

Unter Ärzten Über das Verhältnis von Psychologen und Medizinern

Prof. Dr. Jörn Scheer

Abschiedsvorlesung am 6.2.2002
Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Sehr geehrter Herr Prodekan - oder vielleicht sollte ich sagen: Pro-Spectabilis!
Auf jeden Fall: lieber Herr Dreyer,
sehr geehrter Herr Präsident bzw. Magnifizienz, lieber Herr Hormuth,
sehr geehrter Herr Alt-Dekan, lieber Herr Ringleb,
liebe Studierende,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr verehrte Damen und Herren!

Ich möchte dem Dekanat dafür danken, daß es mir die Gelegenheit gibt, mich nach fast genau 25 Jahren in diesem Amt in dieser Form von diesem Fachbereich zu verabschieden. Ich begrüße diese Gelegenheit vor allem deshalb, weil wir uns - wieder einmal - in einer Zeit des Umbruchs befinden, die eine Kommentierung verdient. Diese Vorlesung hat daher auch nicht, wie sonst oft in Abschiedsvorlesungen, Schwerpunkte eigener Forschung zum Inhalt.

Zunächst bin ich ihnen eine Erläuterung des Titels schuldig. Wer von Ihnen in seiner Jugend Karl May gelesen hat oder - falls jünger - in den 70er Jahren die Verfilmungen von Karl Mays Romanen gesehen, dem ist vielleicht der Titel „Unter Geiern“ geläufig. Dabei handelte es sich nicht um die bekannten Aasfresser, sondern um eine Bande von geldgierigen Schurken, die den Eindruck zu erwecken suchte, die unschuldigen Greifvögel seien für die Missetaten der Verbrecher verantwortlich. Diese Assoziation erkläre ich ausdrücklich für nicht beabsichtigt.

Es geht vielmehr um die Präposition „unter“, die im Deutschen bekanntlich zwei Bedeutungen hat: einmal im Sinne von „inmitten“, oder wie man in meiner Heimat sagt, „mittenmang“, wie in „unter Freunden“. Die andere Bedeutung meint „unter“ im Gegensatz zu „über“ und bezeichnet eine hierarchische Beziehung.

In der Spannung zwischen diesen beiden Bedeutungen finden sich Psychologen, wenn sie ihr Verhältnis zu Medizinern bedenken. Da Sie vermutlich mehrheitlich Ärzte und Psychologen sind, werden Sie sich in unterschiedlicher Weise angesprochen fühlen, und einigen sage ich sicher nicht viel Neues. Ich bin mir auch bewußt, daß dies ein heikles Thema ist und ich stellenweise auf dünnem Eis wandle. Daher ist auch nicht zu vermeiden, daß manche von Ihnen in manchen Punkten meine Einschätzungen vermutlich nicht unbedingt teilen - die vermutlich nicht unbeeinflusst davon sind, daß ich selbst Psychologe bin.

Übrigens meinen die generischen Bezeichnungen „Arzt“ und „Psychologe“ hier immer beide Geschlechter.

1. Zwei Arten von Psychologie

Wenn ich mit ärztlichen Kollegen spreche, dann stelle ich oft fest, daß die erste Assoziation zum Stichwort „Psychologe“ das Wort „Couch“ ist - so sehr bestimmt heute eine popularisierte Form der Psychoanalyse das Verständnis der Allgemeinheit von Psychologie. Dabei

würde sich die große Mehrheit der Psychologen, die in Betrieben, Organisation, Werbung, in Erziehung, Beratung, selbst in der Psychotherapie usw. tätig ist, herzlich dafür bedanken, mit dem großen Sigm. Freud in einem Atemzug genannt zu werden. Davon gleich mehr.

Viele unserer ärztlichen Kollegen wissen auch nicht so recht, was eigentlich der Unterschied zwischen Medizin-Psychologen, Psychosomatikern, Psychotherapeuten und Psychiatern ist. Dreißig Jahre nach Einführung von Medizinischer Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie als Pflichtfächer in Lehre und Prüfung ist das eigentlich erstaunlich: Mediziner unter Vierzig haben ja bereits den 1972 eingeführten Pflichtunterricht in Medizinischer Psychologie und Psychosomatik/Psychotherapie genossen! Ich denke, das müssen wir Fachvertreter uns in erheblichem Maße selbst zuschreiben.

Wenn ein unbefangener Beobachter die Psychologie heute von außen betrachtet, dann könnte er den Eindruck haben, daß es eigentlich zwei grundverschiedene Arten von Psychologie gibt:

- Die eine ist hauptsächlich an den Universitäten vertreten, und darum nennt man sie auch oft die *Akademische Psychologie*. Sie dominiert in Deutschland (genauer gesagt: Westdeutschland) seit ziemlich genau 40 Jahren. Sie ist gekennzeichnet durch einen methodologischen Rigorismus in der US-amerikanischen verhaltenswissenschaftlichen Tradition des sog. Behaviorismus. Sie denkt in wissenschaftlichen Konstrukten in bezug auf Sachverhalte, sie operationalisiert diese, sie definiert und isoliert Variable, erhebt diese empirisch, korreliert sie, berechnet Wahrscheinlichkeiten und hält sich viel auf ihr zufallskritisches Vorgehen zugute, das vor allem darauf aus ist, den „Alpha-Fehler“ zu vermeiden: keinen Sachverhalt zu akzeptieren, der möglicherweise zufallsbedingt ist. Die Grundhaltung kann man durch die Feststellung charakterisieren: *Was wir finden, ist wahrscheinlich durch den Zufall bedingt*.
- In der Medizin, speziell der psychotherapeutischen und der psychosomatischen Medizin herrscht ein ganz anderes Psychologieverständnis vor, eines, daß sich nun in der Tat der *Psychoanalyse* in Nachfolge von Freud verpflichtet fühlt. Es steht in der europäischen Tradition der „Psychologie des Verstehens“. Seelische Vorgänge stehen danach in einem untrennbaren Zusammenhang, der per Einfühlung und durch nachvollziehendes Verstehen erkennbar ist. Psychische Vorgänge stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander - man spricht daher auch von Psychodynamik -, das lebensgeschichtlich ausweisbar ist. Die Devise könnte sein: *Nichts ist zufällig bedingt, dieses Phänomen kann kein Zufall sein*. Man kann sagen, es geht darum, den „Beta-Fehler“ zu vermeiden: einen Befund oder Zusammenhang als nur zufallsbedingt zu verwerfen, der möglicherweise substantiell ist.

Diese beiden Richtungen sind nicht gut aufeinander zu sprechen. Die zweite nennt die erste abstrakt, trocken, lebensfern, reduktionistisch, mechanistisch, letztlich irrelevant. Man mokiert sich herablassend über das „Fliegenbeine-Zählen“. Meine angelsächsischen Freunde sprechen wegen der Vorliebe für Tierversuche und statistische Methoden von der „rats & stats-Psychologie“. Die erste wiederum findet die zweite spekulativ, unwissenschaftlich, ihre Konzepte unbewiesen, ja, schlimmer noch: unbeweisbar, die Disziplin irgendwo zwischen Kunst und Scharlatanerie angesiedelt.

Die Kontroversen werden bis heute hoch emotional gesättigt und recht aggressiv ausgetragen, und doch handelt es sich dabei nicht um willkürlich-persönliche Stellungnahmen. Hinter ihnen stehen vielmehr altehrwürdige Traditionen des Denkens: zum einen ein an den Naturwis-

senschaften orientiertes, logisch-positivistisches Wissenschaftsverständnis, zum anderen ein historisch-hermeneutisches.

Man kann darin auch die Klassifikation von Wissenschaften erkennen, die der Philosoph Adolf Windelband am Ende des 19. Jahrhundert getroffen hat: in nomothetische und idiographische Wissenschaften. *Nomothetische* Wissenschaften haben, wie die Bezeichnung „nomos“ andeutet, das Erkenntnisziel allgemein gültiger Gesetzmäßigkeiten, das der exakten Beschreibung und Isolierung von Variablen bedarf und sie experimenteller Variation unterzieht. *Idiographische* Wissenschaften sind daran interessiert, das Besondere, das Eigentümliche (daher „idios“) eines Phänomens zu erfassen und zu beschreiben. Das charakterisiert etwa die Geschichtswissenschaften, die Philologie, zum Teil auch die Geographie oder die Archäologie oder manche der sog. Humanwissenschaften.

Man sieht auch gleich, daß es sich um eine sog. idealtypische Unterscheidung handelt, die im Einzelfall der Modifizierung bedarf, wenn man unzulässige Vereinfachungen vermeiden will. Denn auch im Besonderen kann man das Allgemeine suchen, und das Allgemeine bleibt oft unbedeutend, wenn es nicht auf das Besondere anwendbar ist. Die Medizin versteht sich gemeinhin als Naturwissenschaft, und doch muß sie die Besonderheit des Individuums verstehen und ernst nehmen. Und der Patient klagt zu recht gerade dies ein (das ist hier nicht im juristischen Sinne gemeint, wird aber manchmal tatsächlich so gehandhabt). Und die Psychologie sucht allgemeine Gesetzmäßigkeiten, um sie auf das Verständnis des Individuums anzuwenden.

So könnte man sagen, die Gegensätze sollten versöhnt und zu einem Ergänzungsverhältnis gebracht werden. Aber die Wirklichkeit sieht anders aus. Offenbar muß man sich als Forscher- oder Praktiker-Individuum der einen oder anderen Konfession anschließen. So stehen die sog. Verhaltensmedizin, deren Vertreter an den Universitäten einen lernpsychologisch begründeten Zugang zur Verhaltensänderung - die Verhaltenstherapie - erlernt haben, einerseits und die als psychodynamisch bezeichnete tiefenpsychologisch-psychoanalytisch orientierte Richtung andererseits einander recht feindselig gegenüber. Ein Zyniker würde in einer derartigen Situation vermuten, daß es auch noch um etwas anderes geht als um wissenschaftliche Wahrhaftigkeit, nämlich um Macht und um das liebe Geld. Tatsächlich sind die universitären Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie meist grundsätzlich psychoanalytisch orientiert, während die Verhaltensmediziner den Großteil der kommerziellen Psychosomatischen Kliniken erobert haben.

Allerdings - zur Überraschung der Beobachter war es den Vertretern dieser beiden Hauptrichtungen der Psychotherapie dann durchaus möglich, sich zu verbünden, als es vor einigen Jahren darum ging, das psychotherapeutische Behandlungsmonopol der ärztlichen Profession zu durchlöchern und der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ die gesetzliche Anerkennung zu verschaffen. Daß dabei weitere psychotherapeutische Richtungen außen vor blieben - z. B. die sog. Gesprächspsychotherapie nach Rogers und die Gestalttherapie -, steht auf einem anderen Blatt.

2. Ärzte und Psychologen

Ich habe oben gesagt, daß Unkenntnis über die verschiedenen Spielarten von Psychologen und Psychotherapeuten nicht unbedingt, oder nicht nur den ärztlichen Kollegen anzulasten ist. Um das zu verdeutlichen, komme ich auf einen Vortrag zurück, den ich vor genau zwanzig Jahren, anläßlich des zehnjährigen Bestehens der Abt. Medizinische Psychologie gehalten

habe. Er hatte übrigens den programmatischen Titel: „Arzt und Psychologe als Partner“. Was ich damals beschrieb, gilt m. E. im Wesentlichen auch heute noch.

Für viele Ärzte stellt sich die psychologische Seite einerseits verwirrend komplex, andererseits ziemlich undifferenziert dar. Es ist hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, daß die Berufsgruppen „Ärzte“ einerseits, „Psychologen“ andererseits kaum homogen sind. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Facharzt-Disziplinen einschließlich der gegenseitigen Stereotype und Vorurteile wären gewiß ein interessantes Thema für die Medizin-Soziologie!

Akteure im Verhältnis Psychologen - Ärzte sind u. a. folgende Untergruppen:

1. der *niedergelassene Praktiker* (Allgemein- oder Facharzt), dem Patienten begegnen, die er an den psychologische medizinischen Spezialisten überweisen möchte,
2. der *Kliniksarzt*, der ebenfalls Patienten überweist oder konsiliarische Untersuchung begehrt,
3. der *niedergelassene Nervenarzt*, der psychische gestörte Patienten (vorwiegend psychotische, aber auch oft neurotische und psychosomatische) vorzugsweise medikamentös behandelt,
4. der *im Krankenhaus tätige Psychiater*, der überwiegend schwerer gestörte psychotische, suchtkranke oder geriatrische Patienten behandelt,
5. der *niedergelassene Psychotherapeut*, der ambulant oft langfristige Psychotherapien mit neurotischen oder psychosomatischen Patienten durchführt,
6. der *in einer Institution tätige Psychotherapeut/Psychosomatiker*, der einerseits eigene Patienten betreut, zum anderen dem Organmediziner konsiliarisch zur Seite tritt,
7. der *Psychosomatiker* im Sinne des psychosomatisch arbeitenden Internisten, Gynäkologen usw.,
8. der *Klinische Psychologe*, der in *freier Praxis* Psychotherapien unterschiedlicher Schulrichtungen (oft Verhaltenstherapien, aber auch oft mit eklektischen Ansätzen) ambulant durchführt,
9. der *Klinische Psychologe*, der als Testdiagnostiker oder als Psychotherapeut in einer *psychiatrischen oder Psychosomatischen Klinik* arbeitet,
10. der *Medizinpsychologe*, der Lehre, Forschung und Patientenbetreuung im Rahmen einer medizinpsychologischen *Universitätsabteilung* ausübt,
11. der *Medizinpsychologe*, der in einem *Allgemein- oder Spezialkrankenhaus* außerhalb der Psychiatrie Patienten psychologisch betreut.

Die unter 1, 2, 3, 4 und 7 genannten sind von der Grundausbildung der Ärzte, die unter 8, 9, und 11 genannten sind Diplompsychologen, die unter 5, 6, und 10 genannten können von beiden Studiengängen herkommen.

Drei Hauptmerkmale zeichnen sich ab, und sie bezeichnen zugleich potentielle Konfliktebenen:

1. somatische vs. psychologische Tätigkeit,
2. ärztliche vs. psychologische Grundausbildung,
3. selbständige vs. angestellte Tätigkeit, dabei zu unterscheiden
- Vorgesetzte vs. Untergebene

Zu 1)

Kliniksärzte wie niedergelassene Praktiker überweisen nicht selten Patienten ohne erkennbare somatische Verursachung ihrer Beschwerden an Nervenärzte, Psychotherapeuten oder Psychologen. Da hierbei gelegentlich, oft infolge unzureichender Fachkenntnisse, Fehlüberweisungen vorkommen, kommt es oft zu Enttäuschungen, Unzufriedenheit, Resignation bei den somatisch tätigen Ärzten. Sie verstehen nicht, was der Psychotherapeut mit „unzureichender Behandlungsmotivation“ meint, kennen nicht die infolge der langfristigen Behandlungsmethoden geringe Behandlungskapazität des Psychotherapeuten und haben überhaupt oft zu wenig Kenntnisse über Psychotherapie, um angemessene Indikationen stellen zu können. Die Psychotherapeuten ihrerseits fühlen sich mißbraucht, wenn häufig für Psychotherapie ungeeignete Patienten überwiesen werden, deren sich die Kollegen nach ihrem Eindruck nur entledigen wollen, weil sie zu „schwierig“ sind.

Zu 2)

Bis vor wenigen Jahren konnten auch formal hochqualifizierte Psychologen mit entsprechender Weiterbildung Patienten nur behandeln, wenn sie ihnen von - oft nicht psychotherapeutisch qualifizierten - Ärzten „delegiert“ worden waren, ein klarer Fall von berufsständischer Unterordnung, der damit begründet wurde, daß Heilbehandlung gesetzlich Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten war - weswegen manche Psychotherapeuten zusätzlich eine Ausbildung zum Heilpraktiker absolvierten, um selbständig Psychotherapie ausüben zu können. Das ist vor einigen Jahren durch die berufs- und sozialrechtliche Einführung des „Psychologischen Psychotherapeuten“ geändert worden. Klare materielle Interessengegensätze zwischen Ärzten und Diplom-Psychologen sind die Folge. Die kassenrechtlichen Probleme der regulierten Niederlassung betreffen nun beide Berufsgruppen und bringen sie in direkte Konkurrenz zu einander, auch innerhalb der Berufsgruppe der Psychotherapeuten.

Zu 3)

Eine nachgeordnete, um nicht zu sagen untergeordnete Position haben Psychologen auch inne, wenn beide Berufsgruppen in einer klinischen Institution arbeiten. Immer noch gibt es die unbefriedigende Situation des Testpsychologen, der „Werte“ liefert, die ein anderer, d. h. ein Arzt, nach eigenem Urteil und Gutdünken verwendet. Erst neuerdings werden in manchen psychiatrischen Einrichtungen die Chancen der Beschäftigung von psychotherapeutisch qualifizierten Psychologen gewürdigt. Das ist außerdem besonders in Einrichtungen der Psychosomatischen Rehabilitation der Fall, aber auch in Einrichtungen der somatischen Medizin, etwa in der Pädiatrie, der Krebsnachsorge, der Sexualmedizin. Dort können Psychologen dann sogar, allerdings eher informell, aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung von kurzfristig zur Weiterbildung beschäftigten Ärzten als fachlich überlegen empfunden werden.

Es ist keine neue Weisheit, daß echte Arbeitsteilung und Kooperation nur zwischen gleichberechtigten und gleichrangigen Partnern möglich sind. Der geltende Krankheitsbegriff und die Organisation der medizinischen Versorgung bringen es mit sich, daß der Arzt entscheidet, wann seine Kunst nicht ausreicht und ein Psychologe (oder Psychotherapeut) hinzugezogen werden soll. Es wäre jedoch auch denkbar, daß Arzt und Psychologe (oder Psychotherapeut) gemeinsam beraten und darüber entscheiden, was wann für welchen Patienten am besten ist, also die psychologische Betrachtung und Betreuung nicht erst als *ultima ratio*, sondern als selbstverständlichen Bestandteil des Vorgehens jederzeit mit berücksichtigen. Das würde bedeuten, daß zumindest in allen Einrichtungen, in denen schwerkranke Patienten behandelt werden, auch Psychologen beschäftigt würden. Angesichts der Gesamtlage wäre das aber wohl eher ein Projekt für das nächste Jahrhundert! Ich habe auch manchmal den Eindruck,

daß die ärztlichen Kollegen in der Universitätsmedizin sich nicht darüber im Klaren sind, wie sehr Patienten auch einen psychologisch unterfütterten Umgang der Ärzte mit ihnen wünschen und wie bitter dessen Fehlen oft beklagt wird.

Die institutionellen und berufsständischen Faktoren sind jedoch nicht allein ausschlaggebend. Es gibt einige Merkmale und Bedingungen, in denen sich klinisch tätige Ärzte und Psychologen, insbesondere Medizin-Psychologen, sehr grundsätzlich unterscheiden. Sie wirken sich insbesondere in der wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Ärzten aus, wenn an sich ein gemeinsames Interesse an konstruktiver Koproduktion angenommen werden kann.

Ein Grundmerkmal ist m. E. die Spannung zwischen der auf Handeln und Entscheiden bezogenen Haltung des Arztes und der kontemplativ-reflektierenden Haltung des Psychologen. Dem Arzt geht es um relativ direkt im Handlungsfeld umsetzbare Ergebnisse, der Psychologe neigt zunächst einmal zur kritischen, auch selbstkritischen Infragestellung der Befunde. Unter Psychologen gilt es als wissenschaftliche Tugend, „gegen sich zu arbeiten“, jeweils bis auf weiteres davon auszugehen, daß die gewonnenen Ergebnisse wahrscheinlich zufällig bedingt sind, mehrfache Replikationen und Kreuzvalidierungen abzuwarten - kurz, den Alpha-Fehler (anders ausgedrückt, falsch-positive Fälle) zu vermeiden. Der klinisch tätige Arzt kann es sich oft nicht leisten, allzu lange auf derart zufallskritisch abgesicherte Ergebnisse zu warten. Auch ohne psychologische Untersuchungen ist er ja oftmals gezwungen, auf der Grundlage wesentlich begrenzterer Information zu handeln als derjenigen, welche ein Psychologe erst einmal zu akkumulieren für unverzichtbar hält. Und er kann es sich nicht leisten, einen möglicherweise vorhandenen Befund unter zufallskritischer Betrachtung zu ignorieren - Kunstfehlerprozesse sind heute nicht mehr ungewöhnlich. Er muß also eher den „Beta-Fehler“ (falsch-negative Fälle) vermeiden.

Es sei hinzugefügt, daß der forschende Arzt natürlich den gleichen Grundsätzen folgen muß wie der forschende Psychologe, und so finden sich vergleichbare, potentiell konfliktträchtige Konstellationen zwischen primär forschenden und primär kurierenden Medizinern.

3. Medizinische Psychologie - eine Erfolgsstory?

Ich wage kaum zu hoffen, daß die verwirrende, oder, beschönigend ausgedrückt: komplexe Situation durch diese Darstellung etwas klarer geworden ist. *Ein* Fachgebiet in dieser psychologisch-medizinischen Vielfalt bedarf noch einiger weiterer Worte: die *Medizinische Psychologie* im engeren Sinne, die ich seit nun 25 Jahren, zusammen mit Herrn Beckmann, hier vertrete. Als Pflichtfach im Unterricht und als Prüfungsfach wurde die Medizinische Psychologie, übrigens gleichzeitig mit dem Fachgebiet Psychosomatik/Psychotherapie und der Medizinischen Soziologie, im Jahre 1970 eingeführt, als die sog. Bestallungsordnung von 1953 durch die sog. Approbationsordnung abgelöst wurde, die das Medizinstudium grundsätzlich neu ordnete.

Natürlich gab es auch schon vorher eine „Medizinische Psychologie“ - wenn man wollte, könnte man bis ins 18. Jahrhundert zurückgehen. 1922 erschien ein Lehrbuch mit diesem Titel, verfaßt von dem berühmten Psychiater Ernst Kretschmer, das bis in die 70er Jahre neu aufgelegt wurde. Der Unterricht war allerdings fakultativ, oft unter dem Stichwort „*Psychologie für Vorkliniker, einstündig*“ von einem Psychiater gelesen, und wohl oft von der Art, wie sie das Buch „Psychologie für Ärzte“ vermittelte, das der Münchener Psychiater Kurt Kolle -

übrigens der Vater des bekannten Sexualaufklärers der 70er Jahre, des heute weitgehend vergessenen Oswald Kollé - 1967 veröffentlichte. Darin heißt es z. B. (auf S. 79):

Das Weib ist also dazu bestimmt, dem Manne Gefährtin und Mutter seiner Kinder zu sein. Das Weib ist wahrhaft erdgebunden und damit der ruhende Pol in der Erscheinungen Flucht. Die weibliche Erlebniswelt wird von Gefühlen dirigiert, die des Mannes von seinem unruhigen, schweifenden Verstand geleitet. Der Wille des Weibes ist konservativ, der des Mannes revolutionär gerichtet. Der weibliche Verstand ist in formaler Hinsicht dem männlichen durchaus ebenbürtig - sonst wäre es nicht möglich, daß Frauen in Berufen, die noch bis zum Anfang dieses Jahrhunderts den Männern vorbehalten zu sein schienen, Hervorragendes leisten. Aber da ist doch ein wichtiger Unterschied. Der weibliche Verstand ist, der Natur des Weibes entsprechend, ganz anders als der männliche gerichtet. Das Sammeln, Ordnen, Planen aus geistiger Leidenschaft, Besessenheit, ja Verstiegenheit, das Streben nach oder Verweilen im Wolkenkuckucksheim kennzeichnet den männlichen Verstand, der dann alles das hervorbringt, was uns heute so viel zu schaffen macht, die Wissenschaft. Nur wenige Frauen sind als Forscherinnen hervorgetreten: Mme. CURIE, CÉCILE VOGT. Bei beiden wird man zu fragen haben, ob sie wirklich eigenständige Forscherinnen waren; denn beide Damen waren mit sehr bedeutenden Männern verheiratet. Es gibt deswegen auch kein gutes Buch über weibliche Psychologie; das könnte nur von einem echten Weib geschrieben werden. Die Frauen, die es schreiben könnten, sind daran gehindert, weil sie - nur psychologisch gesehen - zu viel männliche Züge aufweisen. Der weibliche Verstand ist erdgebunden und prädestiniert die Frauen für praktische Aufgaben, auch in den Berufen, die lange Zeit den Männern vorbehalten blieben, also etwa als Ärztinnen.

Man nimmt das heute schmunzelnd zur Kenntnis. Aber wenn man bedenkt, daß die Ärzte meiner Generation von Professoren wie dem Autor jener Zeilen geprägt wurden, dann wird verständlich, daß nicht wenige Psychologinnen und Psychologen (und nicht nur sie) argwöhnen, daß solche Haltungen auch heute noch unter Ärzten (diesmal die Ärztinnen sicher nicht eingeschlossen) nicht völlig ausgestorben sind - und übrigens nicht nur unter ihnen.

Es ist jedenfalls nicht überraschend, daß in den 60er Jahren, als in der Gesellschaft das Bedürfnis nach Neuorientierung verbreitet war, auch die Psychologie in der Medizin auf neue Füße gestellt werden sollte. Das galt zunächst vor allem für die *Lehre*. Sie wurde unglücklicherweise primär in der Vorklinik angesiedelt, was das Fach für die Studierenden, im Hinblick auf den notwendigen Arbeitseinsatz, in Konkurrenz zu Anatomie, Biochemie und Physiologie stellte - mit vorstellbaren Folgen. Das trug allerdings auch dazu bei, daß die Fachvertreter sich mehr als in anderen Disziplinen über Lernziele und ihre sinnvolle Umsetzung Gedanken machten.

Getreu der klassischen universitären Maxime von der Einheit von Forschung und Lehre entwickelte sich rasch eine umfangreiche *Forschungstätigkeit*. Dazu gleich mehr.

Und drittens entwickelte sich an vielen Fachbereichen auch eine medizin-psychologische Praxis. Sie besteht oft aus konsiliarischer Betreuung von somatisch Kranken, sie entwickelte Konzepte zur Unterstützung von schwer Organkranken bei der Krankheits- und Lebensbewältigung, z. B. Tumorpatienten, engagierte sich in der Behandlung chronischer Schmerzen, und schließlich auch in dem neu entstehenden Gebiet der Gesundheitspsychologie, die eher auf Prävention von Krankheit und Förderung von Gesundheit zielt denn auf kurative Bemühung um Erkrankte.

In mancher Hinsicht kann man also auf eine, wie man heute sagt, Erfolgsstory von drei Jahrzehnten zurückblicken. Allerdings gibt es auch eine andere Sichtweise und - aus Sicht des Faches - Grund zur Sorge.

4. Vielfalt und Identität der Medizinischen Psychologie

Als in den 70er Jahren an allen medizinischen Fachbereichen der Bundesrepublik Institute und Professuren für Medizinische Psychologie eingerichtet wurden, besetzte man, wie überall in der damaligen Universität, viele Professuren mit relativ jungen Wissenschaftlern - wie ich selbst. Infolgedessen werden in den nächsten fünf Jahren 10 - 12 der etwa drei Dutzend Professoren der Medizinischen Psychologie abtreten, und in den darauf folgenden Jahren noch einmal fast ebenso viele. Anders als in seit Jahrzehnten oder gar Jahrhunderten etablierten Kernfächern der Medizin werden sich in manchen Fakultäten manche Kollegen die Frage stellen, ob und ggf. in welchem Ausmaß wirklich Bedarf an medizin-psychologischen Einrichtungen besteht oder ob nicht eine Unterweisung der Studierenden durch eine Art akademischen Studienrat ausreicht. Mir ist unvergessen, wie schon (oder noch) in den 70er Jahren ein Ordinarius unserer Fakultät, der den Psychosozialen Fächern über einen Sonderforschungsbereich eigentlich verbunden war, bemerkte, die Medizinische Psychologie sei doch eigentlich so etwas wie die Krankengymnastik: nützlich gewiß, aber doch keine Wissenschaft.

Wenn sich heute mancherorts die Existenzfrage des Faches stellt, dann hat das natürlich vor allem äußerliche Ursachen, etwa wirtschaftlicher Natur, die viele Fächer in ihrer Substanz beschädigt. Es gibt aber auch Ursachen - oder zumindest begünstigende Faktoren -, die im Fache selbst liegen.

Nachdem um 1970 sich die psychologischen Fachbereiche außerstande erklärten, den Unterricht in Medizinischer Psychologie zu übernehmen, wurden in jeder Medizinischen Fakultät andere, eigene Wege gegangen - je nach lokaler Tradition, Überzeugung und Personallage. Mal wurde das neue Fach in der Psychiatrie angesiedelt - im Extremfalle einem unterbeschäftigten psychiatrischen Oberarzt anvertraut, mal wurde es zusammen mit der Psychosomatik der Inneren Medizin zugeordnet, mal wurde die Medizinische Psychologie als rein vorklinisches Institut ohne jeden Praxisbezug gegründet, mal als naturwissenschaftliches Grundlagenfach verstanden, und schließlich wurde an manchen Orten ein Psychosoziales Zentrum eingerichtet, in dem alle neuen Fächer mit eigenen Abteilungen vertreten waren. Diese historisch bedingte Beliebigkeit hat die Ausbildung einer - auch von außen eindeutig erkennbaren - übergreifenden Fachidentität eher behindert.

Ähnliches zeigte sich in der Forschung: Medizin-Psychologen beschäftigen z. B. sich mit der Beziehung zwischen Arzt und Patient, mit der Verarbeitung und Bewältigung von Krankheit, mit Sterben und Tod, mit Lebensqualität z. B. von Patienten nach Organtransplantation, mit chronischen Schmerzen, mit Wirkfaktoren von Psychotherapie in Einzel-, Paar- und Gruppensituationen, mit psychosomatischen Grundlagen und therapeutischen Anwendungen, mit der Rehabilitation von Koronarpatienten, von Hirnverletzten, mit Grundlagenproblemen von Psychoimmunologie und Neuroimmunologie, mit Neuropsychologie und Psychophysiologie, mit kindlichen Entwicklungsstörungen, mit psychosomatischen Fragen in der Gynäkologie, der Zahnheilkunde, Dermatologie, Pädiatrie, Herzchirurgie, um nur eine Auswahl aus dem fast täglich weiter werdenden Spektrum zu nennen.

Man kann von einer beeindruckenden, außerordentlich große Kreativität anzeigenden Vielfalt sprechen, die auch auf die Vielfalt des Bedarfs an solcher Forschung verweist. Schon quanti-

tativ ist äußerst eindrucksvoll, was in drei Jahrzehnten geleistet wurde. Wenn man aber die wissenschaftlichen Kongresse der Medizin-Psychologie, der Psychosomatik (einschließlich psychosomatischer Sektionen von „normalen“ medizinischen Fachgesellschaften), der Klinischen Psychologie, neuerdings auch der Gesundheitspsychologie vergleicht, dann findet man Überschneidungen in einem Maße, das die Frage nach der Spezifität des Gegenstandes der Medizinischen Psychologie aufwirft.

Ähnliches gilt für die Praxis: auch hier scheint es eher vom historischen Zufall abzuhängen, welche der psychologisch-medizinischen Abteilungen im weiteren Sinne sich beispielsweise bei der Betreuung von Tumorpatienten oder in der Schmerztherapie engagiert: die Medizinische Psychologie oder die Psychosomatik-Psychotherapie oder beide - oder auch keine. Auch „normale“ Psychotherapie bei Patienten mit neurotischen Erkrankungen wird oft von Medizin-Psychologen ebenso geleistet wie von Kollegen in den Psychosomatischen Einrichtungen - und dies mit den unterschiedlichsten psychotherapeutischen Verfahren, von der Verhaltenstherapie über die Psychoanalyse bis zu „alternativen“ Ansätzen.

Kurz: man kann es den ärztlichen Kollegen eigentlich nicht recht verdenken, wenn Unklarheiten darüber bestehen, was denn nun das Spezifische an den einzelnen psychologisch-medizinischen Disziplinen ist. Das gilt nicht nur für die Medizinische Psychologie, die ganz überwiegend von Psychologen, aber auch von Ärzten und Kollegen mit Doppelstudium vertreten wird. Die eingangs geschilderte konfrontative Gegenüberstellung von psychoanalytisch-tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie erschwert zudem eine übergreifend geteilte Definition auch der Disziplin Psychosomatik-Psychotherapie und ihres Selbstverständnisses. Das gilt in gewissem Maße durchaus auch für die - viel ältere - Disziplin Psychiatrie, deren Vertreter sich oft einerseits als echte Organmediziner verstehen und von einem tiefenpsychologischen Verständnis des Krankheitsgeschehen abgrenzen, andererseits pragmatisch unterschiedlichste therapeutische Verfahren integrieren und berufspolitisch als Konkurrenten der organisierten Psychotherapeuten in Erscheinung treten, gleich ob diese eine medizinische oder eine psychologische Grundausbildung haben.

5. Integration und Differenzierung

Wenn man sich aus einem beruflichen Feld zurückzieht, wie ich es gerade tue, und keine eigenen Interessen mehr mit zukünftigen Entwicklungen verbindet, dann mag es leichter fallen, Perspektiven auf die Zukunft aus der Distanz zu beleuchten, als wenn man direkt involviert ist. Die gegenwärtige Situation der psychologisch-medizinischen Fächer wurzelt in der Geschichte ihrer Begründung oder Neu-Begründung vor dreißig Jahren. Damals war es - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht möglich, eine integrierende Gesamtlösung für die Vertretung der psychologisch-sozialen Dimension in der Medizin zu entwerfen und durchzusetzen. Heute könnten vielleicht gerade durch den Druck, der von außen kommt, neue Möglichkeiten eröffnet werden.

Der Druck entsteht aus der den Universitäten ihrerseits von außen auferlegten Notwendigkeit von Einsparungen und Neustrukturierungen. Eine oft propagierte Lösung lautet „Schwerpunktbildung“. Nun sind solche Schwerpunktbildungen nicht einfach das Resultat rationaler Abwägung sachlich gebotener Notwendigkeiten. Sie stehen nicht außerhalb von Beziehungen von Macht, Einfluß, Geld, von Traditionen und Vorurteilen. In Zeiten, da die Hoffnungen vieler Menschen sich auf die explosionsartige Vermehrung biologisch-medizinischen Wissens richten - nicht umsonst folgt gerade auf das „Jahrzehnt des Gehirns“ das „Jahrzehnt des Moleküls“ - liegt die Versuchung nahe, universitätsintern entsprechend radikale Schritte vorzu-

nehmen. Wenn die psychologisch-medizinische Dimension demgegenüber bestehen will - und dabei ist eine *psycho-soziale* Dimension eingeschlossen -, dann müssen ihre Vertreter sich meiner Meinung nach mehr auf Gemeinsames denn auf Trennendes besinnen.

Ich bin mir natürlich darüber im Klaren, daß die hergebrachte organisatorische Grundstruktur medizinischer Einrichtungen, zu der traditionell die nur wenig eingeschränkten lebenslangen Entscheidungs- (um nicht zu sagen Macht-) befugnisse der leitenden Persönlichkeiten gehören, dem im Wege stehen mag. Vergleichbares findet sich weder in der sog. Kern-Universität noch sonst in Wirtschaft und Gesellschaft - Spötter reden denn auch von Erbhöfen und Pfründen. Aber mir scheint eine Neuordnung, die ihre Struktur nicht aufgrund von traditionellen Fächergrenzen und persönlichen Berechtigungen findet, sondern durch die zu bewältigenden Aufgaben definiert wird, zukunftssträchtiger und eigentlich unabdingbar zu sein. Das Ziel wäre also eine *Integration* mit der gebotenen *Differenzierung*, keine „feindliche Übernahme“, wie sie in einer marktorientierten Gesellschaft üblich zu werden scheint, keine stillschweigende Absorption eines Faches durch ein anderes. In einem solchen integrativen Konzept müßten sich alle psychologisch-medizinischen und psychosozialen Disziplinen in angemessener Gewichtung wiederfinden.

6. Herzensangelegenheiten

Zum Schluß möchte ich noch eine letzte Dimension des Verhältnisses von Ärzten und Psychologen ansprechen und dabei die Ebene der Institutionsentwicklung verlassen. Psychologen sind bekanntlich auch Menschen und als solche sterblich oder zumindest vulnerabel, wie der zeitgenössische Fachterminus lautet. Daher sind sie natürlich auch Patienten. Sofern eine Erkrankung primär somatischer Natur ist, sind ihre Interaktionspartner dann auch primär somatisch tätige Ärzte, und das institutionell nur allgemein vorgeformte Verhältnis von Psychologe und Arzt wird dann zu einer persönlichen Beziehung.

Aus gegebenem Anlaß erlaube ich mir, nun auch ganz persönlich zu werden: Ich selbst verfüge über eine besondere Vulnerabilität der Koronargefäßwände, und das hat, wie manche unter Ihnen wissen, dazu beigetragen, daß diese Abschiedsvorlesung einige Jahre früher stattfindet als ursprünglich vorgesehen. Daß sie überhaupt als solche stattfindet und nicht vielmehr schon gleich als Gedenkfeier - das haben ärztliche Kollegen innerhalb und außerhalb dieses Fachbereichs ermöglicht. Und das macht das Verhältnis von Psychologen und Ärzten in meinem Falle, unabhängig von allem bisher Gesagten, zu einem ganz besonderen. Man könnte sogar sagen, daß es mir im wörtlichen Sinne zu einer *Herzensangelegenheit* geworden ist.

Und damit möchte ich schließen und danke Ihnen noch einmal für das Interesse und die Anteilnahme, die Sie diesem meinem Schritt in einen neuen Lebensabschnitt durch Ihre Anwesenheit bekunden.