

Inhaltsverzeichnis

Entstehung und Verlauf von Krankheiten

1	Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit	3	3.5.1	Individual- und Aggregatdaten, Primär- und Sekundärdaten; Fremd- und Selbstbeurteilung . . .	61
1.1	Begriffsklärungen	5	3.5.2	Interviewformen und -stile, Befragung	62
1.2	Die betroffene Person	8	3.5.3	Systematische und teilnehmende Beobachtung	64
1.3	Medizinische Befunderhebung und Diagnose	11	3.5.4	Erfassung psychophysiologischer Prozesse	65
1.4	Die Gesellschaft	12	3.6	Datenauswertung und -interpretation	68
1.4.1	Erfüllung bzw. Abweichung von sozialen Normen und Rollen . . .	12	3.6.1	Quantitative Auswertungsverfahren	68
2	Gesundheits- und Krankheitsmodelle	17	3.6.2	Qualitative Auswertungsverfahren	69
2.1	Verhaltensmodelle	18	3.7	Ergebnisbewertung	70
2.2	Biopsychologische Modelle	20	3.7.1	Replizierbarkeit, Generalisierbarkeit, Kreuzvalidierung	70
2.3	Psychodynamisches Modell	24	3.7.2	Anwendungsprobleme; evidenzbasierte Medizin	70
2.4	Sozialpsychologische Modelle . . .	32	4	Theoretische Grundlagen	73
2.4.1	Psychosoziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit	32	4.1	Biologische Grundlagen menschlichen Verhaltens	73
2.4.2	Psychische Risiko- und Schutzfaktoren: Kontrollattribution, Selbstwirksamkeit, Optimismus .	34	4.1.1	Repräsentation psychischer Funktionen im Gehirn	73
2.5	Soziologische Modelle	35	4.1.2	Hemisphärendominanz: Lateralisierung von Funktionen . .	78
2.5.1	Einflüsse der gesellschaftlichen Opportunitätsstruktur	36	4.1.3	Neuronale Plastizität	80
2.5.2	Einflüsse ökonomischer und ökologischer Umweltfaktoren . .	43	4.1.4	Neurotransmitter und Verhalten .	82
3	Methodische Grundlagen	45	4.1.5	Grundlagen genetischer Einflüsse auf das Verhalten	83
3.1	Hypothesenbildung	45	4.2	Lernen	85
3.1.1	Theorie- und Konstruktbildung, Ableitung der Fragestellung und Hypothesengenerierung	45	4.2.1	Grundlagen und Nutzen der Lerntheorien	86
3.1.2	Hypothesenformen	47	4.2.2	Klassische Konditionierung oder Signallernen	87
3.2	Operationalisierung	48	4.2.3	Operantes Konditionieren oder Lernen am Erfolg	90
3.2.1	Definition von Variablen zur Messung von Konstrukten, Intelligenz als Konstrukt	49	4.2.4	Lernen am Modell	96
3.2.2	Skalierung, Indexbildung	49	4.2.5	Anwendungsbeispiele für die Lerntheorien	99
3.2.3	Operationalisierung sozialer Schicht	52	4.3	Kognition	103
3.2.4	Likert-Technik bei Erfassung von Lebensqualität	52	4.3.1	Aufmerksamkeit	103
3.3	Untersuchungskriterien	53	4.3.2	Wahrnehmung	104
3.3.1	Testkonstruktion, Itemselektion, Skalenbildung	53	4.3.3	Sprache und Denken	108
3.3.2	Gütekriterien	54	4.3.4	Gedächtnis	112
3.3.3	Antwortmodelle	55	4.4	Emotionen	121
3.3.4	Messfehler und deren Kontrolle .	55	4.4.1	Neurobiologische Grundlagen . .	122
3.4	Untersuchungsplanung	58	4.4.2	Klassifikation von Emotionen . .	122
3.5	Methoden der Datengewinnung	61	4.4.3	Emotionstheorien	123

4.4.4	Spezielle Emotionen	125	4.7.4	Soziokulturelle Einflüsse auf Entwicklung und Sozialisation . .	190
4.4.5	Stress, Trauma, Belastungs- reaktionen	132	4.8	Entwicklung und Sozialisation im Lebenslauf	195
4.4.6	Affektive Störungen	137	4.8.1	Die Adoleszenz.	195
4.5	Motivation	141	4.8.2	Rollen des frühen und mittleren Erwachsenenalters	203
4.5.1	Systematische Ansätze der Motivationsforschung	141	4.8.3	Rollenkonflikte und psychosoziale Belastungen in Familie und Beruf	206
4.5.2	Ethologische Motivations- theorie	142	4.8.4	Lebenswendepunkte, Midlife- Crisis, Klimakterium	206
4.5.3	Psychoanalytische Motivations- theorie	144	4.8.5	Psychosoziale Entwicklung im höheren Lebensalter	208
4.5.4	Psychobiologische Motivations- theorie	146	4.8.6	Bewältigung des Alterns: selektive Optimierung durch Kompensation	211
4.5.5	Handlungstheoretischer Ansatz . .	148	4.9	Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs .	214
4.5.6	Motivationskonflikte	149	4.9.1	Generatives Verhalten und seine Determinanten	215
4.5.7	Homöostatische und nicht- homöostatische Triebe	152	4.9.2	Migration und Akkulturation . . .	220
4.5.8	Compliance	157	4.9.3	Schema der demographischen Transformation	222
4.5.9	Sucht.	158	4.9.4	Demographisches Altern und Kompression der Morbidität	226
4.6	Persönlichkeit	160	4.9.5	Entwicklung der Welt- bevölkerung	231
4.6.1	Psychoanalytische Persönlichkeits- modelle	161	4.10	Sozialstrukturelle Determinanten des Lebenslaufs	233
4.6.2	Lern- und verhaltenstheoretische Modelle	163	4.10.1	Modernisierungsprozess von Gesellschaften	234
4.6.3	Humanistisches Modell: das Konzept des Selbst	165	4.10.2	Änderungen der Erwerbs- struktur	235
4.6.4	Statistische Persönlichkeits- modelle	166	4.10.3	Einfluss von Bildung und Lebensstil auf die Gesundheit . . .	237
4.6.5	Die State-Trait-Unterscheidung . .	168	4.10.4	Soziale Differenzierung	238
4.6.6	Interaktionistisches Modell	169			
4.6.7	Verhaltensstile	171			
4.6.8	Persönlichkeitsstörungen	174			
4.7	Entwicklung und primäre Sozialisation.	177			
4.7.1	Schwangerschaft und Geburt. . . .	177			
4.7.2	Frühkindliche Entwicklung	181			
4.7.3	Entwicklung von Intelligenz, Leistungsmotivation und Moral . .	187			

Ärztliches Handeln

5	Arzt-Patient-Beziehung	245	5.2	Arztrolle	248
5.1	Professionalisierung des Arztberufes	245	5.2.1	Organisatorische und ökonomische Determinanten des ärztlichen Handelns	248
5.1.1	Gesundheitsberufe als Dienst- leistungsberufe, Merkmale des Professionalisierungsprozesses und Entprofessionalisierungs- tendenzen	245	5.2.2	Normen der Arztrolle.	251
5.1.2	Chancen und Risiken der Spezialisie- rung, Berufsordnung als Aufgabe der Standespolitik, Zugangsregulation durch die Kassen	246	5.2.3	Motivation zum Arztberuf, berufliche Sozialisation zum Arzt	253
5.1.3	Merkmale und Wandel von Organisationen, in denen der Arztberuf ausgeübt wird	247	5.2.4	Ethische Entscheidungskonflikte ärztlichen Handelns	255
			5.2.5	Psychische Belastungen des Arztberufes	255
			5.3	Krankenrolle.	257
			5.3.1	Merkmale der Krankenrolle	257
			5.3.2	Akut und chronisch Kranke: Krank- heitsbewältigung (Coping)	258

Inhalt

5.3.3	Sekundärer Krankheitsgewinn, Aggravation, Simulation/Dissimulation, Attribution, subjektive Krankheitstheorien	260	8.3.2	Beispiel 2: Schulung älterer Menschen	311
5.4	Kommunikation und Interaktion	262	8.4	Formen der Psychotherapie	312
5.4.1	Funktionen der Kommunikation	262	8.4.1	Psychotherapien und Psychotherapeuten	312
5.4.2	Formen der Kommunikation . . .	265	8.4.2	Methoden der Psychotherapie. . .	314
5.4.3	Strukturen der Kommunikation .	266	9	Besondere medizinische Situationen	323
5.4.4	Organisatorisch-institutionelle Rahmenbedingungen	269	9.1	Intensivmedizin	323
5.4.5	Soziokultureller Rahmen der Kommunikation	271	9.1.1	Der Patient auf der Intensivstation.	323
5.5	Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation	272	9.1.2	Spezifische Betreuungserfordernisse für Patienten und Angehörige	326
5.5.1	Formen von Kooperation bei Kranken	272	9.2	Notfallmedizin	328
5.5.2	Formen von Kooperation bei Ärzten	274	9.2.1	Schockreaktionen	329
5.5.3	Besondere kommunikative Anforderungen	275	9.2.2	Der Notfalleinsatz	329
5.5.4	Störungen der Kommunikation und Kooperation	276	9.3	Transplantationsmedizin	331
6	Untersuchung und Gespräch .	281	9.4	Onkologie	335
6.1	Erstkontakt	281	9.4.1	Modelle der Krebsverarbeitung. .	335
6.1.1	Patientenperspektive	281	9.4.2	Psychoonkologische Interventionsformen.	339
6.1.2	Arztperspektive	282	9.5	Humangenetische Beratung	341
6.2	Exploration und Anamnese	285	9.5.1	Pränataldiagnostik	341
6.2.1	Fragetechniken	286	9.5.2	Prädiktive Diagnostik	344
6.2.2	Formen der Anamnese	288	9.5.3	Interdisziplinäre Beratung: Möglichkeiten und Risiken.	345
6.3	Körperliche Untersuchung	289	9.6	Reproduktionsmedizin	345
7	Urteilsbildung und Entscheidung	293	9.6.1	Fertilität und Infertilität.	345
7.1	Arten der diagnostischen Entscheidung	294	9.6.2	Kinderwunschmotive	346
7.2	Grundlagen der Entscheidung . .	296	9.6.3	Mehrlingsgeburten.	348
7.3	Urteilsqualität und Qualitätskontrolle.	297	9.7	Sexualmedizin.	348
7.4	Entscheidungskonflikte	298	9.7.1	Psychophysiologische Grundlagen sexueller Reaktionen	348
7.5	Entscheidungsfehler	299	9.7.2	Sozialer Wandel und Sexualität. .	350
8	Psychologische Interventionsformen in der Medizin	301	9.7.3	Sexualität bei organischer Krankheit.	351
8.1	Ärztliche Beratung.	302	9.7.4	Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten	351
8.1.1	Voraussetzungen für eine Beratung	303	9.7.5	Sexuelle Störungen: Diagnostische und therapeutische Ansätze	354
8.1.2	Einleitung eines Beratungsgesprächs	303	9.8	Tod, Sterben und Trauer.	356
8.1.3	Durchführung des Beratungsgesprächs	304	9.8.1	Phasenmodelle im Umgang mit Verlust und Trauer	356
8.1.4	Abschluss der Beratung	306	9.8.2	Trauerverarbeitung	358
8.2	Patientenaufklärung	307	9.8.3	Pufferhypothese	359
8.3	Patientenschulung	308	9.8.4	Alters-, geschlechts- und kulturabhängige Todesvorstellungen . .	359
8.3.1	Beispiel 1: Schulung von Kindern mit Diabetes Typ 1 und deren Eltern	309	9.8.5	Sterbe- und Trauerrituale im Wandel	360
			9.8.6	Euthanasie	361
			9.8.7	Rolle der Selbsterfahrung des medizinischen Personals zu Sterben und Tod	361
			9.8.8	Grundsätze ärztlicher Sterbegleitung.	363

9.8.9	Hospiz.	363	10.3	Patientenkarrieren im Versorgungssystem.	376
9.8.10	Trauerreaktion der Hinterbliebenen	363	10.3.1	Primärarztfunktion und ärztliches Überweisungsverhalten.	376
10	Patient und Gesundheitssystem.	367	10.3.2	Einfluss ärztlicher Spezialisierung und Kooperation auf Behandlung.	376
10.1	Stadien des Hilfesuchens.	367	10.3.3	Schnittstellenproblematik bei chronisch Kranken.	377
10.1.1	Symptomaufmerksamkeit und Laien-ätiologie, Entscheidungsstufen ..	367	10.3.4	Strukturelle Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems. .	377
10.1.2	Rolle von Information und Motivation.	369	10.4	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.	378
10.1.3	Psychosoziale Einflüsse auf verzögertes Hilfesuchen.	370	10.4.1	Qualitätsdiskussion im deutschen Gesundheitswesen.	378
10.1.4	Motive für die Inanspruchnahme komplementärer und alternativer Heilkunde.	371	10.4.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.	379
10.2	Bedarf und Nachfrage.	373	10.4.3	Grundprinzipien evidenzbasierter Medizin.	379
10.2.1	Bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung.	373	10.4.4	Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Konflikte.	380
10.2.2	Gründe für Diskrepanz zwischen Bedarf und Nachfrage (over-/under-/misuse).	374	10.4.5	Patientenzufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als zusätzliche Beurteilungsparameter.	381
10.2.3	Einfluss von Ärzteangebot und Spezialisierung, finanzielle und rechtliche Anreize und Restriktionen.	374	10.4.6	Qualitätswettbewerb, Kostendruck und organisatorischer Wandel im Gesundheitswesen.	385
10.2.4	Medikalisierung und iatrogene Einflüsse, ärztliche Entscheidungsregeln.	375			

Förderung und Erhaltung von Gesundheit

11	Prävention.	389	12.2	Verhaltensänderung.	413
11.1	Präventionsbegriff.	389	12.3	Rehabilitation, Soziotherapie, Selbsthilfe und Pflege.	416
11.2	Primäre Prävention.	390	12.3.1	Rehabilitationskonzepte und -einrichtungen.	417
11.2.1	Maßnahmen.	390	12.3.2	Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.	417
11.2.2	Modelle gesundheitsrelevanten Verhaltens.	392	12.3.3	Beratungsangebote an chronisch Kranke: Aufgaben für niedergelassene Ärzte und öffentlichen Gesundheitsdienst.	419
11.3	Sekundäre Prävention.	393	12.3.4	Selbsthilfegruppen und -einrichtungen.	421
11.3.1	Maßnahmen.	394	12.3.5	Mitwirkung von Patientenvertretern im Gesundheitswesen.	422
11.3.2	Epidemiologie.	394	12.3.6	Pflegeversicherung und Pflegeeinrichtungen.	422
11.3.3	Stufenmodell der Verhaltensänderung.	397	12.3.7	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität.	424
11.4	Tertiäre Prävention/ Rehabilitation.	399	12.3.8	Psychosoziale Belastungen der Pflege.	425
11.4.1	Maßnahmen.	399			
11.4.2	Soziale Rehabilitation.	400			
11.5	Formen psychosozialer Hilfen.	403			
11.6	Sozialberatung.	403			
12	Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit.	405			
12.1	Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung.	405			
12.1.1	Gesundheitserziehung.	405			
12.1.2	Gesundheitsförderung.	406			