

*Liebe Leserinnen und Leser,*

*ein frischgebackener, junger Arzt, der sich um ein schwerverletztes Unfall-opfer kümmern soll, ist in seinem Studium hervorragend auf die medizinische Versorgung des Patienten vorbereitet worden. Aber reichen seine über Multiple-Choice-Fragen überprüften Kenntnisse auch aus, um sich mit den emotionalen Problemen des Opfers und den Sorgen und Nöten der Verwandten auseinander zu setzen? Hat er in seinem Studium vorwiegend die Prüfungsfragen auswendig gelernt oder hat er auch die Fähigkeit erworben, mit seiner eigenen emotionalen Reaktion fertig zu werden, wenn ein durch einen Unfall verstümmeltes Kind in die Notfallambulanz eingeliefert wird; oder erweist er sich als kompetent, wenn es um die Sterbebegleitung eines an AIDS erkrankten jungen Homosexuellen geht? Ohne Frage ist es eine wichtige Aufgabe der Medizinischen Psychologie, Studenten auf den Umgang mit emotionalen Belastungen vorzubereiten und ihnen Kompetenzen zu vermitteln, die ihnen selbst und den Kranken bei der Bewältigung dieser Belastungen helfen. Diese Aufgabe geht weit über die Vermittlung kognitiver Inhalte hinaus.*

*Während die frühen Lehrbücher zu unserem Fach, Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts (z.B. von LORTZE, KRETSCHMER oder SCHILDER) der empirisch fundierten akademischen Psychologie eher fern standen, erfuhr die Medizinische Psychologie mit ihrer Einführung in den Gegenstandskatalog der ärztlichen Ausbildung nicht nur eine Aufwertung, sondern auch eine ungeahnte Ausweitung. Ziel war es insbesondere, die Medizinstudenten in das Denken der modernen, experimentell ausgerichteten Psychologie einzuweisen und ihnen diese Methoden nutzbar zu machen. In der frühen Pha-*

*se wurden die Themen wie in einem Puzzlespiel fast allen Bereichen der Psychologie entnommen. Beginnend bei A wie „Alphablockade“ über G wie „gate-control-theory“ oder U wie „Umstrukturierung“, bis hin zu Z wie „Zeigarnik-Effekt“, wurden die Studenten mit allem konfrontiert, was ihre aus unterschiedlichen Richtungen der Psychologie stammenden Professoren bei der Zusammenstellung der Prüfungsfragen für wichtig hielten. In den letzten Jahrzehnten konnten viele Erfahrungen mit diesem frühen Konzept gewonnen werden. Vieles hat sich als brauchbar erwiesen, allerdings wurden auch Stimmen laut, die darauf hinwiesen, dass manche Inhalte des bisherigen Gegenstandskataloges deutlich an den Bedürfnissen der heranwachsenden Mediziner vorbeigingen. Zunehmend häufiger wurde kritisch hinterfragt, ob es dem Arzt im Klinikalltag hilft, wenn er die Attributionstheorie von HEIDER gelernt hat, die Worte „Konfidenz“, „Kontingenz“ und „Konsistenz“ auseinanderhalten kann, oder wenn er die Formel für den Standardmessfehler reproduzieren und die Definition für „cluster sample“ aufsagen kann?*

*Die Medizinische Psychologie hat gerade in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend an eigenständigem Profil gewonnen. Eine wesentliche Entwicklung war hierbei, dass die einzelnen Institute ihren Platz in einem auf die Krankenversorgung ausgerichteten Klinikum erkämpfen mussten. An vielen Standorten ist dies gelungen und die Medizinische Psychologie steht als anerkanntes Fach gleichrangig neben den klinischen Einrichtungen. Als besonders wichtig erwies sich hierbei die stetige Kooperation mit verwandten Kliniken, etwa der Psychosomatik, der Psychiatrie oder der Neurologie.*

*Andere Lehrstuhlinhaber konnten schlüssig aufzeigen, dass auch eine wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Fächern, die nicht bereits die Bezeichnung „Psycho-“ oder „Neuro-“ im Namen tragen (wie z.B. Zahlheilkunde, Augen- oder HNO-Kliniken), äußerst sinnvoll und fruchtbringend sein kann. Darüber hinaus hat sich in anderen Standorten eine Kooperation mit den medizinischen Grundlagenfächern wie Physiologie, Biochemie und Immunologie als ertragreich erwiesen. Gerade die klinische Einbindung und die allmähliche Herausbildung eines eigenständigen Profils der Medizinischen Psychologie machte die Überarbeitung des bisherigen Gegenstandskataloges zwingend erforderlich. Die in enger Kooperation zwischen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und dem Institut für Medizinische und Pharmakologische Prüfungsfragen (IMPP) entwickelte neue Fassung wird nun in diesem Heft publiziert und damit erstmals der breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Diese Revision war längst überfällig. Trotz des ständigen Drucks, den Lernzielkatalog abzudecken und die Studierenden auf Multiple-Choice-Prüfungen vorzubereiten, wird seit langem an den meisten Instituten und Abteilungen großer Wert auf eine praxisbezogene Ausbildung der Studenten gelegt, in der Themen wie „Arzt-Patient-Interaktion“, „Gesprächsführung“ oder „Sterbebegleitung“ immer mehr Raum einnehmen. Der neue Gegenstandskatalog passt sich an diese Veränderungen der Schwerpunkte an, indem trockenes Wissen gekürzt und vor allem der Gesundheitspsychologie, den Theorien über Krankheitsverläufe, der Prävention und der Gesundheitsförderung sehr viel breiterer Raum gegeben wurde. Unabdingbar erschien*

*ein direkter Bezug des Lehrstoffs zu ärztlichen Handlungsfelder. Praxisrelevanz als Kriterium für die ärztliche Ausbildung ist sicherlich eine gerechtfertigte Forderung, die aber dennoch nicht immer einfach zu erfüllen ist und die für die Lehrenden und die Lernenden eine Anpassung an neue Aufgaben und Inhalte erfordert. Der neue GK verlangt aber keine völlige Umstellung*

*der Lehre. Bewährtes findet sich auch dort wieder und viele der scheinbar neuen Themen wurden – wie gesagt – oft ohnehin schon gelehrt. Unser Fach definiert sich in hohem Maße über die zu vermittelnden Gegenstände und den Prüfungskatalog. Ich persönlich sehe in der hier vorgelegten Neufassung die Chance, dass die Botschaften der Medizinische*

*Psychologie noch stärker als bisher in die Universitätskliniken hineingetragen werden und das ärztliche Handeln beeinflussen, so dass das Fach seinen Platz im Fächerkanon der Medizin festigen und erweitern kann.*

*Für die Schriftleitung:  
Erich Kasten*