

MEDI-LEARN Skriptenreihe

Psychologie

Ergänzungen zur 1. Auflage

MEDI-LEARN Autoren



Autor: MEDI-LEARN Autoren

Herausgeber:
MEDI-LEARN
Bahnhofstraße 26b, 35037 Marburg/Lahn

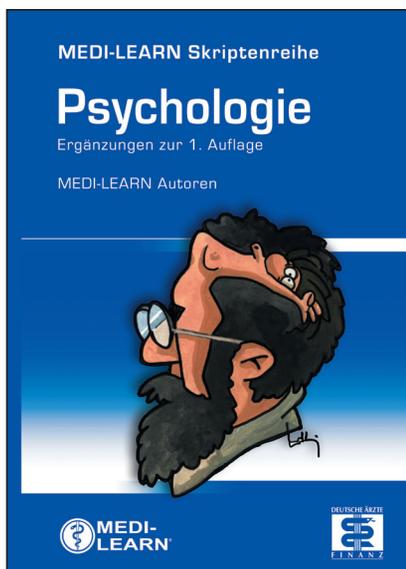
Herstellung:
MEDI-LEARN Kiel
Olbrichtweg 11, 24145 Kiel
Tel: 0431/78025-0, Fax: 0431/78025-27
E-Mail: redaktion@medi-learn.de, www.medi-learn.de

Verlagsredaktion: Dr. Waltraud Haberberger, Jens Plasger, Christian Weier, Tobias Happ
Fachlicher Beirat: PD Dr. Rainer Viktor Haberberger
Lektorat: Eva Drude
Grafiker: Irina Kart, Dr. Günter Körtner, Alexander Dospil, Christine Marx
Layout und Satz: Kristina Junghans, Norman Sommerfeld
Illustration: Daniel Lüdeling, Rippenspreizer.com
Druck: Druckerei Wenzel, Marburg

1. Auflage 2008

© 2008 MEDI-LEARN Verlag, Marburg

Das vorliegende Werk ist in all seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten, insbesondere das Recht der Übersetzung, des Vortrags, der Reproduktion, der Vervielfältigung auf foto-mechanischen oder anderen Wegen und Speicherung in elektronischen Medien.
Ungeachtet der Sorgfalt, die auf die Erstellung von Texten und Abbildungen verwendet wurde, können weder Verlag noch Autor oder Herausgeber für mögliche Fehler und deren Folgen eine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung übernehmen.

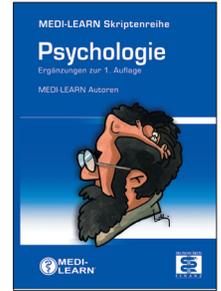


In diesem Psychologie Skript findest du alle Ergänzungen zur 1. Auflage in kleinen Stichpunkten.

Inhaltsverzeichnis

Psychologie 1	3
Psychologie 2	13
Psychologie 3	18

Psychologie 1



Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 1, Spalte 2 unten

- Übrigens wurde gestrichen

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 4, unter Rationalsskala/Verhältnisskala

- 1.2.3 Selbstbeurteilungsskalen

In der Psychologie steht man häufig vor der Frage, wie Probanden bestimmte Zustände erleben.

Hierzu werden je nach Fragestellung folgende Selbstbeurteilungsskalen eingesetzt:

- Die Schmerzintensität wird beispielsweise mit einer visuellen Analogskala erfasst, in- dem der Proband auf einer Geraden zwischen den Punkten „schmerzfrei“ bis „vernichtender Todesschmerz“ die von ihm empfundene Schmerzintensität markiert. Er kann auch auf einer metrischen Skala von 0-10 seine Schmerzintensität beschreiben.
- Mit Adjektivlisten lässt sich das subjektive Erleben der Schmerzqualität erfassen, indem der Proband die Wahl hat:

Der Schmerz ist

- stechend: ja/ nein
- pochend: ja/ nein

- Die Likert-Skala enthält eine in der Regel 5-stufige Antwortoption pro Frage, deren Werte zu einem Skalenwert addiert werden:

Ich habe Kopfschmerzen

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = gelegentlich

- 4 = häufig
- 5 = ständig

Ich habe Bauchschmerzen...

- Soziometrische Verfahren: Die Soziometrie ermöglicht es, Aussagen über eine Gruppenstruktur zu machen. Mitglieder einer Gruppe müssen dabei angeben, mit wem sie z. B. am liebsten und am wenigsten gerne ihre Zeit verbringen/in den Urlaub fahren/zusammenarbeiten würden. Es handelt sich um ein relatives Beurteilungsverfahren, da jeder die einzelnen Gruppenmitglieder in Relation zu den anderen beurteilen muss [= Wer von meinen Kollegen ist mir - im Verhältnis zu den anderen - der liebste/der am wenigsten liebste?].

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 6, Abbildung 3

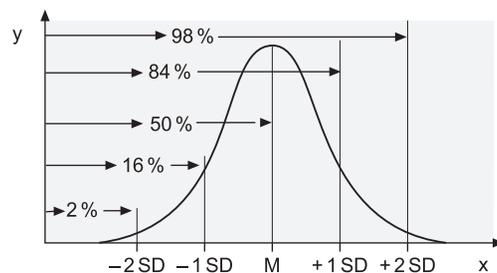


Abb. 3: Normalverteilung mit Prozenträngen

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 11, über Das bringt Punkte

- 1.3.6 Diagnostische Klassifikationssysteme

Auch im medizinischen Bereich soll die Güte diagnostischer Entscheidungen erhöht werden. So legen international gültige Klassifikationssysteme fest, welche Symptome in welcher Ausprägung vorliegen müssen, damit eine bestimmte Diagnose gestellt werden darf. Solche Klassifikationssysteme schränken durch diese operationale Definition der Diagnosen den subjektiven Ermessensspielraum ein und verbessern damit Objektivität, Reliabilität und schließlich auch die Validität. Zu den bekanntesten Klassifikationssystemen gehören die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Während die ICD-10 alle Erkrankungen umfasst, bezieht sich das DSM-IV vorwiegend auf psychische Störungen. Neben der ICD-10 zur Klassifizierung von Gesundheitsstörungen gibt es die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), die Folgeerscheinung von Erkrankungen klassifiziert. Hierbei werden die

- Körperstrukturen (= sind physiologische Funktionen, Organe, Gliedmaßen vorhanden?),
- Aktivitäten (= sind Selbstversorgung, häusliches Leben, Bewegungen möglich?) und
- Partizipation (= ist eine Person gesellschaftlich isoliert?) berücksichtigt.

- Übrigens: Der positive prädiktive Wert hängt stark von der Prävalenz (= relativen Häufigkeit) einer Erkrankung ab. Am besten ihr merkt euch Ppp für Prävalenz und positiver prädiktiver Wert.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 12, Spalte 2, Merke

- Die unabhängige (= als ursächlich angenommene) Variable wird planmäßig variiert.
 - Die abhängige Variable wird gemessen.
 - Die Moderatorvariable moderiert den Effekt.
 - Die Mediatorvariable vermittelt den Effekt.
-

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 12, Spalte 2, Merke

...vom Versuchsleiter vorgenommen wurde).

- Interne/Externe Validität von Experimenten

Auch bei Experimenten stellt sich die Frage, ob die gefundenen Ergebnisse gültig (= valide) sind. Hier unterscheidet man zwischen interner und externer Validität.

- Die interne Validität beschreibt die Sicherheit, mit der in dem Experiment die Änderung der abhängigen Variable kausal auf die unabhängige Variable zurückgeführt werden kann (Ist das Experiment „intern“ schlüssig?).
 - Die externe Validität beschreibt die Sicherheit, mit der in dem Experiment an einer kleinen Stichprobe gefundene Ergebnisse auf die Allgemeinheit (= nach extern) übertragen werden können.
- Verteilung der Versuchspersonen auf die Versuchsbedingungen
- Randomisierung: Die Zuordnung ...

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 16, Spalte 2, unter Merke

- Beispiel:

Personen mit einem seltenen Tumor bilden die Fallgruppe, Merkmalszwilige, die z.B. in Alter, Geschlecht, Beruf und Familienstand je einem Erkrankten entsprechen, bilden die Kontrollgruppe.

Es wird retrospektiv erfasst, mit welcher Häufigkeit die Gruppenmitglieder einer Exposition, z.B. Röntgenstrahlungen, ausgesetzt waren. Nehmen wir an, bei den Erkrankten (= Fallgruppe) waren 60% Röntgenstrahlungen ausgesetzt und in der Kontrollgruppe waren es 20%. Dies spricht für ein erhöhtes Tumorrisiko aufgrund der Röntgenstrahlung. Aus dem Verhältnis (= odd) dieser Quoten (= ratio) wird die odds-ratio berechnet (hier beträgt sie $60\% : 20\% = 3$). Sie bildet ein Maß für das relative Risiko von Röntgenstrahlen auf Grundlage einer Fallkontrollstudie.

- 1.4.6 Risikoberechnung

Möchte man beurteilen, welches Gesundheitsrisiko vom Rauchen ausgeht, so beobachtet man 100 Raucher und 100 Nichtraucher über einen sehr langen Zeitraum, und zählt die Zahl der Krebserkrankungen, die in dieser Zeit neu entstehen (= Inzidenz von Krebserkrankungen).

Angenommen, bei den Rauchern besteht eine Inzidenz von 10% (= 10 von 100 Rauchern erkranken neu) bei den Nichtrauchern von 1%.

Für die Risikoerhöhung gibt es zwei anschauliche Maße: Das relative und das absolute Risiko.

- Zur Berechnung des relativen Risikos dividiert man die Krebsfälle der Raucher durch die der Nichtraucher ($10\% : 1\% = 10$). So erhält man den Faktor, um den sich das Risiko durch Rauchen erhöht.
- Das absolute Risiko berechnet man, indem man die Krebsfälle der Nichtraucher von den Krebsfällen der Raucher subtrahiert. Dies liefert die absolute Zahl der durch Rauchen verursachten Krebsfälle (= absolutes Risiko) oder die Zahl der Krebsfälle, die dem Rauchen zugeschrieben werden können (= zugeschriebenes Risiko oder attributionales Risiko).

- Merke

- Relatives Risiko = Erkrankungshäufigkeit der Exponierten dividiert durch Erkrankungshäufigkeit der nicht Exponierten.
- Absolutes Risiko = zugeschriebenes Risiko = attributionales Risiko = Erkrankungshäufigkeit der Exponierten MINUS Erkrankungshäufigkeit der nicht Exponierten.
- odds-ratio = Schätzung des relativen Risikos auf Grundlage einer Fallkontrollstudie.

- Übrigens Um zweifelsfrei nachzuweisen, dass Rauchen wirklich den Krebs verursacht, müsste man ein echtes Experiment bzw. eine kontrollierte randomisierte Studie durchführen, bei der man eine Gruppe zufällig ausgewählter jugendlicher nikotinabhängig macht und eine zweite Gruppe hiervor bewahrt (= unabhängige Variable). Anschließend zählt man die Krebserkrankungen in beiden Gruppen (= abhängige Variable). Ein solches Experiment würde sich schon aus ethischen Gründen verbieten, daher gelten im Rahmen der Epidemiologie andere Kriterien für das Vorliegen einer kausalen Beziehung:

- biologische Plausibilität (= Pathomechanismen plausibel),
- Dosis-Wirkungs-Beziehung (= je mehr Rauch, desto mehr Krebs),
- Replizierbarkeit der Befunde (= Raucher aller Nationen und Zeiten zeigen höheres Risiko) und
- zeitliche Ordnung (= erst rauchen, dann Krebs).

- 1.4.7 Untersuchungsfehler

Um die Ergebnisse einer Untersuchung interpretieren zu können,

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 18, 1.5

- „Zu Beginn einer Untersuchung muss eine Stichprobenauswahl getroffen werden. Die Auswahl der Versuchspersonen muss so erfolgen, dass“ wird ersetzt durch „Bei wissenschaftlichen Fragestellungen wäre eine Vollerhebung die Methode der Wahl, da hier alle Personen der Grundgesamtheit untersucht werden. Ist dies jedoch - meist aus ökonomischen Gründen - nicht möglich, nimmt man eine Stichprobe. Die Auswahl der Versuchspersonen muss hierbei so erfolgen, dass“

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 24, Spalte 1, nach Merke

- Inferenzstatistik und Signifikanzprüfung

Will man experimentell prüfen, ob Koffein Einfluss auf die Konzentrationsleistung hat, so variiert man die Menge Koffein (= unabhängige Variable) und erfasst anschließend die Konzentrationsleistung (= abhängige Variable). Man gibt einer Gruppe eine Tasse koffeinfreien Kaffee, der anderen Gruppe eine Tasse koffeinhaltigen Kaffee. Anschließend werden die durchschnittlichen Leistungen der beiden Gruppen in einem Intelligenztest gemessen. Die Nullhypothese lautet: Koffein hat keinen Einfluss auf die Konzentrationsfähigkeit. Somit dürften also keine Unterschiede der durchschnittlichen Konzentrationsleistungen zwischen den Gruppen zu finden sein. Die Alternativhypothese lautet: Koffein hat Einfluss auf die Konzentrationsleistungen. Hier sind also Unterschiede zwischen den Gruppen zu erwarten.

Nachdem das Experiment mit jeweils 10 Personen pro Gruppe durchgeführt wurde, findet man ganz bestimmt keine identischen durchschnittlichen Gruppenleistungen, da diese sich zufallsbedingt immer unterscheiden werden, selbst wenn man beiden Gruppen die identische Menge Koffein verabreicht. Man berechnet daher zunächst mit statistischen Verfahren, mit welcher Wahrscheinlichkeit p ein Gruppenunterschied zu erwarten wäre, wenn die unabhängige Variable keinen Einfluss hätte.

Ist der gefundene Unterschied unter der Annahme, die unabhängige Variable habe keinen Einfluss (= Nullhypothese), sehr unwahrscheinlich, spricht man von einem signifikanten Unterschied. Es besteht die Konvention, dass man von einem signifikanten Unterschied spricht, wenn die Wahrscheinlichkeit für den gefundenen Gruppenunterschied unter der Annahme der Nullhypothese kleiner als 5% ist. Wenn man auf diesem Signifikanzniveau die Nullhypothese ablehnt, sollte man sich klar machen, dass man sich irren kann, denn der gefundene Unterschied wäre ja auch unter der Annahme der Nullhypothese in 5 von 100 Experimenten zu finden. Vom Fehler erster Art oder Alpha-Fehler spricht man, wenn die Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird. Das festgelegte Signifikanzniveau ist die Wahrscheinlichkeit für den Fehler erster Art = die Irrtumswahrscheinlichkeit. Vom Fehler zweiter Art oder vom Beta-Fehler spricht man, wenn man die Alternativhypothese fälschlicherweise ablehnt und die Nullhypothese fälschlicherweise beibehält. Dieser Fehler ist sehr aufwendig zu berechnen.

- Merke: Vereinfacht kann man sagen, das „p“ steht für die Wahrscheinlichkeit, mit der die Nullhypothese zutrifft: Ist $p < 5\%$ nimmt man die Alternativhypothese an, dennoch könnte die Nullhypothese aber zutreffen! Die Irrtumswahrscheinlichkeit entspricht p.

- Übrigens: Würde man dieses Experiment 100 Mal durchführen und jeweils beide Gruppen gleich behandeln, würden sich auch immer Gruppenunterschiede ergeben. Wer einmal eine statistische Arbeit geschrieben hat, weiß welche Bedeutung p hat. Am Ende einer inferenzstatistischen Berechnung steht daher immer ein p, das über „Sein oder nicht Sein“ der Alternativhypothese entscheidet: niedriger Wert für p = gut!!!

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 33, Spalte 2

- Zweiter Aufzählungspunkt:

- ... oder Aufmerksamkeit (also kein Schmerzmittel, wenn der Schmerz auftritt), damit die Medikameneinnahme nicht negativ verstärkt wird. Statt dessen...
-

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 34, 2.5.2

- ... dafür sind Erektionsstörungen, Ejakulationsstörungen, Alibidimie (= Frigidität, Störung der sexuellen Appetenz), Anorgasmie (= kein sexueller Höhepunkt), Vaginismus (= Scheidenkrampf), Dyspareunie (= Schmerzen beim Verkehr).
-

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 35 nach 2.5.3

- 2.6 Anatomische und biochemische Korrelate psychologischer Prozesse

Um zu klären, wo sich welche psychischen Funktionen lokalisieren lassen, werden verschiedene Methoden angewendet. So weiß man, dass sich der „Sitz der Persönlichkeit“ im Frontalhirn befindet, da Personen mit einer Schädigung in diesem Bereich völlig ungehemmt agieren und solchen Patienten planvolles und organisiertes Handeln kaum möglich ist. Eine Störung im Hippocampus unterbricht die Speicherung von Informationen im Langzeitgedächtnis, die Zerstörung der Amygdala führt zum Verlust von Furcht und Aggression.

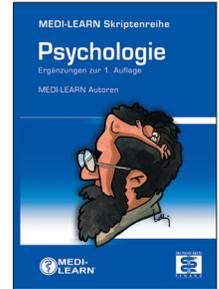
Durch Elektrostimulation bestimmter Hirnareale ließ sich das Belohnungszentrum im Nucleus accumbens lokalisieren. Hier finden sich Dopaminrezeptoren. Dopamin kann vereinfacht als das biochemische Korrelat des Glücks verstanden werden.

Während das EEG eine hohe zeitliche Auflösung von Hirnaktivitäten liefert, bieten Computer- und funktionelle magnetresonanztomographische Verfahren eine hohe räumliche Auflösung psychischer Prozesse.

- Übrigens: Die meisten Fragen nach Hirnlokalisationen lassen sich durch folgende Vereinfachungen lösen:

- Vorne liegen die motorischen, hinten die senso-rischen Bereiche.
- Bei den meisten Rechtshändern ist der rechten Hemisphäre intuitives Denken (= Intuition, Raumempfinden, Emotionen) und der linken Hemisphäre rationales Denken (= Lesen, Rechnen, Logik, Analysen) zuzuordnen.
- Bei rechtshändigen Schlaganfallpatienten ist die kontralaterale Seite gelähmt: Ist die linke Hemisphäre geschädigt, fällt daher die rechte Hand aus. Rechtshänder können dann folglich nicht mehr schreiben. So kann man sich vielleicht auch merken, dass das Sprachzentrum hier ebenfalls geschädigt sein kann.

Psychologie 2



Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 4, Übrigens

- ... Verhalten eignet. Unerwünschte Verhaltensweisen sollten konsequent ignoriert werden. Erwünschtes Verhalten sollte verstärkt werden. Also, wenn ein Kind seinen Spinat ausspuckt, so sollte man es nicht schimpfen, sondern man sollte das erwünschte Verhalten verstärken. Wenn das Kind den Spinat isst, darf es anschließend z.B. Fußball spielen. Als Verstärker dient in diesem Beispiel eine gerne ausgeführte Handlung. Wenn eine solche gerne oder häufig gezeigte Handlung als Verstärker verwendet wird, spricht man vom Premackprinzip.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 11, 1.4.3

- 1.4.3 Emotionstheorien

Emotionen werden immer begleitet von physiologischen Veränderungen. Hierbei stellt sich die Frage nach der Henne und dem Ei. James & Lange (1884) gehen davon aus, dass physiologische Reaktionen unwillkürlich einsetzen und erst die Wahrnehmung und Interpretation dieser physiologischen Veränderung die Emotion auslöst. Wir laufen vor einem Bären fort. Daraus schließen wir, dass wir Angst vor dem Bären haben müssen. „Woher soll ich wissen was ich fühle, bevor ich sehe was ich tue?“

Cannon & Bard (1927) postulieren, dass zunächst die Emotion vorhanden ist und diese dann den physiologischen Zustand verändert. Ich fühle, also reagiere ich. Schachter & Singer (1962) schließlich bilden die Synthese bisheriger Ansätze und postulieren die Zwei-Faktoren-Theorie der Emotion. Sie nehmen an, ...

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 12, Spalte 2, Mitte

- ... verstärkt. Prepared-Reize lösen häufig unangemessene Furchtreaktionen aus. Spinnen sind hier das klassische Beispiel. Panikstörung: ...

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 13, vor Repression - Sensitization

- Übrigens wurde gestrichen
 - neuer Absatz nach Posttraumatischen Belastungsstörungen:
 - Die generalisierte Angststörung ist nicht auf ein bestimmtes Objekt gerichtet, sondern beschreibt eine unbegründete Angst vor Unfällen, Erkrankungen oder Katastrophen. Sie ist weniger von physiologischen Erscheinungen begleitet.
-

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 21, nach dem zweiten Merke

- Ersetzt das alte Kapitel:

1.6.6 Persönlichkeitsstörungen

In letzter Zeit tauchten häufiger Fragen zu Persönlichkeitsstörungen im Physikum auf. Hier die „kleine Psychopathologie“ fürs Examen:

Persönlichkeit	Kennzeichen
paranoid	misstrauisch, streitsüchtig, beharrend auf eigenen Rechten
schizoid	Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen, eingeschränkte emotionale Erlebnisweise
dissozial oder antisozial	Mangel an Empathie und Schuldbewusstsein, geringe Frustrationstoleranz
Borderline	extreme Stimmungsschwankungen, instabile aber intensive Beziehungen, geringe Impulskontrolle mit potentiell selbst schädigendem Verhalten
narzisstisch	Großartigkeit und übertriebenes Selbstgefühl, Überempfindlichkeit auf Kritik
histrionisch	Dramatisierung, Theatralik und übertriebener Emotionsausdruck, auffällige Egozentrik
zwanghaft	Perfektionismus, übertriebene Gewissenhaftigkeit, Halsstarrigkeit
selbst-unsicher-vermeidend	angstbetonter, eingeschränkter Lebensstil, chronische Vermeidung von bedrohlich eingeschätzten Aktivitäten
dependent	abhängiges und unterwürfiges Verhalten, Verantwortung wird an andere abgegeben

Tabelle 2: Persönlichkeitsstörungen

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 26, nach Das bringt Punkte

- 1.9 Bindungsverhalten von Kindern

Zur Beantwortung der Frage, ob das Mutter-Kind-Verhältnis einen Einfluss auf die Gesundheit hat, muss man zunächst wissen, wie sich die Bindungsqualität messen lässt:

Die Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind wird mit dem „Fremde-Situations-Test“ operationalisiert. Dieser Test besteht aus insgesamt 8 dreiminütigen Episoden, in denen das Verhalten der Kinder durch eine Einwegscheibe beobachtet wird. In diesen Episoden wechselt die Anwesenheit der Mutter und einer fremden Person in verschiedenen Kombinationen. Die Episoden, in denen die Mutter jeweils zurückkehrt, kennzeichnen das Bindungsverhalten. Hierbei werden auf einer siebenstufigen Skala die folgenden vier Strategien der Nähe-Distanz-Regulation bewertet:

- Nähe suchen,
- Kontakt halten,
- Widerstand gegen Körperkontakt und
- Vermeidungsverhalten.

Aus der Häufigkeit, mit der die einzelnen Strategien gezeigt werden, lassen sich folgende Bindungsstile ermitteln:

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder vermeiden bei Rückkehr der Mutter Nähe und körperlichen Kontakt. Sie zeigen keine Emotionen, sondern beschäftigen sich stattdessen weiter mit ihrem Spielzeug. Sicher, balanciert gebundene Kinder zeigen ziemlich intensiv ihren Kummer, wenn sie allein gelassen werden. Sobald die Mutter zurückkehrt, sind sie wie erlöst, suchen Kontakt zu ihr und spielen anschließend fröhlich weiter.

Ambivalent-unsicher gebundene Kinder suchen einerseits die Nähe der Mutter, andererseits lehnen sie die Kontaktversuche der Mutter ab.

Desorganisierte, desorientierte Kinder schwanken zwischen mehreren Reaktionsstilen und lassen sich in bisher genannten Kategorien schlecht einordnen. Ihnen fehlen entsprechende Strategien, auf die wechselnde Ab- und Anwesenheit der Mutter oder Fremder zu reagieren.

- 1.10 Erziehungsstile

Im Physikum wurden auch gelegentlich die verschiedenen Erziehungsstile geprüft. Diese Stile können nach dem Maß an Lenkung und Wärme wie folgt eingeteilt werden:

	wenig Wärme / Zuneigung	viel Wärme / Zuneigung
viel Lenkung	autoritär	autoritativ
wenig Lenkung	vernachlässigend	permissiv

Tabelle 6: Erziehungsstile

- Übrigens: Einen überfürsorglichen Kommunikationsstil in Familien bezeichnet man als „high expressed emotion“.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 30, 2.1.2

- des Patienten ab. Bei Angststörungen wird in der Regel konfrontativ vorgegangen.

Die Konfrontation mit den angstausslösenden Reizen kann graduiert (= abgestuft) oder massiv (= volles Programm) bzw. in sensu (= in der Vorstellung) oder in vivo (= „in echt“) erfolgen:

	graduiert	massiv
in sensu	systematische Desensibilisierung	Implosionstherapie
in vivo	Habituationstraining	Reizüberflutung (= Flooding)

Tabelle 7: Interventionsmethoden

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 30, Reizüberflutung

- Reizüberflutung (= Flooding/Implosionstherapie) wird zu Reizüberflutung/Implosion

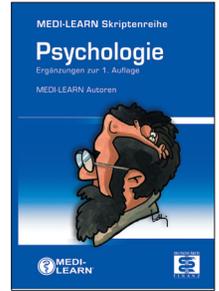
Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 34, Tabelle 5

- Ergänzung einer zusätzlichen Zeile

ungeschehen machen	Man tut so, als seien bestimmte Wünsche, Gedanken, Gefühle oder Ereignisse nicht geschehen. Beispiel: Ein Patient trainiert wenige Tage nach einem Herzinfarkt, obwohl dies sehr gefährlich ist.
--------------------	--

Psychologie 3



Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 1, 1.2

- 1.2 Normen

Zum Thema Normen wurden bislang vor allem die einzelnen Normbegriffe (s. Merke S. 2) und die unterschiedlichen Arten normabweichenden Verhaltens (= primäre und sekundäre Devianz, s. S. 2) gefragt.

1.2.1 Soziale Normen

Soziale Normen sind Verhaltenserwartungen, die innerhalb einer bestimmten Gruppe gelten. Ihr Nichteinhalten wird negativ sanktioniert

(= bestraft), ihr Einhalten dagegen belohnt.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 2, nach Übrigens

- Im Examen werden in diesem Zusammenhang gerne Zustände beschrieben und nach dem passenden Normbegriff gefragt: So entspricht z.B. vorehelicher Geschlechtsverkehr der statistischen Norm, nicht aber der sozialen Norm.

- Merke:

- Soziale Norm = Was wird von der Gruppe akzeptiert?
- Funktionsnorm = Funktioniert es? (z.B. ein Blutdruck von RR > 140/90)
- Idealnorm = Ist es der ideale Zustand? (z.B. die WHO Definition der Gesundheit, die einen Blutdruck von RR < 120/80 vorsieht)
- Statistische Norm = Ist es ein häufiger Zustand? (z. B. ein Blutdruck von RR < 130/85)
- Therapeutische Norm = Welcher Zustand wird therapeutisch angestrebt? (z. B. ein Blutdruck von RR < 140/90)

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 3, 2.2

- ...Aufgaben übernimmt. Man unterscheidet formelle (= positionsspezifische) von informellen (= personenspezifische) Rollenerwartungen.

- Die formellen Rollenerwartungen ergeben sich auf Grundlage einer Position. So hat ein Oberarzt bestimmte Aufgaben, die in seinem Arbeitsvertrag geregelt sind. Ein Klassensprecher hat genau definierte Pflichten.
- Die informellen Rollenerwartungen ergeben sich durch das gezeigte eigene Verhalten. Von einem Klassenclown erwartet man aufgrund seines eigenen in der Vergangenheit gezeigten Verhaltens, dass er z.B. vorlaut ist.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 4, Beispiel

- ...diesem Fall vernachlässigen. Ein Interrollenkonflikt kann zwischen den Rollen Arzt und Vater entstehen. Als Arzt wird von Max erwartet, einen Wochenenddienst zu übernehmen, als Vater wird von ihm erwartet, seinen Sohn zum Fußballturnier zu begleiten. Ein Intrarollenkonflikt entsteht innerhalb einer Rolle, wenn sich die Erwartungen verschiedener Rollensektoren nicht entsprechen. So erwartet die Verwaltung (= Rollensektor 1), dass Max das kostengünstige Medikament verschreibt, der Patient (= Rollensektor 2) erwartet das wirksamste und teurere Medikament.

- Merke:

Inter = zwischen, Intra = innerhalb!

Interrollenkonflikt = Konflikt zwischen zwei Rollen,

Intrarollenkonflikt = Konflikt innerhalb einer Rolle.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 6, nach 2.5.1

- 2.5.2 Gegenübertragung

Der Arzt nimmt die, ihm vom Patienten übertragene Rolle an und verhält sich entsprechend. Überträgt der Patient dem Arzt die Rolle des Vaters und der Arzt verhält sich entsprechend autoritär, so spricht man von Gegenübertragung.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 9

- 3.7 Kollusion wurde gestrichen

- Übrigens:

- Unter Shared Decision Making versteht man die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten. Hierzu klärt der Arzt zunächst über die Vor- und Nachteile einer ärztlichen Maßnahme auf, um dann mit dem Patienten gemeinsam über das weitere Vorgehen zu entscheiden.
- Bei Aufklärungsgesprächen (z.B. über eine bösartige Erkrankung) sollte der Arzt nicht sofort mit der Diagnose das Gespräch eröffnen, sondern die Informationen auf das Informationsbedürfnis, das Vorwissen und die Reaktionen des Patienten abstimmen.

Im Wechsel von der 1. auf die 2. Auflage haben sich folgende Ergänzungen ergeben.

Seite 11, 4.4, das ganze vierte Kapitel ist neu

- 4.4 Das Gesundheitssystem in Deutschland

Fragen zum Thema Gesundheitswesen erhitzen nicht nur die Gemüter der Politiker, sondern auch die der Physikumskandidaten, da sie gerne mal im Examen auftauchen.

- 4.4.1 Krankheitskosten

Durch Krankheit entstehen direkte Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit und indirekte Kosten z.B. durch Arbeitsausfälle. Die indirekten Kosten sind kaum zu beziffern, die direkten Kosten betragen im Jahr 2005 ca. 234 Milliarden Euro (= Mrd. €). Das sind ca. 10% des Bruttoinlandprodukts. In der Gesundheitswirtschaft finden sich mit 4,2 Millionen auch etwas mehr als 10% aller Beschäftigten. Auf 1000 Personen kommen ca. 3,5 niedergelassene Ärzte und ca. 10 Pfleger(Innen). Die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland umfasst ca. 82 Millionen Menschen (42 Mio. Frauen, 40 Mio. Männer). Die Krankheitskosten pro Kopf betragen rund 2700 Euro pro Person (3160 € pro Frau, 2240 € pro Mann).

- 4.4.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem lässt sich grundsätzlich durch verschiedene Modelle finanzieren:

- durch das Fürsorgemodell (= Beveridge Modell) aus Steuergeldern (z.B. in Großbritannien und Norwegen),
- durch das Versicherungsmodell (= Bismarck Modell) aus Pflichtversicherungsbeiträgen (z.B. in Deutschland und Frankreich) oder
- durch freiwillige Versicherungsbeiträge (z.B. in den USA).

In Deutschland besteht das Versicherungsmodell. 90% der Bevölkerung sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (= GK). Bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze (= ca. 47000 € pro Jahr) sind alle Arbeitnehmer pflichtversichert. Selbstständige und freischaffende Berufsgruppen sowie Angestellte über der o.g. Einkommensgrenze sind von der Pflichtversicherung befreit. Sie sind in der Regel Mitglied einer privaten Krankenversicherung.

- 4.4.3 Gesetzliche Krankenversicherung

Es herrscht das Solidaritätsprinzip, d.h. die Versicherungsbeiträge richten sich nach der Höhe des Einkommens. Der Leistungsanspruch ist unabhängig von den gezahlten Beiträgen. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze (= ca. 3500 € monatliches Einkommen) werden ca. 14% des Bruttoeinkommens an die gesetzliche Krankenkasse abgeführt, die Hälfte wird vom Arbeitgeber getragen. Über der Beitragsbemessungsgrenze werden 14% des Beitragsbemessungssatzes abgeführt. Ehepartner und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. In der GK herrscht auch das Sachleistungsprinzip. Der Versicherte kann über alle im Leistungskatalog aufgenommenen Leistungen verfügen, NICHT jedoch über deren Gegenwert. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt direkt zwischen dem Arzt und der Kassenärztlichen Vereinigung. Zwischen den GKs besteht ein Risikostrukturausgleich. Höhere Belastungen einer Krankenkasse (z.B. der AOK) werden durch Überschüsse der anderen Krankenkasse (z.B. der BARMER EK) ausgeglichen. Knapp 90% der Bevölkerung sind in der GK. Nur ca. 60% der Kosten werden von den GKs getragen.

- 4.4.4 Private Krankenversicherung

Personen, die nicht pflichtversichert sind, können eine private Krankenversicherung abschließen. Hier herrscht das Äquivalenzprinzip. D.h. die Höhe der Beiträge richtet sich nach Höhe des Krankheitsrisikos (je nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankung) und der im Krankheitsfall gewünschten Leistung (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung etc.). Ca. 9% der Bevölkerung sind privat krankenversichert.

- 4.4.5 Gesetzliche Unfallversicherung

Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufserkrankungen sind durch die gesetzliche Unfallversicherung abgedeckt. Beiträge werden durch die Arbeitgeber gezahlt. Anschlussheilbehandlungen werden in der Regel von den gesetzlichen Unfallversicherungen übernommen, um so einer vorzeitigen Berentung vorzubeugen (REHA vor Rente).

- 4.4.6 Managed-Care-Programme

Hier wird das Versicherungsrisiko von den Krankenversicherungen zu den Krankenhäusern verlagert. In den USA wird im Rahmen dieses Systems von den Krankenkassen für jeden Versicherten ein monatlicher Fixbetrag an Krankenhäuser überwiesen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Patienten gesund oder krank sind. Die Krankenhäuser müssen dafür die Versorgung der Versicherten garantieren. Die Versicherten wiederum verzichten auf das Recht der freien Arztwahl und binden sich örtlich an die dortigen Krankenhäuser, Praxisnetze, Ärzte usw. Die Kostenträger sind in der Regel private Versicherungsgesellschaften.

- 4.5 Kassenärztliche Vereinigung (= KV)

Die KVen haben den Sicherstellungsauftrag der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Alle zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung.

KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und in 17 Regionen untergliedert. Der Dachverband - die Kassenärztliche Bundesvereinigung - unterliegt der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums. Sie vertreten die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und überwachen deren Pflichten. Sie regeln die Zulassung als Vertragsarzt, um Über- oder Unterversorgungen bestimmter Regionen zu vermeiden. Für die Honorierung der ambulanten Leistungen an Kassenpatienten schließen sie mit den gesetzlichen Krankenkassen einen Kollektivvertrag, der die Gesamtvergütung regelt. Diese Gesamtvergütung ist gesetzlich der Grundlohnsumme angepasst. Veränderungen der demographischen Entwicklung, der Morbidität und des medizinischen Fortschritts bleiben unberücksichtigt.

4.6 Landesprüfungsämter und Landesärztekammern

Bis zur Erteilung der Approbation sorgen die Landesprüfungsämter für Heilberufe für die ordnungsgemäße Ausbildung der Medizinstudenten. Nach Erhalt der Approbation, d.h. nach bestandenem 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, sorgen dann die Landesärztekammern für die Einhaltung der Berufsordnung, regeln die Fort- und Weiterbildung und sind für Sanktionen bei Verstößen gegen das Berufsrecht zuständig.

- Merke: Die Landesprüfungsämter sind für die Ausbildung, die Landesärztekammern für die Fort- und Weiterbildung zuständig.

- Übrigens:

- Unter Evidenz-basierter Medizin (= Evidence based Medicine) versteht man vor allem die Verbindung klinischen Erfahrungswissens mit dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren Wirksamkeit statistisch bewiesen ist.
- Disease-Management-Programme leiten sich aus diesen Erkenntnissen ab. Es sind leitlinienorientierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten.
- Die Soziotherapie richtet sich an psychisch Kranke, mit dem Ziel, diese dazu zu befähigen, in kurzer Zeit wieder von fremder Hilfe unabhängig zu werden.

- 4.7 Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Qualitätsbeurteilungen lassen sich nach verschiedenen Kriterien durchführen.

Die Strukturqualität bezieht sich auf die personelle und apparative Ausstattung einer Klinik, die Prozessqualität auf die Abläufe. Bei der Ergebnisqualität (auch Produktqualität) können wiederum verschiedene Kriterien zugrunde gelegt werden. So kann nach einer Behandlung die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein Kriterium sein. Ebenso kann die Effektivität, die den Erfolg einer Maßnahme unabhängig von den Kosten oder die Effizienz, bei der ein Nutzen in Relation zu den Kosten gesetzt wird, zur Beurteilung der Ergebnisqualität einer Maßnahme herangezogen werden.

- Merke: Ein hoher Ausbildungsstandard der Mitarbeiter erhöht die Strukturqualität (gute Ausstattung), eine gute Kommunikation der Mitarbeiter untereinander die Prozessqualität, eine hohe Patientenzufriedenheit ist ein Kriterium für die Ergebnisqualität.

- 4.8 Ethik

In jüngster Zeit sind ethische Fragen im Physikum aufgetaucht. Hier war es hilfreich, wenn man die Grundrichtungen kannte. Man unterscheidet zwei Richtungen, die deontologische und die konsequentialistische Ethik. Im Rahmen der deontologischen Ethik können Handlungen unabhängig von deren Folgen zur Grundlage einer Bewertung herangezogen werden. Es zählt die Absicht einer Handlung. Gesinnungsethik, Pflichtethik und Gewissensethik zählen zu diesem Ansatz. Im Rahmen der konsequentialistischen Ethik werden die Konsequenzen zum Maßstab einer Handlung. Hierzu zählt der ethische Utilitarismus und die Verantwortungsethik. Eine Handlung kann erst dann bewertet werden, wenn die Folgen bekannt sind. Die Verpflichtung des Arztes, den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln und ihm nach Möglichkeit keinen Schaden zuzufügen, folgt dem Ansatz der Verantwortungsethik.

Therapeutisches Klonen ist nach utilitaristischer Ethik immer dann bedenkenlos, wenn Hoffnungen auf eine Anwendung neuer Forschungsergebnisse bestehen, welche zu verbesserten Heilungschancen von Krankheiten führen. Beide machen die Folgen einer Handlung und nicht die Handlung selbst zum Maßstab der Beurteilung.