

20 Jahre Medizinische Psychologie - ein Grund zum Feiern?

Jörn W. Scheer und Lothar R. Schmidt

Vortrag während der Arbeitstagung der Gesellschaft für Medizinische Psychologie

(GMP) in Berlin, 10.5.1991

Immer wenn es gilt, einen Blick auf die Geschichte der Medizinischen Psychologie zu werfen oder eine aktuelle Positionsbestimmung vorzunehmen, sind Lothar Schmidt und ich gefordert. Da wir demnach als Experten für Rück- und Rundblicke zu gelten scheinen, haben wir uns die Freiheit genommen, über einige chronologische Ungenauigkeiten souverän hinwegzugehen. Die Medizinische Psychologie auf deutschem Boden ist nämlich in Wirklichkeit nicht 20, sondern 146 Jahre alt, wenn wir das Erscheinungsjahr von v. FEUCHTERSLEBENS *Ärztlicher Seelenkunde* als Geburtsdatum nehmen. Und die „neue“ Medizinische Psychologie zählt bereits 21 Jahre, vom Erlaß der Approbationsordnung an gerechnet. Die Gesellschaft für Medizinische Psychologie schließlich feiert heute ihren 12. Geburtstag.

1.

Um beurteilen zu können, ob wir nach rund zwei Jahrzehnten institutionalisierter Medizin-Psychologie nun Grund zum Feiern haben, vergegenwärtigen wir uns die Situation vor 22 Jahren. Das allgemeine Unbehagen an der Praxisferne der Ausbildung nach der Bestallungsordnung von 1953, verstärkt durch die selbst in der Medizin bewegten Studenten, führte zur Einführung der durchaus schon vorhandenen psychosozialen Fächer auch in den offiziellen Ausbildungskatalog: Psychosomatik-Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie erhielten die Dignität von Prüfungsfächern, die ersteren sogar ein Pflichtpraktikum.

Medizinische Psychologie - was war das, was sollte das, und vor allem: wer sollte das machen?

Die *Psychiater* sahen sie als notwendige Propädeutik, hatten sie als vorklinisches Kolleg hier und da schon angeboten, waren aber wenig geneigt, jedes Semester für Hunderte von Studierenden Pflichtunterricht in kleinen Gruppen abzuhalten.

Die *Akademische Psychologie* war gerade dabei, die Tiefenpsychologie aus dem Fächerkanon zu werfen. Die Klinische Psychologie trug noch die erdbraune Puppenhülle von Erziehungsberatung und psychiatrischer Testdiagnostik und hatte sich noch nicht als der allgegenwärtige schillernde Schmetterling entpuppt. Es gab zwar den einen oder anderen Lehrstuhl, vereinzelt wurden die ersten Gesprächs- und Verhaltenstherapie-Grundkurse angeboten, doch eine flächendeckende Klinische Psychologie existierte nicht, und auch die Verhaltensmedizin war noch nicht erfunden.

Medizinische Psychologie für die zukünftigen Ärzte organisieren? Nein danke, wir haben selbst genug zu tun!

Schließlich die *Psychotherapeuten*: außeruniversitär zwar längst etabliert, doch selber Neulinge in der Akademie: sie erhofften sich eher Bundesgenossen, als daß sie selbst das neue Fach vertreten wollten.

So machte jede Medizinische Fakultät, was sie wollte. Einige hatten vorgesorgt; andere improvisierten mit Lehraufträgen, Gastdozenten, Blockveranstaltungen. Die ersten Lehrstühle wurden eingerichtet. Die ersten Sachwalter formierten sich in der Sektion Medizinische Psychologie der Ständigen Konferenz der Hochschullehrer in den neuen Fächern. Dieser Wildwuchs verlangte nach einer ordnenden Hand.

Und so versammelten sich im Frühjahr 1974 die Präsidenten und Vorsitzenden der psychiatrischen, psychologischen, psychotherapeutischen und medizin-psychologischen Fachgesellschaften und Verbände und schickten am 6. Juni 1974 einen Brief an die zuständigen Ministerien und Fakultäten. Dieser Brief stellt gleichsam die Gründungsurkunde der Medizinischen Psychologie dar, nachdem die Approbationsordnung von 1970 im § 23, Abs. 2, Satz 2 und mit ihrer Anlage 10.IV bereits den entsprechenden Verfassungsartikel geliefert hatte, und es lohnt sich, ihn wieder zur Kenntnis zu nehmen.

Darin wird die Medizinische Psychologie als *Psychologie für Mediziner* von der Klinischen Psychologie als Anwendungsfach der Psychologie abgegrenzt. Sie habe Verbindungen zu allen vorklinischen Fächern, solle auf die klinischen Ausbildungsabschnitte der Medizin hin orientiert sein und auf die psychologischen Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit vorbereiten. Es seien hierfür selbständige wissenschaftliche Einrichtungen vorzusehen, deren Ausstattung empirisch-wissenschaftliches Arbeiten ermöglicht. Inhaltlich wird auf die Approbationsordnung und auf den Gegenstandskatalog für die Ärztliche Vorprüfung verwiesen.

Die Qualifikation der Hochschullehrer kann nach dem Edikt der Gründerväter nachgewiesen werden:

- *entweder* durch ein Psychologiestudium mit mehrjährigen therapeutischen bzw. diagnostischen und methodischen Erfahrungen im medizinisch-klinischen Bereich,
- *oder* durch eine ärztliche Grundausbildung mit mehrjähriger qualifizierter Tätigkeit im medizinisch-psychologischen Bereich.

2.

Das war der vielversprechende Anfang. Was ist heute daraus geworden?

An 23 der 27 staatlichen Medizinischen Fakultäten der Alt-Bundesrepublik gibt es eine eigenständige Einrichtung für Medizinische Psychologie. An einigen Fakultäten wird offenbar nicht zwischen Psychotherapie-Psychosomatik und Medizinischer Psychologie unterschieden - da tut es dann eine gemeinsame Abteilung, oder der Fachvertreter ist gleich noch psychiatrischer Oberarzt. Diese Bilanz ist aber insgesamt positiv. Weniger erfreulich ist, daß der

Personalbestand bei bis in jüngste Zeit gestiegenen Studentenzahlen auf relativ niedrigem Niveau stagniert hat.

Die *Beziehungen zwischen und Ärzten und Psychologen* in der Medizinischen Psychologie, in der Anfangszeit ein zuweilen in der Fachkollegenschaft rege diskutiertes Thema, bewegen sich in ruhigen Bahnen; Stirnrunzeln verursacht allenfalls eine am Horizont heraufziehende Tendenz einiger Fakultäten, ärztlich ausgebildeten Kollegen den Vorzug zu geben.

Eine eigene *Zeitschrift* konnte sich nur von 1974 bis 1982 halten. Seitdem ist die Medizinische Psychologie auf das Monatsblatt *Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* als einziges Organ angewiesen. Ob die dem Vernehmen nach geplante Neugründung einer medizinpsychologischen Zeitschrift heute ihren Markt finden wird, bleibt abzuwarten. Erfreulich ist hingegen, daß das *Jahrbuch der medizinischen Psychologie* seit 1988 mit 1 - 2 Bänden jährlich bei sehr guter fachlicher Reputation erscheint - allerdings ökonomisch gleichfalls noch nicht dauerhaft gesichert. Von den fast anderthalb Dutzend *Lehrbüchern* der Gründerzeiten haben sich nach den selektierenden Schnitten durch die Revisionen der Prüfungsgegenstandskataloge nun wohl ganze fünf etabliert.

Die Verankerung der Medizinischen Psychologie erfolgte über die *Lehre* - und über die *Prüfung*: die oft bemängelte, auch von den Sachverständigen beim Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen mehr ertragene als getragene Teilhabe an der Multiple-choice-Philosophie ist immerhin der Garant für die Existenz des Faches.

Doch hat sich das Fach - in Übereinstimmung mit den Erwartungen der Begründer - seitdem auch als *Forschungsdisziplin* fest etabliert und vor allem in der Kooperation mit klinisch-medizinischen Fächern entwickelt. Entsprechend ist die Forschungstätigkeit allerdings auch recht heterogen: neuropsychologische, entwicklungspsychologische, sozialpsychologische, psychosomatische, psychodiagnostische, präventive, rehabilitative und viele andere Fragestellungen werden bearbeitet und behindern - so berechtigt und dringend gefordert jede einzelne Aktivität auch ist - die Entstehung prägnanter, für Außenstehende deutlich wahrnehmbarer Konturen des Faches.

Inwieweit dieses auch einen wirklich eigenständigen *Praxisauftrag* hat, ist allerdings u. E. noch nicht definitiv ausgemacht. In die vielerorts betriebene Konsiliartätigkeit teilt die Medizinische Psychologie sich mit der Psychosomatik in meist eher zufälliger territorialer Abgrenzung, im interventiven Bereich fußt sie teils auf psychodynamisch-psychotherapeutischen, teils auf verhaltens-therapeutischen Konzepten. Diese Unklarheit zeigt sich auch darin, daß unsere somatisch-medizinischen Kollegen oft nicht zwischen den verschiedenen „Psycho-Fächern“ unterscheiden können. Der gewaltige Bedarf an praktischer Tätigkeit aller Art in der Medizin nimmt jedoch Angebote jedweder Art und Observanz auf - das erspart den Kliniken dadurch zuweilen die notwendige Einrichtung eigener Planstellen im psychosozialen Versorgungsbereich.

Den Rahmen für die Entwicklung und Ausgestaltung der Medizin-Psychologie stellt nach dem Übergang von der wenig formellen Struktur der Hochschullehrer-Konferenz zur *Gesellschaft für Medizinische Psychologie* vor 12 Jahren diese Vereinigung mit ihren Kommissionen, Fachvertretern, Sachverständigen, Delegierten und Repräsentanten.

Seit 10 Jahren - und dies ist nun doch ein "rundes" Jubiläum - bestehen Verbindungen zu den Medizin-Psychologen in der damaligen DDR. Damals nahm der Initiator der dortigen Medizin-Psychologie, Hans Szewczyk, Kontakt mit dem Vorstand der GMP auf, und Lothar Schmidt und ich machten einen ersten Besuch in Ost-Berlin. Seitdem haben sich die Beziehungen zwischen der GMP und den medizin-psychologischen Sektionen der zuständigen Fachgesellschaften in der DDR kontinuierlich verdichtet. Wenn es ab morgen nur noch eine Fachgesellschaft für die 16 Bundesländer geben wird, dann wird damit dieser Annäherungsprozeß in, wie wir meinen, angemessener Weise abgeschlossen sein.

4.

Die *Gesellschaft für Medizinische Psychologie* - in 12 Jahren von etwa 70 auf 235 Mitglieder angewachsen - zieht in zunehmendem Maße Kolleginnen und Kollegen an, die nicht in medizin-psychologischen Abteilungen der medizinischen Fakultäten tätig sind, sondern in anderen Arbeitsbereichen medizin-psychologische Forschungsthemen bearbeiten. Dies verstärkt die Heterogenität dessen, was man mit Medizin-Psychologie bezeichnet, und macht die Abgrenzung von neu entstandenen oder in Deutschland neu eingeführten Nachbar-Disziplinen wie Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie, aber auch der Klinischen Psychologie schwieriger, die zunehmend die Medizin als Arbeitsfeld entdeckt.

Diese - notwendige - Abgrenzung oder Positionsbestimmung hat nicht nur definitorischen Charakter. Sie bedeutet auch, unterschiedliche Standpunkte und Perspektiven deutlich zu machen, und das heißt auch, mögliche Entwicklungen zu benennen und so vielleicht zu notwendigen Entscheidungsfindungen beizutragen.

Dazu wird jetzt Lothar Schmidt einiges bemerken, wozu ihn m. E. prädestiniert, daß er zuerst viele Jahre lang die Medizin-Psychologie von innen mitgeprägt hat und sie nun seit 11 Jahren als befreundeter Nachbar von der Klinischen Psychologie her betrachtet.

1.

Wie das bei befreundeten Nachbarn und Familienmitgliedern manchmal so ist. Wir stellen uns beim Feiern auf Gemütlichkeit ein, und plötzlich bringt ein Verwandter eine andere Meinung zum Ausdruck und schon ist der Familienkrach da.

Um den Streit in Grenzen zu halten: Ich bin vor allem hier, weil ich glaube, daß wir Grund zum Feiern haben, weil sich unser Fach wissenschaftlich und professionell in hohem Maße etabliert hat und weil die GMP die Fachinteressen hervorragend und kontinuierlich vertritt. Trotzdem

meine ich, daß es gilt, uns immer wieder wachzurütteln, uns mit anderen Strömungen und Sichtweisen auseinanderzusetzen, wozu vor allem die internationale Zusammenarbeit zwingt.

Die Medizinische Psychologie und damit auch diese Fachgesellschaft haben sich in den beiden letzten Jahrzehnten quantitativ und qualitativ vielfach gewandelt. Aus einer Großfamilie, die zunächst vor allem durch Identitätsfindung und Aufgaben in der Lehre in oft äußerst lebhaften Debatten gekennzeichnet war, sind wir zu einer fast normalen Gesellschaft mit Kongressen und mittlerweile auch großen Arbeitstagen geworden. Es kennen sich nicht mehr alle Mitglieder persönlich, und neue Mitglieder werden oft nicht mehr persönlich gefeiert wie etwa vor 10 Jahren Mitglied 85 in Gießen, sondern oft nur noch in den Mitteilungen, gleichsam im Kirchenblättchen schriftlich genannt. Das Hinzukommen der Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern möchte ich als ausgesprochenen Grund zum Feiern ansehen. Wie Jörn Scheer schon ausführte, war der Austausch bislang zwar schon relativ rege, aber zwangsläufig stärker auf das Schriftliche beschränkt. Schon in Ulm zeigte es sich, wie belebend die direkteren persönlichen und fachlichen Kontakte sind.

Selbstverständlich haben sich auch konzeptionelle Veränderungen ergeben und erfreulicherweise ist zu dem Schwerpunkt Lehre der der *Forschung* hinzugetreten, ohne die eine akademische Disziplin auf Dauer wohl nicht bestehen kann.

Viele Mitglieder sind, wie ich selbst, herausgetreten aus dem engeren Kreis der Medizinischen Psychologie, die an Medizinischen Fakultäten angesiedelt ist, und haben neue Aufgaben in Angriff genommen. Durch solche Neuorientierungen sind zwangsläufig immer wieder Kontroversen entstanden, von denen mir einige ausgesprochen überflüssig erschienen und erscheinen. Dazu gehört etwa der vor sechs bis sieben Jahren in die GMP hineingetragene Streit um die Abgrenzung zur *Klinischen Psychologie*, den ich vor ziemlich genau fünf Jahren hier in Berlin bereits thematisiert habe. Wie damals bin ich auch heute der Meinung, daß es sich bei der Medizinischen und Klinischen Psychologie nicht um feindliche Brüder oder Schwestern, sondern vielmehr um siamesische Zwillinge handelt, die sich ergänzend unterschiedliche Aufgaben in unterschiedlichen Feldern der Medizin wahrnehmen. Die Gemeinsamkeiten beider Disziplinen und die gegenseitigen Befruchtungen sind erheblich, die Unterschiede trotzdem bis heute deutlich geblieben.

Während sich die *Klinische Psychologie* immer noch stark auf die Psychopathologie, die Klassifikation und auf ätiologische Modelle konzentriert, handelt es sich, wie es Hans Szewczyk besonders präzise herausarbeitete, bei der *Medizinischen Psychologie* eher um eine "*Psychologie vom Patienten*", bei der die Verarbeitung von Krankheit, Verletzung und Krankheitsfolgen und damit auch das persönliche Erleben, das Erleiden und Meistern von oft schwerst belastenden Situationen im Vordergrund stehen. Diese Sichtweise hat auch dazu geführt, daß sich die Klinische Psychologie in den traditionellen Feldern der Psychiatrie und Neurologie gewandelt hat, wie es im von Peter Jacobi herausgegebenen zweiten Band des Jahrbuchs der Medizinischen Psychologie "Psychologie in der Neurologie" deutlich wird. Die von Wyss in den siebziger Jahren an die Wand gemalte "Exekution des Subjekts" ist durch die Medizinische Psychologie also gerade nicht erfolgt.

Als Kehrseite dieser positiven Entwicklung sehe ich jedoch eine übermäßige Konzentration der Medizinischen Psychologie auf das *Coping*, wobei die Prozesse weit weniger beachtet werden als oft sehr vordergründige Coping-Verhaltensweisen, die zudem fast ausschließlich mit relativ kurzen halbstrukturierten Explorationen und oft schwerlich vergleichbaren Fragebogen erfaßt werden. Die Einbettung dieser Prozesse in übergeordnete Handlungsmodelle ist bislang nur sporadisch erfolgt, jedoch ergaben sich diesbezüglich auf dem Kongreß in Ulm, personifiziert durch die Kollegen Schröder und Eckensberger als Arbeitskreisleiter, erfreuliche Ansätze.

2.

Klinische Psychologie und Medizinische Psychologie haben eine zentrale und, wie ich meine, sehr problematische *Gemeinsamkeit*, nämlich die *Systemimmanenz*. In beiden Bereichen arbeiten die Fachleute in Forschung und Praxis innerhalb der jeweils vorgegebenen Systemstrukturen, von denen uns hier nur das Medizinsystem zu interessieren braucht. So gesehen ist die Medizinische Psychologie auf halbem Weg zwischen Klinischer und Gesundheitspsychologie stehengeblieben. Sie hat sich so sehr an ihre wesentliche "Entdeckung", den Patienten als Person, gewöhnt, daß sie dabei das *Individuum* in seiner Vielfalt ebenso wie die primäre Prävention etwa als *Public Health* aus den Augen verloren hat. Das Individuum, das nicht in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus anzutreffen ist, taucht in der Medizinischen Psychologie so gut wie nicht auf. Menschen sind aber erst in zweiter Linie und meist nur über bestimmte Zeiträume Patienten.

Um diese Gefahren zu verdeutlichen, will ich bei der Betrachtung des Medizinsystems gar nicht auf die oft problematisierten Arbeitskonzepte und die sozialpsychologische Situation mit ihren Hierarchien eingehen, sondern mich auf ganz wenige, auf den ersten Blick vielleicht peripher erscheinende Fakten von Gesundheitssystemen stützen.

Die *Gesundheitssysteme* und daraus sich ableitenden Rollen und Gestaltungsmöglichkeiten für Psychologinnen und Psychologen hängen zentral ab von den gesetzlichen Voraussetzungen und Bestimmungen des Versicherungswesens, Niederlassungswesens, Zusammenspiels von ambulanter und stationärer Versorgung usw., wie wir es als trauriges Lehrstück erleben, wenn den neuen Bundesländern unser System übergestülpt wird. Das nunmehr für ganz Deutschland wohl verbindliche Gesundheitssystem, das auch weithin die Medizinische Psychologie in ihren Forschungs- und Praxismöglichkeiten bestimmt, hat als Kernstück die private Niederlassung von meist einzelnen Ärzten mit einer fast staatlichen Finanzierung dieser Leistungen über die Versicherungssysteme und mit der durch die Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten Arztdichte. Ein solches System ist, wie Fachleute wie *Alber* mehrfach ausführten, nicht nur teuer und schwer zu steuern, da es ja weder vom Staat noch von den betroffenen Patienten wirklich gelenkt werden kann - sondern es erscheint darüber hinaus auch die interprofessionelle Zusammenarbeit und das Einbringen unterschiedlicher Konzepte einer Gesellschaft stark zu behindern. In den stationären Einrichtungen zeigt sich die interprofessionelle Konkurrenz nicht in gleichem Maße, und es verwundert deshalb auch nicht, daß sich die medizinisch-psychologische Forschung fast ausschließlich auf den stationären Bereich bezieht. Die heute sehr gute Kooperation hat aber unglücklicherweise bislang kaum zu einer Vermehrung der Stellen für Psychologinnen und Psychologen an Allgemeinkrankenhäusern geführt, die beispielsweise in

den Niederlanden eine Selbstverständlichkeit bedeuten.

Betrachten wir die europäische Landschaft der Gesundheitssysteme, so wird deutlich, daß diese extrem variieren und jeweils sehr unterschiedliche Implikationen nach sich ziehen. Ich will bei der Herausstellung von zwei recht groben Bereichen, nämlich der *Bettenzahl* und der *Operationszahl* bleiben. Gerade diese sehr einfach, formal erscheinenden Daten lassen aber vielleicht die Bedeutung von Systemen besonders klar hervortreten.

Die alte Bundesrepublik Deutschland hatte im Jahr 1987 über 13 Millionen *Fälle* mit mindestens einem stationären Krankenhausaufenthalt mit insgesamt über 200 Millionen Pflēgetagen. Dem entsprechen etwa 10 bis 11 Millionen unterschiedliche Individuen von ca. 65 Millionen Einwohnern zur damaligen Zeit.

Die jährlichen Krankenhaus-Aufnahmen betragen in der Bundesrepublik knapp 20% der Bevölkerung, in Spanien hingegen weniger als 10% und auch in den Niederlanden und Großbritannien nur 12-13%. Daraus resultiert aber - wie in den USA - keineswegs, daß bei uns die Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit besonders herausragten.

Inzwischen gibt es ernsthafte Belege dafür, daß umso mehr Kranke oder Krankheiten resultieren müssen, je teurer und "besser" das Medizinsystem ist. Das ist das Ergebnis der Überbetonung des apparativen und des kurativen Sektors gegenüber der Prävention einerseits und der Ausweitung des Krankheitsbegriffes andererseits. Wie Bruckenberg für den "Dauerpatient Krankenhaus" zeigt, werden mit größter Wahrscheinlichkeit alle Krankenhausbetten belegt und alle in der Medizin vorhandenen Methoden ausgeschöpft.

Betrachten wir noch kurz die *Operationshäufigkeiten* in den OECD-Ländern: In den Niederlanden werden pro 1000 der Bevölkerung mehr als 6x so viele Gallenoperationen durchgeführt wie in Dänemark und fast doppelt so viele Tonsillektomien, aber nur gut 1/2 der Apendektomien. Bei der Hysterektomie streut die Zahl von Japan bis USA um mehr als Faktor 6.

Die *Medizinische Psychologie* und noch viel stärker die sog. *Verhaltensmedizin* haben sich oft zu stark an das Medizinsystem adaptiert, die Fragestellungen und zuweilen auch die Untersuchungsmethoden aus der Medizin übernommen. Beispielsweise wird die *Compliance* in der Medizinischen Psychologie überwiegend als Versuch der Verbesserung der *Befolgung* medizinischer Normsetzungen angesehen und nicht im Sinne der Unterstützung der Entscheidungsfindung von mündigen Bürgern.

Ullrich (1990, S. 250), Psychologe am Kinderzentrum Hannover, schreibt, daß die falsche Grundannahme sei, "daß der Arzt legitimerweise das Patientenverhalten kontrolliere, also eine klare Subjekt-Objekt-Relation bestehe ... Statt auf die Gründe des Patienten-Versagens zu starren, müsse compliance abgelöst werden durch ein tatsächlich sozialwissenschaftliches Verständnis, das den jeweiligen Kontext systematisch einschließt."

Im Bereich der Medikamenteneinnahme hat dies zur Forderung einer *Sozialpharmakologie*

geführt, die etwa Huppmann (1989) detailliert begründet und die von Ellis Huber, dem Berliner Ärztekammerpräsidenten in "psychomed" kürzlich drastisch unterstrichen wurde.

Zielke & Mark (1991) haben sich mit Patientenkarrerien und iatrogenen Fixierungen, vor allem bei Organpatienten mit psychischen Störungen befaßt. Die von ihnen dokumentierten, oft erschreckend langen und ineffektiven Patientenkarrerien machen deutlich, daß unser System der Versorgung in der "ersten Linie" problematisch ist, daß die Ärzteschaft ein professionelles Übergewicht hat und damit auch die somatischen Konzepte dominieren. Interprofessionelle Polikliniken könnten ein Weg zur Abhilfe sein, aber ... siehe oben ...

Die *Gesundheitspsychologie* reicht hingegen über die jeweiligen medizinischen Systeme hinaus und hinterfragt sie kritisch. Gesundheitspsychologie kann man kurz charakterisieren als wissenschaftlich psychologische Disziplin, die sich befaßt mit:

- Risikoverhalten und Verhalten, das die Gesundheit fördert und stabilisiert,
- Kognitionen von Gesundheit und Krankheit,
- psychologischen Aspekten der Ökologie und der Umwelt im weiteren Sinne,
- primärer Prävention und Gesundheitsförderung,
- Analyse und Verbesserung von Gesundheitssystemen.

3.

Schluß:

Es geht nicht darum, im Spannungsfeld der Disziplinen Klinische Psychologie - Medizinische Psychologie - Gesundheitspsychologie die vorhandenen Ressourcen umzuverteilen. Vielmehr ist das Hauptanliegen die Verwirklichung wesentlicher Akzentuierungen, die Problematisierung gesamtgesellschaftlicher Wertehierarchien und Prozesse. Die Gesundheitspsychologie stellt somit vor allem einen anderen Blickpunkt dar und ist dabei teilweise bewußt utopisch. Sie fokussiert eher, *was sein soll, als, was ist*. Allerdings brauchen auch Luftschlösser wissenschaftliche Fundamente.

Die Gesundheitspsychologie kann die Medizinische Psychologie nicht ersetzen, da es immer Kranke und krankmachende Bedingungen geben wird. Insoweit ist vor einem "healthism" dringend zu warnen.

Kommen wir zur *GMP* zurück. Die Ziele der Gesundheitspsychologie sind schwerlich durch Kommissionen oder Arbeitskreise in der GMP alleine zu erreichen. Es würde mich freuen, wenn dieser Feiertag dazu anregen könnte, über Möglichkeiten der Implementierung der gesundheitspsychologischen Orientierung zu diskutieren.