genannten Kuratorium zur *Anerkennung* vorzulegen sind.

4. Die Ausbildungszentren können im Rahmen eines anerkannten Ausbildungsplanes einzelne Personen zur Mitarbeit gewinnen, indem sie ‚*Ausbildungsaufträge*‘ vergeben.

5. Alle Personen, die aufgrund von *Ausbildungsaufträgen* in der *Klinischen Zusatzausbildung* mitarbeiten, müssen eine formale Qualifikation besitzen und vom *Kuratorium bestätigt sein*.

135 Entfällt.

136 S. Psychologische Rundschau, 4, 1970, S. 301.

137 S. Psychologische Rundschau, 1, 1972, S. 69—74.

138 Ebda, S. 72 ff.

6. Die einzelnen Ausbildungspläne setzen für die Teilnehmer an der Zusatzausbildung *Eingangsvoraussetzungen* fest, in denen spezifiziert sein kann, welche Fächerkombinationen im Hauptdiplom bei einem Bewerber für die Teilnahme an der Zusatzausbildung vorauszusetzen sind.

7. Die Zusatzausbildung endet mit einem Zertifikat, in dem der Titel „Fachpsychologe für Klinische Psychologie“ vergeben wird. *Diese Zertifikate werden vom Kuratorium ausgestellt.* Wegen der Dringlichkeit der Anerkennung klinischer Psychologen hat die „Sektion Klinische Psychologie“ für bereits im Beruf befindliche klinische Psychologen eine Übergangsregelung getroffen, die die Vergabe eines BDP-internen Zertifikats ermöglicht. (...)“¹³⁹.

Dieses organisatorische Konzept einer außeruniversitären, allein von den Psychologenverbänden kontrollierten „Postgraduiertenausbildung“ in Klinischer Psychologie wurde im März 1973 von der Sektion Klinische Psychologie, unter Absprache mit den wichtigsten Therapieverbänden¹⁴⁰, in einer umfangreichen Broschüre¹⁴¹ spezifiziert, deren theoretische Orientierung durch Übernahme des somatischen Krankheitsbegriffes, dem ein psychologischer angehängt ist, durch Trennung von Diagnostik und Therapie¹⁴² und Ausschluß politischer und gesellschaftlicher Probleme aus der Ausbildung¹⁴³ usw. zu kennzeichnen ist. In ihrer taktischen Tendenz zielt sie auf Abgrenzung und Aufteilung der Kompetenzen zwischen Arzt und Psychologe und Sicherung eines „friedlichen“ Nebeneinanders beider Gruppen¹⁴⁴, Gleichstellung von Arzt und Psychologe auf Kosten anderer therapeutisch arbeitenden Gruppen (s. auch Pkt B.1.4.) ab.

Zusammengefaßt hätte eine Realisierung der vom BDP und der DGfPs begründeten und von der Sektion Klinische Psychologie kon-

139 Die Vergabe des verbandsinternen Titels „Fachpsychologe für Klinische Psychologie“ als Vorläufer des „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ wurde vom BDP vor allem aus taktischen Gründen vollzogen. Er benötigt eine nennenswerte Gruppe „qualifizierter“ Klinischer Psychologen, um seine Verhandlungsposition gegenüber den Ärzten und der Bundesregierung zu stärken. Dazu heißt es in den BDP-Mitteilungen (s. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1972, S. 275): „Gleichzeitig sollen die Psychologen selbst, u. a. mit Handzetteln, über die Arbeit der Sektion Klinische Psychologie informiert und zum Eintritt sowie zum Erwerb des ‚Fachpsychologen f. Klin. Ps.‘ veranlaßt werden, um die Basis bei Verhandlungen zu erweitern.“ Dies erklärt auch, warum die Kriterien zum Erwerb des Fachpsychologentitels laufend modifiziert wurden (s. dazu GVT-Mitteilungen, 2, 1974, S. 25 ff.).

140 Dies waren: GwG, DBV, Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) (s. Informationsbroschüre der Sektion Klinische Psychologie, 1, 1973, S. 2).

141 Informationsbroschüre der Sektion Klinische Psychologie, 1, 1973 (im folgenden kurz: „BDP-Broschüre“).

142 Vgl. ebda, S. 12–14, 21–22, 26–30, 41.

143 Vgl. ebda, S. 46–73.

144 Vgl. ebda, S. 7–8, 30–34 (besonders S. 34).

ketisierten Ausbildungskonzeption folgende Konsequenzen: Die von den Standesverbänden wesentlich mitverursachte Abwertung des Diploms in Psychologie (s. RPO) würde den geplanten Ausbildungszentren (s. Ziff. 2) stets genügend zahlungswillige Interessenten zuführen. Die Zentren bzw. das Kuratorium könnten durch einen internen Numerus Clausus¹⁴⁵ (s. Ziff. 6), durch die Kontrolle der Ausbildungsinhalte (s. Ziff. 3) und das Monopol über die Vergabe des Fachpsychologenzertifikats (s. Ziff. 7) sowohl die Qualität als auch die Quantität des Therapeuten-Output je nach Marktlage und taktischer Zielsetzung der Verbände steuern¹⁴⁶. Teile dieser verbandsinternen Ausbildungspläne sind inzwischen schon realisiert (Einrichtung des Kuratoriums aus Vertretern des BDP¹⁴⁷ und der DGfPs sowie die Vergabe von Zertifikaten zur Anerkennung als „Fachpsychologe für Klinische Psychologie“ und Durchführung von privat zu finanzierenden Ausbildungskursen¹⁴⁸).

2.1.2. 2. Phase (ab 1974)

Diese Konzeption steht jedoch im Widerspruch zu der zunehmenden Tendenz des Staates, den Einfluß ständischer Organisationen auf die Ausbildung und Praxis der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen zugunsten einer stärkeren staatlichen Planung so weit wie nötig zurückzudrängen (s. Pkt A.4). Insofern liegt es in seinem Interesse, auch die Ausbildung in Klinischer Psychologie unter seine Kontrolle zu bringen. Zumal sich schon jetzt aufgrund der Erfahrungen im Bereich der tiefenpsychologischen Therapieausbildung (s. Pkt A.4.1) in aller Deutlichkeit abzeichnet, daß der zu erwartende gesamtgesellschaftliche Bedarf an Klinischen Psychologen bzw. „nicht-ärztlichen Psychotherapeuten“¹⁴⁹ durch eine privat finanzierte und verbandsintern organisierte Ausbildung überhaupt nicht gedeckt werden kann.

Zudem steht die von den Verbänden geforderte Kontrolle über die Ausbildung im Widerspruch zu ihrem eigenen Interesse nach Anerkennung des klinischen Psychologen als Heilberuf. Denn dies erfordert erstens eine bundeseinheitliche Fixierung der Ausbildungs- wie auch der Tätigkeitsmerkmale des Klinischen Psychologen. Zweitens setzt die Heilberufsanerkennung eine Ausbildung voraus, die mit einem staatlich (und nicht verbandsintern) anerkannten Abschluß endet und an staatlichen Institutionen (z. B. Universitäten), zumin-

145 Vorgesehen war z. B. eine klinisch-psychologische Diplomarbeit als Eingangsvoraussetzung und die Durchführung mündlicher Aufnahmeprüfungen in den verbandseigenen Ausbildungszentren (s. „BDP-Broschüre“, S. 46).

146 Dieser verbandsinterne Ausbildungsplan ist in seinen Grundzügen fast identisch mit der schon seit langem realisierten Ausbildungskonzeption im Bereich der Psychotherapie (s. auch Pkt A.4.1.).

147 S. „BDP-Broschüre“, S. 2.

148 Näheres dazu s. die Mitteilungen des DBV. In: GVT-Mitteilungen, 3/4, 1972, S. 5. ff.

149 Näheres dazu s. unter Anm. 58.

dest aber an staatlich ermächtigten Einrichtungen stattfindet. Mit diesen Problemen sind die Funktionäre der Psychologenverbände spätestens während der Sachverständigenanhörung über den Gesetzentwurf zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“¹⁵⁰ im Bundesgesundheitsministerium im Frühjahr 1974 konfrontiert worden. Sie haben seitdem keine andere Wahl, als sich der Forderung nach staatlich kontrollierter und anerkannter Ausbildung anzupassen.

Bei einer Übernahme der Ausbildung durch den Staat würden die Ausbildungskosten vermutlich nicht auf die Auszubildenden abgewälzt werden. Sicherlich wäre auch damit zu rechnen, daß mehr Klinische Psychologen bzw. „nichtärztliche Psychotherapeuten“ produziert werden. Auch wäre den Verbänden die unmittelbare Einflußnahme auf die Organisation und Kapazität der Ausbildung entzogen. Was allerdings bleibt, ist, daß die Standesorganisationen auf die Inhalte der Ausbildung weiterhin Einfluß nehmen können. Dies geschieht einmal, indem der Staat sie als Fachverbände zu Ausbildungs- und Prüfungsfragen anhört und ihnen darüber hinaus auch Aufgaben delegiert (wie z. B. bei der RPO; s. Pkt B.2.1.1.). Zum anderen bestehen massive Einflußmöglichkeiten, da die leitenden Verbandsfunktionäre zumeist selbst Hochschullehrer sind und damit sogar eine staatliche Ausbildung inhaltlich gestalten können. Vor allem aber muß folgendes Problem gesehen werden: So wie die Psychologenverbände versuchen, die Zahl der Auszubildenden in ihrem ständischen Interesse so niedrig wie möglich zu halten, so wird auch der Staat die Ausbildungskapazität nicht nach den Bedürfnissen der Sozialversicherten nach bestmöglicher personeller Ausstattung der Gesundheitsdienste bestimmen. Vielmehr wird auch er die Zahl der auszubildenden Klinischen Psychologen bzw. „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ begrenzen, und zwar jeweils so, daß die *Kosten-Nutzen-Relation der Ausbildung den Rentabilitätsgrundsatz kapitalistischer Gesundheitspolitik nicht verletzt*. Konkret zeigt sich diese Absicht im Schlußprotokoll der Sachverständigenanhörung¹⁵¹. Darin wird in Übereinstimmung mit den beteiligten Standesverbänden festgehalten, daß die Ausbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ erst nach Abschluß des regulären Hochschulstudiums einsetzen soll (und somit einer Elite vorbehalten bleibt)¹⁵², daß Eingangsvoraussetzungen (im Sinne eines Numerus Clausus) zu definieren sind und daß bestimmte Berufsgruppen (s. Pkt B.1.4.) von vornherein ausgegrenzt werden sollen.

Wie wir bereits andeuteten, stehen in der Frage, welchen Berufsgruppen die Fortbildung in Klinischer Psychologie zugestanden werden soll, praktisch nur noch Diplom-Psychologen und Ärzte zur Diskussion. Den Psychologen ist sie sicher. Die Mediziner erheben

150 Vgl. Pkt B.1.2.

151 S. Anm. 91.

152 Diese Elitenbildung entspricht auch dem allgemeinen Bildungsgesamtplan, der lediglich für 15 bis 25 % aller Studenten ein Aufbaustudium vorsieht (vgl. auch GVT-Mitteilungen, 1, 1974, S. 47).

Anspruch darauf, um ihre schwache Position im Bereich der Psychotherapie zu verbessern (s. Pkt A.4.1.). In dieser Konkurrenzsituation gehen die Psychologenverbände zweigleisig vor. Zum einen wenden sie sich nicht explizit gegen die Zulassung von Medizinern, um den Widerstand der Ärzteorganisationen gegenüber den „Emanzipationsbestrebungen“ der Psychologen zu mildern. So werden z. B. im DBV Psychologen und Ärzte als Mitglieder zugelassen¹⁵³. Zum anderen aber versuchen die Standesfunktionäre der Psychologen, über eine massive Ausnutzung von Konkurrenzvorteilen, auch die Ärzte zu disqualifizieren, um die Ausbildung in Klinischer Psychologie so weit wie möglich für Psychologen zu monopolisieren. Diese Absicht kommt in einer Stellungnahme klar zum Ausdruck, die 7 Hochschullehrer für Klinische Psychologie (größtenteils exponierte Verbandsfunktionäre) auf der Grundlage einer am 23. Mai 1974 in Bochum abgehaltenen Besprechung an das Bundesgesundheitsministerium sandten¹⁵⁴. Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Sachverständigenanhörung¹⁵⁵, in denen eine dreijährige Ausbildungszeit in Klinischer Psychologie vereinbart war, machen die Ordinarien darin dem Staat ein billigeres Ausbildungsangebot, um die Mediziner zu übervorteilen. Sie versuchen glaubhaft zu machen, daß für Psychologen eine ein- bis zweijährige Fortbildung in Klinischer Psychologie ausreicht, für Mediziner jedoch weiterhin 3 Jahre unbedingt erforderlich sind. Dies wird gerechtfertigt mit der Behauptung, Psychologen erhielten schon während ihres Studiums eine recht umfassende klinisch-psychologische Ausbildung (wobei z. B. die völlig praxisferne Vordiplomausbildung einfach als „vorklinisch“ umdefiniert wird). Gleichzeitig offerieren die Ordinarien dem Staat, die Ausbildung während des Diplomstudiums unter maximaler Ausschöpfung

153 Vgl. § 5 der Satzung des DBV. Damit wird zugleich unterstrichen, daß andere Berufsgruppen als Psychologen und Ärzte von der Ausbildung in Klinischer Psychologie und von der Tätigkeit als „Psychotherapeut“ ausgeschlossen werden sollen. Darin stimmen alle Psychologenverbände ausdrücklich überein (s. Informationen der GwG, 10, 1973, S. 12; Psychologische Rundschau, 1, 1972, S. 70 ff.).

154 Dieser Brief wurde unterzeichnet von E. Duhm (Uni. Göttingen), L. Kemmler (Uni. Münster), R. Bastine (Uni. Heidelberg), W. Butollo (Uni. München), L. J. Pongratz (Uni. Würzburg), H. Schauer (Uni. Marburg) und D. Schulte (Uni. Bochum) (allesamt Professor für Psychologie, Fachrichtung Klinische Psychologie; Schulte ist 1. Vors. des DBV, Duhm 1. Vors. des „Kuratorium Fachpsychologie für Klinische Psychologie“, dem 1974 Bastine und Schauer als Mitglieder angehörten; Kemmler ist Beisitzer beim Ehrengericht des DGfPs). In diesem Brief kommt die aus ständischen Interessen notwendige Abkehr von einer verband्सinternen Kontrolle der Ausbildung in Klinischer Psychologie bzw. zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ erstmals explizit zum Ausdruck. Dazu heißt es: „Die staatliche Anerkennung als Psychotherapeut könnte noch in diesem Jahr erfolgen.“

155 S. Anm. 91.

der Möglichkeiten der RPO zu intensivieren¹⁵⁶ (z. B. durch Einführung eines „praktischen Jahres“ in psychiatrischen Institutionen, Verlängerung der Studiendauer). Sie schlagen zugleich vor, die Eignung (und damit die Selektion) der Bewerber für die Fortbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ sowie die Länge der Ausbildung (1 oder 2 Jahre) von den schon während des regulären Studiums erbrachten Leistungen in Klinischer Psychologie abhängig zu machen¹⁵⁷. Auf dieses Angebot wird der Staat sicher reagieren, da es tatsächlich Möglichkeiten bietet, die Ausbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ zu verkürzen und damit die Kosten zu senken. Ein entsprechend billiges Angebot können die Ärzteverbände dem Staat nicht machen (s. dazu auch Anm. 90). Insofern ist zu vermuten, daß Mediziner, wenn sie sich in Klinischer Psychologie qualifizieren wollen, mit wesentlich schärferen Aufnahmekriterien und einer längeren Ausbildungszeit zu rechnen haben werden.

Zur Organisation der Fortbildung in Klinischer Psychologie bzw. zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ haben sich staatliche Stellen bislang noch nicht konkret geäußert. Jedoch ist zu vermuten, daß eine dem BDP- und DGfPs-Vorschlag weitgehend analoge Konzeption realisiert werden wird (s. Pkt B.2.1.1. Ziff. 2 „Ausbildungszentren“). Für eine unter staatlicher Kontrolle durchgeführte Ausbildung würde dies dann bedeuten: Praktische Ausbildung in bestehenden staatlichen bzw. staatlich ermächtigten Praxiseinrichtungen (z. B. PLKHs), gekoppelt mit einem begleitenden, überwiegend theoretischen Postgraduiertenstudium, das von Universitätsinstituten zu tragen wäre. Dieses Modell wäre allerdings zum einen überhaupt nicht an den Notwendigkeiten einer qualifizierten Ausbildung orientiert¹⁵⁸

156 Mit diesem Ausbildungsangebot an den Staat verfolgen die Ordinarien nicht nur taktische ständische Ziele, sondern erheben damit zugleich Anspruch auf „Besitzstandswahrung“ gegen eine allzu umfangreiche Verlagerung der praktischen Ausbildung in Klinischer Psychologie aus ihrem Universitätsbereich. In diesem Zusammenhang muß auf einen weiteren, weitaus entscheidenderen Punkt hingewiesen werden: Eine intensivierte praktische Ausbildung in Klinischer Psychologie kann immer nur für wenige Studenten angeboten werden. Insofern hätte eine Realisierung dieses Ordinarien-Plans zwangsläufig die Schaffung eines eigenen, durch einen wie auch immer gearteten *internen* NC abgesicherten Ausbildungsganges in Klinischer Psychologie (als Vorstufe zur Fortbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ nach dem Diplom) zur Folge. Eine solche Organisation der Ausbildung, zu der auch die RPO anregt, führt automatisch zu einer Spaltung und Hierarchisierung der Studentenschaft in unterschiedlich chancenreiche Gruppen im Hinblick auf ihre Berufsperspektive auf dem Arbeitsmarkt (s. auch Pkt A.5.).

157 Damit würden die Studenten in Klinischer Psychologie (s. Anm. 156) einem enormen Leistungs- und Konkurrenzdruck ausgesetzt werden, da sie dem Risiko ausgeliefert wären, die Zulassung für die eigentlich berufsqualifizierende Ausbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ nicht zu bekommen.

158 Z. B. allein schon durch die weitgehende Trennung von Theorie und Praxis.

und zum anderen mit einer erheblichen Belastung für die Auszubildenden verbunden¹⁵⁹. Für den Staat aber wäre es die derzeit billigste Lösung. Er könnte nicht nur Kosten sparen, da keine neuen Einrichtungen geschaffen werden müßten, sondern zugleich auch die Auszubildenden in den jeweiligen Versorgungseinrichtungen als Arbeitskräfte verwerten, ähnlich wie bei Medizinern ihrer Facharztausbildung.

2. Zur Berufspolitik

Die Ausbildungspolitik der Psychologenlobbies ist natürlich zugleich ein ganz entscheidender Bestandteil ihrer Berufspolitik. Die Initiative zur *Einrichtung von Kammern analog zu denen der Ärzte*¹⁶⁰ resultierte primär aus dem Bestreben der Verbände, die Position der Klinischen Psychologen abzusichern¹⁶¹. Da die Kammerfrage auch derzeit hauptsächlich die Klinischen Psychologen bzw. „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ betrifft, diskutieren wir sie hier nur unter dieser Perspektive.

Den ersten¹⁶² offiziellen Vorstoß zur „öffentlich-rechtlichen Konstitution der Klinischen Psychologen in einer Kammer“¹⁶³ stellte das „Psychologengesetz“¹⁶⁴ dar, das von der BDP-Landesgruppe Berlin 1973 erarbeitet und dem Senator für Arbeit und Soziales vorgelegt wurde. Darin wird, analog den Ärztekammern, die Führung von Berufslisten und die Einrichtung einer Berufsgerichtsbarkeit geregelt. Spezielle Berufslisten z. B. für „nichtärztliche Psychotherapeuten“ sind noch nicht explizit erwähnt, können aber, wie bei den Ärzten, jederzeit eingebracht werden¹⁶⁵. Vorsorglich ist jedoch schon jetzt vorgesehen, daß Diplompsychologen ohne weitere Qualifikationen wie z. B. Abschluß einer fachspezifischen Zusatzausbildung in keine Berufsliste aufgenommen werden sollen¹⁶⁶. Unmittelbar nach dem Berliner Psychologengesetz wurde ein mit der dortigen Landesgruppe weitgehend abgestimmter Entwurf von der BDP-Landes-

159 Z. B. durch die räumliche Trennung der jeweiligen Universitäts- und Versorgungseinrichtungen.

160 S. Bundesärztekammer (BÄK) und Landesärztekammer (LÄK). — Zum Rechtsstatus der Ärztekammern, zu ihren gesetzlichen und faktischen Funktionen, ihren Mitgliedschaftsbestimmungen s. Thelen, W., a. a. O., S. 60—110.

161 Entfällt.

162 Die Absicht, Psychologenkammern einzurichten, wurde im BDP schon Anfang der 60er Jahre diskutiert (vgl. Psychologische Rundschau, 2, 1963, S. 138).

163 Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1972, S. 273.

164 Näheres dazu s. GVT-Mitteilungen, 5, 1973, S. 50—66 (darin ist neben dem Gesetzestext auch eine ausführliche Kritik enthalten). Das Berliner Psychologengesetz kann außerdem angefordert werden bei der BDP-Geschäftsstelle, 6 Frankfurt, Freiherr-vom-Stein-Straße 48.

165 Vgl. „BDP-Broschüre“, S. 73; GVT-Mitteilungen, 5, 1973, S. 51—54.

166 Vgl. ebda, S. 52.

gruppe Nordrhein/ Westfalen ¹⁶⁷ veröffentlicht. Er erweckt den Eindruck einer größeren Liberalität, z. B. bezüglich der Berufsgerichtsbarkeit, ist in seinem Wesen jedoch ebenso ständisch und reaktionär. Eine dreijährige und verbandsinterne Fortbildung, wie sie der Berliner Gesetzentwurf immer noch vorsieht ¹⁶⁸, wird darin nicht mehr vorausgesetzt, um Aufnahme in die Berufslisten zu finden, sondern „nur“ noch eine zweijährige praktische Lehr- oder Forschungstätigkeit ¹⁶⁹. Insofern kollidiert der NRW-Entwurf nicht mehr der Initiative der Bundesregierung, die Ausbildung zum „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ unter staatliche Kontrolle zu stellen. Würde dieses Gesetzesvorhaben vom Landtag bestätigt, wäre mit einer Lawine entsprechender Gesetze in den anderen Bundesländern zu rechnen.

Mit den „Psychologengesetzen“ verfolgen die Psychologenverbände vor allem drei Ziele. Erstens: Öffentlich-rechtliche Konstitution der Psychologenschaft, vordringlich der „nichtärztlichen Psychotherapeuten“, in Kammern zur Stärkung ihrer ständischen Positionen gegenüber staatlichen Stellen, den Ärzteorganisationen wie auch gegenüber der GKV. Zweitens: Sicherung der materiellen Interessen ihrer Mitglieder. Und drittens: Schaffung einer Ständegerichtsbarkeit zur Disziplinierung, Bestrafung und zum Ausschluß vor allem politisch unerwünschter Kollegen. Diese Funktion läßt sich an den Ärztekammern beispielhaft belegen: Der Fall Mausbach spricht für sich ¹⁷⁰.

Aber nicht nur mit der Erarbeitung und Veröffentlichung der „Psychologengesetze“, sondern auch schon mit der Einrichtung des Kuratoriums „Fachpsychologe für Klinische Psychologie“ (s. Pkt B.2.1.1.) haben die Funktionäre des BDP nach dem Prinzip der normativen Kraft des Faktischen Vorbedingungen zur Etablierung von Psychologenkammern geschaffen, die bei künftigen Verhandlungen mit staatlichen Stellen auf jeden Fall relevant werden. Aufgrund seiner Kompetenzfülle ¹⁷¹, straffer Organisation und Zentralisierung bietet sich das Kuratorium schon jetzt als Instrument zur Disziplinierung und Dirigierung von Klinischen Psychologen in der Ausbildung und im Beruf an. Die Funktionäre der Psychologenverbände geben auch unumwunden zu, daß es als Kammervorläufer konzipiert ist ¹⁷².

167 Dieser Gesetzentwurf ist veröffentlicht in: Psychologische Rundschau, 2, 1974, S. 157—162.

168 Vgl. auch die Stellungnahme des Vorstandes der GVT zur Vorlage von „Psychologengesetzen“ in Westberlin und Nordrhein-Westfalen. In: GVT-Mitteilungen, 1, 1974, S. 50, Pkt 3.c).

169 Vgl. § 3 (1) 2. des NRW-Gesetzentwurfs.

170 Vgl. Mausbach, H.: Eine gescheiterte Disziplinierung. In: Das Argument, Nr. 69, 1971, S. 971—1002.

171 Vgl. Pkt B.2.1.1.

172 Zur Konzipierung des Kuratoriums als Kammervorläufer s. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1, 1973, S. 78; „BDP-Broschüre“, S. 73; Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 1972, S. 275. Die Einrichtung von

Die Ausbildungs- und Berufspolitik der Psychologenlobbies trägt letztlich zu einer Aufspaltung der Psychologenschaft in mindestens zwei unterschiedlich qualifizierte Gruppen bei. Profiteure werden allein die in die Berufslisten eingetragenen Psychologen, z. B. die „nichtärztlichen Psychotherapeuten“, sein, deren Privilegierung eindeutig zu Lasten der Masse der Studenten und zukünftigen Diplompsychologen geht. Auf diesem Hintergrund wirkt der § 3 (1) der BDP-Satzung wie ein Zynismus. Der BDP, der darin vorgibt, die Interessen aller seiner Mitglieder als Vertreter des Berufsstandes der Psychologen wahrzunehmen, vertritt eben nur die von elitären Gruppen auf Kosten der großen Mehrheit der übrigen Psychologen, deren Deklassierung er aktiv unterstützt.

C. Schlußbemerkungen

Gegen die Standespolitik der Psychologenverbände hat sich in der letzten Zeit ein zunehmender Widerstand formiert. Besonders aktiv ist in diesem Zusammenhang die GVT (s. Anm. 106 und 107), die in den vergangenen zwei Jahren eine breite Publikationskampagne¹⁷³ gegen die Initiative des BDP, des DBV und der GwG geführt hat. Auch an den Psychologischen Instituten wächst der Widerstand vor allem unter der politisch organisierten, linken Studentenschaft¹⁷⁴. Selbst innerhalb der Standesverbände mehren sich die Proteste. Ein Teil der Mitglieder ist nicht mehr gewillt, die Politik der Funktionäre widerspruchslos hinzunehmen.

Die einzige Alternative zu ständischer Interessenpolitik besteht in einer gewerkschaftlich verankerten und an den Bedürfnissen der Sozialversicherten orientierten Gesundheitspolitik, die grundlegende Verbesserungen des Gesundheitswesens anstrebt *und zugleich* die Frage der politischen Kontrolle stellt. Diese Forderung ist verschiedentlich präzisiert worden¹⁷⁵, so u. a. von Hans See: „Gegen die Front derer, die das Geschäft mit der Krankheit zu einer Grundsatzfrage gemacht haben und mit diesem Geschäft die Arbeiterklasse zusätzlich ausbeuten, kann sich nur die organisierte Macht der Arbeiterklasse selbst helfen. Die Gewerkschaften des DGB sind deshalb aufgerufen, diese Herausforderung anzunehmen und eine Gegenstrategie zu entwickeln, die die GKV zu einem Instrument der

Psychologenkammern ist auch offiziell als Programmpunkt in der Satzung des BDP verankert (vgl. § 3 [7]: „Einwirkung der staatlichen Anerkennung des Psychologenstandes in Form einer Berufs- [einschließlich Approbations-] ordnung und Berufskammer“).

173 S. dazu z. B. die GVT-Mitteilungen, 3, 5, 1973; 1, 2, 3, 1974.

174 Zu den studentischen Aktivitäten s. z. B. „Beiträge zur Studienreform in Klinischer Psychologie“ hrsgg. vom Studienkollektiv „Klinische Psychologie“ am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Juli, 1974.

175 Zu Kontroversen z. B. innerhalb der GwG s. GVT-Mitteilungen, 2, 1974, S. 29—35.

176 Vgl. „Stellungnahme zum Gesundheitspolitischen Programm des DGB“. In: Kommunismus und Klassenkampf, Nr. 1, 1974, S. 71—74.

Sozialversicherten macht, sie vereinheitlicht, reorganisiert und ihre Mittel stärker als bisher im Interesse ihrer Mitglieder verausgabte“¹⁷⁷. Ähnliche Positionen, konkret bezogen auf das Problem um den „nichtärztlichen Psychotherapeuten“, wurden inzwischen auch von Organisationen eingenommen, in denen fortschrittliche Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter usw. zusammenarbeiten, insbesondere von der DGSP, der GVT und dem „Mannheimer Kreis“ (s. Anm. 4 und 5). Dazu wurde während der Tagung des „Mannheimer Kreis“ am 19. Mai 1974 in Andernach von einem Arbeitskreis aus Mitgliedern aller o. a. Organisationen eine Resolution verfaßt und im Plenum von ca. 400 Teilnehmern nahezu einstimmig verabschiedet¹⁷⁸. Wir geben diese Resolution hier wieder, da sie u. E. eine geeignete Plattform für eine Aktionseinheit fortschrittlicher Kräfte im Kampf gegen die staatliche und ständische Politik im Bereich der Psychiatrie und des Gesundheitswesens der BRD darstellt:

„Der nichtärztliche Psychotherapeut als ‚Heilberuf‘ kann sinnvollerweise nur im Rahmen eines integrierten psychiatrischen Versorgungssystems geschaffen werden. Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

1. Überführung der Kassen und Sozialversicherungsträger in die ausschließliche Selbstverwaltung der Sozialversicherten.
2. Wiedereinrichtung der Berechtigung zur ambulanten Behandlung für alle Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens (um dem drohenden Behandlungsmonopol nichtärztlicher Psychotherapeuten vorzubeugen).
3. Einrichtung von Ambulatorien unter der Selbstverwaltung der Kassen und Sozialversicherungsträger, sowie von Beratungsstellen, von ambulant arbeitenden Vor- und Nachsorgeeinrichtungen bzw. Einrichtung gemeindenaher Psychiatrie.
4. Staatliche Anerkennung der nichtärztlichen Psychotherapeuten nach Absolvierung einer theoretischen und praktischen Ausbildung als Bestandteil akademischer und nichtakademischer Ausbildungsgänge an öffentlichen Ausbildungs- und Versorgungseinrichtungen. Weiter werden gefordert: Ständige Weiterbildungsmöglichkeiten für Berufstätige in Zusammenhang mit öffentlichen Ausbildungsinstitutionen.
5. Wir lehnen eine Beschränkung der Zulassung zum Psychotherapeuten als Heilberuf ausschließlich auf Psychologen ab. Unter diesem Aspekt ist auch abzulehnen, bei der Etablierung des nichtärztlichen Psychotherapeuten als Heilberuf nur Psychologen und Ärzte, nicht aber andere in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen zu beteiligen.

177 See, H., a. a. O., S. 118.

178 Vgl. GVT-Mitteilungen, 1, 1974, S. 52.

6. Abzulehnen ist weiterhin die Kontrolle der Ausbildung und der Berufsausübung durch privatrechtlich organisierte Berufsverbände, besonders, wenn damit die Gründung von Kammern verbunden ist. Auch als Übergangsregelung ist dies abzulehnen, da in der BRD bisher noch keine Kammer wieder abgeschafft wurde.

7. Die Finanzierung von Psychotherapie darf nicht einseitig am Medizinischen Modell psychischer Erkrankungen ausgerichtet sein, sondern muß berücksichtigen, daß Psychotherapie heute ohne Einbeziehung des sozialen Umfeldes und weitgehender sozialer Faktoren sowie gesundheitspolitischer Aspekte nicht vertretbar ist.“

Zur Durchsetzung dieser Forderung empfiehlt der „Mannheimer Kreis“:

„1. Intensive Propagierung und Unterstützung dieser Forderungen in Organisationen im Bereich der Psychiatrie und des Gesundheitswesens sowie in Ausbildungsinstitutionen.

2. Propagierung dieser Forderungen im Rahmen aktiver Gewerkschaftsarbeit (z. B. ÖTV und GEW) durch Mitglieder des ‚Mannheimer Kreises‘ sowie weiterer fortschrittlicher Organisationen im Gesundheitswesen, der DGSP und GVT.

3. Die GVT und die DGSP werden aufgefordert, sich auf den Boden dieser Resolution zu stellen und sie auf dem Ärztetag (Ende Juni in Berlin) zu vertreten“¹⁷⁹.

179 Vgl. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 22. 1974, S. 78 ff.