SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Der Streit um das seelische Leiden und der Aufstieg der Psychotherapie: ein feldbezogener Ansatz

Luzio, Gaia di

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Luzio, G. d. (2008). Der Streit um das seelische Leiden und der Aufstieg der Psychotherapie: ein feldbezogener Ansatz. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 3240-3250). Frankfurt am Main: Campus Verl. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-151235

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Der Streit um das seelische Leiden und der Aufstieg der Psychotherapie

Ein feldbezogener Ansatz

Gaia di Luzio

Einleitung

Dieser Aufsatz versucht, Veränderungen des Dominanzverhältnisses zwischen dem Arztberuf und dem Beruf der psychologischen PsychotherapeutIn in Deutschland zu erfassen und zu erklären. Dabei wird insbesondere die Rolle strategischen Handelns kollektiver Akteure in den Blick genommen. Meine These ist, dass die Interaktion zwischen kollektiven Akteuren zu einem Verlust der medizinischen Dominanz über den Beruf der PsychotherapeutIn geführt hat. Solche kollektiven Akteure sind vor allem miteinander konkurrierende Berufsverbände, Ministerien und andere staatliche Akteure, Krankenkassen und Verbände von Arbeitsorganisationen im Gesundheitswesen. Die Interaktionen zwischen diesen Akteuren sind, so eine weitere Grundannahme, die hier aber nicht weiter behandelt werden kann, in einen Kontext eingebettet, der sich aus Regelungsstrukturen und »Klientenfaktoren« zusammensetzt. Als entscheidende Klientenfaktoren werden der demographische Wandel im untersuchten Zeitraum und epidemiologische Aussagen über Krankheitshäufigkeiten begriffen, insofern als sie einen Einfluss darauf haben, welche Berufe staatliche Akteure und Krankenkassen als geeignet für eine effiziente Gesundheitsversorgung erachten.

Dominanz wird in diesem Zusammenhang durch drei verschiedene Aspekte bestimmt: Der erste Aspekt besteht in der Weisungsbefugnis des Arztberufs über andere Berufe. Weisungsbefugnis hat der Arztberuf einerseits über Berufe, mit denen er in Arbeitsorganisationen in demselben spezialisierten Aufgabenbereich zusammenarbeitet und die hierarchisch unter ihm stehen. Andererseits werden Berufe mit eigenem, selbständigem Arbeitsbereich, die nicht unbedingt mit dem Arztberuf in einer Arbeitsorganisation zusammenarbeiten, erst auf Weisung des Arztberufs tätig. Der zweite Dominanzaspekt besteht darin, dass das medizinische Wissenssystem die Bezugswissenschaft aller anderen Berufe des Funktionssystems Gesundheit bildet mit Ausnahme des Berufs der PsychotherapeutIn. Schließlich nimmt der Arztberuf auf das Ausbildungs- und Prüfungswesen anderer Berufe Einfluss, indem

er die Leitungs- und Dozentenfunktion in Ausbildungseinrichtungen beherrscht und an Prüfungskommissionen beteiligt ist.

Der Beruf der psychologischen PsychotherapeutIn ist demzufolge in den ersten zwei Jahrzehnten seit seiner sozialrechtlichen Regelung insofern dem Arztberuf untergeordnet, als er von ärztlichen Anordnungen abhängt. Er ist insofern abhängig, als die Kosten für seine Leistung nur dann von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden, wenn die Leistung zuvor durch eine ÄrztIn angeordnet worden ist.

Um nun den Wandel des Verhältnisses zwischen dem Arztberuf und dem Beruf der psychologischen PsychotherapeutIn zu erklären, führe ich einen Ansatz *strategischer Interaktionen zwischen kollektiven Akteuren innerhalb eines beruflichen Feldes* ein. Er fußt auf Erkenntnissen der neueren Verbände- und Governance-Forschung (zusammenfassend: Czada 1994; Streeck 1994; Benz 2004) und auf Annahmen des als Forschungsheuristik entworfenen Ansatzes des akteurszentrierten Interaktionismus, ohne allerdings dessen Rational Choice-Elemente zu übernehmen (Mayntz/Scharpf 1995). Der Ansatz strategischer Interaktionen in beruflichen Feldern eröffnet eine neue Perspektive auf Dominanz als einem durch das strategische interaktive Handeln kollektiver Akteure gefährdeten Vorbehalt der Ärzteschaft. Die kollektiven Akteure handeln aus dieser Perspektive insofern strategisch, als sie jeweils auf der Grundlage von Einschätzungen vorhandener Mittel und bestehender Bedingungen übergeordnete Ziele verfolgen. Berufsverbände wenden Strategien an, um Dominanzverhältnisse zu verändern bzw. im Falle von Ärzteverbänden zu erhalten. Verbände untergeordneter Berufe wenden »Usurpationsstrategien« (Witz 1992) an, indem sie versuchen, die Weisungsbefugnis der Ärzteschaft weitgehend oder ganz abzuschaffen, dem medizinischen Wissenssystem ein eigenes entgegenzustellen und auf einen langfristigen Ausschluss von ÄrztInnen von Leitungs-, Lehr- und Prüfungsfunktionen hinzuwirken. Verbände der Ärzteschaft setzen in Reaktion darauf Verteidigungsstrategien ein, um ihre Position aufrechtzuerhalten. Staatliche Akteure, Krankenkassen und Verbände von Arbeitsorganisationen wollen ihrerseits bestimmte Formen von Berufsverhältnissen aufrechterhalten oder verändern und unterstützen dementsprechend berufliche Akteure – je nach der kontextabhängigen Opportunität für ihre übergeordneten Effizienzziele. Das Handeln all dieser Akteure ist insofern interaktiv, als Akteure sich explizit an andere richten, auf deren Handlungen reagieren und durch ihr Handeln Reaktionen Dritter hervorrufen.

Für die Interaktionen, in denen es um zwischenberufliche Dominanzverhältnisse geht, ist (z.B. im Vergleich mit Interaktionen einkommenspolitischer Thematik) charakteristisch, dass in ihnen Wissenssysteme und Ansätze zur Ursachenerklärung und Therapie individueller Probleme ausgehandelt werden. Die Bewertung dieser Wissenssysteme und der entsprechenden Erklärungs- und Therapiean-

sätze im Prozess dieser Interaktionen entscheidet über die Positionierung eines Berufs im stratifizierten Berufssystem.

Der Zusammenhang zwischen der Etablierung eines Wissenssystems einschließlich eines methodischen Ansatzes und der Erringung der Stellung eines Berufs im Berufsgefüge wurde in der Professionssoziologie aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven thematisiert: Aus einer schließungstheoretischen Perspektive wurde der Zusammenhang als Grundlage für Monopolisierungsprozesse begriffen (v.a. Freidson 1970; Sarfatti Larson 1977). Aus der Perspektive eines »Systems« von Berufen basieren die Mechanismen zur Festlegung beruflicher Zuständigkeitsbereiche auf der Abstraktionsfähigkeit von Wissenssystemen (Abbott 1988; Fournier 2000). Die Ansätze des ersten Typs sind hier insofern erkenntnisleitend, als sie auf das strategische Handeln von Berufsverbänden hinweisen, insbesondere auf Handlungen mit dem Ziel der Überzeugung des »Staates« von der besonderen Eignung eines Berufs für die Lösung bestimmter Aufgaben. Dabei lassen sie allerdings die Interaktionen zwischen beruflichen und nichtberuflichen Akteuren außer Acht. Andrew Abbotts Theorie eines »Systems von Professionen« fußt dagegen gerade auf der empirischen Beobachtung von Interaktionen zwischen Berufen, ohne dass sie dem strategischen Charakter der Handlungen und der Rolle nichtberuflicher Akteure Rechnung trägt. Zentral für die vorliegende Untersuchung ist seine Feststellung, dass der Mechanismus für die Festlegung der Kompetenzbereiche konkurrierender Berufe darin besteht, dass Berufe ihr Wissen in abstrakter Weise fassen, indem sie eine eigene »Diagnose-« und »Behandlungsmethode« formulieren (Abbott 1988: 40–58, 98ff.).

Die Interaktionen zwischen den kollektiven Akteuren, so die Annahme, spielen sich insofern in einem »beruflichen Feld« ab, als sie sich immer auf eine spezielle Aufgabe im Gesundheitssystem beziehen, wie sie von Berufen erfüllt wird. Beispielsweise lassen sich Interaktionen, die auf die Regelung der beruflichen Behandlung psychischer Krankheit bezogen sind, einem beruflichen Feld der »psychischen Heilung« zuordnen. Das Konzept des »beruflichen Feldes« soll dazu dienen, die Grenzen eines Interaktionssystems zu bestimmen und damit die Akteure, die an diesen Interaktionen beteiligt sind, und bestimmte Akteurskonstellationen zu bestimmten Zeitpunkten zu identifizieren. Denn die Handlungen eines beruflichen Akteurs betreffen meines Erachtens nur die Akteure, die mit ihm um berufliche Kompetenzen und Status konkurrieren oder um die Dominanz des von ihnen vertretenen Berufs fürchten müssen, oder Akteure, die hinsichtlich ihrer Effizienzziele betroffen sind wie staatliche Akteure, Krankenkassen und Verbände von Arbeitsorganisationen. Daher umfassen die jeweiligen Akteurskonstellationen – je nach dem Spezialisierungsgrad der in Frage stehenden Aufgabe mehr oder weniger – aber immer nur einen Bruchteil der Gesamtheit potentieller kollektiver Akteure im Gesundheitswesen. Es sind dementsprechend auch unterschiedliche Gruppen von Or-

ganisationen, die in den jeweiligen Feldern agieren; nur die staatlichen Akteure und die Krankenkassen sind in allen Feldern vertreten.

Um empirisch zu untersuchen, ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß, warum und wie der Arztberuf gegenüber dem der psychologischen PsychotherapeutIn an Dominanz verliert, wende ich das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 1997) an. Über eine Verringerung ärztlicher Dominanz über psychologische PsychotherapeutInnen, die entsprechend der genannten Dominanzdefinition in der Rücknahme von Weisungsbefugnissen besteht, geben normative Regelungen Auskunft. Die relevanten Daten sind Gesetzestexte, insbesondere berufsrechtliche Regelungen, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK, 2004 erweitert und umbenannt in Gemeinsamer Bundesausschuss). Das kollektive Handeln der auf Veränderungen bzw. den Erhalt von Dominanzverhältnissen hinarbeitenden Organisationen ist dagegen aus deren Strategien, Taktiken zur Strategieverfolgung und Interaktionsformen zu ersehen. Interaktionsformen, Strategien und einzelne Taktiken, hier verstanden als einzelne Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen einer Strategie, sind empirisch erfassbar, insofern als sie schriftlich dokumentiert sind. Die relevanten Daten bilden hier Zeitschriften der Berufsverbände, Positionspapiere, Stellungnahmen, Gutachten über die Effektivität von Berufen, Gesetzesentwürfe und ihre Begründungen, Verträge zwischen Krankenkassen und Berufsverbänden, Gesprächsvermerke zu Spitzengesprächen und dokumentierte Anhörungen

Berufliche Strategien und Interaktionen im Feld psychischer Heilung: Der Aufstieg der PsychologInnen

Um die ersten Akteure beruflicher Organisationen im Feld psychischer Heilung in ihrer Beziehung zueinander vorzustellen, ist ein kurzer Rückblick auf die Entstehung des Berufs der PsychotherapeutIn in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts notwendig. Die Freud'sche Psychoanalyse war der erste Ansatz zum Verständnis und zur Heilung psychischer Krankheit, der eine direkte Verbindung zwischen psychischer Ursachenlehre und psychologischer Behandlung herstellte. Der neue Ansatz zur Diagnose und Therapie kam in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in erster Linie durch ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen zur praktischen Anwendung, und wurde durch sie in Berufsverbänden vertreten (vgl. Schröder 1995: 99; Zeller 2001).

In den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Psychoanalyse als Praxis. VetreterInnen der Psychoanalyse, die psychotherapeutisch tätig wurden,

gerieten jedoch in Konflikt mit VertreterInnen der orthodoxen Psychiatrie als einem genuin medizinischen Ansatz. Der führende diagnostische und therapeutische Ansatz des Psychiaters war in den Jahrzehnten vor und nach der Jahrhundertwende an einer medizinischen Ursachenerklärung und Behandlung von Krankheiten orientiert (Schröder 1995: 161, 197, 229; Zeller 2001: 85–88; Engstrom/Roelcke 2003: 9f.; Roelcke 2004: 475f.).

Sowohl von dem rein biologisch-somatischen Ansatz in der psychiatrischen Heilbehandlung, wie er sich schließlich eugenischen Zielsetzungen im Nazi-Regime andiente, als auch von einer rein biologisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin im Allgemeinen distanzierten sich in der Nachkriegszeit Gruppen von psychoanalytisch arbeitenden ÄrztInnen. Die Kluft zwischen der vorherrschenden biologisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten Gruppe der Psychiater und der psychoanalytisch tätigen ÄrztInnen, die dadurch entstand, sollte in den folgenden zwei Jahrzehnten fortbestehen. Die einen beschränkten sich in der Krankheitsdiagnostik auf eine somatische Ursachenerklärung psychischer Krankheiten und ließen nur eine medizinische Therapie als adäquate Behandlungsmethode zu, die anderen berücksichtigten in ihrer psychotherapeutischen Praxis auch psychische Ursachen psychischer oder psychosomatischer Krankheiten und behandelten diese nach der psychoanalytischen Methode. Mit der Entstehung des Berufs der PsychologIn kam jedoch ein neuer Akteur im Feld psychischer Krankheit ins Spiel.

Da die Psychologie als akademischer Studiengang mit Diplomstudienordnung erst 1941 eingeführt wurde, formierte sich erst in der Nachkriegszeit eine Berufsgruppe akademisch ausgebildeter PsychologInnen, die psychotherapeutisch tätig waren. Sie beanspruchte, psychische Ursachen psychischer *und* psychosomatischer Krankheiten erkennen und die Krankheiten nach Methoden seelischer Heilkunde therapieren zu können. Damit geriet sie in Konkurrenz mit ärztlichen PsychotherapeutInnen.

Die konkurrierenden Akteure versuchten mit unterschiedlichem Erfolg ihre berufliche Praxis zu regeln. Schon 1957 führte der Deutsche Ärztetag eine Zusatzbezeichnung in Psychotherapie ein. Die Einrichtung dieser Zusatzbezeichnung, die ÄrztInnen aller Fachrichtungen erwerben konnten, hatte weitreichende Folgen für die Etablierung des Berufs der PsychotherapeutIn. Denn sie setzte voraus, dass standardisierte Ausbildungsgänge für Psychotherapie eingerichtet und von den Landesärztekammern anerkannt wurden. In der Folge entstanden in ganz Deutschland Ausbildungsinstitute für analytische Psychotherapie (Roelcke 2004: 488). Mit der Novelle zur Approbationsordnung von 1970 wurde schließlich über diese Zusatzbezeichnung hinaus eine Ausbildung in Psychotherapie in die Arztausbildung integriert, indem das Pflichtfach »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« zum Bestandteil der medizinischen Grundausbildung wurde.

Dagegen war die Ausübung der Psychotherapie durch PsychologInnen zu diesem Zeitpunkt noch nicht formalisiert und gänzlich ungeregelt. Seit dem Ende der sechziger Jahre verfolgten die Verbände von PsychologInnen und psychologisch grundausgebildeten PsychotherapeutInnen daher die Strategie einer Abgrenzung von geringer qualifizierten Berufen auf einem grauen Psychotherapiemarkt. Einen Bezeichnungs- und Tätigkeitsschutz psychologisch qualifizierter PsychotherapeutInnen durchzusetzen war umso dringlicher, als neben ÄrztInnen und Diplom-PsychologInnen auch Personen ohne eine psychologische Aus- oder Weiterbildung sich als PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen bezeichneten und auf dem Gebiet der Heilung psychischer Störungen tätig waren, unter ihnen viele HeilpraktikerInnen.

Während aber jede Regelung der von PsychologInnen ausgeübten Psychotherapie ausblieb, wurde die von ÄrztInnen durchgeführte Psychotherapie nach dem analytischen Verfahren sozialrechtlich geregelt, indem sie 1967 auch in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen wurde.[1] Neben dem Verfahren der Psychoanalyse wurde ein kürzeres analytisches Behandlungsverfahren eingeführt, nämlich die sogenannte »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie«. Die treibende Kraft hinter der Integration der Psychotherapie in die GKV war die Versicherungsanstalt Berlin, die Mitte der fünfziger Jahre zur Berliner AOK wurde. Im Nachkriegsjahrzehnt hatte diese Krankenkasse freiwillig psychotherapeutische Behandlungen bezahlt, die von Angehörigen eines Berliner psychoanalytischen Instituts durchgeführt wurden. 1954 initiierte sie eine Studie zu den Langzeitwirkungen psychoanalytischer Behandlung. Auf die positiven Ergebnisse der empirischen Untersuchung stützte man sich dann in Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen darüber, ob, und wenn ja, wie, die analytische Psychotherapie durch ÄrztInnen in die GKV integriert werden sollte. Diese Verhandlungen führten zur Verabschiedung der »Psychotherapierichtlinien« durch das Arbeits- und Sozialministerium im Jahre 1967 (Dührssen 1994: 223–228; Roelcke 2004: 487).

1972 wurde durch eine Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dann schließlich gleichfalls geregelt, in welchen Fällen auch eine Behandlung durch psychologisch grundausgebildete PsychotherapeutInnen indiziert und von den Kassen zu gewähren war. Ein erster Schritt in Richtung einer sozialrechtlichen Anerkennung gelang jedoch erst, als 1976 die Psychotherapeuten-Vereinbarung in den »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie« verfestigt wurde. Die Richtlinien bestimmten, dass Krankenkassen die Kosten für eine Behandlung durch psychologisch ausgebildete Psychotherapeuten

1 Seit 1971 wird sie auch von Ersatzkassen finanziert.

dann übernahmen, wenn diese Behandlung zuvor von einer ÄrztIn angeordnet worden war. Damit war die ärztliche Dominanz gesichert.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) reagierte mit der Taktik, Verträge mit Krankenkassen abzuschließen. Das sogenannte Delegationsverfahren wurde durch Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und dem BDP unterlaufen: Einige Krankenkassen erstatteten in den achtziger und neunziger Jahren auf der Grundlage eines Vertrags mit dem BDP die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen direkt an die psychologisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen, wenn diese eine vom BDP organisierte Weiterqualifikation zum »Klinischen Psychologen. BDP« erworben hatten (vgl. Sahner/Rönnau 1991: 515). Auf diese Weise wurde bis zur Mitte der neunziger Jahre rund die Hälfte der psychotherapeutischen Leistungen psychologisch grundausgebildeter PsychotherapeutInnen direkt von den Kassen erstattet (Waldherr 2003). Dieses sogenannte Erstattungsverfahren wurde aber 1996 durch eine erfolgreiche Klage der Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen abgewehrt.

Die Bestrebungen des BDP nach einer berufsrechtlichen Regelung psychologisch-psychotherapeutischer Berufstätigkeit stießen aber parteiübergreifend auf Zustimmung, als Gutachten nachwiesen, dass der Bedarf an durch die gesetzlichen Kassen finanzierter psychotherapeutischer Versorgung das Angebot überstieg. Und das Gesundheitsministerium unter der CDU-FDP-Regierung handelte, indem es 1989 ein Gutachten (Meyer u.a. 1991) in Auftrag gab. Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass die bestehende Versorgung mit Psychotherapie zu gering sei und deshalb psychische Erkrankungen zu spät und dann meist stationär psychotherapeutisch behandelt würden, wodurch es zu einer Fehlallokation der Ressourcen der Krankenkassen käme. Dies bestätigte eine Expertise zum Psychotherapiebedarf im Auftrag des Gesundheitsministeriums (Schmid 1992). Ein Regierungsentwurf für ein Psychotherapeutengesetz wurde jedoch (in erster Linie wegen einer Klausel zur Kostenbeteiligung von PatientInnen) vom Bundesrat abgelehnt, und auch ein Vermittlungsverfahren scheiterte 1994.

Um KassenpatientInnen konkurrierten zu dieser Zeit neben psychotherapeutisch weiterqualifizierten ÄrztInnen zwei ärztliche Spezialisierungen mit den PsychologInnen: Ein in der Zwischenzeit stark gestiegenes Interesse von PsychiaterInnen an dem Gebiet der Psychotherapie schlug sich 1992 in der Gründung eines Fachgebietes »Psychiatrie und Psychotherapie« und »Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie« nieder, wodurch das zuvor dominierende psychiatrische Programm einer auf somatische Ursachenerklärung beschränkten Diagnostik und medizinischen Behandlung psychischer Krankheiten um psychische Ursachenerklärung und Behandlung erweitert wurde. Ein neues Fachgebiet »Psychotherapeutische Me-

dizin»[2] sollte sich dagegen auf Krankheiten spezialisieren, die sowohl somatische als auch psychische Aspekte beinhalteten (psychosomatische Erkrankungen).

Der Angriff des Psychologenverbandes des BDP auf die ärztliche Anordnungsbefugnis bestand nun darin, dass er in seinen Gesetzesentwürfen eine vorbehaltlose Arbeitsaufnahme psychologisch qualifizierter PsychotherapeutInnen vorsah. Diesen Angriff versuchten Ärzteverbände mit der Formel eines Zusammenhangs zwischen psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen zu kontern. Dementsprechend argumentierten Ärzteverbände in der Diskussion um ein geplantes Psychotherapeutengesetz hinsichtlich der Frage, ob eine Psychotherapie erst auf ärztliche Indikation hin begonnen werden dürfe und ob nach einer bestimmten Anzahl probatorischer Sitzungen ein ärztliches Gutachten einzuholen sei, dass nur ÄrztInnen eine somatische Erkrankung erkennen konnten, die möglicherweise im Zusammenhang mit der psychischen auftrat.

Doch die Psychologenverbände stellten sich auf den Standpunkt, dass die psychologische Diagnostik, wie sie durch verschiedene psychotherapeutische Methoden begründet wurde, sich nicht auf das Feld rein psychischer Krankheiten reduzieren ließ. Demgemäß nahm der BDP für psychologische PsychotherapeutInnen die Fähigkeit in Anspruch, auch psychosomatische Krankheiten erkennen, erklären und therapieren zu können. Folglich trat er nicht von seiner usurpatorischen Forderung einer mit psychologisch ausgebildeten ÄrztInnen gleichberechtigten Zuständigkeit sowohl für psychische als auch für psychosomatische Erkrankungen zurück (BDP 1994).

Die Ärzteverbände setzten sich politisch mit ihrer Forderung nach einem Arztvorbehalt nicht durch; ein Psychotherapeutengesetz, wie es schließlich 1998 unter einer SPD/Die Grünen-Regierung zustande kam, sah eine medizinische Indikation für eine von der GKV finanzierte Psychotherapie nicht vor. Allerdings waren PsychotherapeutInnen mit psychologischer, pädagogischer oder sozialpädagogischer Grundausbildung kraft Gesetz nach einer Anzahl probatorischer Sitzungen und vor Beginn der Therapie verpflichtet, ein ärztliches Gutachten (den sog. Konsiliarbericht) einzuholen, durch das geklärt werden sollte, ob auch somatische Störungen vorlagen. Zur Abfassung eines Konsiliarberichts zu erwachsenen PatientInnen waren alle Vertragsärzte fast aller Facharztgebiete berechtigt, bei Kindern nur wenige Spezialisierungen.

Durch das Psychotherapeutengesetz wurde über einen Bezeichnungsschutz hinaus die fachliche Kompetenz für Heilbehandlungen auf dem Gebiet der Psychotherapie ÄrztInnen, sogenannten »Psychologischen PsychotherapeutInnen« und »Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen« vorbehalten, wodurch die Be-

2 Das Fachgebiet wurde 2003 durch den Deutschen Ärztetag umbenannt in »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«.

rufsgruppen vor der Konkurrenz mit anderen nichtärztlichen Anbietern psychologischer Therapien geschützt wurden. Die Gleichberechtigung von PsychotherapeutInnen mit psychologischer, pädagogischer, sozialpädagogischer oder ärztlicher Grundausbildung entsprach der weiten Definition der Tätigkeit dieser PsychotherapeutInnen, die es erlaubte, das Feld der angewandten psychischen Heilkunde zu regeln, ohne zwischen ärztlichen und psychologischen Zuständigkeitsbereichen innerhalb dieses Feldes zu unterscheiden.

Fazit

Die Veränderungen im Berufsgefüge gehen im Wesentlichen auf das Handeln von Berufsverbänden zurück. Im Berufsfeld psychischer Heilung vertreten zunächst ÄrztInnen und ihre Verbände die psychotherapeutische Diagnose- und Behandlungsmethode. Da die Wissensgrundlagen dieses Verfahrens sich unabhängig von Grenzziehungen zwischen der medizinischen und der relativ jungen psychologischen Disziplin entwickelt haben, verhilft die organisierte Ärzteschaft mit ihrer Regelung der Psychotherapie auch psychotherapeutisch tätigen PsychologInnen – unintendiert – zur Anerkennung. Mit der sozialrechtlichen Regelung der Psychotherapie wird dann allerdings ein Dominanzverhältnis zwischen ÄrztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen festgeschrieben. In den Auseinandersetzungen um dieses Dominanzverhältnis lassen sich zwei Hauptformen der Interaktion zwischen den beteiligten kollektiven Akteuren unterscheiden: Erstens lässt sich eine Bündnisbildung zwischen Akteuren feststellen. Auch wenn Krankenkassen und die psychologischen PsychotherapeutInnen unterschiedliche langfristige Ziele verfolgen (effiziente Gesundheitsversorgung vs. berufliche Selbstbestimmung), stimmen ihre Strategien überein, so dass sie gemeinsam handeln. Zweitens findet eine an staatliche Akteure adressierte »Überzeugungsarbeit« statt im Sinne eines »Bemühens, andere durch Argumente für die eigene Auffassung zu gewinnen« (Schütt-Wetschky 1997: 55). Gegenüber staatlichen Akteuren bemühen sich die Psychologenverbände darum, dass erstere aus der Einsicht heraus, dass der Beruf der psychologischen PsychotherapeutIn sich als Heilberuf eignet, den Vorschlägen der Psychologenverbände zur Berufsregelung zustimmen.

In den fünfziger und sechziger Jahren verfolgen die Psychologenverbände eine Demarkationsstrategie, in der Folgezeit kombiniert mit einer Usurpationsstrategie. Die Taktiken im Rahmen der Usurpationsstrategie der PsychotherapeutInnen mit psychologischer Grundausbildung und ihrer Bündnispartner sind, immer wieder Gutachten in Auftrag zu geben und Gesetzesentwürfe zu formulieren. Die Usurpationsstrategie ist erfolgreich: der Beruf der psychologischen PsychotherapeutIn wird

berufs- und sozialrechtlich anerkannt als ein dritter Heilberuf im deutschen Gesundheitssystem. Dagegen scheitert die ärztliche Strategie zur Abwehr der neuen Konkurrenz. Allerdings hat ein medizinisches Urteil über eventuelle somatische Erkrankungen einer therapeutischen Behandlung durch PsychologInnen vorauszugehen.

Den Kontext bildet die Feststellung eines gestiegenen Bedarfs an der Versorgung psychisch Erkrankter – die ironischerweise letztlich auf medizinischen Diagnosen, in erster Linie durch AllgemeinärztInnen, beruht. Es zeigt sich damit, dass epidemiologische Beobachtungen entscheidende Kontextbedingungen für einen Gewinn an Zuständigkeiten und Autonomie bilden.

Literatur

Abbott, Andrew (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago/London.

Benz, Arthur (Hg.) (2004), *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*, Wiesbaden.

Berufsverband Deutscher Psychologen, Vertragsabteilung Psychotherapie (1994), *Psychotherapeutengesetz. Dokumentation eines Gesetzgebungsverfahrens*, Bonn.

Czada, Roland (1994), »Konjunkturen des Korporatismus. Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung«, in: Streeck, Wolfgang (Hg.), *Staat und Verbände* (=PVS-Sonderheft 25), Opladen, S. 37–64.

Dührssen, Annemarie (1994), *Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Die Psychotherapie unter dem Einfluß Freuds*, Göttingen.

Engstrom, Eric J./Roelcke, Volker (2003), »Die ›alte Psychiatrie‹? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert«, in: dies. (Hg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Basel, S. 9–25.

Fournier, Valérie (2000), »Boundary Work and the (Un)making of the Professions«, in: Malin, Nigel (Hg.), *Professionalism, Boundaries and the Workplace*, London, S. 68–86.

Freidson, Eliot (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago/London.

Heisig, Ulrich/Littek, Wolfgang (2003), »Der schwierige Weg zur Profession. Zur Lage der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit«, *Psychotherapeutenjournal*, Jg. 1, S. 7–19.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995), »Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus«, in: dies. (Hg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt a.M., S. 39–72.

Mayring, Philipp (1997[6]), *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim.

Meyer, Adolf-Ernst/Richter, Rainer/Grawe, Klaus u.a. (1991), *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit*, Hamburg/Eppendorf.

Roelcke, Volker (2004), »Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992«, *Medical History,* Bd. 48, S. 473–492.

Sahner, Heinz/Rönnau, Andreas (1991), *Freie Heilberufe und Gesundheitsberufe in Deutschland*, Lüneburg.

Sarfatti Larson, Magali (1977), *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley.

Schmid, Rudolf (1992), *Psychotherapie-Bedarf: Analyse und Bewertung epidemiologischer Anhaltsziffern und bedarfsbezogener Aussagen unter Bezugnahme auf das Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*, Köln.

Schröder, Christina (1995), *Der Fachstreit um das Seelenheil. Psychotherapiegeschichte zwischen 1880 und 1932*, Frankfurt a.M. u.a.

Schütt-Wetschky, Eberhard (1997), *Interessenverbände und Staat*, Darmstadt.

Streeck, Wolfgang (1994), »Einleitung des Herausgebers. Staat und Verbände: Neue Fragen. Neue Antworten?«, in: ders. (Hg.), *Staat und Verbände* (=PVS-Sonderheft 25), Opladen, S. 7–34.

Waldherr, Benedikt (2003), »Ein Vierteljahrhundert bis zum Psychotherapeutengesetz«, *Bayerisches Ärzteblatt*, Bd. 58, S. 150f.

Witz, Anne (1992), *Professions and Patriarchy*, London.

Zeller, Uwe (2001), *Psychotherapie in der Weimarer Zeit – die Gründung der »Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie« (AÄGP)*, Univ.Diss., Tübingen.