

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 „Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie“**

Stand: Februar 2005



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 Bedeutung 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.*

"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	Begriffs- klärungen	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, Nozizeption) 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
1.2	Gesundheits- und Krankheitsmodelle		
1.2.1	Verhaltensmodelle	Lerntheoretische und kognitionstheoretische Grundlagen (s. 1.4.2), respon-	Immunkonditionierung, Konditionierung bei Chemotherapie

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<p>dentens, operantes, kognitives Modell</p> <p>Verhaltensanalytisches Genesemodell (s.a. 2.2.2)</p> <p>Verhaltensmedizinische Ansätze (z.B. Stressmanagement, kognitive Therapie)</p> <p>Verhaltensgenetik</p>	<p>Entstehung von Panikstörungen</p> <p>Verhaltenstherapie, Patientenschulung, Depressionstherapie, Schmerzbewältigung</p> <p>Schizophrenie, Epilepsie</p>
1.2.2	Biopsychologische Modelle	<p>Subliminale Wahrnehmungsprozesse und Krankheit</p> <p>Emotion, Stress und Krankheit (Stressoren, Stressreaktionen, Stress-Diathese-Modell, Homöostase-Allostase-Modell)</p> <p>Aktivations- und Bewusstseinszustände; Orientierungs- und Defensivreaktion, Habituation; Schlaf, zirkadianer Rhythmus, Chronobiologie</p> <p>Psychophysiologische, -endokrinologische und immunologische Zusammenhänge</p> <p>Gehirn und Verhalten: neuropsychobiologische Grundlagen, Informationsverarbeitungs- und Aufmerksamkeitsprozesse, zentralnervöse Parameter, evozierte Potentiale, langsame Hirnpotentiale</p> <p>Schmerz: Wahrnehmungsschwelle, Toleranz, Schmerzgedächtnis; revidiertes Gate-Control-Modell</p>	<p>Sympathikusaktivierung und Herz-Kreislauf-Risiko; Noradrenalin und Depression</p> <p>Posttraumatische Stressreaktion, Schlafapnoe</p> <p>Abstoßungsreaktionen bei Transplantaten</p> <p>Demenzen, chronische Folgen von Hirnläsionen</p> <p>Chronischer Schmerz, Phantomschmerz</p>
1.2.3	Psychodynamische Modelle	<p>Stadien der psychosexuellen Entwicklung, Drei-Instanzen-Modell, Triebmodell</p> <p>Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Verleugnung, Projektion und Sublimierung)</p> <p>Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn</p>	<p>Sexueller Kindesmissbrauch</p> <p>Konversionsstörungen, narzisstische Störung, Beziehungsstörung; Psychotraumatologie</p> <p>Rentenbegehren</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. Kontrollattribution, Selbstwirksamkeit, Optimismus)</p> <p>Soziale Risiko- und Schutzfaktoren: soziale Isolation, Rollenverlust (z.B. Arbeitslosigkeit), sozialer Rückhalt, 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>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

1.2.5	Soziologische Modelle	Einflüsse der gesellschaftlichen Opportunitätsstruktur (soziale Schichtung, soziale Netzwerke, Arbeitsmarkt, Bildungswesen) Einflüsse ökonomischer und ökologischer Umweltfaktoren (Industrialisierung, Urbanisierung, Globalisierung)	Adipositas bei niedrigem Bildungsniveau, berufliche Belastungen Unterschiedliche Lebenserwartung in Industrie- und Entwicklungsländern
1.3	Methodische Grundlagen		
1.3.1	Hypothesenbildung	Theorie- und Konstruktbildung, Ableitung der Fragestellung und Hypothesengenerierung Hypothesenformen: deterministische und probabilistische Hypothesen, induktives vs. deduktives Vorgehen, Null-, Alternativhypothese Prinzip der Falsifikation	Einfluss präoperativer Angst auf den Krankheitsverlauf, Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen, Tabakkonsum und Tumorerkrankungen
1.3.2	Operationalisierung	Definition von Variablen zur Messung von Konstrukten, Intelligenz als Konstrukt Skalierung, Indexbildung Visuelle Analogskala (bei Schmerz), Operationalisierung sozialer Schicht Antwortmodelle, Likert-Technik bei Erfassung von Lebensqualität	Intelligenz, Depression, Ängstlichkeit Schmerz
1.3.3	Untersuchungskriterien	Testkonstruktion, Itemselektion, Skalenbildung Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität und Stabilität, Validität; Änderungssensitivität, Ökonomie Antwortmodelle Messfehler und deren Kontrolle (s. 2.3)	Beschwerdefragebogen, Beck-Depressionsskala Expertenurteil Expertenurteil, Likert-Technik bei der Erfassung der Lebensqualität, Anamnesebögen
1.3.4	Untersuchungsplanung	Studiendesign; Experiment und Quasiexperiment; Feldstudie, Längs- und Querschnittstudie, Kohortenuntersuchung, Einzelfallstudie, Evaluationsstudie Randomisierte Studie Stichprobengewinnung, -arten (Zufallsstichprobe, Quotenauswahl)	Doppelblindstudie, multizentrische Studie, katamnestiche Studie Mikrozensusbefragung
1.3.5	Methoden der Datengewinnung	Individual- und Aggregatdaten, Primär- und Sekundärdaten; Fremd- und Selbstbeurteilung Interviewformen und -stile (qualitative und quantitative), Testverfahren, Befragung	Strukturiertes klinisches Interview Sozialanamnese

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		Systematische und teilnehmende Beobachtung, Expertenurteil Erfassung psychophysiologischer Prozesse (z.B. Hormonbestimmung)	Videoanalyse bei Paarkonflikten Hormonbestimmung im Speichel, Stressexperiment
1.3.6	Datenauswertung und -interpretation	Quantitative Auswertungsverfahren: univariate Analyse (Verteilung, Mittelwert, Streuung), bivariate Analyse (Korrelation, Kreuztabellierung), multivariate Analyse (Regressionsanalyse, Kausalanalysen) Qualitative Auswertungsverfahren: Inhaltsanalyse, Soziometrie, Tiefeninterviews, Dokumentenanalyse, Gruppendiskussionen	Bestimmung des relativen Krebsrisikos bei Rauchern Archivmaterialien, Briefe, Krankenakten, Tonband- oder Videoaufzeichnungen
1.3.7	Ergebnisbewertung	Replizierbarkeit, Generalisierbarkeit, Kreuzvalidierung Anwendungsprobleme (z.B. Effizienz, ethische Konsequenzen, Werturteilsproblematik); evidenzbasierte Medizin	Erstellung von Therapieempfehlungen Chemotherapie und Lebensqualität
1.4	Theoretische Grundlagen		
1.4.1	Biologische Grundlagen	Repräsentation psychischer Funktionen im Gehirn, Lateralisation, Hemisphärendominanz, neuronale Plastizität, Regeneration Neurotransmitter und Verhalten: dopaminerges und serotonerges System Grundlagen genetischer Einflüsse auf das Verhalten	Hemiplegie nach Schlaganfall, Sprachfunktionen, Linkshändigkeit, amnestische Syndrome Depression und Serotonin Genetischer Rezeptordefekt bei chronischem Alkoholismus; Genetik und Schizophrenie
1.4.2	Lernen	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 Habituation, Dishabituation, Potentiation, Sensitivierung	Kortikales Biofeedback; Übernahme von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen Zahnbehandlungsangst Migräne
1.4.3	Kognition	Neuropsychobiologische Grundlagen, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und -bewertung, Sprache, Gedächtnisformen, Gedächtniserwerb, Retention, Vergessen, Demenz Vorstellung, Konzeptbildung, Problemlösung Intelligenzformen, Intelligenztheorien	Amnesie, Aufmerksamkeitsstörungen, Aphasie; Therapie von Gedächtnisstörungen; Altersabbau der fluiden Intelligenz HAWIE

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

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 Krebserkrankung, 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>Rauchen während der Schwangerschaft, niedriges Geburtsgewicht, Hospitalismus</p> <p>Frühkindliche Hirnschädigung, ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)</p>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<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>Gewalt bei Kindern, Aggressivität</p> <p>Depressives Verhalten im Kindesalter, Selbstunsicherheit</p>
1.4.8	Entwicklung und Sozialisation im Lebenslauf (Adoleszenz, mittleres Erwachsenenalter, Senium) und sekundäre Sozialisation	<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>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	Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs	<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,</p>	<p>Säuglingssterblichkeit bei Armut</p> <p>Behinderungsfreie Lebenserwartung (DALY)</p> <p>Generationenvertrag</p> <p>Konflikt zwischen religiösen Nor-</p>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		Prognosemodelle, Folgen für die Bevölkerungspolitik	men und Geburtenkontrolle
1.4.10	Sozialstrukturelle Determinanten des Lebenslaufs	<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	<u>Ärztliches Handeln</u>		
2.1	<u>Arzt-Patient-Beziehung</u>		
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 Standespolitik, 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	Merkmale der Krankenrolle: Entbindung von Rollenverpflichtungen, Ver-	Nichtbefolgen ärztlicher Ratschläge

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<p>pflichtung 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>Häufiger Arztwechsel</p> <p>Gutachten bei Rentenbegehren</p> <p>Frühpensionierung infolge Personalabbaus</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>Soziokultureller Rahmen der Kommunikation: Sprachstile (Fachsprache/Alltagssprache, Schichtspezifität, elaborierter und restringierter Sprachcode), Kommunikation mit fremdsprachigen Kranken</p>	<p>Aufklärung, Informed Consent</p> <p>Diagnosemitteilung, Visitengespräch, Beratungsgespräch (Eduktion)</p> <p>Familientherapie</p> <p>Umgehen mit ausländischen Patienten</p>
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</p>	<p>Radiologische Praxis</p> <p>Gemeinschaftspraxis, Praxisorganisation</p> <p>Begleitung Sterbender auf der Intensivstation</p> <p>Gebührenordnung, Zeitdruck der Visite</p>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		Beurteilungsfehler, z.B. Haloeffekt, Projektion; ablehnende Kranke, Reaktion des Arztes, Erwartungsenttäuschung des Kranken	
2.2	Untersuchung und Gespräch		
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, Patientenkariere</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>
2.3	Urteilsbildung und Entscheidung		
2.3.1	Arten der diagnostischen Entscheidung	Indikationsdiagnostik, Prozessdiagnostik, Ergebnisdiagnostik	Patientenbeurteilung, Labeling, Indikationsstellung, Genesemodell, Begutachtung, Befundabfassung,

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

			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
2.4	Interventionsformen		
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
2.5	Besondere medizinische Situationen		
2.5.1	Intensivmedizin	Der Patient auf der Intensivstation: psychosoziale Belastungsfaktoren (Reizmonotonie, Bewußtseinstörung, Verlust der Intimsphäre, Informationsdefizit, Isolation), typische Abwehrmechanismen, Kinderstation, Traumatisierung	ICU (Intensive Care Unit)-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<p>Betreuungserfordernisse: Einbeziehung von Angehörigen, Kooperation mit psychosozialen Diensten, Kommunikations- und Informationsprobleme (v.a. bei Bewusstseinsveränderung)</p> <p>Belastungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal: Bewältigungsformen und Auswirkungen (z.B. Krankenstand, Fluktuation)</p>	<p>Schlaganfall</p> <p>Burn-out-Symptome des Personals, Aufwachstationen</p>
2.5.2	Notfallmedizin	<p>Psychosoziale Merkmale medizinischer Notfallsituationen und mögliche Patientenreaktionen, insbesondere Schock (psychischer Ausnahmezustand) sowie verzögerte psychische Reaktionen, psychosoziale Vulnerabilität des Patienten</p> <p>Verbale Krisenintervention, Handlungs- und Entscheidungsdruck des Arztes, mögliche Fehlhandlungen, Notwendigkeit der Teamsupervision, Umgang mit plötzlichem Tod</p>	<p>Überbringung der Todesnachricht an Angehörige, Bitte um Organspende, Kommunikation mit Unfallverletzten</p> <p>Suizid, kindlicher Unfall</p>
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>Lebendnierenspende: 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</p>	<p>Masters-Johnson, Impotenz, orale Kontrazeption für Jugendliche,</p>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<p>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>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 Krebschmerzen, 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 Laien-ätiologie, 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>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

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	<u>Förderung und Erhaltung von Gesundheit</u>		
3.1	<u>Prävention</u>		
3.1.1	Präventionsbegriff	Formen der Prävention (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention)	Bedeutung für die Gesundheitsversorgung
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	Risiko- und Schutzfaktoren der Erkrankung: gruppenbezogene und individuelle Betrachtung (prädiktive Medizin)	Bluthochdruck und Schlaganfall, BRCA 1-Gen

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<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>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>
3.2	Maßnahmen		
3.2.1	Gesundheits- erziehung und Gesundheits- förderung	<p>Gesundheitserziehung (Eduktion) und Gesundheitsbildung: verantwortliche Organisationen, Zielgruppen und Verfahrensweisen (auch: Neue Medien)</p> <p>Gesundheitsförderung in Organisa-</p>	<p>Einschränkung der Zigarettenwerbung, BZgA-Kampagne für Kondombenutzung</p> <p>Information zur Förderung des</p>

"Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie"

		<p>tionen (Schulen, Betriebe): neue Aufgaben der Organisations- und Personalentwicklung</p> <p>Gesundheitsförderung in der Kommune</p> <p>Unterschiedliche Wirksamkeit struktureller vs. personaler Gesundheitsförderung</p> <p>Einsatz von Screening-Verfahren (Krankheitsprävalenz, Spezifität und Sensitivität von Tests, positiver und negativer Prädiktionwert)</p> <p>Ethische und ökonomische Probleme der Prävention; Entwicklungsbedarf präventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen</p>	<p>Nichtrauchens, Suchtprävention in Schulen; Schutzimpfungen; betriebliche Gesundheitsförderung</p> <p>Gesunde-Städte-Programm der Weltgesundheitsorganisation</p> <p>Anschnallpflicht beim Autofahren</p> <p>Früherkennungsuntersuchung bei Brustkrebs, Iodprophylaxe und Mundgesundheit</p> <p>Medikamenteneinnahme bei Gesunden</p>
3.2.2	Verhaltensänderung	<p>Verhaltenstherapeutische Ansätze (operante Lernprogramme, Selbstsicherheitstraining, Stressbewältigungstraining, Problemlösetraining)</p> <p>Gruppentherapie und Einfluss gruppenspezifischer Prozesse</p> <p>Rolle der Ärzteschaft, Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen</p>	<p>Biofeedback bei Bluthochdrucksenkung, Rauchertrainingsprogramme</p> <p>Diabetikerschulung</p> <p>Therapeutisches Team in der stationären Rehabilitation</p>
3.2.3	Rehabilitation, Soziotherapie, Selbsthilfe und Pflege	<p>Rehabilitationskonzepte und -einrichtungen (z.B. Konzept der gemeindenahe Versorgung, kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen), stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen</p> <p>Beratungsangebote an chronisch Kranke: 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), Pflegequalität</p> <p>Psychosoziale Belastungen der Pflege (bei Angehörigen, bei Professionellen)</p>	<p>Wohngruppen bei psychisch Kranken, Suchttherapie</p> <p>AIDS-Hilfe</p> <p>Anonyme Alkoholiker</p> <p>Sozialstationen</p> <p>Zeitdruck in der ambulanten Pflege</p> <p>Pflege Demenzkranker durch Angehörige</p>