

imppp

**INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND
PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN**

Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts • Mainz

IMPP-GEGENSTANDSKATALOG (IMPP-GK 1)
für den schriftlichen Teil des

ERSTEN ABSCHNITTS DER ÄRZTLICHEN PRÜFUNG
(ÄAppO vom 27. Juni 2002)

**Teilkatalog „Grundlagen der Medizinischen Psychologie
und der Medizinischen Soziologie“**

**2. Auflage
März 2010**



Vorwort zur Zweiten Auflage

In der nun vorliegenden zweiten Auflage des Teilkatalogs „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ des IMPP-GK für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wurden - unter Beibehaltung der allgemeinen Struktur - eine Vielzahl von Begriffen aktualisiert und präzisiert sowie einige Themengebiete an besser geeigneter Stelle abgehandelt.

Bis einschließlich Frühjahr 2011 wird den Prüfungen ausschließlich die erste Auflage zugrunde gelegt. Die Prüfungen Herbst 2011 sowie Frühjahr 2012 berücksichtigen beide Auflagen in der Weise, dass die Examina sowohl der ersten als auch der zweiten Auflage entsprechen. Ab Herbst 2012 gilt nur noch die zweite Auflage.

Vorwort zur Ersten Auflage

Die Vorgaben zum schriftlichen Teil des neuen Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 27. Juni 2002 sind weitgehend denjenigen zum schriftlichen Teil der bisherigen Ärztlichen Vorprüfung in der zuletzt am 27. April 2002 geänderten ÄAppO vom 14. Juli 1987 nachgebildet. Bereits in der Ärztlichen Vorprüfung konzentrierte sich die Prüfung der naturwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen zunehmend in Verbindung mit klinischen Fragestellungen auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte (vgl. § 22 Abs. 3 ÄAppO vom 27. Juni 2002). Der Übergang vom schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung zu dem des neuen Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird also ganz gezielt in harmonischer Anbindung erfolgen.

Ein wichtiger Schritt hierfür war die im Januar 2001 veröffentlichte 4. Auflage des IMPP-Gegenstandskatalogs (IMPP-GK) für den schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung. 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 dieses IMPP-GK 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 des IMPP-Gegenstandskatalogs.***

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 IMPP-GK aber noch nicht aufgeführt werden. Es sei deutlich darauf hingewiesen, dass Grundlage für den schriftlichen Teil des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung allein der in der ÄAppO festgelegte Prüfungsstoff ist (Anlage 10 der neuen ÄAppO). Der IMPP-GK 1 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 schriftlichen Prüfungsthemen.

In Anlage 9 und 10 der neuen ÄAppO wird das Teilgebiet II nunmehr „Chemie für Mediziner und Biochemie/ Molekularbiologie“ statt „Chemie für Mediziner und Biochemie“ genannt, um die Bedeu-

tung der Molekularbiologie für die moderne Medizin zu unterstreichen. Im IMPP-GK 1 wurde die neue Bezeichnung für den Teilkatalog entsprechend übernommen. Eine weitere Änderung erübrigte sich. „Molekularbiologie und Zellbiologie“ war und ist die vierte von fünf Zwischenüberschriften im zugehörigen Teilkatalog. Außerdem heißt es in Anlage 10 der neuen ÄAppO im Teilgebiet III jetzt „Grundlagen der Humangenetik. Genetik“ statt bisher „Genetik“, um die Bedeutung der Humangenetik für die moderne Medizin zu unterstreichen. Im IMPP-GK-Teil „Biologie für Mediziner“ finden sich unverändert die Grundlagen der Humangenetik im Kapitel 2. Nur dessen Überschrift wurde von „Genetik“ in „Genetik / Grundlagen der Humangenetik“ geändert. Von einigen verbesserten Schreibweisen abgesehen erfolgten keine weiteren Änderungen.

Auch wenn der IMPP-GK vorerst praktisch unverändert bleibt, heißt dies nicht, dass der schriftliche Teil des neuen Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung derselbe wie der bisherige schriftliche Teil der Ärztlichen Vorprüfung bleiben wird. Eine harmonische Anbindung wird zwar erfolgen, aber die Fragestellungen in den Prüfungsaufgaben werden sich weiter verändern. In welche Richtung dies erfolgen wird, verdeutlicht der allgemeine Teil im „Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ (Anlage 10 der ÄAppO vom 27. Juni 2002):

Prüfungsaufgaben zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung betreffen das medizinische Grundlagenwissen über die Körperfunktionen, insbesondere sind die naturwissenschaftlichen Fächer auf die medizinisch relevanten Inhalte auszurichten. Die Prüfungen schließen Aspekte ein, die die Verknüpfung dieses Grundlagenwissens mit klinischen Anteilen sichern, wie

- *Methodik, Durchführung und Ergebnisse der körperlichen Untersuchung und weiterer diagnostischer Verfahren (z.B. diagnostische Eingriffe; laborgestützte, bildgebende, elektrophysiologische und andere apparative Diagnostik; grundlegende psychodiagnostische Ansätze),*
- *therapeutische einschließlich pharmakotherapeutische Interventionen,*
- *das Verständnis von Krankheitsentstehung, -bewältigung und -prävention,*
- *die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung.*

"GRUNDLAGEN DER MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE UND MEDIZINISCHEN SOZIOLOGIE" (Inhaltsübersicht)

1 Entstehung und Verlauf von Krankheiten

1.1 *Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit*

- 1.1.1 Gesundheit und Krankheit
- 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 Psychobiologische 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 Testdiagnostik
- 1.3.4 Untersuchungsplanung
- 1.3.5 Sozialwissenschaftliche Methoden der Datengewinnung
- 1.3.6 Psychobiologische Methoden der Datengewinnung
- 1.3.7 Datenauswertung und -interpretation
- 1.3.8 Ergebnisbewertung

1.4 *Theoretische Grundlagen*

- 1.4.1 Psychobiologische 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 Ärztliche Berufstätigkeit
- 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 Grundlagen der diagnostischen Entscheidung
- 2.3.2 Urteilsqualität

2.4 *Interventionsformen und besondere medizinische Situationen*

- 2.4.1 Ärztliche Beratung und Patientenschulung
- 2.4.2 Psychotherapie
- 2.4.3 Intensiv- und Notfallmedizin
- 2.4.4 Transplantationsmedizin und Onkologie
- 2.4.5 Humangenetische Beratung und Reproduktionsmedizin
- 2.4.6 Sexualmedizin
- 2.4.7 Tod und Sterben, Trauer

2.5 *Patient und Gesundheitssystem*

- 2.5.1 Stadien des Hilfesuchens
- 2.5.2. Bedarf und Nachfrage
- 2.5.3. Patientenkarrieren im Versorgungssystem
- 2.5.4. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

3 *Förderung und Erhaltung von Gesundheit*

3.1 *Prävention*

- 3.1.1 Präventionsbegriff
- 3.1.2 Modelle gesundheitsrelevanten Verhaltens
- 3.1.3 Primäre Prävention
- 3.1.4 Sekundäre Prävention
- 3.1.5 Tertiäre Prävention
- 3.1.6 Rehabilitation

3.2 *Maßnahmen*

- 3.2.1 Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung
- 3.2.2 Rehabilitation, Selbsthilfe und Pflege

1	<u>Entstehung und Verlauf von Krankheiten</u>		
1.1	Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit		
1.1.1	Gesundheit und Krankheit	<p>Gesundheit und Krankheit als Dichotomie vs. Kontinuum (Abweichung von biologischen, verhaltensmäßigen oder sozialen Normen)</p> <p>Definitionen von Gesundheit</p> <p>Begriffserklärungen: Ätiologie, Pathogenese, Risikofaktoren, protektive Faktoren, Resilienz, Chronifizierung, Rezidiv, Remission</p> <p>Biopsychosoziales Modell</p>	
1.1.2	Die betroffene Person	<p>Subjektives Befinden und Erleben (health and illness): Wohlbefinden, Handlungsvermögen, Beschwerden (Symptomwahrnehmung), Körperwahrnehmung (Interozeption, Propriozeption, Viszerozeption, Nozizeption)</p> <p>Subjektive Gesundheit; gesundheitsbezogene Lebensqualität; subjektive Krankheitstheorien</p> <p>Emotionale und kognitive Einflüsse</p> <p>Depression; Hypochondrie; somatoforme Störung; Schmerz</p>	<p>Gesundheit und Lebensstil; Hypoglykämie</p> <p>SF-36-Fragebogen</p> <p>Angst vor Krebs</p>
1.1.3	Die Medizin als Wissens- und Handlungssystem	<p>Medizinische Befunderhebung und Diagnose (health and disease): Anamnese, Exploration, Verhaltensbeobachtung, körperliche Untersuchung, medizinisch-diagnostische Verfahren (s.a. 2.2)</p> <p>Grundzüge von Klassifikationssystemen für psychische und somatische Krankheiten (s.a. 2.3)</p> <p>Konvergenz und Divergenz von subjektivem Befinden und medizinischem Befund ("gesunde Kranke", "kranke Gesunde"); Somatisierung</p>	<p>Laborwerte, Elektrophysiologie, bildgebende Verfahren (MRT, CT, PET); Reflexprüfung; biographische und Sozialanamnese</p> <p>ICD und DSM; ICF</p>
1.1.4	Die Gesellschaft	<p>Erfüllung bzw. Abweichung von sozialen Normen und Rollen (health and sickness)</p> <p>Rechtliche Regelungen des Gesundheits- und Sozialsystems; Krankenschreibung; Berentung</p> <p>Soziokulturelle Bewertung von Gesundheit und Krankheit</p> <p>Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker und Behinderter</p>	<p>Rollenerwartung; Devianzen</p> <p>Erwerbsunfähigkeit; Frühberentung; Stigmatisierung</p> <p>Geschlechtsspezifische Unterschiede; Pflegestufen; Krankheit und Migration</p> <p>Awareness-Programme gegen die Diskriminierung</p>

1.2	Gesundheits- und Krankheitsmodelle		
1.2.1	Verhaltensmodelle	<p>Lerntheoretische und kognitionstheoretische Grundlagen (s.a. 1.4.2); respondentes, operantes, kognitives Modell</p> <p>Verhaltensanalytisches Genesemodell (s.a. 2.2.2)</p> <p>Verhaltensmedizinische Ansätze (z.B. Stressmanagement, kognitive Therapie, Biofeedbacktherapie)</p> <p>Verhaltensgenetik</p>	<p>Konditionierung bei Chemotherapie; Konditionierung von Schmerzverhalten</p> <p>Entstehung von Panikstörungen</p> <p>Verhaltenstherapie; Patientenschulung; Depressionstherapie; Schmerzbewältigung</p> <p>Schizophrenie; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, Hyperkinetische Störungen)</p>
1.2.2	Psychobiologische Modelle	<p>Emotion, Stress und Krankheit (Stressoren, Stressreaktionen, Stress-Diathese-Modell, Homöostase-Allostase-Modell)</p> <p>Schmerz: Wahrnehmungsschwelle, Toleranz, Schmerzgedächtnis, revidiertes Gate-Control-Modell, dysfunktionale Kognitionen, maladaptives Schmerzverhalten</p>	<p>Sympathikusaktivierung und Herz-Kreislauf-Risiko; neurobiologische Modelle der Depression; stressmindernde Wirkung von Oxytocin und sozialer Unterstützung</p> <p>Chronischer Schmerz; Phantomschmerz</p>
1.2.3	Psychodynamische Modelle	<p>Psychoanalytische Entwicklungspsychologie; psychodynamische Persönlichkeitsmodelle; Trieb-, Ich-, selbst- und objekt-psychologische Modelle</p> <p>Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Verleugnung, Projektion und Sublimierung)</p> <p>Struktur und Konflikt</p>	<p>Konversionsstörungen; narzisstische Störung; Psychotraumatologie</p> <p>Persönlichkeitsstörungen</p>
1.2.4	Sozialpsychologische Modelle	<p>Psychosoziale Einflüsse (soziale Rollen, Normen, Einstellungen) auf Gesundheit und Krankheit</p> <p>Psychische Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Optimismus)</p> <p>Soziale Risiko- und Schutzfaktoren: soziale Isolation, Rollenverlust (z.B. Arbeitslosigkeit), soziale Unterstützung, soziale Anerkennung</p>	<p>AIDS-Kampagne: Einstellungen und Verhalten</p> <p>Rolle von Optimismus und Hoffnung bei der Krankheitsbewältigung</p> <p>Gesundheitliche Gefährdung bei Arbeitslosigkeit</p>
1.2.5	Soziologische Modelle	<p>Einflüsse der gesellschaftlichen Opportunitätsstruktur (soziale Schichtung, soziale Netzwerke, Arbeitsmarkt, Bildungswesen); soziales Kapital; Einkommensungleichheit; soziale Kohäsion; strukturelle Deprivation</p> <p>Einflüsse ökonomischer und ökologischer Umweltfaktoren (Industrialisie-</p>	<p>Adipositas bei niedrigem Bildungsniveau; berufliche Belastungen</p> <p>Unterschiedliche Lebenserwartung in Industrie- und</p>

		rung, Urbanisierung, Globalisierung)	Entwicklungsländern
1.3	Methodische Grundlagen		
1.3.1	Hypothesenbildung	<p>Theorie- und Konstruktbildung; Ableitung der Fragestellung und Hypothesengenerierung; induktives vs. deduktives Vorgehen</p> <p>Hypothesenformen: deterministische und probabilistische Hypothesen, Null-, Alternativhypothese</p> <p>Prinzip der Falsifikation und statistische Hypothesenprüfung</p>	<p>Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen; Tabakkonsum und Tumorerkrankungen</p> <p>Prüfung der Wirksamkeit einer Intervention</p>
1.3.2	Operationalisierung	<p>Definition von Variablen zur Messung von Konstrukten</p> <p>Skalierung; Skalenniveaus; Indexbildung</p> <p>Beurteilungsmethoden (absolute und relative Beurteilung, Ratingskalen, Checklisten, Paarvergleiche, Rangordnungsverfahren, Likert-Technik, visuelle Analogskala); Operationalisierung sozialer Schicht</p>	<p>Intelligenz; Depression; Ängstlichkeit; soziales Kapital</p> <p>Lebensqualität</p>
1.3.3	Testdiagnostik	<p>Testkonstruktion; Itemselektion (Trennschärfe, Schwierigkeit); Skalenbildung</p> <p>Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität, Validität; Änderungssensitivität, Ökonomie, Standardisierung/Normierung; Screeningverfahren (s.a. 3.1.4)</p> <p>Messfehler und deren Kontrolle</p>	<p>Beschwerdefragebogen; Beck-Depressionsskala; Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)</p> <p>Expertenurteil</p> <p>Kontrolluntersuchungen; Doppelbestimmungen</p>
1.3.4	Untersuchungsplanung	<p>Variablen: unabhängige und abhängige Variable, Störvariable (Confounder), Mediator- und Moderatorvariable</p> <p>Studiendesign: Experimentelle Studie (randomisierte kontrollierte Studie); quasiexperimentelle Studie; nichtexperimentelle Studie (Beobachtungsstudie); Querschnittstudie; Längsschnittstudie (Kohortenstudie); Fall-Kontroll-Studie; Einzelfallstudie; ökologische Studie</p> <p>Labor- und Feldstudie; Efficacy und Effectiveness; interne und externe Validität</p> <p>Explorative und Hypothesen testende</p>	<p>Doppelblindstudie; multizentrische Studie</p>

		<p>Studien</p> <p>Prospektive und retrospektive epidemiologische Studie; deskriptive und analytische Epidemiologie</p> <p>Stichprobengewinnung, -arten (Zufallsstichprobe, Quotenauswahl, Klumpenstichprobe, mehrstufige Stichprobe, Ad-hoc-Stichprobe)</p> <p>Methodentriangulation</p>	<p>Mikrozensusbefragung</p>
1.3.5	<p>Sozialwissenschaftliche Methoden der Datengewinnung</p>	<p>Individual- und Aggregatdaten; Primär- und Sekundärdaten; Fremd- und Selbstbeurteilung</p> <p>Interviewformen und -stile (qualitative und quantitative); Testverfahren; Befragung</p> <p>Systematische und teilnehmende Beobachtung; Expertenurteil</p> <p>Tagebuchverfahren</p>	<p>Strukturiertes klinisches Interview; Sozialanamnese; Gesundheitssurveys; Fokusgruppen</p> <p>Videoanalyse bei Paarkonflikten</p> <p>IT-Techniken</p>
1.3.6	<p>Psychobiologische Methoden der Datengewinnung</p>	<p>Elektrophysiologische Parameter (EDA, EMG, EEG, EP, langsame Hirnpotentiale, Herzfrequenz, Herzfrequenzvariabilität)</p> <p>Endokrinologische und immunologische Parameter (z.B. Cortisol, IgA im Speichel)</p> <p>Bildgebende Verfahren der Hirnforschung und Psychobiologie (MRT, fMRT, PET)</p>	<p>Stressexperiment; Schlaflabor</p> <p>Hormonbestimmung im Speichel</p> <p>Lokalisierung von Hirnfunktionen</p>
1.3.7	<p>Datenauswertung und -interpretation</p>	<p>Quantitative Auswertungsverfahren</p> <p>Deskriptive Statistik: Verteilung, Kennwerte der zentralen Tendenz und Variabilität</p> <p>Inferenzstatistik: Zusammenhangshypothesen (z.B. Kreuztabelle, Korrelation, Regression, Strukturgleichungsmodelle), Unterschiedshypothesen (z.B. t-Test, Varianzanalyse)</p> <p>Univariate, bivariate und multivariate Analysen</p> <p>Effektstärke; Konfidenzintervall</p> <p>Kriterien für das Vorliegen einer kausalen Beziehung zwischen Risikofaktor und Krankheit; Risikokennwerte</p> <p>Qualitative Auswertungsverfahren: Inhaltsanalyse, Soziometrie, Dokumentenanalyse</p>	<p>Mittelwert; Median; Standardabweichung/Varianz; Interquartilsbereich</p> <p>Cohen's d, 95%-Konfidenzintervall</p> <p>Archivmaterialien; Briefe; Krankenakten</p>

1.3.8	Ergebnisbewertung	<p>Metaanalysen; evidenzbasierte Medizin (Effektivität, Effizienz, Nutzenbewertung)</p> <p>Statistische Signifikanz und inhaltliche Bedeutsamkeit</p> <p>Replizierbarkeit; Generalisierbarkeit; Kreuzvalidierung (interne/externe Validität)</p> <p>Erstellung von Therapieempfehlungen (Leitlinien)</p> <p>Ethische Konsequenzen, Werturteilsproblematik</p> <p>Formative und summative Evaluation</p>	Chemotherapie und Lebensqualität
1.4	Theoretische Grundlagen		
1.4.1	Psychobiologische Grundlagen	<p>Repräsentation psychischer Funktionen im Gehirn; Lateralisation; Hemisphärendominanz; neuronale Plastizität; Regeneration</p> <p>Neurotransmitter, Neuropeptide und Verhalten</p> <p>Grundlagen genetischer Einflüsse auf das Verhalten; Geschlechtsunterschiede</p> <p>Aktivations- und Bewusstseinszustände; Orientierungs- und Defensivreaktion; Habituation; Schlaf; zirkadianer Rhythmus; Chronobiologie</p> <p>Psychobiologische, -endokrinologische und immunologische Zusammenhänge</p> <p>Gehirn und Verhalten: neuropsychobiologische Grundlagen, Informationsverarbeitungs- und Aufmerksamkeitsprozesse, milde kognitive Beeinträchtigung, zentralnervöse Parameter, evozierte Potentiale, langsame Hirnpotentiale [s.a. 1.3.6]</p>	<p>Hemiplegie nach Schlaganfall; Sprachfunktionen; Linkshändigkeit; amnestische Syndrome; Split Brain</p> <p>Depression und Serotonin</p> <p>Genetischer Rezeptordefekt bei chronischem Alkoholismus; Genetik und Schizophrenie</p> <p>Posttraumatische Belastungsstörung; Schlafstörungen; Schlafapnoe</p> <p>Abstoßungsreaktionen bei Transplantaten</p> <p>Demenzen; chronische Folgen von Hirnläsionen</p>
1.4.2	Lernen	<p>Klassische und operante Konditionierung; Neurobiologie der Verstärkung; Lernen durch Beobachtung; Lernen durch Einsicht; Modell-Lernen</p> <p>Determinanten der Konditionierungsstärke und -geschwindigkeit</p> <p>Reizgeneralisierung und -diskrimination; Lernen durch Eigensteuerung/Selbstverstärkung; Premackprin-</p>	<p>Kortikales Biofeedback; Constraint-induced-therapy zur Schlaganfallrehabilitation; Spiegeltherapie bei Behandlung von Phantomschmerzen; Übernahme von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen</p> <p>Zahnbehandlungsangst</p>

		<p>zip; semantische Konditionierung</p> <p>Habituation; Dishabituation; Sensitivierung</p>	Migräne
1.4.3	Kognition	<p>Neuropsychobiologische Grundlagen; Aufmerksamkeit; Wahrnehmung sowie subliminale Wahrnehmung und Priming</p> <p>Informationsverarbeitung und -bewertung</p> <p>Sprache; Aphasien</p> <p>Gedächtnisformen; Gedächtniserwerb; Retention; Vergessen; Demenz; Amnesie</p> <p>Vorstellung; Konzeptbildung; Problemlösung</p> <p>Intelligenzformen; Intelligenztheorien; Intelligenztests</p>	Aufmerksamkeitsstörungen; Therapie von Gedächtnisstörungen
1.4.4	Emotion	<p>Definition; Abgrenzung zu anderen Konstrukten (z.B. Affekt, Stimmung)</p> <p>Klassifikation (primäre vs. sekundäre Emotionen, Emotionsdimensionen, Emotionskategorien)</p> <p>Emotionstheorien</p> <p>Spezifische Emotionen (Furcht, Angst, Trauer, Aggression)</p> <p>Bedeutung von Emotionen in der Arzt-Patient-Beziehung</p> <p>Neuro- und psychobiologische Grundlagen (peripher- und zentralnervöse Aktivierung bei Emotionen, Rolle von Hippocampus und Amygdala, bewusste und unbewusste Prozesse)</p> <p>Emotion und Stressreaktion; erlernte Hilflosigkeit (s.a. 1.4.2); Depression; soziale Kontrolle von Affekten</p>	<p>Angst und Phobie</p> <p>posttraumatische Belastungsstörung; Verlusterlebnisse und Krankheit; erhöhte Gewaltbereitschaft; Traumagedächtnis (Wirkung von Emotion auf das Gedächtnis)</p>
1.4.5	Motivation	<p>Motivationstheorien; Motivationshierarchie; Motivationskonflikte (Annäherungs-Vermeidungskonflikt); homöostatische und nichthomöostatische Triebe; Sexualität</p> <p>Spezielle Motive: Leistungsmotivation, Anschlussmotivation, Machtmotivation</p> <p>Sucht (s.a. 3.1.2)</p>	<p>Störungen des Essverhaltens (Anorexie); sexuelle Störungen</p> <p>Alkohol; Nikotin; Kokain; Opiate; Halluzinogene; Cannabis; Schmerzmittelmiss-</p>

			brauch
1.4.6	Persönlichkeit und Verhaltensstile	<p>Psychodynamisches Modell; statistisches Modell (z.B. Big-Five-Modell); interaktionistisches Modell; lerntheoretisches Modell; State/Trait-Unterscheidung</p> <p>Selbstkonzept</p> <p>Kognitive- und Verhaltensstile: Interferenzneigung, Feldabhängigkeit, Sensation-seeking, Sensitization/Repression, Feindseligkeit, Stressverarbeitungsstile (s.a. 1.4.4: erlernte Hilflosigkeit)</p> <p>Persönlichkeitsentwicklung und -fehlentwicklung: Interaktion Gen, Persönlichkeit und soziale Umwelt, Persönlichkeitsstörungen</p>	<p>Aktive Bewältigung der Krebskrankheit</p> <p>Informationsbedürfnis</p>
1.4.7	Entwicklung und primäre Sozialisation (Kindheit)	<p>Neuropsychobiologische 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>Gesellschaftliche Determinanten: Strukturwandel der Familie (z.B. Wandel der Geschlechtsrollen, Scheidung, Instabilität, Alleinerziehende), Einfluss der Medien</p>	<p>Rauchen während der Schwangerschaft; niedriges Geburtsgewicht; Hospitalismus</p> <p>Frühkindliche Hirnschädigung; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, Hyperkinetische Störungen)</p> <p>Gewalt und Missbrauch bei Kindern; Aggressivität</p> <p>Depressives Verhalten im Kindesalter; Armut bei Kindern; Selbstunsicherheit</p>
1.4.8	Entwicklung und Sozialisation im Lebenslauf (Adoleszenz, mittleres Erwachsenenalter, Senium) und se-	<p>Merkmale der Adoleszenz: Pubertät, Sexualität, Übernahme von und Identifikation mit Geschlechtsrollen, Entwicklungsprobleme personaler und sozialer Identität (Autonomie und Konformität), Ablösung und Ablösungskonflikte von der Herkunftsfamilie</p>	<p>Anorexie; Bulimie</p>

	kundäre Sozialisierung	<p>Gesundheitsriskantes Verhalten in der Adoleszenz (s.3.1.3); Konformitätsdruck</p> <p>Statuserwerb 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>Drogenkonsum; Suizidrisiko bei Jugendarbeitslosigkeit</p> <p>Doppelbelastung erwerbstätiger Mütter</p> <p>Frühberentung nach beruflicher Überforderung</p> <p>Hormonelle Störungen (z.B. Libidostörungen); vermehrte Arztbesuche; erhöhtes Sterberisiko nach Partnerverlust; Alterssuizidalität und Altersdepression; Verwahrlosung</p>
1.4.9	Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs	<p>Generatives Verhalten (Fertilität, Nuptialität, Mortalität, Letalität, Geburten- und Sterbeziffern, Geschlechtsproportion, Altenquote) und seine Determinanten</p> <p>Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit</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; beeinträchtigungsgewichtete Lebensjahre (DALY); Folgen für die Sozial- und Gesundheitspolitik</p> <p>Entwicklung der Weltbevölkerung; Prognosemodelle; Folgen für die Bevölkerungspolitik</p>	<p>Säuglingssterblichkeit bei Armut</p> <p>Generationenvertrag</p> <p>Konflikt zwischen religiösen Normen und Geburtenkontrolle</p>
1.4.10	Sozialstrukturelle Determinanten des Lebenslaufs	<p>Modernisierungsprozess von Gesellschaften (zweckrationales Handeln, Individualisierung); Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft</p> <p>Änderungen der Erwerbsstruktur (Arbeit, Leistung, Beruf, Erwerbsquote, Erwerbssektoren, strukturelle Arbeitslosigkeit)</p> <p>Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit und sozialer Gradient</p> <p>Soziale Differenzierung:</p>	<p>Gentechnik und Ethik; Internet und Telemedizin</p> <p>Erkrankungsrisiko bei Doppelbelastung erwerbstätiger Mütter</p> <p>Zigarettenkonsum und Bildung</p>

		soziale Schichten und neue soziale Ungleichheiten, vertikale Mobilität, Einkommensdisparität, Armut und Exklusionsprozesse, soziale Randgruppen (Diskriminierung)	
2	Ärztliches Handeln		
2.1	Arzt-Patient-Beziehung		
2.1.1	Ärztliche Berufstätigkeit	<p>Gesundheitsberufe als Dienstleistungsberufe; Merkmale des Professionalisierungsprozesses und Entprofessionalisierungstendenzen</p> <p>Chancen und Risiken der Spezialisierung; Berufsordnung als Aufgabe der Standespolitik; Zugangsregulation</p> <p>Wandel von Versorgungsformen (z.B. Hausarztmodelle, integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren)</p> <p>Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen</p>	<p>Primärarzt; Gebietsarzt; Krankenhausarzt; Praxisnetze</p> <p>Konkurrenz und Ergänzung durch andere Heilberufe; Psychotherapeutengesetz; Fragmentierung von Versorgung und Verantwortung</p> <p>Tagesklinik; ambulantes Operieren; medizinische Versorgungszentren; Disease-Management-Programme</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, neue ärztliche Rollenerwartungen (s.a. 2.1.4)</p> <p>Motivation zum Arztberuf; berufliche Sozialisation zum Arzt (Professionalismus, Karriereerwartungen und Geschlechtsrollen)</p> <p>Ethische Entscheidungskonflikte ärztlichen Handelns</p> <p>Psychische und gesundheitliche Belastungen des Arztberufes; Möglichkeiten des Erhalts der Gesundheit im Arztberuf (Supervision, Balint-Gruppe, Coaching)</p>	<p>Auswirkungen des Vergütungssystems auf diagnostisches und therapeutisches Handeln</p> <p>Hippokratischer Eid; Selbstbeschränkung des Gebietsarztes auf seine Zuständigkeit</p> <p>Altruismus</p> <p>Schwangerschaftsabbruch; Sterbehilfe bei Kompatienten</p> <p>Rollenkonflikte; Helfersyndrom; Burn-out-Syndrom</p>
2.1.3	Krankenrolle	<p>Merkmale der Krankenrolle: Entbindung von Rollenverpflichtungen, Verpflichtung zur Kooperation mit Ärzten, Bemühung um Wiederherstellung von Gesundheit, Adhärenz, Compliance</p> <p>Akut und chronisch Kranke:</p>	<p>Nichtbefolgen ärztlicher Empfehlungen</p> <p>Häufiger Arztwechsel</p>

		<p>Krankheitsbewältigung (Coping) und Patientenkarriere (s.a. 3.1.5)</p> <p>Sekundärer Krankheitsgewinn; Aggravation; Simulation/Dissimulation; Kausalattribution; subjektive Krankheitstheorien</p> <p>Wirtschaftliche, rechtliche und familiäre Einflüsse auf die Krankenrolle</p>	<p>Gutachten bei Rentenbegehren</p> <p>Arbeitsunfähigkeit; Frühberentung infolge Personalabbaus</p>
2.1.4	Kommunikation und Interaktion	<p>Kommunikationstheorien</p> <p>Formen der Kommunikation: verbal/non-verbal, persönlich/medial, direkt/indirekt, mündlich/schriftlich, Metakommunikation</p> <p>Bedürfnisse von Kranken: Informationsbedürfnis, Bedürfnis nach Mitwirkung bei medizinischen Entscheidungen (partizipative Entscheidungsfindung)</p> <p>Modelle der Arzt-Patient-Beziehung: paternalistisch, Konsument, partnerschaftlich</p> <p>Funktionen der Kommunikation: Orientierung, Information, Kooperation, emotionale Unterstützung</p> <p>Strukturen der Kommunikation: symmetrisch/asymmetrisch, direktiv/non-direktiv, 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>Soziokultureller Rahmen der Kommunikation: Sprachstile (Fachsprache/Alltagsprache, Schichtspezifität, elaborierter und restringierter Sprachcode), Kommunikation mit fremdsprachigen Kranken</p>	<p>Aufklärung; Informed Consent; Entscheidungshilfen; Health Literacy; Risikokommunikation</p> <p>Visitengespräch; Beratungsgespräch (Eduktion)</p> <p>Familientherapie</p> <p>Kulturspezifischer Umgang mit Patienten</p>
2.1.5	Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation	<p>Formen von Kooperation bei Kranken: passiv/aktiv, autonom vs. heteronom, Compliance und Noncompliance</p> <p>Formen von Kooperation bei Ärzten: patientenorientiert/technikorientiert/wirtschaftlichkeitsorientiert</p> <p>Besondere kommunikative Anforder-</p>	<p>Aufklärungsgespräch</p> <p>Gemeinschaftspraxis; Praxisorganisation</p> <p>Begleitung Sterbender auf</p>

		<p>rungen: Schwerkranke, Sterbende, Mitteilung von ungünstigen Diagnosen und belastenden Behandlungen, Kommunikation mit Kindern</p> <p>Einflussfaktoren der Kommunikation und Kooperation: organisatorisch-rechtliche Bedingungen, Fehlerquellen und Beurteilungsfehler (s.a. 2.2.2), ablehnende Kranke, Reaktanz des Arztes, Erwartungstäuschung des Kranken</p>	<p>der Palliativstation</p> <p>Gebührenordnung; Zeitdruck der Visite; Patientensicherheitskultur in der Medizin</p>
2.2	Untersuchung und Gespräch		
2.2.1	Erstkontakt	<p>Patientenperspektive: Erwartungen an den Arztbesuch, Krankheits- und Kontrollüberzeugungen, Vorerfahrungen und Vorkenntnisse</p> <p>Arztperspektive: erster/letzter Eindruck (Primacy-, Recency-Effekt), Stereotypen, Beurteilungsfehler (s.a. 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, Verhaltensanalyse, Verhaltensbeobachtung</p> <p>Struktur: direktiv-nondirektiv, Fragestile (offen, geschlossen, Alternativfragen, Suggestivfragen)</p> <p>Schwierigkeiten: Sprachbarrieren, arztzentriert/patientenzentriert, Beobachtungs- und Beurteilungsfehler (z.B. Haloeffekt, Projektion), Erwartungseffekte (z.B. Rosenthaleffekt, Placeboeffekt)</p>	<p>Krankheitsanamnese in der Allgemeinpraxis; Screening; psychosoziale Belastungen</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, soziokul-</p>	<p>Gynäkologische Untersuchungen</p> <p>Übertragungsproblem</p>

		turelle Barrieren	
2.3	Urteilsbildung und Entscheidung		
2.3.1	Grundlagen der diagnostischen Entscheidung	<p>Normen, Testfairness, Testethik</p> <p>Indikationsdiagnostik; Prozessdiagnostik; Ergebnisdiagnostik</p> <p>Diagnostischer Prozess: Informationsbasis ärztlicher Entscheidungen (Anamneseverfahren, Befunde, Tests), Hypothesenbildung, additive und lineare Schlussfolgerungen, Klassifikationssysteme</p>	<p>Patientenbeurteilung; Labeling; Indikationsstellung; Genesemodell; Begutachtung; Befundabfassung; Verlaufsbeobachtungen; Erfolgsmessung; Katamnesen</p> <p>ICD; DSM</p>
2.3.2	Urteilsqualität	<p>Testgütekriterien (s.a. 1.3.3); Beurteilerübereinstimmung</p> <p>Entscheidungskonflikte und -fehler: Abwägen zwischen gleichwertigen Behandlungsalternativen, Nutzen-Risiko-Abwägung, Entscheidung auf unsicherer Informationsgrundlage, Dissens zwischen Ärzten, funktionale und positionale Autorität, direkter vs. partizipativer Führungsstil, Verpflichtung gegenüber dem individuellen und allgemeinen Wohl (s.a. 2.1.2)</p> <p>Urteilsheuristiken; Beobachtungsfehler (s.a. 2.2.2)</p>	<p>Cohen's Kappa</p> <p>Medikamentöse Behandlung vs. Lebensstiländerung; Psychopharmakotherapie vs. Psychotherapie; kollegiale Entscheidungsfindung; Divergenz von Meinungen und Statusunterschiede; ärztliche Überweisungen an Psychologische Psychotherapeuten</p> <p>Nichterkennen von Suizidalität</p>
2.4	Interventionsformen und besondere medizinische Situationen		
2.4.1	Ärztliche Beratung und Patientenschulung	<p>Erklärungen zur Pathogenese; Diagnose und Behandlung; Gesundheitsberatung</p> <p>Patientenaufklärung; Patienteninformation; Patientenberatung; Patiententraining; medizinische Entscheidungshilfen (Decision Aids)</p> <p>Ziele: differenziertes Krankheitswissen, verbessertes Krankheitsverhalten, erhöhte Lebensqualität, reduzierte Krankheitskosten, günstigere Krankheitsprognose, Entlastung von Bezugspersonen, Änderung von Einstellung und Verhalten, Empowerment, Selbstmanagement</p> <p>Didaktische Methoden; Effektivität</p>	<p>Gefäß- und Herz-Kreislauf-Krankheiten; Diabetes mellitus; Ernährungsberatung</p> <p>Informationen in den Medien; befundgestützte, individualisierte Patientenberatung</p> <p>Teufelskreis der Angst bei Asthma; Asthmaschulung; Diabetes mellitus; Adipositas</p>
2.4.2	Psychotherapie	<p>Psychotherapeutische Grundorientierung (z.B. psychoanalytisches, lerntheoretisches und humanistisches Modell)</p> <p>Psychotherapeutische Verfahren:</p>	<p>Indikationen für Psychothe-</p>

		<p>Psychodynamische Psychotherapie (analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, systemische Therapie, neuropsychologische Therapie</p> <p>Psychotherapeutische Methoden: z.B. Schematherapie, interpersonelle Psychotherapie</p> <p>Psychotherapeutische Techniken: z.B. Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster, Reizkonfrontation in vivo (systematische Desensibilisierung, Flooding), übende und suggestive Interventionen</p> <p>Behandlungssettings: Einzel-, Gruppen- und stationäre Psychotherapie</p>	<p>rapie; störungsspezifische Psychotherapie</p>
2.4.3	Intensiv- und Notfallmedizin	<p>Der Patient als Notfall oder auf der Intensivstation: Schock (psychischer Ausnahmezustand) sowie verzögerte psychische Reaktionen, psychosoziale Belastungsfaktoren (Reizmonotonie, Bewusstseinstrübung, Verlust der Intimsphäre, Informationsdefizit, Isolation), typische Abwehrmechanismen</p> <p>Betreuungserfordernisse: Einbeziehung von Angehörigen, Kooperation mit psychosozialen Diensten, Kommunikations- und Informationsprobleme (v. a. bei Bewusstseinsveränderung), Krisenintervention</p> <p>Belastungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal; Traumatisierung</p>	<p>ICU (Intensive Care Unit)-Syndrom; posttraumatische Belastungsstörung; überlebensverlängernde Maßnahmen</p> <p>Überbringung der Todesnachricht an Angehörige; Bitte um Organspende; Kommunikation mit Unfallverletzten</p> <p>Burn-out-Symptome des Personals; Aufwachstationen</p>
2.4.4	Transplantationsmedizin und Onkologie	<p>Psychosoziale Situation bei Nieren-, Leber-, Herz- und Knochenmarktransplantation</p> <p>Psychoimmunologische Aspekte der Transplantation; Immunkonditionierung; Fatigue</p> <p>Rechtliche und ethische Aspekte: Spender-Empfänger-Probleme, Wartezeit, Nachsorge, Veränderung des Körpererlebens</p> <p>Modelle der Krebsverarbeitung; psychoonkologische Interventionsformen</p>	<p>Lebensqualität nach Transplantation</p> <p>Veränderung der Persönlichkeit durch immunsuppressive Medikamente</p> <p>Lebendniere spende: Spender-Empfänger-Beziehung</p>
2.4.5	Humangenetische Beratung	<p>Psychosoziale Aspekte (Erwartungen, soziale Unterstützung, Ethik, Kommu-</p>	<p>pränatale Beratung; Beratung bei erblichem Brust- oder</p>

	und Reproduktionsmedizin	<p>nikation, soziales Umfeld)</p> <p>Pränataldiagnostik und prädiktive Medizin</p> <p>Interdisziplinäre Beratung: Möglichkeiten und Risiken</p> <p>Fertilität und Infertilität aus psychologischer Sicht; Kinderwunschmotive; Lebensplanung; generatives Verhalten; Belastungen; Ambiguitätstoleranz; psychologische Beratung; Risiken der Mehrlingsgeburt (psychosoziale Aspekte)</p>	<p>Darmkrebs</p> <p>Trisomie 21</p> <p>In-vitro-Fertilisation; ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection); hormonelle Stimulation</p>
2.4.6	Sexualmedizin	<p>Psychosexuelle Entwicklung; psychophysiologische Grundlagen sexueller Reaktionen; sozialer Wandel und Sexualität; Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten</p> <p>Sexualität bei organischer und psychischer Krankheit</p> <p>Sexuelle Störungen: diagnostische und therapeutische Ansätze</p>	<p>Masters-Johnson; Impotenz, orale Kontrazeption für Jugendliche; Sexualität im Alter</p> <p>Operationsfolgen; Sexualität bei Depression</p> <p>Sexualtherapie</p>
2.4.7	Tod und Sterben, Trauer	<p>Palliativmedizin; Hospize</p> <p>Phasenmodelle; Trauerverarbeitung (Angst, Anpassungs- und Abwehrmechanismen)</p> <p>Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Todesvorstellungen</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 Krebschmerzen; Psychoonkologie bei Kindern</p> <p>Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer; Patientenverfügungen</p> <p>Balintgruppen; Gesprächspsychotherapie</p> <p>Verwaiste Eltern</p>
2.5	Patient und Gesundheitssystem		
2.5.1	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 kom-</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; Na-</p>

		plementärer und alternativer Heilkunde; Hilfesuchen außerhalb der Schulmedizin	urteilverfahren
2.5.2	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>Ungleichheiten in der Versorgung (s.a. 1.4.10)</p> <p>Medikalisierung und iatrogene Einflüsse; ärztliche Entscheidungsregeln (Fehler erster und zweiter Art)</p>	<p>Unterversorgung: ländliche Hausarzt-Patient-Quote</p> <p>Der hypochondrische Patient</p> <p>Häufiges Wiedereinbestellen von Patienten</p> <p>Angst des Arztes vor Fehlurteil (Diagnostizierung Kranker als gesund)</p>
2.5.3	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>Arbeitsteilung im Versorgungssystem</p>
2.5.4	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	<p>Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</p> <p>Grundprinzipien evidenzbasierter Medizin (s.a. 1.3.8); Leitlinien in der Medizin</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>Akteure der Qualitätssicherung; Monitoring des Therapieerfolgs</p> <p>Cochrane Collaboration</p> <p>Qualitätszirkel</p> <p>Dimensionen der Patientenzufriedenheit; Qualitätsangepasste Lebensjahre (QALY); Zertifizierungsverfahren (z.B. KTQ, DIN-ISO)</p> <p>Managed Care</p>
3	<u>Förderung und Erhaltung von Gesundheit</u>		
3.1	Prävention		
3.1.1	Präventionsbegriff	Formen der Prävention (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention)	Bedeutung für die Gesundheitsversorgung
3.1.2	Modelle ge-	Health-Belief-Modell, Theorie der	Alkoholabhängigkeit bei

	sundheitsrelevanten Verhaltens	Schutzmotivation, Modell des geplanten Verhaltens, Modell der Selbstwirksamkeit bzw. der Kompetenzerwartung, Modell des sozialen Vergleichsprozesses, transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung, Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA), psychosoziale Stressbelastung und gesundheitsschädigendes Verhalten (z.B. Sucht)	beruflichem Misserfolg
3.1.3	Primäre Prävention	Gesundheit als gesellschaftlicher Wert und als persönliches Kapital Protektion; Resilienz; Salutogenese Gruppendruck, soziale Normen und Sanktionen bei gesundheitsrelevantem Verhalten; Adoleszenz als kritische Phase Konzept des gesundheitsbezogenen Lebensstils; Bedeutung bei der Entstehung chronisch degenerativer Krankheiten	Subjektive Gesundheit Krankenstand in Betrieben Drogenkonsum als Initiation in der Peer Group Gesundheitsbewusste Ernährung als Strukturmerkmal einer Subkultur (z.B. Vegetarier)
3.1.4	Sekundäre Prävention	Risiko- und Schutzfaktoren der Erkrankung: gruppenbezogene und individuelle Betrachtung (prädiktive Medizin) Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten; Widerstände gegen Verhaltensänderung bei Risikogruppen; Theorie der kognitiven Dissonanz Einsatz von Screening-Verfahren (Krankheitsprävalenz, Spezifität und Sensitivität von Tests, positiver und negativer Prädiktionswert); Risikokommunikation	Bluthochdruck und Schlaganfall; BRCA 1-Gen Noncompliance bei chronischen Krankheiten Früherkennungsuntersuchung bei Brustkrebs
3.1.5	Tertiäre Prävention	Chronische Krankheit und Behinderung (ICF-Systematik): Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe (Partizipation), Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) Personale Krankheitsbewältigung (Coping): unterschiedliche „Krankenkarrerien“ und deren psychosoziale Determinanten Interpersonelle Bewältigung: Partnerschaft und Familie, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung Chronifizierung und Prävention	Compliance bei Diabetikern; Umschulung nach unfallbedingter Behinderung adaptive und maladaptive Bewältigungsstile Arbeitslosigkeit bei Körperbehinderten
3.1.6	Rehabilitation	Soziale Folgen chronischer Krankheit: Rehabilitation vs. sozialer Ausschluss,	Frühberentung bei chronischen Schmerzen

		<p>Abwärtsmobilität und soziale Isolation</p> <p>Medizinische Rehabilitation und ambulante/stationäre Rehabilitation</p> <p>Stigmatisierung (primäre und sekundäre Abweichung)</p> <p>Psychosoziale Einflüsse auf Krankheitsverlauf und Mortalität</p> <p>Sozialberatung</p>	
3.2	Maßnahmen		
3.2.1	<p>Gesundheits- erziehung und Gesundheits- förderung</p>	<p>Gesundheitserziehung (Edukation) 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>Ethische und ökonomische Probleme der Prävention; Entwicklungsbedarf präventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen</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; Iodprophylaxe; Mundgesundheit</p> <p>Medikamenteneinnahme bei Gesunden</p>
3.2.2	<p>Rehabilitation, Selbsthilfe und Pflege</p>	<p>Rehabilitationskonzepte und -einrichtungen (z.B. Konzept der gemeindenahe Versorgung, kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen); stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen</p> <p>Beratungsangebote an chronisch Kranke, z.B. Aufgaben für niedergelassene Ärzte und öffentlichen Gesundheitsdienst</p> <p>Selbsthilfegruppen und -einrichtungen (therapeutische Angebote, informelle vs. formelle Selbsthilfegruppen); Mitwirkung von Patientenvertretern im Gesundheitswesen</p> <p>Pflegeversicherung und Pflegeeinrichtungen (ambulante, stationäre Pflege, Hospiz)</p> <p>Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen, Begutachtung); Pflege-</p>	<p>Wohngruppen für psychisch Kranke; Suchttherapie</p> <p>AIDS-Hilfe</p> <p>Anonyme Alkoholiker</p> <p>Sozialstationen</p> <p>Zeitdruck in der ambulanten Pflege</p>

„Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie“

		qualität Psychosoziale Belastungen der Pflege (bei Angehörigen, bei Professionellen)	Pflege Demenzkranker durch Angehörige
--	--	--	--