

# Der neue Gegenstandskatalog „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“

*Elmar Brähler, Monika Bullinger, Wolf-Dieter Gerber, Bernhard Meyer-Probst, Peter Novak, Johannes Siegrist & Uwe Tewes*

## 1 Vorgeschichte

Der Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung (GK1) ist für die Identität der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von großer Bedeutung, auch wenn in den Kursen und Seminaren noch andere wichtige Lernziele vermittelt werden können und vermittelt werden sollen (vgl. DAHME et al., 1977).

Es gab bislang zwei Überarbeitungen der Urversion des Gegenstandskataloges von 1973, die nach langen Vorarbeiten 1977 bzw. 1988 in Kraft gesetzt wurden. Trotz aller Modernisierungsbemühungen spiegelten auch die neueren Fassungen immer noch das dem Zeitdruck geschuldete Grundkonzept der Urversion wider, Stoffgebiete aus der Soziologie und Psychologie zusammenzutragen, die für den Bereich der Medizin damals von Bedeutung schienen. WILDGRUBE kritisierte schon 1978 am Gegenstandskatalog Pseudostringenz, Theorielosigkeit und Fehlen wichtiger Bereiche.

Durch die mediznpsychologische und medizinsoziologische Forschung über mehrere Jahrzehnte und durch die mittlerweile gewonnene Praxis in mediznpsychologischen und medizinsoziologischen Handlungsfeldern kam es zu einer immer größer werdenden Differenz der Inhalte von Forschung und Praxis einerseits und den Gegenständen der Lehre, die offiziell im Gegenstandskatalog festgeschrieben waren. Dies wurde von vielen unserer Fachvertreter(innen) immer stärker beklagt (z.B. SCHEER, 1982; BRÄHLER, 1987). Gleichzeitig wurde von vielen Kollegen(innen) die Einengung des Unterrichtes auf die Vorklinik als sehr

kontraproduktiv für unsere Fächer gesehen.

Große Hoffnungen auf die Lösung dieser Probleme kamen auf, als vor über 10 Jahren die Diskussion über die Neufassung bzw. Novellierung der damaligen und gegenwärtig immer noch unveränderten Ärztlichen Approbationsordnung begann. Die Trennung von Vorklinik und Klinik sollte aufgehoben werden und eine Vernetzung verschiedener Fachgebiete erfolgen, horizontal wie vertikal. Als wichtig erkannte Fachgebiete sollten in das Medizinstudium integriert werden, wie z.B. Rehabilitation, Prävention, Public Health oder Geriatrie. Es bestand damals, vor allem durch die Vorarbeiten des Murrhardter Kreises die Hoffnung, den Anteil der „psychosozialen“ bzw. „sprechenden“ Medizin von ca. 7 % deutlich zu erhöhen nach nordamerikanischem Vorbild. Möglich schien auch zeitweise eine noch radikalere Änderung des Studiensystems, z.B. in Richtung Problemorientiertes Lernen (POL).

Im Verlauf des jahrelangen Diskussionsprozesses, der sich u.a. zwischen Fakultäten, Ärzteverbänden, Ministerien auf Bundes- und Landesebene, Bundesrat, Bundestag, AWMF und Fakultätentag abspielte, kam es statt der erwarteten Aufwertung unserer Fächer zu einer zeitweise massiven Bedrohung. Zeitweilig waren unsere Fächer, z.B. im Verlaufe des Jahres 1996, in den immer wieder neu vorgelegten Entwürfen für die neue Approbationsordnung fast völlig verschwunden.

Der schließlich Anfang 1998 entscheidungsreife Entwurf scheiterte schließlich nicht an parteipolitischen Gegensätzen, sondern an unüberbrückbaren Differenzen zwischen verschiedenen Länderministerien wegen der mit der Änderung erforderlichen Kapazitätsverminderung, d.h. der Senkung der Studentenzahlen. Der Entscheidungsprozess sollte unter der neuen Bundesregierung reaktiviert und der vorliegende Entwurf in Kraft ge-

setzt werden. Doch auch dieses Vorhaben wurde nicht realisiert und scheint wegen des inzwischen erfolgten Ministerinnenwechsels im Gesundheitsministerium auch nicht in absehbarer Zeit realisierbar. Geblieben ist von allen Reformanstrengungen immerhin die Verabschiedung der Modellklausel, die einige medizinische Fakultäten nutzen, um Modellstudiengänge zu erproben, wie z.B. Berlin oder München.

Der jetzt wohl endgültig gescheiterte Entwurf von 1998 hätte zwar eine leichte Stärkung unserer Fächer im Curriculum gebracht und es uns eventuell ermöglicht, neu aufgenommene Querschnittsfächer wie Rehabilitation, Prävention etc. mitzudefinieren und mitzugestalten. Andererseits war jedoch unsere Beteiligung an der Physikumsprüfung gefährdet, was den Stellenwert unserer Fächer sicher nicht erhöht hätte.

## 2 Die Neuformulierung der Gegenstandskataloge

Um unabhängig von der Verabschiedung einer Neuformulierung der Approbationsordnung die Reform des Studiums und der Studieninhalte zu befördern, beauftragte das IMPP die Sachverständigen der schriftlich im Physikum geprüften Fächer mit einer Reformulierung der Gegenstandskataloge. Neu war die Vorgabe einer „4. Spalte“, in der implizit die Notwendigkeit der im Katalog aufgenommenen Gegenstände und Inhalte für die Klinik und die spätere ärztliche Praxis belegt werden sollte. Die Intention dieser Vorgabe war das Ziel einer stärkeren Praxisorientierung des vorklinischen Studiums und die Förderung einer stärkeren Vernetzung von Vorklinik und Klinik.

Gesetzliche Grundlage für das Stoffgebiet unserer Fächer war und ist nach wie vor die Anlage 10 (zu § 23 Abs. 2 Satz 2) der Ärztlichen Approbationsordnung:

Korrespondenz bitte an: Prof. Dr. Elmar Brähler, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig, Liebigstr. 21, D-04103 Leipzig, e-mail: brae@medizin.uni-leipzig.de

IV. Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie

Ethologie, Psychophysiologie. Wahrnehmen, Lernen, Emotion und Motivation. Grundlagen psychologischer Methodik. Persönlichkeit, Persönlichkeitsentwicklung. Psychologische Grundlagen der Entstehung und Verarbeitung von Krankheit. Verbale und nonverbale Kommunikation. Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung.

Soziale Schichtung. Bevölkerungsstruktur. Rollenbeziehungen und -konflikte in den verschiedenen altersspezifischen Gruppenkonstellationen.

Die AutorInnen dieses Beitrags waren als Sachverständige des IMPP mit der Ausarbeitung betraut (MONIKA BULLINGER löste im Frühjahr 2000 BERNHARD MEYER-PROBST ab): In zahlreichen Sitzungen wurden Konzepte entworfen und verworfen und versucht, die sehr unterschiedlichen Positionen der Teilnehmer in einem tragfähigen Kompromiss zu bündeln. Die Fachvertreter beider Fächer und die Fachgesellschaften waren stets in den Diskussionsprozess eingebunden. Einwänden, Anregungen und Vorschlägen der KollegInnen haben wir versucht, möglichst weitgehend Rechnung zu tragen und sie einzubeziehen. Die horizontale Vernetzung mit anderen Fächern der Vorklinik (z.B. Physiologie) und die vertikale Vernetzung mit Fächern der Klinik (z.B. Sozialmedizin) war vom IMPP zunächst vorgesehen, es stellte sich jedoch im Verlauf der Zeit heraus, dass dies momentan noch nicht zu leisten ist.

Das Resultat unserer Bemühungen schlägt sich nieder in der Veröffentlichung des Gegenstandskataloges unserer Fächer durch das IMPP im Januar 2001, gemeinsam mit denen der anderen vorklinischen Fächer. Der nun gültige Gegenstandskatalog ist im Anhang abgedruckt. Er wird bereits ab der Prüfung im Herbst 2002 alleinverbindlich sein, bis dahin gilt (auch) noch die 3. Auflage. Der Unterricht kann jedoch ab sofort schon umgestellt werden.

3 Zur Konzeption des neuen GKZ

Der vorliegende Entwurf des neuen Gegenstandskatalogs (GK) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie beinhaltet – unter Berücksichtigung der empirischen und experimentellen Forschungsentwicklung der letzten 20 Jahre in den beiden Fächern – eine grundlegende Neuformulierung von Grob- und Feinzielen für das Medizinstudium. Dabei standen folgende Prämissen bei der Neuformulierung Pate:

Der neue GK berücksichtigt einerseits die neuen Erkenntnisse der medizinisch-psychologischen und medizinisch-soziologischen Forschung der letzten 20 Jahre sowie andererseits die derzeitigen gesundheitspolitischen, universitären Entwicklungen in der Lehre und Klinik. So findet sich in dem neuen GK eine lernzielorientierte und anwendungsorientierte (klinische) Schwerpunktbildung, die direkt auf die Belange der heutigen Medizin gerichtet ist, wobei sich für die Medizinstudenten vielfältige neue Lernziele ergeben, für die ein zeitgemäßes ärztliches Denken und Handeln erforderlich sind. Im Zeitalter der Gentechnologie etwa ist es für den heutigen Medizinstudenten wichtig, die biopsychosozialen Folgen dieser Entwicklung auch für den einzelnen Patienten abschätzen zu können (z.B. psychologische Folgen des Gentestes). Die enge Verbindung zwischen den beiden Fächern Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie wird unter der Berücksichtigung der oben genannten Prämisse in dem neuen GK deutlich. Anders als in dem früheren GK, aber auch in den anderen vorklinischen Fächern wurde bei dem neuen GK auf eine vielgliedrige, getrennte Unterteilung der zahlreichen Facetten der Psychologie und Soziologie verzichtet. Die vielfältigen Grundlagen dieser Fächer wurden den Grobzielen zugeordnet. Auf diesen Überlegungen basierend sollen Medizinstudenten *umfassende medizinisch-psychologische und -soziologische Kenntnisse über die Entstehung und den*

*Verlauf von Krankheiten, über die Grundlagen für professionelles medizinisches Handeln, auch im ärztlichen Alltag, sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung erwerben.*

4 Ausblick

Der neue GK wird sich bewähren müssen bei den schriftlichen Prüfungen, für die er ja in erster Linie konzipiert wurde, aber auch bei der Durchführung des Unterrichtes, vor allem aber der Vorlesungen. Es müssten auch rasch Lehrbücher vorgelegt werden, die dem neuen GK Rechnung tragen.

Schwer abzuschätzen sind die Folgen für das Verhältnis der beiden Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Durch die Formulierung des neuen GK sind wir zu mehr Zusammenarbeit angehalten, was Überforderungsängste hervorrufen kann. Es kann jedoch durchaus auch positive Auswirkungen durch die Horizonterweiterung auf die Forschung und Lehre in unseren Fächern haben.

Literatur

BRÄHLER, E. (1987). Medizinpsychologische Ausbildung von Medizinstudenten(innen) in der BRD. In: M. GEYER, H. HESS, W. KÖNIG & F. MAGNUSSEN (Hrsg.), *Der Therapie- und Ausbildungsprozeß – Forschung und Praxis* (S. 152–156). Leipzig: Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie.

DAHME, B., EHLERS, W., ENKE-FERCHLAND, E., ROSEMEIER, H.P., SCHEER, J.W., SCHMIDT, L.R. & WILDGRUBE, K. (1977). *Lernziele der Medizinischen Psychologie. Empfehlungen zu den Zielen und Methoden des Unterrichtes*. München: Urban & Schwarzenberg.

SCHEER, J.W. (1982). Gegenwärtige Lage, Probleme und Perspektiven des medizinisch-psychologischen Unterrichtes. *Medizinische Psychologie*, 8, 210–245.

WILDGRUBE, K. (1978). Zur Kritik am Gegenstandskatalog. In: K. BUSER & U. KAUL (Hrsg.), *Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie. Ein Kompendium zum Gegenstandskatalog der ärztlichen Vorprüfung* (S. 271–277). Stuttgart: G. Fischer.

# Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung (GK1)

## Teilkatalog „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“

### Stand: Januar 2001

*IMPP – Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen  
(Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts)*

Die Neuauflage des Gegenstandskatalogs (GK) für den schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung war seit langem überfällig. Die Aktualisierung wurde wiederholt zurückgestellt, weil eine Reform der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) mit veränderten Anforderungen an Struktur und Inhalte der GK mehrfach unmittelbar bevorzustehen schien. Weiteres Zuwarten war nun nicht länger vertretbar, weil einerseits die wissenschaftlichen Fortschritte, aber auch veränderte inhaltliche Akzente in manchen Stoffgebieten sich nun auch im GK wiederfinden sollen.

Zur Funktion des Katalogs ist klarzustellen, dass Grundlage für den schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung allein der in der jeweils gültigen Approbationsordnung für Ärzte festgelegte Prüfungsstoff (vgl. Anlage 10 zur ÄAppO) ist. Der GK ist als Erläuterung und Konkretisierung der dort in allgemeiner Form festgelegten Prüfungsthemen zu verstehen. Er ist damit als Hilfestellung sowohl bei der Prüfungsvorbereitung als auch bei der Gestaltung von Ausbildungsinhalten anzusehen und dient selbstverständlich auch als Richtschnur bei der Auswahl der Prüfungsthemen.

Die Herleitung der Stoffsammlung aus den Bestimmungen der derzeit gültigen ÄAppO wirkt sich in mehrfacher Weise auf Struktur und Inhalte des Katalogs aus. So konnten sich Konzepte einer „horizontalen Integration“ nicht in der vielfach gewünschten Weise niederschlagen,

denn die ÄAppO sieht (noch?) fächerorientierte Prüfungen vor. Auch Ansätze zu einer „vertikalen Integration“, die der vorliegende Entwurf für eine Reform der ÄAppO durch eine teilweise Neugestaltung des ersten Prüfungsabschnittes in Aussicht stellt, können sich in diesem GK nur zu einem geringen Teil abbilden. Teilweise wurde die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, der GK könne die humanbiologischen Grundlagen der Medizin ganzheitlich und gestützt auf eine oder wenige „mächtige Theorien“ beschreiben. Dass ein solches Anliegen nicht nur von hohem intellektuellem Reiz wäre, sondern auch wichtige didaktische Perspektiven eröffnen könnte, ist unbestritten. Da der GK jedoch als pragmatisches Werkzeug für die berufszugangsregelnden schriftlichen Prüfungen nach ÄAppO verstanden werden muss, sieht er sich durch solche anspruchsvollen Erwartungen wenigstens derzeit noch überfordert.

Erstmals wurde der Katalog durch eine vierte (rechte) Spalte ergänzt. Sie enthält stichwortartig „Anwendungsbeispiele“, mit denen der in Spalte 3 detaillierte Prüfungsstoff in Beziehung steht. Es kann sich hierbei im engeren Sinn um Bezüge handeln, die hohe klinische Relevanz besitzen oder denen wegen ihres Modellcharakters besonderer didaktischer Wert zukommt. Die rechte Spalte folgt weder einer eigenen Systematik, noch wird Vollständigkeit angestrebt. Stattdessen könnte sie als Anregung dafür dienen,

noch mehr als bisher über sinnvolle Schnittstellen zwischen den grundlagenwissenschaftlichen und späteren Ausbildungsabschnitten nachzudenken. Ein Eintrag in der rechten Spalte erweitert also nicht den Prüfungsstoff des entsprechenden Items. Der Sachverhalt kann aber an anderer Stelle in einem der Teile des GK für den schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung in den vorderen Spalten aufgeführt sein und somit beim dortigen Item zum Prüfungsstoff gehören.

Um jeglichem Missverständnis vorzubeugen, sei daher wiederholt: *Der in Betracht kommende Prüfungsstoff findet sich in den Spalten eins bis drei.*

Dessen ungeachtet können besonders wichtige Entwicklungen, wie sie in der lebendigen Wissenschaft ständig vor sich gehen, auch dann schon Prüfungsstoff sein, wenn sie dem Prüfungsstoffkatalog der Approbationsordnung für Ärzte zuzuordnen sind, im GK aber noch nicht aufgeführt werden.

Im Sinne einer angemessenen Übergangszeit wird beim schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung bis einschließlich Frühjahr 2002 noch der GK in der Fassung der 3. Auflage berücksichtigt.

An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich bei allen Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern bedanken, die (auch durch ihre Bereitschaft, nicht durchweg schmerzlose Kompromisse zu schließen) zum Gelingen dieses GK beigetragen haben.

## „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ (Inhaltsübersicht)

- 1 Entstehung und Verlauf von Krankheiten**
  - 1.1 Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit**
    - 1.1.1 Begriffsklärungen
    - 1.1.2 Die betroffene Person
    - 1.1.3 Die Medizin als Wissens- und Handlungssystem
    - 1.1.4 Die Gesellschaft
  - 1.2 Gesundheits- und Krankheitsmodelle**
    - 1.2.1 Verhaltensmodelle
    - 1.2.2 Biopsychologische Modelle
    - 1.2.3 Psychodynamische Modelle
    - 1.2.4 Sozialpsychologische Modelle
    - 1.2.5 Soziologische Modelle
  - 1.3 Methodische Grundlagen**
    - 1.3.1 Hypothesenbildung
    - 1.3.2 Operationalisierung
    - 1.3.3 Untersuchungskriterien
    - 1.3.4 Untersuchungsplanung
    - 1.3.5 Methoden der Datengewinnung
    - 1.3.6 Datenauswertung und -interpretation
    - 1.3.7 Ergebnisbewertung
  - 1.4 Theoretische Grundlagen**
    - 1.4.1 Biologische Grundlagen
    - 1.4.2 Lernen
    - 1.4.3 Kognition
    - 1.4.4 Emotion
    - 1.4.5 Motivation
    - 1.4.6 Persönlichkeit und Verhaltensstile
    - 1.4.7 Entwicklung und primäre Sozialisation (Kindheit)
- 1.4.8 Entwicklung und Sozialisation im Lebenslauf (Adoleszenz, mittleres Erwachsenenalter, Senium und sekundäre Sozialisation)
- 1.4.9 Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs
- 1.4.10 Sozialstrukturelle Determinanten des Lebenslaufs
- 2 Ärztliches Handeln**
  - 2.1 Arzt-Patient-Beziehung**
    - 2.1.1 Professionalisierung des Arztberufes
    - 2.1.2 Arztrolle
    - 2.1.3 Krankenrolle
    - 2.1.4 Kommunikation und Interaktion
    - 2.1.5 Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation
  - 2.2 Untersuchung und Gespräch**
    - 2.2.1 Erstkontakt
    - 2.2.2 Exploration und Anamnese
    - 2.2.3 Körperliche Untersuchung
  - 2.3 Urteilsbildung und Entscheidung**
    - 2.3.1 Arten der diagnostischen Entscheidung
    - 2.3.2 Grundlagen der Entscheidung
    - 2.3.3 Urteilsqualität und Qualitätskontrolle
    - 2.3.4 Entscheidungskonflikte
    - 2.3.5 Entscheidungsfehler
  - 2.4 Intervention**
    - 2.4.1 Ärztliche Beratung
    - 2.4.2 Patientenschulung
- 2.4.3 Psychotherapie
- 2.5 Besondere medizinische Situationen**
  - 2.5.1 Intensivmedizin
  - 2.5.2 Notfallmedizin
  - 2.5.3 Transplantationsmedizin
  - 2.5.4 Onkologie
  - 2.5.5 Humangenetische Beratung
  - 2.5.6 Reproduktionsmedizin
  - 2.5.7 Sexualmedizin
  - 2.5.8 Tod und Sterben, Trauer
- 2.6 Patient und Gesundheitssystem**
  - 2.6.1 Stadien des Hilfesuchens
  - 2.6.2 Bedarf und Nachfrage
  - 2.6.3. Patientenkarrieren im Versorgungssystem
  - 2.6.4. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
- 3 Förderung und Erhaltung von Gesundheit**
  - 3.1 Prävention**
    - 3.1.1 Präventionsbegriff
    - 3.1.2 Primäre Prävention
    - 3.1.3 Sekundäre Prävention
    - 3.1.4 Tertiäre Prävention/ Rehabilitation
    - 3.1.5 Formen psychosozialer Hilfen
    - 3.1.6 Sozialberatung
  - 3.2 Maßnahmen**
    - 3.2.1 Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung
    - 3.2.2 Verhaltensänderung
    - 3.2.3 Rehabilitation, Soziotherapie, Selbsthilfe und Pflege

„MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE UND MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE“

**1 Entstehung und Verlauf von Krankheiten**

**1.1 Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit**

1.1.1	Begriffsklärungen	Gesundheit und Krankheit als Dichotomie vs. Kontinuum (Abweichung von biologischen, verhaltensmäßigen oder sozialen Normen)  Ätiologie, Pathogenese, Risikofaktoren, protektive Faktoren, Resilienz, Chronifizierung, Rezidiv, Rehabilitation	WHO-Definition von Gesundheit
1.1.2	Die betroffene Person	Subjektives Befinden und Erleben (health and illness): Wohlbefinden, Handlungsvermögen, Beschwerden (Symptomwahrnehmung), Körperwahrnehmung (Interozeption, Propriozeption, Viszerozeption, Nozeption)  Subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität; implizite Krankheitstheorien  Emotionale und kognitive Einflüsse	Hypochondrie, Depression, Schmerz, Anhedonie, Somatisierungsstörung  SF-36-Fragebogen  Angst vor Krebs
1.1.3	Die Medizin als Wissens- und Handlungssystem	Medizinische Befunderhebung und Diagnose (health and disease): Anamnese, Exploration, Verhaltensbeobachtung, körperliche Untersuchung, medizinisch-diagnostische Verfahren (s.a. 2.2)  Grundzüge von Klassifikationssystemen für psychische und somatische Krankheiten (s. 2.3)  Konvergenz und Divergenz von subjektivem Befinden und medizinischem Befund („gesunde Kranke“, „kranke Gesunde“)	Laborwerte, bildgebende Verfahren (MRT, CT, PET); Reflexprüfung; Sozialanamnese  ICD und DSM  Somatisierungsstörung
1.1.4	Die Gesellschaft	Erfüllung bzw. Abweichung von sozialen Normen und Rollen (health and sickness)  Rechtliche Regelungen des Gesundheits- und Sozialsystems, Krankschreibung, Berentung  Soziokulturelle Bewertung von Gesundheit und Krankheit  Diskriminierung psychisch Kranker	Rollenerwartung, Devianzen; „Modekrankheiten“ (früher Hysterie, heute Bulimie)  Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung, Stigmatisierung  Geschlechtsspezifische Unterschiede; Pflegestufen  Umgang mit psychisch Kranken in totalitären Systemen
<b>1.2 Gesundheits- und Krankheitsmodelle</b>			
1.2.1	Verhaltensmodelle	Lerntheoretische und kognitionstheoretische Grundlagen (s. 1.4.2), respondentes, operantes, kognitives Modell  Verhaltensanalytisches Genesemodell (s.a. 2.2.2)  Verhaltensmedizinische Ansätze (z.B. Stressmanagement, kognitive Therapie)  Verhaltensgenetik	Immunkonditionierung, Konditionierung bei Chemotherapie  Entstehung von Panikstörungen  Verhaltenstherapie, Patientenschulung, Depressionstherapie, Schmerzbewältigung  Schizophrenie, Epilepsie
1.2.2	Biopsychologische Modelle	Subliminale Wahrnehmungsprozesse und Krankheit  Emotion, Stress und Krankheit (Stressoren, Stressreaktionen, Stress-Diathese-Modell, Homöostase-Allostase-Modell)	Sympathikusaktivierung und Herz-Kreislauf-Risiko; Noradrenalin und Depression

	Aktivations- und Bewusstseinszustände; Orientierungs- und Defensivreaktion, Habituation; Schlaf, zirkadianer Rhythmus, Chronobiologie	Posttraumatische Stressreaktion, Schlafapnoe
	Psychophysiologische, -endokrinologische und immunologische Zusammenhänge	Abstoßungsreaktionen bei Transplantaten
	Gehirn und Verhalten: neuropsychobiologische Grundlagen, Informationsverarbeitungs- und Aufmerksamkeitsprozesse, zentralnervöse Parameter, evozierte Potentiale, langsame Hirnpotentiale	Demenzen, chronische Folgen von Hirnläsionen
	Schmerz: Wahrnehmungsschwelle, Toleranz, Schmerzgedächtnis; revidiertes Gate-Control-Modell	Chronischer Schmerz, Phantomschmerz
1.2.3 Psychodynamische Modelle	Stadien der psychosexuellen Entwicklung, Drei-Instanzen-Modell, Triebmodell	Sexueller Kindesmissbrauch
	Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Verleugnung, Projektion und Sublimierung)	Konversionsstörungen, narzistische Störung, Beziehungsstörung; Psycho-traumatologie
	Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn	Rentenbegehren
1.2.4 Sozialpsychologische Modelle	Psychosoziale Einflüsse (soziale Rollen, Normen, Einstellungen) auf Gesundheit und Krankheit	AIDS-Kampagne: Einstellungen und Verhalten
	Psychische Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. Kontrollattribution, Selbstwirksamkeit, Optimismus)	Rolle von Optimismus und Hoffnung bei der Krankheitsbewältigung
	Soziale Risiko- und Schutzfaktoren: soziale Isolation, Rollenverlust (z.B. Arbeitslosigkeit), sozialer Rückhalt, soziale Anerkennung	Gesundheitliche Gefährdung bei Arbeitslosigkeit
	Einflüsse der gesellschaftlichen Opportunitätsstruktur (soziale Schichtung, soziale Netzwerke, Arbeitsmarkt, Bildungswesen)	Adipositas bei niedrigem Bildungsniveau, berufliche Belastungen
1.2.5 Soziologische Modelle	Einflüsse ökonomischer und ökologischer Umweltfaktoren (Industrialisierung, Urbanisierung, Globalisierung)	Unterschiedliche Lebenserwartung in Industrie- und Entwicklungsländern
<b>1.3 Methodische Grundlagen</b>		
1.3.1 Hypothesenbildung	Theorie- und Konstruktbildung, Ableitung der Fragestellung und Hypothesengenerierung	Einfluss präoperativer Angst auf den Krankheitsverlauf, Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen, Tabakkonsum und Tumorerkrankungen
	Hypothesenformen: deterministische und probabilistische Hypothesen, induktives vs. deduktives Vorgehen, Null-, Alternativhypothese	
	Prinzip der Falsifikation	
1.3.2 Operationalisierung	Definition von Variablen zur Messung von Konstrukten, Intelligenz als Konstrukt	Intelligenz, Depression, Ängstlichkeit
	Skalierung, Indexbildung	
	Visuelle Analogskala (bei Schmerz), Operationalisierung sozialer Schicht	Schmerz
	Antwortmodelle, Likert-Technik bei Erfassung von Lebensqualität	
1.3.3 Untersuchungskriterien	Testkonstruktion, Itemselektion, Skalenbildung	Beschwerdefragebogen, Beck-Depressionsskala

	Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Stabilität, Validität; Änderungssensitivität, Ökonomie	Expertenurteil
	Antwortmodelle	Expertenurteil, Likert-Technik bei der Erfassung der Lebensqualität, Anamnesebögen
	Messfehler und deren Kontrolle (s. 2.3)	
1.3.4	Untersuchungsplanung	Doppelblindstudie, multizentrische Studie, katamnestische Studie
	Studiendesign; Experiment und Quasiexperiment; Feldstudie, Längs- und Querschnittstudie, Kohortenuntersuchung, Einzelfallstudie, Evaluationsstudie	
	Randomisierte Studie	
	Stichprobengewinnung, -arten (Zufallsstichprobe, Quotenauswahl)	Mikrozensusbefragung
1.3.5	Methoden der Datengewinnung	Strukturiertes klinisches Interview
	Individual- und Aggregatdaten, Primär- und Sekundärdaten; Fremd- und Selbstbeurteilung	
	Interviewformen und -stile (qualitative und quantitative), Testverfahren, Befragung	Sozialanamnese
	Systematische und teilnehmende Beobachtung, Expertenurteil	Videoanalyse bei Paarkonflikten
	Erfassung psychophysiologischer Prozesse (z.B. Hormonbestimmung)	Hormonbestimmung im Speichel, Stressexperiment
1.3.6	Datenauswertung und -interpretation	Bestimmung des relativen Krebsrisikos bei Rauchern
	Quantitative Auswertungsverfahren: univariate Analyse (Verteilung, Mittelwert, Streuung), bivariate Analyse (Korrelation, Kreuztabellierung), multivariate Analyse (Regressionsanalyse, Kausalanalysen)	
	Qualitative Auswertungsverfahren: Inhaltsanalyse, Soziometrie, Tiefeninterviews, Dokumentenanalyse, Gruppendiskussionen	Archivmaterialien, Briefe, Krankenakten, Tonband- oder Videoaufzeichnungen
1.3.7	Ergebnisbewertung	Erstellung von Therapieempfehlungen
	Replizierbarkeit, Generalisierbarkeit, Kreuzvalidierung	
	Anwendungsprobleme (z.B. Effizienz, ethische Konsequenzen, Werturteilsproblematik); evidenzbasierte Medizin	Chemotherapie und Lebensqualität
<b>1.4 Theoretische Grundlagen</b>		
1.4.1	Biologische Grundlagen	Hemiplegie nach Schlaganfall, Sprachfunktionen, Linkshändigkeit, amnestische Syndrome
	Repräsentation psychischer Funktionen im Gehirn, Lateralisation, Hemisphärendominanz, neuronale Plastizität, Regeneration	
	Neurotransmitter und Verhalten: dopaminerges und serotonerges System	Depression und Serotonin
	Grundlagen genetischer Einflüsse auf das Verhalten	Genetischer Rezeptordefekt bei chronischem Alkoholismus; Genetik und Schizophrenie
1.4.2	Lernen	Kortikales Biofeedback; Übernahme von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen
	Klassische und operante Konditionierung; Neurobiologie der Verstärkung; Lernen durch Beobachtung, Lernen durch Einsicht, Modell-Lernen	
	Reizgeneralisierung und -diskrimination, Lernen durch Eigensteuerung/ Selbstverstärkung, Premackprinzip, semantische Konditionierung	Zahnbehandlungsangst
	Habituation, Dishabituation, Potentiation, Sensitivierung	Migräne

1.4.3 Kognition	<p>Neuropsychobiologische Grundlagen, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und –bewertung, Sprache, Gedächtnisformen, Gedächtniserwerb, Retention, Vergessen, Demenz</p> <p>Vorstellung, Konzeptbildung, Problemlösung</p> <p>Intelligenzformen, Intelligenztheorien</p>	<p>Amnesie, Aufmerksamkeitsstörungen, Aphasie; Therapie von Gedächtnisstörungen; Altersabbau der fluiden Intelligenz</p> <p>HAWIE</p>
1.4.4 Emotion	<p>Neurobiopsychologische Grundlagen, die Rolle von Hippocampus und Amygdala, bewusste und unbewusste Prozesse (Emotion, Gefühl, Affekt), Emotionstheorien</p> <p>Klassifikation von Emotionen, primäre und sekundäre Emotionen, spezielle Emotionen (Furcht und Angst, Aggression, Trauer)</p> <p>Emotion und Stressreaktion, erlernte Hilflosigkeit, Depression, soziale Kontrolle von Affekten</p>	<p>Angstentstehung, posttraumatische Belastungsreaktion, emotionale Hemmung und Implosion</p> <p>Verlusterlebnisse und Krankheit</p> <p>Erhöhte Gewaltbereitschaft bei sozialer Anomie</p>
1.4.5 Motivation	<p>Neurobiopsychologische Grundlagen, Motivationstheorien, Motivationshierarchie, Motivationskonflikte, Annäherungs-Vermeidungskonflikt; homöostatische und nichthomöostatische Triebe: Durst, Hunger, Sexualität</p> <p>Spezielle Motive: z.B. Belohnungsaufschub, Leistungsmotivation</p> <p>Sucht</p>	<p>Störungen des Essverhaltens (Anorexie), sexuelle Störungen</p> <p>Compliance, Selbstüberforderung und Krankheit</p> <p>Alkohol, Nikotin, Schmerzmittelmissbrauch</p>
1.4.6 Persönlichkeit und Verhaltensstile	<p>Psychodynamisches Modell, statistisches Modell, interaktionistisches Modell, lerntheoretisches Modell; State/Trait-Unterscheidung</p> <p>Selbstkonzept</p> <p>Verhaltensstile: Interferenzneigung, Feldabhängigkeit, Sensation-seeking, Sensitization/Repression, Feindseligkeit, übersteigertes Wettbewerbsstreben, passiv-resignativer Stil (s.a. 1.4.4: erlernte Hilflosigkeit)</p> <p>Persönlichkeitsentwicklung und -fehlentwicklung: Interaktion Person und soziale Umwelt</p>	<p>Ödipale Störung, abhängige Persönlichkeitsstörung</p> <p>Aktive Bewältigung der Krebskrankheit, koronargefährdendes Verhalten; Schmerzverhalten</p> <p>Dissosoziale Persönlichkeitsstörung</p>
1.4.7 Entwicklung und primäre Sozialisation (Kindheit)	<p>Neurobiopsychologische Grundlagen, intrauterine Entwicklung; psychosoziale Einflüsse auf Schwangerschaft und Geburt; prä-/postnatale Entwicklung, Maturation und Lernen (z.B. Fremdenangst, Trennungsangst, Sauberkeitserziehung)</p> <p>Frühkindliche Entwicklung und primäre Sozialisation: Sensorik, Motorik, Emotion und Bindungsverhalten, Kognition, Sprache und Denken, Internalisierung sozialer Normen, Leistungsmotivation, Moralentwicklung</p> <p>Soziokulturelle Einflüsse auf Entwicklung und Sozialisation: Erziehungsstile, Sprach- und Kommunikationsstile sowie Interaktionsmuster in Familie, Peergroup und Vorschule/Schule</p>	<p>Rauchen während der Schwangerschaft, niedriges Geburtsgewicht, Hospitalismus</p> <p>Frühkindliche Hirnschädigung, ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)</p> <p>Gewalt bei Kindern, Aggressivität</p>

	Gesellschaftliche Determinanten: Strukturwandel der Familie (z.B. Wandel der Geschlechtsrollen, Scheidung, Instabilität, Alleinerziehende), Einfluss der Medien	Depressives Verhalten im Kindesalter, Selbstunsicherheit
1.4.8	<p>Entwicklung und Sozialisation im Lebenslauf (Adoleszenz, mittleres Erwachsenenalter, Senium) und sekundäre Sozialisation</p> <p>Merkmale der Adoleszenz: Pubertät, Sexualität, Übernahme von und Identifikation mit Geschlechtsrollen, Entwicklungsprobleme persönlicher und sozialer Identität (Autonomie und Konformität), Ablösung und Ablösungskonflikte von der Herkunftsfamilie</p> <p>Gesundheitsriskantes Verhalten in der Adoleszenz (s. 3.1.2), Konformitätsdruck</p> <p>Staterwerb im frühen und mittleren Erwachsenenalter (Partner-, Familien-, Berufsrolle)</p> <p>Rollenkonflikte und psychosoziale Belastungen in Familie und Beruf (Anforderungskontrollmodell, Gratifikationskrisenmodell)</p> <p>Klimakterium, Midlife-crisis, normales und pathologisches Altern, psychosoziale Entwicklung im höheren Lebensalter, Kompetenzmodell des Alterns, selektive Optimierung durch Kompensation, soziale Lage alter Menschen (soziale Isolierung, Entwurzelung, Armut im Alter)</p>	<p>Anorexie, Bulimie</p> <p>Drogenkonsum, Suizidrisiko bei Jugendarbeitslosigkeit</p> <p>Doppelbelastung erwerbstätiger Mütter</p> <p>Frühpensionierung nach beruflicher Überforderung</p> <p>Hormonelle Störungen (z.B. Libidostörungen), vermehrte Arztbesuche, erhöhtes Sterberisiko nach Partnerverlust, Verwahrlosung</p>
1.4.9	<p>Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs</p> <p>Generatives Verhalten (Fertilität, Nuptialität, Mortalität, Letalität, Geburten- und Sterbeziffern, Geschlechtsproportion, Altenquote) und seine Determinanten</p> <p>Migration und Akkulturation</p> <p>Schema der demographischen Transformation (Abnahme der Kinderzahl, Zunahme der Lebenserwartung, Änderung des Familienzyklus)</p> <p>Demographisches Altern und Kompression der Morbidität, Folgen für die Sozial- und Gesundheitspolitik</p> <p>Entwicklung der Weltbevölkerung, Prognosemodelle, Folgen für die Bevölkerungspolitik</p>	<p>Säuglingssterblichkeit bei Armut</p> <p>Behinderungsfreie Lebenserwartung (DALY)</p> <p>Generationenvertrag</p> <p>Konflikt zwischen religiösen Normen und Geburtenkontrolle</p>
1.4.10	<p>Sozialstrukturelle Determinanten des Lebenslaufs</p> <p>Modernisierungsprozess von Gesellschaften (zweckrationales Handeln, Individualisierung), Übergang von der Industrie- zur Informationsgesellschaft</p> <p>Änderungen der Erwerbsstruktur (Arbeit, Leistung, Beruf, Erwerbsquote, Erwerbssektoren, Tertiarisierung, strukturelle Arbeitslosigkeit)</p> <p>Einfluss von Bildung auf Lebensstil und Gesundheit</p> <p>Soziale Differenzierung: soziale Schichten und neue soziale Ungleichheiten, vertikale Mobilität, Einkommensdisparität und soziale Randgruppen (Diskriminierung)</p>	<p>Gentechnik und Ethik; Internet und Gesundheit</p> <p>Erkrankungsrisiko bei Doppelbelastung erwerbstätiger Mütter</p> <p>Niedriger Zigarettenkonsum bei höherer Bildung</p> <p>Sozialer Abstieg bei Schizophrenie; soziale Ungleichheit und Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten; Schichtgradienten bei Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken</p>

**2 Ärztliches Handeln**

**2.1 Arzt-Patient-Beziehung**

2.1.1 Professionalisierung des Arztberufes	<p>Gesundheitsberufe als Dienstleistungsberufe, Merkmale des Professionalisierungsprozesses und Entprofessionalisierungstendenzen</p> <p>Chancen und Risiken der Spezialisierung, Berufsordnung als Aufgabe der Landespolitik, Zugangsregulation durch die Kassen</p> <p>Merkmale und Wandel von Organisationen, in denen der Arztberuf ausgeübt wird</p>	<p>Primärarzt, Gebietsarzt, Praxisnetze</p> <p>Konkurrenz und Ergänzung durch andere Heilberufe, Psychotherapeutengesetz, Fragmentierung von Versorgung und Verantwortung</p> <p>Tagesklinik, ambulantes Operieren</p>
2.1.2 Arztrolle	<p>Organisatorische und ökonomische Determinanten des ärztlichen Handelns, Bedeutung von Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit</p> <p>Normen der Arztrolle: funktionale Spezifität, affektive Neutralität, Universalismus, Kollektivitätsorientierung</p> <p>Motivation zum Arztberuf, berufliche Sozialisation zum Arzt (Professionalismus, Karriereerwartungen und Geschlechtsrollen)</p> <p>Ethische Entscheidungskonflikte ärztlichen Handelns</p> <p>Psychische Belastungen des Arztberufes (Rollenkonflikte, Helfersyndrom, Burn-out-Syndrom)</p>	<p>Auswirkungen des Vergütungssystems auf diagnostisches Handeln</p> <p>Hippokratischer Eid, Selbstbeschränkung des Gebietsarztes auf seine Zuständigkeit</p> <p>Altruismus</p> <p>Schwangerschaftsabbruch, Sterbehilfe bei Komapatienten</p> <p>Intensivstation, Onkologie</p>
2.1.3 Krankenrolle	<p>Merkmale der Krankenrolle: Entbindung von Rollenverpflichtungen, Verpflichtung zur Kooperation mit Ärzten, Bemühung um Wiederherstellung von Gesundheit</p> <p>Akut und chronisch Kranke: Krankheitsbewältigung (Coping) und Patientenkarriere (s.a. 3.1.4)</p> <p>Sekundärer Krankheitsgewinn, Aggravation, Simulation/Dissimulation, Attribution, subjektive Krankheitstheorien</p> <p>Wirtschaftliche, rechtliche und familiäre Einflüsse auf die Krankenrolle</p>	<p>Nichtbefolgen ärztlicher Ratschläge</p> <p>Häufiger Arztwechsel</p> <p>Gutachten bei Rentenbegehren</p> <p>Frühpensionierung infolge Personalabbau</p>
2.1.4 Kommunikation und Interaktion	<p>Funktionen der Kommunikation: Orientierung, Information, Kooperation</p> <p>Formen der Kommunikation: verbal/non-verbal, persönlich/medial, direkt/indirekt, mündlich/schriftlich</p> <p>Strukturen der Kommunikation: symmetrisch/asymmetrisch, direktiv/ nondirektiv; Empathie und Wertschätzung, Echtheit und Transparenz, Übertragung und Gegenübertragung, Vertrauen/Misstrauen</p> <p>Organisatorisch-institutionelle Rahmenbedingungen: Einzel- vs. Gruppengespräche, Paargespräch, ambulante vs. stationäre Versorgung, privates Umfeld (Hausbesuch)</p>	<p>Aufklärung, Informed Consent</p> <p>Diagnosemitteilung, Visitengespräch, Beratungsgespräch (Eduktion)</p> <p>Familientherapie</p>

	Soziokultureller Rahmen der Kommunikation: Sprachstile (Fachsprache/Alltagssprache, Schichtspezifität, elaborierter und restringierter Sprachcode), Kommunikation mit fremdsprachigen Kranken	Umgehen mit ausländischen Patienten
2.1.5 Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation	<p>Formen von Kooperation bei Kranken: passiv/aktiv, compliant vs. non-compliant, autonom vs. heteronom</p> <p>Formen von Kooperation bei Ärzten: patientenorientiert/technikorientiert</p> <p>Besondere kommunikative Anforderungen: Schwerkranke, Sterbende, Mitteilung von ungünstigen Diagnosen/ Behandlungen; Kommunikation mit Kindern</p> <p>Störungen der Kommunikation und Kooperation: organisatorisch-rechtliche Bedingungen; Fehlerquellen und Beurteilungsfehler, z.B. Haloeffekt, Projektion; ablehnende Kranke, Reaktanz des Arztes, Erwartungsenttäuschung des Kranken</p>	<p>Radiologische Praxis</p> <p>Gemeinschaftspraxis, Praxisorganisation</p> <p>Begleitung Sterbender auf der Intensivstation</p> <p>Gebührenordnung, Zeitdruck der Visite</p>
<b>2.2 Untersuchung und Gespräch</b>		
2.2.1 Erstkontakt	<p>Patientenperspektive: Erwartungen an den Arztbesuch, Krankheits- und Kontrollüberzeugungen (s. 1.2.4: Attribution und 3.1.2: Health-Belief-Modell), Vorerfahrungen und Vorkenntnisse</p> <p>Arztperspektive: erster/letzter Eindruck (Primacy-, Recency-Effekt), Stereotypen, Beurteilungsfehler (s. 2.2.2), Beurteilung der Angemessenheit des Beratungsanlasses</p>	<p>Arztwahl, Patientenkarriere</p> <p>Hinweise auf Alkoholkrankheit anhand Gesichtsfärbung</p>
2.2.2 Exploration und Anamnese	<p>Funktion: Datengewinnung, diagnostische und therapeutische Funktion, Differenzialdiagnose, Therapieplanung, Aufklärung, Edukation, emotionale Unterstützung</p> <p>Formen: Eigen-, Fremd-, Sozial-, Krankheits-, Entwicklungs-, Medikamentenanamnese, vertikale und horizontale Verhaltensanalyse (SORKC-Schema), Verhaltensbeobachtung</p> <p>Struktur: direktiv-nondirektiv, Fragestile (offen, geschlossen, Alternativfragen, Suggestivfragen)</p> <p>Schwierigkeiten: Sprachbarrieren, arztzentriert/patientenzentriert, Beobachtungs- und Beurteilungsfehler (z.B. Haloeffekt, Rosenthaleffekt)</p>	<p>Krankheitsanamnese in der Allgemeinpraxis</p> <p>Psychotherapieplanung</p> <p>Interview, Mitteilung von Diagnosen</p>
2.2.3 Körperliche Untersuchung	<p>Psychosoziale Aspekte aus Patientenperspektive: Intimität, Scham, Tabu, interkulturelle Unterschiede, Angst vor Eingriffen</p> <p>Psychosoziale Aspekte aus Arztperspektive: affektive Neutralität (Kontrolle aversiver Gefühle), Eingriffsrecht, soziokulturelle Barrieren</p>	<p>Gynäkologische Untersuchungen</p> <p>Übertragungsproblem</p>
<b>2.3 Urteilsbildung und Entscheidung</b>		
2.3.1 Arten der diagnostischen Entscheidung	Indikationsdiagnostik, Prozessdiagnostik, Ergebnisdiagnostik	Patientenbeurteilung, Labeling, Indikationsstellung, Genesemodell, Begutachtung, Befundabfassung, Verlaufsbeobachtungen

2.3.2	Grundlagen der Entscheidung	Klassifikationssysteme, Befunde, multiaxiales System für Kinder und Jugendliche, Anamneseverfahren, Tests, Hypothesenbildung	ICD, DSM
2.3.3	Urteilsqualität und Qualitätskontrolle	Additive und lineare Schlußfolgerungen, Informationsbasis ärztlicher Entscheidungen Verlaufsdokumentation, Katamnesen, Kriterien der Erfolgsmessung, Qualitätszirkel, Prozess- und Evaluationsforschung	Metaanalysen, Therapieleitlinien Tagebücher
2.3.4	Entscheidungskonflikte	Dissens zwischen Ärzten, funktionale und positionale Autorität, direkter vs. partizipativer Führungsstil, Verpflichtung gegenüber dem individuellen und allgemeinen Wohl (s.a. 2.1.2)	Kollegiale Entscheidungsfindung; Divergenz von Meinungen und Statusunterschiede; ärztliche Überweisungen an Psychologische Psychotherapeuten
2.3.5	Entscheidungsfehler	Urteilsfehler (s.a. 2.2.2: Beobachtungsfehler)	Nichterkennen von Suizidalität
<b>2.4 Interventionsformen</b>			
2.4.1	Ärztliche Beratung	Erklärungen zur Pathogenese, Diagnose und Behandlung, Gesundheitsberatung, Entscheidungsstufen des Hilfesuchens	Gefäß- und Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Ernährungsberatung
2.4.2	Patientenschulung	Patientenaufklärung; Patienteninformation, Patientenberatung, Patiententraining Ziele: differenziertes Krankheitswissen, verbessertes Krankheitsverhalten, erhöhte Lebensqualität, reduzierte Krankheitskosten, günstigere Krankheitsprognose, Entlastung von Bezugspersonen, Änderung von Einstellung und Verhalten	AIDS-Broschüren, Bücher, Videos, Veranstaltungen, TV Asthmaschulung, Diabetes mellitus, Adipositas
2.4.3	Psychotherapie	Psychotherapieformen: Verhaltenstherapie und kognitiv-behaviorale Therapien, Biofeedback, Entspannungstechniken, Hypnose, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; nondirektive Gesprächspsychotherapie, Systemische Familientherapie, Neuropsychologisches Training und weitere Verfahren	Habituationstraining bei Angstpatienten, Gruppentherapie, Partnertherapie, Verhaltenstherapie bei Kindern
<b>2.5 Besondere medizinische Situationen</b>			
2.5.1	Intensivmedizin	Der Patient auf der Intensivstation: psychosoziale Belastungsfaktoren (Reizmonotonie, Bewußtseinstrübung, Verlust der Intimsphäre, Informationsdefizit, Isolation), typische Abwehrmechanismen, Kinderstation, Traumatisierung Betreuungserfordernisse: Einbeziehung von Angehörigen, Kooperation mit psychosozialen Diensten, Kommunikations- und Informationsprobleme (v.a. bei Bewusstseinsveränderung) Belastungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal: Bewältigungsformen und Auswirkungen (z.B. Krankenstand, Fluktuation)	ICU (Intensive Care Unit)-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung Schlaganfall Burn-out-Symptome des Personals, Aufwachstationen
2.5.2	Notfallmedizin	Psychosoziale Merkmale medizinischer Notfallsituationen und mögliche Patientenreaktionen, insbesondere Schock (psychischer Ausnahmezustand) sowie verzögerte psychische Reaktionen, psychosoziale Vulnerabilität des Patienten Verbale Krisenintervention, Handlungs- und Entscheidungsdruck des Arztes, mögliche Fehlhandlungen, Notwendigkeit der Teamsupervision, Umgang mit plötzlichem Tod	Überbringung der Todesnachricht an Angehörige, Bitte um Organspende, Kommunikation mit Unfallverletzten Suizid, kindlicher Unfall

2.5.3	Transplantationsmedizin	<p>Psychosoziale Situation bei Nieren-, Leber-, Herz- und Knochenmarktransplantation</p> <p>Psychoimmunologische Aspekte der Transplantation, Immunkonditionierung</p> <p>Rechtliche und ethische Aspekte: Spender-Empfänger-Probleme, Wartezeit, Nachsorge, Veränderung des Körpererlebens</p>	<p>Lebensqualität nach Transplantation</p> <p>Veränderung der Persönlichkeit durch immunsuppressive Medikamente</p> <p>Lebendniere spende: Spender-Empfänger-Beziehung</p>
2.5.4	Onkologie	<p>Modelle der Krebsverarbeitung, psychoonkologische Interventionsformen</p>	<p>Imaginationstraining bei Chemotherapie</p>
2.5.5	Humangenetische Beratung	<p>Psychosoziale Aspekte (Erwartungen, sozialer Rückhalt, Ethik, Kommunikation, soziales Umfeld)</p> <p>Pränataldiagnostik und prädiktive Medizin</p> <p>Interdisziplinäre Beratung: Möglichkeiten und Risiken</p>	<p>Brustkrebs, pränatale Beratung</p> <p>Trisomie 21</p> <p>Teamberatung</p>
2.5.6	Reproduktionsmedizin	<p>Fertilität und Infertilität aus psychologischer Sicht, Kinderwunschmotive, Lebensplanung, generatives Verhalten, Belastungen, Ambiguitätstoleranz; psychologische Beratung; Risiken der Mehrlingsgeburt (psychosoziale Aspekte)</p>	<p>In-vitro-Fertilisation, ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection), hormonelle Stimulation</p>
2.5.7	Sexualmedizin	<p>Psychosexuelle Entwicklung, psychophysiologische Grundlagen sexueller Reaktionen, sozialer Wandel und Sexualität, Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten</p> <p>Sexualität bei organischer Krankheit</p> <p>Sexuelle Störungen: diagnostische und therapeutische Ansätze</p>	<p>Masters-Johnson, Impotenz, orale Kontrazeption für Jugendliche, Sexualität im Alter</p> <p>Operationsfolgen</p> <p>Sexualtherapie</p>
2.5.8	Tod und Sterben, Trauer	<p>Phasenmodelle, Trauerverarbeitung (Angst, Anpassungs- und Abwehrmechanismen), Pufferhypothese</p> <p>alters-, geschlechts- und kulturabhängige Todesvorstellungen, Sterbe- und Trauerrituale im Wandel, Begriff der Euthanasie</p> <p>Rolle der Selbsterfahrung des medizinischen Personals zu Sterben und Tod (z.B. Sterbemeditation), Prinzipien der ärztlichen Sterbebetreuung, Hospiz</p> <p>Trauerreaktion der Hinterbliebenen: Trauerberatung als Aufgabe des Hausarztes, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppe; das unheilbar kranke Kind und seine Eltern</p>	<p>Patientenwunsch, zu Hause zu sterben, Morphiumgabe bei Krebs Schmerzen, Psychoonkologie bei Kindern</p> <p>Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer, Patientenverfügungen</p> <p>Balintgruppen, Gesprächspsychotherapie</p> <p>Verwaiste Eltern</p>

## 2.6 Patient und Gesundheitssystem

2.6.1	Stadien des Hilfesuchens	<p>Symptomaufmerksamkeit und Laienätiologie, Entscheidungsstufen</p> <p>Rolle von Information und Motivation, psychosoziale Einflüsse auf verzögertes Hilfesuchen</p> <p>Determinanten der Inanspruchnahme von Ärzten</p> <p>Motive für die Inanspruchnahme komplementärer und alternativer Heilkunde, Hilfesuchen außerhalb der Schulmedizin</p>	<p>Verdrängen von Warnzeichen (z.B. Knoten in der Brust)</p> <p>Medien, Health-Belief-Modell</p> <p>Leistungskatalog der Krankenversicherung</p> <p>Akupunktur, Ayurveda, Naturheilverfahren</p>
-------	--------------------------	---	--

2.6.2	Bedarf und Nachfrage	<p>Bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung</p> <p>Gründe für Diskrepanz zwischen Bedarf und Nachfrage (over-/underutilization)</p> <p>Einfluss von Ärzteangebot (angebotsinduzierte Nachfrage) und Spezialisierung, finanzielle und rechtliche Anreize und Restriktionen</p> <p>Medikalisierung und iatrogene Einflüsse, ärztliche Entscheidungsregeln (Fehler erster und zweiter Art)</p>	<p>Zunahme von Bypass-Operationen</p> <p>Der hypochondrische Patient, der indolente Patient</p> <p>Häufiges Wiedereinbestellen von Patienten</p> <p>Angst des Arztes vor Fehlurteil (Diagnostizierung Kranker als gesund)</p>
2.6.3	Patientenkarrieren im Versorgungssystem	<p>Primärarztfunktion und ärztliches Überweisungsverhalten</p> <p>Einfluss ärztlicher Spezialisierung und Kooperation auf Behandlung</p> <p>Schnittstellenproblematik bei chronisch Kranken</p> <p>Strukturelle Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems</p>	<p>Freie Arztwahl vs. Zuweisung, Patientenkarriere</p> <p>Schwerpunktpraxen</p> <p>Verzögerte Arztbriefe nach Krankenhausentlassung</p> <p>Krankheitskosten des stationären Sektors</p>
2.6.4	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	<p>Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</p> <p>Grundprinzipien evidenzbasierter Medizin (s.a. 1.3.7)</p> <p>Peer Review, Supervision, interne und externe Qualitätskontrolle und Konflikte</p> <p>Patientenzufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als zusätzliche Beurteilungsparameter</p> <p>Qualitätswettbewerb, Kostendruck und organisatorischer Wandel im Gesundheitswesen</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis einer Therapie</p> <p>Qualitätszirkel</p> <p>Dimensionen der Patientenzufriedenheit, Qualitätsangepasste Lebensjahre (QALY)</p> <p>Managed Care</p>

### 3 Förderung und Erhaltung von Gesundheit

#### 3.1 Prävention

3.1.1	Präventionsbegriff	<p>Formen der Prävention (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention)</p>	<p>Bedeutung für die Gesundheitsversorgung</p>
3.1.2	Primäre Prävention	<p>Gesundheit als gesellschaftlicher Wert und als persönliches Kapital</p> <p>Protektion, Resilienz, Salutogenese</p> <p>Gruppendruck, soziale Normen und Sanktionen bei gesundheitsrelevantem Verhalten, Adoleszenz als kritische Phase</p> <p>Konzept des gesundheitsbezogenen Lebensstils; Bedeutung bei der Entstehung chronisch degenerativer Krankheiten</p> <p>Modelle gesundheitsrelevanten Verhaltens: Health-Belief-Modell, Modell des geplanten Verhaltens, Modell der Selbstwirksamkeit bzw. der Kompetenzerwartung, Modell des sozialen Vergleichsprozesses; psychosoziale Stressbelastung und gesundheitsschädigendes Verhalten (z.B. Sucht)</p>	<p>Erlebte Gesundheit</p> <p>Krankenstand in Betrieben</p> <p>Drogenkonsum als Initiation in der Peer Group</p> <p>Gesundheitsbewusste Ernährung als Strukturmerkmal einer Subkultur (z.B. Vegetarier)</p> <p>Alkoholabhängigkeit bei beruflichem Misserfolg</p>

3.1.3 Sekundäre Prävention	<p>Risiko- und Schutzfaktoren der Erkrankung: gruppenbezogene und individuelle Betrachtung (prädiktive Medizin)</p> <p>Kriterien für das Vorliegen einer kausalen Beziehung zwischen Risikofaktor und Krankheit, Begriff des relativen Risikos, prospektive und retrospektive epidemiologische Studie, analytische und interventionelle Epidemiologie</p> <p>Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten, Widerstände gegen Verhaltensänderung bei Risikogruppen und Stufenmodell der Verhaltensänderung, Modell der Verhaltensvorhersage, Theorie der kognitiven Dissonanz</p>	<p>Bluthochdruck und Schlaganfall, BRCA 1-Gen</p> <p>Nordkarelien-Studie zur Senkung des koronaren Risikos</p> <p>Noncompliance bei chronischen Krankheiten</p>
3.1.4 Tertiäre Prävention/ Rehabilitation	<p>Chronische Krankheit und Behinderung: Schädigung, funktionale Einschränkung, soziale Beeinträchtigung (Impairment, Disability, Handicap)</p> <p>Personale Krankheitsbewältigung (Coping): Anpassung, Kompensation und Reorganisation sowie unterschiedliche „Krankenkarrerien“ und deren psychosoziale Determinanten</p> <p>Interpersonelle Bewältigung: Partnerschaft und Familie, soziale Netzwerke und sozialer Rückhalt</p> <p>Chronifizierung und Prävention</p> <p>Soziale Folgen chronischer Krankheit: Rehabilitation vs. sozialer Ausschluss, Abwärtsmobilität und soziale Isolation, Stigmatisierung (primäre und sekundäre Abweichung)</p> <p>Psychosoziale Einflüsse auf Krankheitsverlauf und Mortalität</p>	<p>Compliance bei Diabetikern</p> <p>Umschulung nach unfallbedingter Behinderung</p> <p>Rezidivrisiko Schizophrener bei hoher Emotionsdichte (Expressed Emotions) Angehöriger</p> <p>Arbeitslosigkeit bei Körperbehinderten</p> <p>Partnerverlust nach Brustamputation; Schlaganfall</p> <p>Höhere Überlebenschancen nach Herzoperation bei Patienten mit gutem sozialem Rückhalt</p>
3.1.5 Formen psychosozialer Hilfen	<p>Krisenintervention, Prävention, Rehabilitation unter Berücksichtigung der institutionellen Rahmenbedingungen (ambulant vs. stationär) und des Krankheitsverlaufs (akut vs. chronisch)</p> <p>Soziale Unterstützung (Social Support)</p>	<p>Psychosoziale und genetische Beratung bei Brustkrebspatienten</p> <p>Selbsthilfegruppen</p>
3.1.6 Sozialberatung	<p>Institutionen, Systeme: Schule, Familie, Individuum, Gruppe, Gemeinde</p>	<p>Deutsche Krebshilfe</p>
<b>3.2 Maßnahmen</b>		
3.2.1 Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung	<p>Gesundheitserziehung (Eduktion) und Gesundheitsbildung: verantwortliche Organisationen, Zielgruppen und Verfahrensweisen (auch: Neue Medien)</p> <p>Gesundheitsförderung in Organisationen (Schulen, Betriebe): neue Aufgaben der Organisations- und Personalentwicklung</p> <p>Gesundheitsförderung in der Kommune</p> <p>Unterschiedliche Wirksamkeit struktureller vs. personaler Gesundheitsförderung</p>	<p>Einschränkung der Zigarettenwerbung, BZgA-Kampagne für Kondombenutzung</p> <p>Information zur Förderung des Nichtrauchens, Suchtprävention in Schulen; Schutzimpfungen; betriebliche Gesundheitsförderung</p> <p>Gesunde-Städte-Programm der Weltgesundheitsorganisation</p> <p>Anschnallpflicht beim Autofahren</p>

	Einsatz von Screening-Verfahren (Krankheitsprävalenz, Spezifität und Sensitivität von Tests, positiver und negativer Prädiktionwert)	Früherkennungsuntersuchung bei Brustkrebs, Iodprophylaxe und Mundgesundheit
	Ethische und ökonomische Probleme der Prävention; Entwicklungsbedarf präventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen	Medikamenteneinnahme bei Gesunden
3.2.2	Verhaltensänderung	
	Verhaltenstherapeutische Ansätze (operante Lernprogramme, Selbstsicherheitstraining, Stressbewältigungstraining, Problemlösestraining)	Biofeedback bei Bluthochdrucksenkung, Rauchertrainingsprogramme
	Gruppentherapie und Einfluss gruppenspezifischer Prozesse	Diabetikerschulung
	Rolle der Ärzteschaft, Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen	Therapeutisches Team in der stationären Rehabilitation
3.2.3	Rehabilitation, Sozialtherapie, Selbsthilfe und Pflege	
	Rehabilitationskonzepte und -einrichtungen (z.B. Konzept der gemeindenahen Versorgung, kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen), stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	Wohngruppen bei psychisch Kranken, Suchttherapie
	Beratungsangebote an chronisch Kranke: Aufgaben für niedergelassene Ärzte und öffentlichen Gesundheitsdienst	AIDS-Hilfe
	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen (therapeutische Angebote; informelle vs. formelle Selbsthilfegruppen); Mitwirkung von Patientenvertretern im Gesundheitswesen	Anonyme Alkoholiker
	Pflegeversicherung und Pflegeeinrichtungen (ambulante, stationäre Pflege, Hospiz)	Sozialstationen
	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen, Begutachtung), Pflegequalität	Zeitdruck in der ambulanten Pflege
	Psychosoziale Belastungen der Pflege (bei Angehörigen, bei Professionellen)	Pflege Demenzkranker durch Angehörige