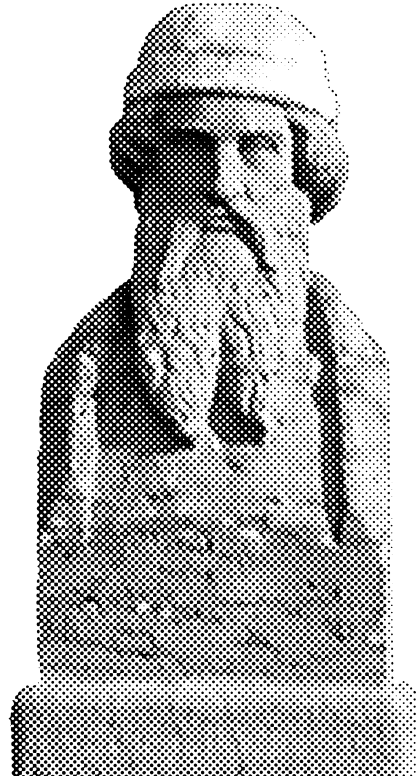


Abstracta



Johannes Gutenberg (1397-1468)

**Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für
Medizinische Psychologie und Psychopathometrie
DGMPP**

Mainz, 15. November 2014

„Faszination Lehre und Forschung“

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. E. Beutel
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Leiter: Univ.-Prof. Dr. Josef Unterrainer

publiziert auf: <http://dgmpp.awmf.info/>

Programm

Begrüßung

10:00-10:10 **S. Fischbeck, R.-M. Schulte**

Rückblick und Ausblick

10:10-10:30 **Huppmann G. (Würzburg)**
Erich Stern (1889-1959) und die Medizinische Psychologie
– eine ergobiographische Skizze

Faszination Lehre

Vorsitz: **K. Budischewski**

10:30-10:50 **Gräbel E., Donath C., Luttenberger K., Simon C., Ulbrecht B. (Erlangen)**
Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie in
Erlangen: Konsequente Ausrichtung der Lehre auf das Training der Arzt-
Patient-Beziehung

- Pause – (10 min)

11:00-11:20 **Fischbeck S. (Mainz)**
Persönlichkeit und sozialer Hintergrund als Determinanten der ärztlich
kommunikativen Kompetenz bei Studierenden der Medizin

11:20-11:45 **Mittring G. (Bonn)**
1. EM im Kopfrechnen für Kinder und Jugendliche in Luzern, Oktober 2014

Mittagspause: Imbiss (30 min)

Faszination Forschung

Vorsitz: **G. Mittring**

12:30-13:00 **Budischewski K., Böttger S., Cüppers S., Ullrich E. (Heidelberg)**
Oh, oh, der sieht gefährlich aus ...

13:00-13:20 **Schulte R.-M. (Gemmrigheim)**
Forensisch psychiatrische Aspekte im höheren Lebensalter – Ergebnisse einer
retrospektiven Langzeiterhebung

- Pause – (10 min)

13:30-13:50 **Schulte R.-M. (Gemmrigheim)**
Untersuchungsbefunde aus einer Kohortenstudie über Art und Frequenz von
Diagnosen und Therapien bei 2753 geriatrischen Patienten auf
Kreuzfahrtschiffen

13:50-14:15 **Fischbeck S., Renovanz M. (Mainz)**
Die Fragen-Identifikationsliste als Instrument in der patientenorientierten
Medizin: eine Metaanalyse

14:15-14:30 *Abschlussdiskussion*

14:30-15:30 Mitgliederversammlung der DGMPP 2014

Erich Stern (1889-1959) und die Medizinische Psychologie – eine ergobiographische Skizze

Huppmann G., Ahr R. (Würzburg)

Wer sich mit dem wissenschaftlichen Werk einer Person beschäftigt, stößt nicht selten auf die Frage, inwieweit es als Ganzes oder zumindest in Teilen mit ihrem Lebenslauf zusammenhängt. Anhand der medizinpsychologisch relevanten Schriften Erich Sterns soll in diesem Vortrag untersucht werden, ob eben das in seinem Falle gegeben ist. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass er bereits im Jugendalter an Tuberkulose erkrankte, einem – dann chronifizierten – Leiden, das über mehrere Jahrzehnte hinweg sein Leben mitprägen sollte. Zum Arzt und zum Psychologen ausgebildet, interessierten ihn in der Folgezeit Verhalten wie Erleben des körperlich Kranken und seines Arztes sowie ihre Beziehung zueinander, die soziale Umgebung des Kranken, die Auswirkungen eines stationären Aufenthaltes auf ihn sowie Sterben und Tod. Dies geschah dann immer wieder mehr oder weniger explizit unter Bezugnahme auf die Krankheit Tuberkulose, die ihn selbst mehrfach zu „Sanatoriumskuren“ zwang. Im Zuge dessen formte Stern eine Medizinische Psychologie, welche bereits all jene Bereiche umfasste, die ein solches Fach nach heutiger Ansicht beinhalten sollte. Umso bedauerlicher ist es, dass man sich seiner heute – wenn überhaupt – nur am Rande erinnert.

Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie in Erlangen: Konsequente Ausrichtung der Lehre auf das Training der Arzt- Patient-Beziehung

Gräbel E., Donath C., Eska K., Luttenberger K., Simon C., Ulbrecht G. (Erlangen)

Hintergrund: Praxisbezogenes Kommunikationstraining im Rollenspiel hat in den letzten Jahren in der medizinischen Ausbildung an Bedeutung gewonnen. Auch Portfolios kommen in vielen klinischen Fächern immer mehr zum Einsatz: In der Vorklinik sind sie in Deutschland noch nicht vertreten. In Erlangen wird seit Sommersemester 2011 eine Kombination aus praktischem Rollenspieltraining und Portfolio, das eine klassische Prüfung als Leistungsnachweis ersetzt, umgesetzt und evaluiert.

Methode im Lehrkonzept: Nach einer Einführung in die Anamneseerhebung und zur Portfolioerstellung führen die Studierenden in den Semesterferien zwischen 2. und 3. Semester mit einem chronisch erkrankten Patienten ein ausführliches Anamnesegespräch anhand eines Interviewleitfadens. Dieses wird in einem strukturierten Portfolio dokumentiert und anhand von Leitfragen reflektiert. Alle Studierenden erhalten ein Zwischenfeedback. Im 3. Semester üben alle Studierenden im Kursus unter Anleitung ihr Gesprächsverhalten bei Arzt-Patient-Gesprächen im Rollenspiel. Dabei werden fünf Gesprächssituationen trainiert: Anamnese, Konsensfindung, Prävention, Überbringen schlechter Nachrichten und schwierige Gesprächssituationen. Parallel dazu führen die Studierenden mit einem echten Patienten mit negativem Gesundheitsverhalten ein Gespräch in Eigenregie, das sich am Transtheoretischen Model der Verhaltensänderung orientieren soll. Auch dieses Gespräch wird im Portfolio dokumentiert und reflektiert. Anfang des 4. Semesters erhalten die Studierenden eine entwicklungsorientierte Rückmeldung zu ihrem Portfolio und können es danach gegebenenfalls überarbeiten.

Methode in der Evaluation: Zur Evaluation des Konzept wurden insgesamt 318 Studierende zu ihren Erfahrungen mit dem Portfolio (n=136) bzw. dem Rollenspielkurs (n=182) mittels standardisierter Fragebögen befragt.

Ergebnisse: Der Großteil der Studierenden (86%) zieht die Erstellung eines Portfolios einer punktuellen Wissensabfrage (Klausur) vor – und das obwohl der durchschnittliche Zeitaufwand für das Erstellen des Portfolios bei ca. 23 Stunden liegt (Unterrichtszeit nicht eingerechnet) und 85% nach der ersten Abgabe Verbesserungen vornehmen müssen. Auch dem Rollenspielkurs steht eine große Mehrheit der Studierenden (89%) sehr positiv gegenüber und hält es einem herkömmlichen, theoriegeleiteten Unterricht für überlegen (91%). Das Feedback wird als fair und hilfreich (92%) empfunden. 82% haben das Gefühl, in schwierigen Gesprächssituationen jetzt besser bestehen zu können.

Fazit: Mit Hilfe des vorgestellten Konzepts gelingt es, interaktiv Gesprächsverhalten zu trainieren. Das Konzept ist im Lehralltag gut umsetzbar und wird von den Studierenden geschätzt und als hilfreich empfunden.

Literatur:

Donath C, Luttenberger K, Gräßel E, Simon C (2014). Portfolios to train interactions between patients and doctors-to-be: making it work. *British Journal of Education, Society and Behavioural Science* 4:272-308 (open access).

Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C (2014). From board to bedside – training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Medical Education* 14:135 (open access).

Persönlichkeit und sozialer Hintergrund als Determinanten der ärztlich kommunikativen Kompetenz bei Studierenden der Medizin

Fischbeck S. (Mainz)

Auch bei der Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung gilt, wie bei jeder guten Lehre, die Studierenden „dort abzuholen, wo sie stehen“. Die Studie „Persönlichkeit und Kommunikation (PEKOM)“ soll Antwort auf die Frage geben, inwieweit Persönlichkeits-, Selbsteinschätzungs- und Einstellungsvariablen sowie Daten zur Person (etwa Geschlecht, Herkunft) bzw. die Prüfungsgegebenheiten den Erfolg in einer Kommunikations-OSCE determinieren. Für diesen Zweck erhielten alle Medizinstudierende eines im zweiten Semester der Vorklinik gelegenen Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie die Möglichkeit, an der Studie teilzunehmen. Sie bearbeiteten vor der OSCE u. a. das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 2008), die Communication Skills Attitude Scale (CSAS; Rees et al., 2002) sowie die Jefferson Scale of Physicians Empathie (JSPE-S, Neumann et al., 2012). Zusätzlich beurteilten Tutoren mit dem Calgary Cambridge Observation Guide (CCOG, Simmenroth-Nayda et al., 2008) und Simulationspatienten ihre Leistung. Von n = 208 Prüfungsteilnehmern nahmen n = 132 an der Studie teil (Alter M = 22,4; 66% weiblich, 34% männlich). Im Vergleich mit der alters- und geschlechtsbezogenen Normstichprobe des NEO-FFI wiesen sie die Persönlichkeitseigenschaften „Extraversion“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ stärker auf, „Neurotizismus“ hingegen war geringer ausgeprägt. Bei größtenteils positiver Einstellung zur Arzt-Patient-Kommunikation kommen sie mit unterschiedlichen Voraussetzungen in die ärztliche Ausbildung: Ihre kommunikative Kompetenz wird durch ihr Geschlecht, ihre Muttersprache, ihre Persönlichkeit (v. a. Gewissenhaftigkeit) und ihre Erfahrungen in der Ursprungsfamilie mitbestimmt. Einstellung (CSAS) und selbsteingeschätzte Empathiefähigkeit (JSPE-S) waren keine Prädiktoren.

Bei der Konzeptionierung von Ausbildungen in ärztlicher Gesprächsführung sollten die beschriebenen Gegebenheiten berücksichtigt werden.

1. EM im Kopfrechnen für Kinder und Jugendliche in Luzern, Oktober 2014

Mittring G. (Bonn)

Freier Vortrag

Oh, oh, der sieht gefährlich aus ...

Budischewski K., Böttger S., Cüppers S., Ullrich E. (Heidelberg)

Basierend auf dem Vortrag von Müller & Wölfling (2012) auf der Jahrestagung der DGMPP zur Körnchen-Wahrheit-Hypothese und der Studie von Valla et al. (2011) über die Zuschreibung krimineller Merkmale basierend auf Porträt-Fotos wurde ein Forschungsprojekt begonnen, welches untersucht, ob es möglich ist, anhand eines Porträt-Fotos zu erkennen, ob die betreffende ein Gewaltstraftäter ist oder nicht. Die Präzision der Zuschreibung wird hierbei in Verbindung mit Merkmalen einer Psychopathie gebracht. 63 Studierende unterschiedlicher Fachrichtungen wurden gebeten, insgesamt 44 Porträts danach einzuteilen, ob sie die betreffende Person für einen Gewaltstraftäter halten oder nicht und mittels des Psychopathic Personality Inventory (revised; PPI-R) hinsichtlich psychopathischer Merkmale untersucht.

Forensisch psychiatrische Aspekte im höheren Lebensalter – Ergebnisse einer retrospektiven Langzeiterhebung

Schulte R.-M. (Gemmrigheim)

Im Rahmen einer Studie (1994-2013) wurden 267 Begutachtungen bei Patienten ab dem 60. Lebensjahr durchgeführt. In weiteren 16 Prognosegutachten bei langfristig Inhaftierten lag das Durchschnittsalter bei 64,3 Jahren, die durchschnittliche Haftdauer bei 21,4 Jahren. Während von den 251 Gutachten zur Frage der Schuldfähigkeit und Prognose bei dem gegenständlichen Delikt ab dem 60. Lebensjahr 13 Frauen (Durchschnittsalter 63,4 LJ) und 238 Männer (Durchschnittsalter 66,3 LJ) vertreten waren, wurden davon 149 als Ersttäter (davon 9 Frauen) und 102 als Wiederholungstäter (davon 4 Frauen) identifiziert.

Die Auswertung mit den 251 Probanden/-innen zeigt, dass Delikte gegen die körperliche Integrität bzw. das Leben (n=109) den Großteil des Spektrums der wesentlichen Delinquenz darstellen. Außerdem vertreten sind Eigentumsdelikte (n=47), Delikte gegen die sexuelle Bestimmung (n=39), Delikte gegen persönliche Rechte (n=20), Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte (n=14), Betrug/Wirtschaftsdelikte (n=10), Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz (n=8) und Verkehrsdelikte

(n=4). Die forensisch-psychiatrische Rechtsfolge resultierte entweder in uneingeschränkter Schuldfähigkeit (n=113), nicht exkludierbar verminderter Schuldfähigkeit (n=31), verminderter Schuldfähigkeit (n=52), nicht exkludierbar Schuldunfähigkeit (n=14) oder Schuldunfähigkeit (n=41).

Die Prognosebeurteilung derselben Probanden lag bei 83 bei einer eher günstigen/günstigen Prognose, bei 87 bei einer offenen, indifferenten Prognose und bei 81 bei einer eher ungünstigen/ungünstigen Prognose.

Die unterschiedlichen Aufenthalte nach rechtskräftigem Urteil waren JVA (n=127), Freiheit (n= 122, davon 45 stationäre Institutionen, 39 allgemeinspsychiatrische Kliniken, 27 Familie, 11 eigene Single-Wohnung) und forensische Kliniken (n=2).

Zum Problemfeld der stationären Institutionen außerhalb der Justiz wurde herausgearbeitet, dass die Bereitschaft zur Aufnahme und Betreuung eingeschränkt ist wegen mangelhafter Vorinformation, unzureichenden spezifischen Fachkenntnissen, gesetzlicher Unsicherheit, eingeschränkter baulich-struktureller Ausstattung, mangelhafter Personalsituation, subjektivem Gefühl der Überforderung und persönlichen Vorurteilen bzw. Angst der Mitarbeiter/-innen.

Mögliche Risikofaktoren/Prädiktoren einer Altersdelinquenz sind vor allem (langjährige) Vordelinquenz ohne vorangegangene Sozialtherapie, neuropsychiatrische Krankheiten, Syndrom süchtigen Verhaltens, vorbestehende Persönlichkeitsstörungen, soziale Anpassungsstörungen, Isolation, Insolvenz, funktionelle Sexualstörungen, Perspektivlosigkeit, Störung der affektiven und der sexuellen (Trieb-) Impulskontrolle.

Untersuchungsbefunde aus einer Kohortenstudie über Art und Frequenz von Diagnosen und Therapien bei 2753 geriatrischen Patienten auf Kreuzfahrtschiffen

Schulte R.-M. (Gemmrigheim)

Bei der Studie mit 2753 untersuchten Passagieren betrug das Durchschnittsalter aller Gäste 65-70 Jahre, das der geriatrischen Patienten 72,4 Jahre (w=56%). Insgesamt machte der Anteil aller Personen > 64 Jahre 82% (w=53%) aus: 47% der Patienten waren weiblich, 53% der Patienten männlich. Von diesen zählte man 39% Verheiratete, 28% Verwitwete, 24% Geschiedene und lediglich 9% Ledige. Während insgesamt 31% gemeinsam mit ihren Ehepartnern reisten, waren 24% alleine auf dem Schiff und 4% der geriatrischen Patienten reisten als Gruppenmitglied. Von allen Schiffsreisenden waren 93% bereits berentet/pensioniert, nur noch 7% waren selbst berufstätig.

Von den vorgestellten Diagnosen der geriatrischen Patienten zählten 96% als chronische „allgemeinmedizinische“ Erkrankungen: Hypertonie (94%), lokalisierte Arthrosen/regionale WS-Syndrome (92%), metabolisches Syndrom (82%), chronisches Schmerzsyndrom/Schmerzkrankheit (74%), Dyssomnie (58%), Depression (37%), Herzinsuffizienz/Herzrhythmusstörungen/Zustand nach Myocardinfarkt (34%), asthmoide Bronchitis/Asthma bronchiale (19%), organisches Psychosyndrom (18%), Zustand nach Hirninfarkt/cerebrovaskuläre Insuffizienz (17%), Malignom (15%), rezidivierende Infektionskrankheiten (11%).

Bei der Vormedikation der Patienten wurden sowohl differente Pharmaka als auch Bedarfsmedikamente berücksichtigt: Neben Antihypertensiva/Diuretica (94%),

Analgetica/Antirheumatica (87%) und Statinen (84%), Protonen-Pumpen-Inhibitoren PPI (83%) gehören Hypnotica/Benzodiazepine (78%) zu den am häufigsten vorkommenden Medikamenten. Außerdem zu finden sind Antidepressiva (63%), Antidiabetica/Insulin (39%), Antiasthmatica (17%) und Cardiaca (14%).

Als Konsultationsgründe wurden zu 23% Fieber/Infektionskrankheiten, zu 22% akutes Schmerzsyndrom und zu 18% Gleichgewichtsstörungen/Vertigo angegeben.

Die gestellten Diagnosen waren unter Anderem bronchopulmonale Infektionen (17%), HNO-Infektionen (14%), vertebrales Syndrom (12%), aktivierte Arthrosen (11%), Traumata (10%) und Herzrhythmusstörungen/Angina pectoris/Myocardinfarkt (9%).

Neben den notfallmedizinischen Einsatzdiagnosen (Cardiologisches Syndrom 27%, Trauma 24%, Psychopathologisches Syndrom 21%, Neurologisches Syndrom 17%, Dermatologisches Syndrom 6%, Pulmologisches Syndrom 3%, Gastroenterologisches Syndrom 2%) waren ebenfalls psychiatrische Diagnosen (Depressionen 27%), neurologische Diagnosen (Zustand nach Hirninfarkt 31%) und stoffgebundene Suchterkrankungen zu finden.

Die absolute Anzahl der ambulanten Kontakte pro Reise beliefen sich im Mittel auf 3,3. Stationär aufgenommen wurden 4,3% der Reisenden, bei den meisten (34%) betrug die Dauer 3-6 Stunden.

Die Fragen-Identifikationsliste als Instrument in der patientenorientierten Medizin: eine Metaanalyse

Fischbeck S., Renovanz M. (Mainz)

Fragen-Identifikationslisten (FIL, englisch: Question Prompt Lists) werden vorrangig mit dem Ziel, die Arzt-Patient-Kommunikation zu verbessern, eingesetzt. Im deutschen Sprachraum sind bisher nur sehr selten entsprechende Listen entwickelt worden. Auch im europäischen wie außereuropäischen Sprachraum gibt es nur wenige Studien zu diesem Thema, wenn, dann vorwiegend bezogen auf onkologische Patienten. Im Vortrag werden Befunde einer systematischen Literaturrecherche zu den bisherigen Forschungsaktivitäten weltweit im Überblick dargestellt.

Methode: Zugrunde gelegt werden Recherchen in PsycINFO, Medline, Pubmed, Google Scholar sowie die Suche von Hand. Folgende Fragen sollen beantwortet werden: Wie verteilen sich Forschungsaktivitäten zur FIL weltweit? Welchen Ergebnis-Variablen sind bisher im Zusammenhang mit ihrem Einsatz untersucht worden? Gibt es auch experimentelle Arbeiten bzw. Interventionsstudien, die ihre Effektivität belegen? Welche Forschungslücken sind zu schließen?

Ergebnisse: Es konnten $n = 30$ wissenschaftliche Publikationen gefunden werden, in denen entsprechende Fragenlisten entwickelt und/oder in unterschiedlicher Weise eingesetzt worden sind. Am häufigsten ist bisher in Australien zu diesem Thema geforscht worden. In Deutschland sind bisher nur zwei Studien publiziert worden. Ihr Einsatz zeigt Effekte ist in Bezug auf kognitive (z. B. Behaltensleistung, subjektives Verstehen) kommunikative (z. B. Fragen stellen, ärztliche Empathie, Mitentscheidung), emotionale (z. B. Angst) und institutionelle (z. B. Patientenzufriedenheit) Parameter. In unterschiedlichen Anzahlen wurden hier sowohl positive, aber auch negative oder ausbleibende Effekte beobachtet.

Schlussfolgerungen: Weltweit existieren nur sehr wenige empirische Studien zur FIL in denen nur wenige Betreuungskontexte berücksichtigt worden sind. Positive Effekte auf kognitive, kommunikative und emotionale Parameter sowie institutionelle Gegebenheiten sind bereits nachgewiesen. Dennoch sind auch "unerwünschte Wirkungen" zu erwarten (Angstanstieg,

Depressionsgrad höher, keine Besserung der Patientenzufriedenheit). Die Patienten-Evaluation fällt größtenteils, aber nicht zu 100% positiv aus. Erkenntnisse über Applikationsform und Synergieeffekte mit anderen Interventionskomponenten und Abhängigkeiten von der Patientengruppe sind weitgehend unbekannt. Da kulturelle Differenzen hinsichtlich der Informationsbedürfnisse bekannt sind, sollte die Effektivität des Einsatzes von FILs auch bei deutschen Patienten intensiver untersucht werden.

Alphabetische Liste der Vortragenden

Prof. Dr. rer. med. Kai Budischewski

SRH Hochschule Heidelberg
Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften
Ludwig-Guttman-Str. 6
69123 Heidelberg
E-Mail: kai.budischewski@hochschule-heidelberg.de

Dr. rer. physiol. Sabine Fischbeck

Klinik und Poliklinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Saarstraße 21
55099 Mainz
E-Mail: fischbec@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. E. Gräbel

Bereich Med. Psychologie und Med. Soziologie, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen

Dr. Dr. Gert Mittring

Institut für Diagnostik und Beratung - Kinder und Jugendliche mit Vermutung auf Hochbegabung
Professor-Neu-Allee 10
53225 Bonn

Dr. med. Ralph-M. Schulte, M. sc.

Institut für forensisch-psychiatrische Begutachtung, sozialmedizinische und versicherungsmedizinische Begutachtung, Privatpraxis
Bussardweg 8
74376 Gemmrigheim

Tagungsort

Universitätsmedizin Mainz
Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Campus der Johannes Gutenberg-
Universität
Seminarraum 03-123 (3. Stock)
Duesbergweg 6,
55128 Mainz
Tel.: 06131-3925939

Parkmöglichkeit

Parkplatz nebenan,
Einfahrt Ackermannweg

Taxi-Zentrale: 06131 / 910910

Tagungsbüro

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Duesbergweg 6
55128 Mainz

Dr. Sabine Fischbeck

☎ 06131 / 39-25939

E-Mail: fischbec@uni-mainz.de

Die *LandesPsychotherapeutenKammer RLP* zertifiziert die Veranstaltung mit 6 Punkten.
Die *Akademie für ärztliche Fortbildung RLP* zertifiziert die Veranstaltung mit 6 Punkten.
