

ausbildung bedeutet das: Einer therapeutisch-technischen Spezialisierung über- und vorgeordnet muß die Vermittlung von psychosozialen Basiskompetenzen liegen. Sie haben die Bedingungen dafür zu schaffen, daß sich professionelle Tätigkeit auf den lebensweltlichen Alltag und den in ihm produzierten Leidensprozessen beziehen kann. Welches aber sind diese Basiskompetenzen?

5. Der Entwurf zum Psychotherapeuten-Gesetz ist in seinem Kern nichts anderes als die berufsrechtliche Normierung eines neuen Berufsstandes, der auf einem psychologisch-therapeutischen Diplomstudium als Regelvoraussetzung aufbaut. Die vorliegenden Stellungnahmen der Gewerkschaften, der DGSP, der fortschrittlichen Therapie- und Sozialarbeiter/Sozialpädagogenverbände lehnen diesen Gesetzentwurf mit dem zentralen Argument ab, daß er die mögliche Privilegierung eines Berufsstandes bedeutet, ohne Gewähr dafür, daß er die Qualität der psychosozialen Versorgung verbessern wird. Es ist sogar das Gegenteil zu befürchten. Mit der weitgehenden Kopie des ärztlichen Professionalisierungsmodells ist die Tendenz zur Fehlversorgung bei gleichzeitigem Kostendruck auf die Fonds der Sozialversicherungen zu erwarten. Die richtigen Forderungen nach der Koppelung der berufsrechtlichen Regelung mit einer bedürfnisorientierten Bedarfsplanung und einer Integration der Tätigkeit aller psychosozialen Berufsgruppen in einen arbeitsteiligen Aufgabenverbund stellt zugleich eine Herausforderung an unsere politische Phantasie dar: Welche Versorgungs- und Ausbildungsmodelle lassen sich als alternative Institutionalisierungs- und Professionalisierungsmuster formulieren, die ökonomisch, sozial- und bildungspolitisch realisierbar erscheinen?

Heiner Keupp und Cornelia Schwartz: Protokoll

Zunächst einmal: Es ist ein schwieriges Unternehmen, die Diskussion in unserer Gruppe nachzuzeichnen. Das liegt einmal an der Materie selbst — vieles, wenn nicht alles, was mit dem Psychotherapeutengesetz zusammenhängt, ist noch im Fluß — zum anderen am Interesse der Teilnehmer: Es ging weniger darum, sich gegenseitig der Dinge, die man schon weiß, zu versichern, als die offenen Probleme zu diskutieren. Wo alternative Phantasie gefordert ist, entfaltet sie sich zunächst im Unklaren, Heterogenen.

Problematisch war, und das wird schon in unserem Strukturierungsvorschlag deutlich und wurde auch in der Diskussion kritisiert, daß wir immer von Psychologen als dem zentralen Element der psychosozialen Versorgung ausgehen. Das liegt natürlich daran, daß wir selbst Psychologen sind und nicht gänzlich von unseren professionsspezifischen Sichtweisen abstrahieren können, das heißt, auch wir sind nicht frei vom Dominanzgefühl der eigenen Berufsgruppe.

Es ist auch fraglich, ob es überhaupt möglich ist, die eigenen Berufsinteressen zu verleugnen, oder ob sich dann nicht das eigentlich legitime Interesse an guten Arbeitsbedingungen als Psychologe auf dem Umweg über proklamierte Betroffeneninteressen hintenherum unerkannt einschleicht.

Probleme der Versorgungsstruktur versus verbandspolitische Strategien: eine falsche Polarisierung?

Anwesend waren Vertreter der verschiedenen Therapie- und Fachverbände (GwG, DGVT, DGSP, Verband der Magister und Diplompädagogen), Vertreter "konservativer" Universitäten und einer Reformuniversität (München, Hamburg, Bremen), Studentenvertreter (Hamburg, Münster, München), insgesamt Angehörige verschiedener Berufsgruppen: Diplompsychologen und Studenten, eine Psychoanalytikerin, ein Psychoanalytiker und Nervenarzt, ein Sozialarbeiter, eine Kinder- und Jugendlichentherapeutin. Der BDP war nicht geladen, nutzte aber die Öffentlichkeit des Schlußplenums zur Verlesung eines Grußwortes.

Das Meinungsspektrum der Teilnehmer läßt sich in etwa so zusammenfassen: Der Entwurf zum Psychotherapeutengesetz wurde in der bestehenden Form abgelehnt, weil er, abgelöst von der Struktur der psychosozialen Versorgung, auf eine rein berufsrechtliche Regelung abzielt und damit tendenziell eine Verschlechterung der Versorgungslage erzeugt. Die Interessen der Teilnehmer lassen sich in drei Schwerpunkte aufgliedern:

I. *Die rechtliche Problematik, alternative Regelungsmodelle psychosozialer Tätigkeit, neue Finanzierungsmodelle.*

Auf der einen Seite wurde die Diskrepanz zwischen der täglichen Berufspraxis und angestrebten Veränderungen hervorgehoben. Die eher optimistischen Einschätzungen sahen dagegen das Psychologengesetz als Indikator für einen beginnenden Veränderungsprozeß, der noch steuerbar ist. Wie die Änderung der RVO (368 n Abs 6 RVO: Einrichtung von Ambulanzen in psychiatrischen Krankenhäusern) so sei auch der Gesetzentwurf im Prinzip ein Fortschritt auf dem Weg zur Reform. Es müssen eben nur konkrete Forderungen für das Berufsrecht, die Ausbildung, die Entwicklung der Berufe gestellt werden.

In dem Zusammenhang unterscheidet die DGVT zwischen langfristigen Strategien und einer Politik der kleinen Schritte als kurzfristiger Strategie.

Das bedeutet für:

1) *den Heilkundebegriff*: Das Tätigkeitsspektrum des Psychotherapeuten muß, entgegen dem Gesetzentwurf auch nichtheilkundliche, z.B. präventive, Leistungen umfassen. Langfristig ist an die Kombi-

nation eines "aufgeweichten" medizinischen mit einem sozialwissenschaftlichen Heilkunde-bzw. Krankheitsbegriff zu denken. Kurzfristig müssen neue Finanzierungsmodelle entwickelt werden (z.B. Mischfinanzierungsmodelle, Modelle, die am Beispiel der AOK-Mettmann in Westfalen orientiert sind), über die auch präventive Leistungen erbracht werden können.

2) *die Niederlassungsfreiheit*: Langfristig geht es um eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit, entgegen dem Argument, die Möglichkeit der freien Niederlassung in Privatpraxen löse das Problem der arbeitslosen Psychologen. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann nicht an professionsspezifischen Interessen, wie der Verminderung der Psychologearbeitslosigkeit orientiert sein. Doch sind die (laut Schätzung der DGVVT) ca. 5000 arbeitslosen Psychologen und Sozialarbeiter einerseits und andererseits Versorgungslücken, die erst einmal unabhängig von Überlegungen zur Bedürfnisorientierung gefüllt werden müssen, zwei nicht zu vernachlässigende Gesichtspunkte. Die Frage ist nur, wie man die Arbeitslosen in einer unter Versorgungsaspekten bedarfsgerechten Weise befriedigen kann. Letztlich müssen neue Stellen eingerichtet werden.

3) *die Aus- Fort- und Weiterbildung*: Langfristiges Ziel ist die Vermittlung disziplinübergreifender Kompetenzen. Deren Grundlagen und Vermittlungsformen müssen aber erst noch genauer erforscht werden. Grundsätzlich sollen Fort- und Weiterbildung nicht mehr auf Idealismus- und Selbsthilfebasis bzw. in privaten Ausbildungsinstitutionen angesiedelt sein, sondern in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kurzfristig ist darauf hinzuwirken, die Kooperation der verschiedenen Verbände und ihrer Privatausbildungsgänge untereinander und mit den Universitäten zu verbessern.

II. *Fragen der Ausbildung und der Integration von Ausbildung und Tätigkeit*

Das im Gesetz vorgeschlagene Praktikantenmodell der Ausbildung läuft auf eine Verschlechterung der bestehenden Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten hinaus.

1) Über Zugangsregelungen wird diese Qualifikationschance vermutlich nur einer verhältnismäßig kleinen Elite offenstehen. Die Universitätsausbildung des "gewöhnlichen" Diplompsychologen wird demgegenüber entwertet, konkret wohl auch durch erwartbare Stellenkürzungen im Hochschulbereich verschlechtert.

2) Da Praktikanten billig sind (das Praktikantenmodell als Ausbeutungsverhältnis), werden im Zweifelsfall Planstellen zugunsten von Praktikantenstellen eingespart.

III. *Das Verhältnis der Gesundheitsberufe zueinander, die Perspektiven gemeindenah arbeitender Teams, der Bedürfnisorientierung und des Betroffenenbezugs psychosozialer Dienstleistungen und*

konkrete Umsetzungsmöglichkeiten dieser Zielvorstellungen, etwa über gewerkschaftliche Aktivitäten

Einige weitere Interessenschwerpunkte, die allerdings in der Diskussion etwas zu kurz kamen, wurden formuliert: Zwei niedergelassene Therapeuten hatten Statusprobleme und Finanzierungsprobleme mit den Krankenkassen. Der Jurist war eher an taktischen Fragen interessiert, wie etwa die Ausgrenzung verschiedener Therapierichtungen. Andere Teilnehmer wollten sich mehr mit den Implikationen des Gesetzes, wie Therapeutisierung, Pädagogisierung, medizinischem Krankheitsbegriff auseinandersetzen, bzw. die Wechselwirkung von öffentlicher Diskussion und Veränderung im psychosozialen Bereich untersuchen.

Eine Ordnung der Diskussionsthemen läuft auf eine Polarisierung von Problemen der Versorgungsstruktur versus verbandspolitische Strategien hinaus, also auf den Gegensatz berufsständischer oder Psychologeninteressen versus Interessen der Betroffenen. Diese Polarisierung ist jedoch insofern problematisch, als berufsständische Strategien, die unabhängig von gesundheitspolitisch sinnvollen Konzepten entworfen werden — etwa der Versuch, das Problem der Psychologenarbeitslosigkeit über eine Vermehrung psychologischer Privatpraxen zu lösen — vermutlich scheitern müssen. Unter diesem Aspekt ist dann z.B. auch fraglich, ob der BDP tatsächlich die optimale berufsständische Interessenvertretung für Psychologen ist. Danach wäre es dann auch nicht mehr eine Frage der Moral, auf welche Interessenseite man sich als Psychologe schlägt, sondern eine Frage der Vernunft, den scheinbaren Gegensatz zwischen Psychologen- und Betroffeneninteresse zusammenzubringen.

Die vorläufige Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrie-enquete als Rückschritt auf dem Weg zur Reform

Seit einigen Wochen liegt die Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrie-enquete im Entwurf vor. In unserem Diskussionszusammenhang ist darin das Folgende relevant:

- Es wird die Gefahr einer allgemeinen Psychiatisierung gesehen, der es entgegenzuwirken gilt. Aus diesem Grund wird am Begriff "Krankheit" festgehalten.
- Die Stärkung der Eigenverantwortung als "Hilfe zur Selbsthilfe" wird betont. Es kommt der Bundesregierung darauf an, daß der einzelne Bürger Verantwortung übernimmt, um seine Gesundheit zu sichern.
- Unbegründetem Anspruchsdenken soll entgegengewirkt werden.
- Es wird als erforderlich betrachtet, insbesondere im komplementären rehabilitativen Bereich neue, bedarfsgerechte Einrichtungen und Organisationsstrukturen zu entwickeln. (Das wird vor allem

mit dem Kostenargument begründet.)

— “Die gemeindenaheste Institution für Diagnose und Therapie, nämlich der niedergelassene Arzt”, soll in seiner Funktion und Wirkungsbreite gestärkt werden.

“Der Aufbau netzartig miteinander verbundener gemeindenaheher Versorgungsdienste. . . ist nur langfristig zu realisieren”.

(Beide Aussagen zusammengenommen sind wohl so zu interpretieren, daß, wenn überhaupt, die sozialen Dienste nur dort ausgebaut werden, wo die freie Niederlassung nicht attraktiv ist.)

— Die Äußerungen zur Schaffung psychosozialer Ausschüsse sind zurückhaltend. (Über die Gründe lassen sich nur Vermutungen anstellen. Möglicherweise werden Kostensteigerungen im kommunalen Bereich antizipiert, vielleicht scheint auch die politische Kontrollfunktion der Ausschüsse problematisch.)

— Das Kabinett entschied, die Haushaltsmittel für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung auf 80 Millionen Mark jährlich aufzustocken (SZ vom 8.2.79).

Zwar eröffnet die Stellungnahme überwiegend pessimistisch einzuschätzende Perspektiven, einige Teilnehmer relativierten jedoch ihre Bedeutung. Betrachtet man z.B., wie der Entwurf für das Psychologengesetz entstanden ist, bzw. welche Entscheidungsprozesse bis zu seiner möglichen Durchsetzung noch anstehen, so wird die Gefahr einer Fixierung auf die Auseinandersetzungen zwischen Sachverständigen und Ministerien deutlich. Stattdessen ist eine Konzentration auf den politischen Prozess notwendig. Das hieße für die Diskussion: Wie könnten die 80 Millionen Mark Haushaltsmittel sinnvoll verplant werden? Welche Kriterien sind an die Planung alternativer Projekte anzulegen?

Abgesehen von dem Vorschlag, die Geldmittel zur Bestechung von Abgeordneten zu verwenden, wurden als Beispiele das Modell einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Oldenburg und in Gießen sowie der Lotse in Hamburg erwähnt.

Im Lotsen arbeiten Sozialarbeiter, Psychologen und ein Teilzeitarzt im Team. Durch die Art der Zusammenarbeit werden auch Bevölkerungsschichten erreicht, die herkömmliche Hilfsangebote nicht nutzen. Der Lotse wird teils über Eigenmittel, über die Senatsbehörden (Arbeits- und Sozialbehörde) und teils über den Bund finanziert, wobei, wie bei allen Modellprojekten, das Problem ist, wie man von der Bundes- (Modell-) Finanzierung zur Landesfinanzierung kommt. Das heißt letztlich: Die Ergebnisse des Modells müssen überzeugend demonstriert werden, entweder über Effizienzkontrolle (dazu gehört auch der Nachweis, daß die Modelle kostendämpfend sind) oder das Modell an sich muß schon politische Überzeugungskraft haben.

An weiteren Vorschlägen zur Verwendung der Gelder wurde

genannt: die Erforschung der Hindernisse für Ambulatorien, für neue Fortbildungskonzepte, die Erforschung der Voraussetzungen für Teamarbeit (Verantwortungsverteilung, tarifrechtliche Probleme, Fortbildungsfragen). Ein anderer Vorschlag war, einem Stadtteil einen Etat zur Finanzierung von Projekten zur Verfügung zu stellen, die von den Betroffenen basisdemokratisch geplant werden. Hier verlief die Diskussion kontrovers. Auf der einen Seite wurde die Gefahr der Scheindemokratie gesehen (Basisdemokratie von oben). Professionelle Initiativen dieser Art gehen leicht über die Bedürfnisse der Betroffenen hinweg. Es ist überhaupt unsinnig, über die Betroffenen wie über eine homogene Gruppe zu reden. Es gibt allenfalls divergierende Betroffenenpopulationen. Auf der anderen Seite wurde die advokatorische Funktion der Professionellen bei der Formulierung von Betroffeneninteressen betont. Diese Interessen müssen dann allerdings auch zuvor eruiert werden. Es wurde schließlich festgehalten, daß die Kreation von Modellprojekten nicht unabhängig von den Problemen des Psychologengesetzes bzw. von generellen gesetzlichen Regelungen im psychosozialen Bereich geschehen kann. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte geht von folgenden Voraussetzungen aus:

- multiprofessionale Teams. Integration von Beratung und Behandlung
- regionale Planungsgremien (psychosoziale Ausschüsse)
- Änderung der RVO, um die Vorbedingungen für die Einrichtung von psychosozialen Kontaktstellen und sozialen Diensten zu schaffen
- eine neue Finanzierungskonzeption (Mischfinanzierung, pauschale Abrechnung)

Die psychosozialen Ausschüsse sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung, da sie für die Planung und Koordination der psychosozialen Versorgung zuständig sind, neue Formen der Berufsausübungskontrolle praktizieren und über die personelle Zusammensetzung auch die Betroffeneninteressen darin aufgehoben sind. Die eher ablehnende Zurückhaltung in der Stellungnahme der Bundesregierung bedroht insofern in der Konsequenz wesentliche Grundlagen der Reform.

Alternatives Probehandeln: Planspiel "Gründungssitzung für einen Psychosozialen Ausschuß"

Die Arbeitsgruppe veranstaltete daraufhin ein Planspiel zur Durchsetzung der obenerwähnten Forderungen auf kommunaler Ebene, konkret: eine Gründungssitzung für einen psychosozialen Ausschuß. Die folgenden Rollen wurden besetzt: niedergelassener Nervenarzt, Delegierter der ÖTV, zwei "Betroffene", Kommunalpolitiker (Stadt-

rat), Bezirksamtsleiter, Vertreter bzw. Vertreterinnen der Wissenschaft, der Familienfürsorge, der AOK, der freien Wohlfahrtsverbände, der DGSP (S. Bericht in: DGVT — Mitteilungen 11 (1979) Heft 2, S. 242—243).

Das Planspiel brachte zwar einige Anregungen (Verweis auf die Möglichkeiten des Städtetages; Vorschlag, psychosoziale Ausschüsse als Beiräte einzurichten, Einsicht in die Notwendigkeit die Kontakte mit den Krankenkassen und der ÖTV zu intensivieren), insgesamt überwog aber ein Gefühl der Hilflosigkeit: Die kommunale Ebene ist wohl nicht die relevante Problemlösungsebene. Ein Unbehagen an zentralistischer staatlicher Kontrolle wurde formuliert und dagegen die Möglichkeit demokratischer Kontrolle durch die psychosozialen Ausschüsse gesetzt. Diese hätten dann mehrfache Funktionen zu erfüllen:

- Sie sind Gremium des Dialogs.
- Sie kontrollieren die Berufsausübung. In dem Zusammenhang muß das Verhältnis zum Gesundheitsamt geklärt werden, das bisher diese Aufgaben übernimmt.
- Sie sind als Kontrollgremium die Voraussetzung für pauschale Finanzierungsformen der Krankenkassen.

Außerdem ist denkbar, die freie Niederlassung in Privatpraxen über die psychosozialen Ausschüsse versorgungsstrukturell zu steuern in dem Sinne, daß der Anreiz zur freien Niederlassung in einer veränderten Struktur wegfällt. Außerdem läßt sich vielleicht die freie Niederlassung auch gesetzlich einschränken (trotz des BVG-Urteils von 1956). Die Ablehnung der freien Niederlassung hat nicht unbedingt mit einem den Praktikern unterstellten Profitstreben zu tun, sondern ist eher darüber begründet, daß die Privatpraxis durch das System der Einzelleistungsabrechnung in bestimmter, nämlich kurativer Weise strukturiert wird. In psychosozialen Ausschüssen läßt sich zudem der Betroffenenbezug über regionale Rekrutierung von Betroffenen, die dann an der Planung beteiligt sind, realisieren. Die Schwierigkeiten bei Versuchen der Betroffenenbeteiligung wurden am Beispiel des Lotsen noch einmal diskutiert: Auf eine Aktion im Zusammenhang mit Sanierungsmaßnahmen reagierten die Betroffenen dort überwiegend mit Interesselosigkeit, was möglicherweise an der Expertengeplantheit des Lotsen liegt. Es kam der Einwand, die Betroffenen seien vielleicht abends, wenn Experten ihre Betroffenheit fordern, wohl einfach zu kaputt von der Arbeit, aber auch ein positives Gegenbeispiel in Neuperlach wurde erwähnt, wo die Betroffenenbedürfnisse anscheinend sensibler aufgegriffen wurden.

Die Gefahr der Selbstüberschätzung im Reden über die Betroffenen wurde deutlich. Warum sollen sich die Leute gerade bezogen auf etwa eine psychosoziale Kontaktstelle als Betroffene definieren?

Es gibt vorgängige Organisationen der Betroffenen: Versicherung, Gewerkschaft, Mieterinitiative etc. Die "blauäugige" Propagierung des Betroffenenbezugs erschien immer fraglicher, auch weil es hier ja um die politische Durchsetzung von Forderungen geht, die bei reaktionären Betroffenen dann eben reaktionär sind.

Es kam der Vorschlag, von der eigenen Betroffenheit als Psychologe auszugehen, in dem Sinne, bessere Arbeitsbedingungen für Psychologen zu schaffen. Vielleicht würde eine klare Formulierung der Berufsinteressen ohne den Umweg über die Betroffeneninteressen deren Durchsetzung erleichtern.

Probleme der Ausbildung: Überlegungen zu einer alternativen Berufsqualifikation

Wir waren uns einig, daß ein Ausbildungssystem, das sich an der Herstellung einer Therapeutenidentität orientiert, nicht erstrebenswert ist. Über die Vermittlung von therapeutisch-technischen Qualifikationen aus den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen stellt sich noch keine Befähigung zu einer bedürfnisorientierten psychosozialen Tätigkeit her. Die daraus ableitbare Forderung, gegen eine Therapieausbildung an den Universitäten zu votieren, bringt allerdings auch fortschrittliche Fachschaften in große Schwierigkeiten. Bei der durchaus geteilten Überzeugung, daß der Erwerb von Therapietechniken keine Garantie für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung ist, bleibt das hochschulpolitische Problem, daß gegenwärtig Therapiekurse — wie viele andere Ausbildungsinhalte — meist ersatzlos im Curriculum reduziert werden. Wenn man keine qualitativen Alternativen zu einer Therapieausbildung entwickelt hat, dann befinden sich Forderungen, die sich gegen sie richten, sehr schnell in der schlechten Gesellschaft jener Realpolitiker an den Hochschulen, die auf eine Studienzeiterkürzung hinarbeiten, und jener Hochschullehrer, die nur auf die Chance warten, ihr Engagement für eine praxisorientierte Ausbildung zurücknehmen zu können. Wenn sich also ein Votum gegen eine Therapeutenidentität als Ziel der Professionalisierung psychosozialer Berufe relativ schnell formulieren läßt, dann bleibt die Frage nach den qualitativen Alternativen vordringlich. In der Diskussion haben wir darauf eine Antwort gesucht, indem wir uns fragten, welche "Basiskompetenzen" ein Gesundheitsarbeiter im psychosozialen Bereich eigentlich benötige:

— **Therapeutische Basiskompetenz.** Sie bezeichnet weniger die Geschicklichkeit des Umgangs mit therapeutischen Techniken als vielmehr die Fähigkeit, sich auf einen Patienten mit seinen spezifischen Problemen einzulassen. Sie stellt eine Grundhaltung dar, in der das Akzeptieren von Andersartigkeit möglich wird. Sie schließt

notwendig auch die Arbeit mit Schwergestörten ein und nimmt die Angst ernst, die eine solche Arbeit erzeugen kann.

— Basiskompetenz für spezifische Arbeitsformen. Hier ist vor allem die Teamfähigkeit zu nennen und im besonderen die Arbeit in multiprofessionell zusammengesetzten Gruppen. Es muß dabei gesehen werden, daß die eigene Sozialisation und die Studienorganisation an den Universitäten in der Regel den Erwerb dieser Kompetenz erschweren.

— Kompetenz für Lebenszusammenhänge. Einer zergliedernden Spezialoptik von Problemen ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise entgegenzusetzen, die sich um die Aneignung der Strukturen spezifischer Lebenswelten bemüht, um ein Verständnis dessen, was Arbeiten, Wohnen, Essen etc. für die Menschen bedeutet, mit denen man professionell zu tun hat. Es geht nicht um ein phänomenologisches Bestaunen von Lebenswelten oder gar ein Romantisieren. Vielmehr kommt es darauf an, sich ein Bewußtsein auch für die "nicht-heile Lebenswelt" zu erarbeiten, allerdings mit der zu entwickelnden Sensibilität für die Perspektive der Menschen, deren Alltag sich darin vollzieht.

— Kompetenz für praktische Sozialpolitik. Psychosoziale Tätigkeit mit Bezug auf die konkrete Lebenswelt spezifischer Bevölkerungsgruppen bedeutet aktive Beteiligung an und Initiierung von lokalen Politikprozessen. Solche Prozesse beziehen sich sowohl auf die Bedingungen der eigenen Tätigkeit (Finanzierung, Koordination) als auch auf die Veränderungen von Lebensbedingungen durch die Teilhabe an Bürgerinitiativen und an Kommunal- und Regionalpolitik. Diese praktische Sozialpolitik hat sich beispielsweise bei dem Aufbau psychosozialer Arbeitsgemeinschaften und Ausschüsse zu bewähren.

Hinsichtlich der Lehr- und Lernbarkeit solcher und ähnlicher Basiskompetenzen wurde zunächst festgestellt, daß das Selbstverständnis der akademischen Psychologie der Vermittlung solcher Kompetenzen hilflos und zugleich ablehnend gegenübersteht. Der Wissenschaftsbegriff der vorherrschenden bürgerlichen Psychologie (nur dieser?) hat jene reflexive Wendung auf die eigene Tätigkeit und die eigenen Interessen nicht vorgesehen, die ein Grundelement aller genannten Basiskompetenzen ausmacht. Es gehört deshalb notwendigerweise auch zu einer alternativen Ausbildungskonzeption, daß es zu einer Auseinandersetzung mit einem solchen Wissenschaftsverständnis kommt, in dem menschliche Bedürfnisse und Subjektivität nur noch als Störvariable vorkommen. Diese Auseinandersetzung könnte beispielsweise im sozialwissenschaftlichen Grundstudium stattfinden. Zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Ausbildung ist auch die Beschäftigung mit dem Wissenschaftsverständnis zu rechnen, das spezifischen Therapieansätzen zugrundeliegt (z.B. das

Nützlichkeitspostulat und der Instrumentalismus der Verhaltenstherapie).

Klarheit bestand darüber, daß die aufgeführten Basiskompetenzen differentielle Bedingungen der Aneignung voraussetzen. Im Vergleich zu traditionellen Studiengangkonzeptionen bietet das projektorientierte Studium hier zweifellos günstigere Chancen. Als Beispiel wurde die Einbeziehung von Studenten in die Arbeit der Familienfürsorge genannt, wie dies am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin versucht wird.

Verzeichnis der Abkürzungen

AOK:	Allgemeine Ortskrankenkassen
BDP:	Bund Deutscher Psychologen
BSHG:	Bundessozialhilfegesetz
BVG:	Bundesverfassungsgericht
DGSP:	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DGVT:	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
GwG:	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
ÖTV:	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
RVO:	Reichsversicherungsordnung

Schwerpunkt III: Struktur der gesundheitlichen Versorgung und ihre Alternativen

Arbeitsgruppe III A: Probleme der kurativen Medizin

Johannes Siegrist: Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus

Meine einleitenden Bemerkungen zum Arbeitsthema dieser Gruppe möchte ich in Form von acht Thesen vortragen, die ich jeweils anhand empirischer Befunde erläutere. Diese empirischen Befunde müssen selektiv bleiben, zum einen infolge der hier gegebenen Zeitbegrenzung, zum andern infolge real existierender Forschungslücken. Ich erlaube mir, vorrangig auf Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland einzugehen, und hier wiederum auf Arbeitsergebnisse, die unsere Arbeitsgruppe am Medizinsoziologischen Institut in Marburg in den letzten 5 Jahren erarbeitet hat. Unsere Arbeit stand von Anfang an nicht nur unter theoretischen, sondern auch unter gesundheitspolitischen Motiven. Das macht ihre Einseitigkeit, aber auch ihre Aktualität aus.