



## Abstracta

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

**15. Oktober 2005**



## Programm

### *Begrüßung*

08:50-09:00 **S. Fischbeck**

### *Arzt und Patient: Historische Aspekte*

**Vorsitz: R.-M. Schulte**

09:00-09:45 **C. Franke-Lompa (Darmstadt)**

Arzt-Patient-Beziehung im Wandel der Zeiten

09:45-10:10 **H. Brunner, H. Geißler (Sulzberg)**

Wertorientierung in der Suchtklinik damals und heute: 45 Jahre (1960-2005)  
Fachklinik Römerhaus

*Kaffeepause*

### *Arzt und Patient: Aktuelle Forschung*

**Vorsitz: L. Blaha**

10:30-10:55 **J. M. Giesler, J. Weis (Freiburg i. Br.)**

Ein Fragebogen zur „Patientenkompetenz“ bei onkologischen Erkrankungen:  
Faktoren- und itemanalytische Ergebnisse

10:55-11:15 **S. Fischbeck (Mainz)**

Betreuungsbedürfnisse von Patienten einer onkologischen Klinik: Zur  
Konvergenz und Diskrepanz von Wunsch und Angetroffenem

11:15-11:30 **W. Laubach, S. Fischbeck (Mainz)**

Bedürfnisse und Bedürfnisäußerung im Krankenhaus – rollen- und  
schichtspezifische Barrieren?

11:30-11:50 **H. Kohlhof (Mainz)**

Betreuungsbedarf von Glioblastom-Patienten: Zur Diskrepanz der Perspektiven  
zwischen Patienten, Ärzten und Angehörigen

11:50-12:10 **M. Mauch, G. Huppmann (Mainz)**

Problempatient oder schwierige Arzt-Patienten-Beziehung?

*Mittagspause (12:10-13:30)*

## ***Didaktik der Medizinischen Psychologie***

**Vorsitz: I. M. Deusinger**

13:30-13:50 **E. Gräbel (Erlangen)**

„Arzt-Patient-Beziehung“ als Thema eines einstündigen Kurses der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte

13:50-14:05 **S. Schneider, S. Fischbeck, T. Deister (Mainz)**

Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (1): Konzept

14:05-14:25 **T. Deister, S. Fischbeck, S. Schneider (Mainz)**

Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (2): Entwicklung des Kompetenzwissens im Praktikum

14:25-14:45 **S. Fischbeck, T. Deister, S. Schneider (Mainz)**

Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (3): Kompetenzwissen und Rollenspielleistung

## ***Patientenversorgung und Psycho(patho)metrie***

**Vorsitz: S. Fischbeck**

14:45-15:00 **R.-M. Schulte (Gemrigheim)**

Gegenwart und Zukunft der Psychopathometrie in der Notfallmedizin

15:00-15:25 **E. Gräbel (Erlangen)**

Versorgungssituation Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen  
IDA-Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin

*Nachmittagspause*

15:45-16:05 **R.-M. Schulte (Gemrigheim)**

Ergebnisse einer psychopathometrischen Untersuchung an Patienten nach einer operativ therapierten Subarachnoidalblutung (SAB)

16:05-16:30 **S. Braunheim (Münster)**

Die wachsende Bedeutung künstlicher neuronaler Netze in der Psychopathometrie

16:30-17:00 **J. M. Thurm (Recklinghausen)**

„Anwendungsbeispiele zur computerunterstützten Diagnostik des Hyperkinetischen Syndroms (HKS) bei Schulkindern mit dem `HKS-Diagnostikum` aus dem `Wiener Testsystem`“

17:20 *DGMPP-Mitgliederversammlung*

## **Arzt-Patient-Beziehung im Wandel der Zeiten**

C. Franke-Lompa

In der Praxis wird der Heilerfolg maßgeblich beeinflusst durch die Arzt-Patient-Beziehung. Deren Entwicklung von der Vorzeit bis zur Moderne wird anhand der Betrachtung des historisch sich verändernden Rollenverständnisses des Arztes dargestellt. So wird deutlich, dass die Medizin nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ausgeübt werden kann.

Die heute beklagte Krise der Arzt-Patient-Beziehung hat ihren Ursprung in der ausschließlich vom naturwissenschaftlichen Denken geprägten Medizin. Eine positive Entwicklung ist denkbar mit Hilfe des Konzeptes vom kompetenten Patienten.

## **Wertorientierung in der Suchtklinik damals und heute: 45 Jahre (1960-2005) Fachklinik Römerhaus**

H. Brunner, H. Geißler

Das Rahmenthema der diesjährigen Jahrestagung DGMPP lautet „Tradition-Moderne-Utopie“. Anknüpfend an den ersten Part dieser Trias „Tradition“ wird dargestellt wie sich im Verlauf von viereinhalb Dezennien und vor dem Hintergrund von gesellschaftlichen und fachlich-inhaltlichen Veränderungen der Umgang mit der „Wertorientierung“ in unserer Klinik veränderte und dennoch immer integraler Bestandteil der Arbeit blieb.

Die Fachklinik Römerhaus ist mit 45 Behandlungsplätzen im Reha-Bereich und weiteren 10 Plätzen im Entzugsbereich eine relativ kleine Suchtfachklinik. Behandelt werden Männer aller Altersgruppen mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der so genannten „Unterschichtsklientel“. Die Klinik gehört zum Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband: „Die Erkenntnisse der Reformation, des Pietismus und der Erweckungsbewegung bilden eine wesentliche Grundlage für die Entstehung und Entwicklung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes mit seinen Krankenhäusern“ (aus dem Leitbild). Aus diesem Grunde war und ist es ein Anliegen, zusätzlich zu dem therapeutischen Behandlungsangebot der Sucht, welches in jeder anderen Klinik auch vorgehalten wird, den Patienten ein Angebot zur „Sinn und Wertfindung“ zu machen.

Aus heutiger Sicht gibt es eine Vielzahl wissenschaftlicher Belege dafür, dass ein persönlicher Glaube hilft, von Krankheiten schneller zu genesen bzw. protektive Wirkung gegenüber krank machenden Einflüssen ausübt. Daneben ist bekannt, dass von bestimmten religiösen Einstellungen auch neurotisierende Wirkungen ausgehen.

Gesellschaftliche Entwicklungen der letzten Jahrzehnte sowie der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Suchterkrankung haben immer neue Entwicklungen in der stationären Suchttherapie angestoßen. Die Klinik erlebte in dieser Zeit eine Reihe von Umbrüchen und Veränderungen. Diese können hier nur angedeutet werden, indem beispielhaft hingewiesen wird auf den Übergang vom „Hausvater-Prinzip“ damals in der „Heilstätte Römerhaus“ zu einer modernen, wissenschaftlich fundierten, methodenintegrativen und multiprofessionell ausgerichteten Suchttherapie.

Abschließend soll als Frage ans Auditorium aufgeworfen werden:

- Kann mit Hilfe moderner testpsychologischer Verfahren die religiöse Einstellung bzw. Veränderung in der religiösen Einstellung gesamtgesellschaftlich und im Kontrast und Vergleich dazu in der relativ kleinen Population unserer Klinik erhoben und nachgewiesen werden?
- Welche Anregungen und Hilfestellungen zur Optimierung unseres diesbezüglichen Angebotes lassen sich daraus u.U. gewinnen?

## **Ein Fragebogen zur „Patientenkompetenz“ bei onkologischen Erkrankungen: Faktoren- und itemanalytische Ergebnisse**

J. M. Giesler, J. Weis

Auch im Kontext onkologischer Erkrankungen wird der Begriff „Patientenkompetenz“ (PK) vielfach programmatisch gebraucht, um dem Wunsch von Patienten nach Selbstbestimmung und Teilhabe an Entscheidungen Ausdruck zu verleihen, die sich im Rahmen der Behandlung ihrer Erkrankung stellen. Unter psycho-onkologischer und gesundheitspsychologischer Perspektive liegt es jedoch näher, PK als hypothetisches Konstrukt zu bestimmen, das interindividuelle Unterschiede in Bezug auf die Fähigkeit beschreibt, Anforderungen und Belastungen zu verarbeiten, die im Zusammenhang einer (Tumor-)Erkrankung und ihrer Behandlung entstehen, dabei individuelle Zielsetzungen und Bedürfnisse zu berücksichtigen und Ressourcen des persönlich-sozialen Umfelds sowie des Systems der Gesundheitsversorgung zu nutzen. Dieser Arbeitsdefinition korrespondiert ein hypothetisches Modell der Manifestationsbereiche von PK. Zugleich lässt sich PK so in einer Tradition „salutogener“ Konzepte wie z.B. Kohärenzsinn, dispositionaler Optimismus oder Selbstwirksamkeit verorten.

Auf der Basis des genannten Manifestationsmodells war es Ziel einer multizentrischen Studie der Klinik für Tumorbiologie, ein Messinstrument zur Erfassung von PK zu entwickeln. Hierzu bearbeiteten 536 Tumorpatienten einen Fragebogen mit 140 Aussagen über verschiedene Aspekte ihres auf die Tumorerkrankung bezogenen Erlebens und Verhaltens, die in Vorstudien mit 21 Tumorpatienten und 21 (psycho-)onkologischen Experten als zur Erfassung von PK geeignet eingestuft worden waren. Für die Mehrzahl dieser Aussagen war der Grad ihres persönlichen Zutreffens anhand von fünf-stufigen Skalen anzugeben.

Explorative Faktorenanalysen zeigen, dass die eingesetzte Version des Verfahrens mehrere Dimensionen der selbsteingeschätzten PK differenziert, z. B. Suche von Information zu Diagnose und Behandlung, Selbstbewusster Umgang mit Ärzten oder informiertes Gesundheitsverhalten. Bisherige Reliabilitätsanalysen ergeben zudem mehrheitlich zufrieden stellende Konsistenzkoeffizienten. Nach Abschluss der noch laufenden Auswertungen wird eine hinreichend zuverlässige vorläufige Version des Verfahrens zur Verfügung stehen. Deren Validität soll in einer Folgestudie weiter geprüft werden, um eine Grundlage dafür zu schaffen, mögliche Auswirkungen von PK auf den Verlauf von Tumorerkrankungen sowie Effekte von Maßnahmen zur Förderung von PK künftig empirisch prüfen zu können.

## **Betreuungsbedürfnisse von Patienten einer onkologischen Klinik: Zur Konvergenz und Diskrepanz von Wunsch und Angetroffenem**

S. Fischbeck

Betreuungsbedürfnisse onkologischer Patienten können erst dann patientenadäquat erfüllt werden, wenn sie zuvor hinreichend identifiziert worden sind.

### **Zielsetzung**

Unser Forschungsprojekt zielt darauf ab, ein sie abbildendes Soll-Ist-Fragebogensystem für den stationären Versorgungssektor zu entwickeln.

### **Methode**

Das Instrument für den stationären Betreuungssektor, die Betreuungsbedürfnis-Skalen (BB-S), soll aus zwei Teilen bestehen: Der erste ermittelt die Prävalenz psychosozialer arzt- wie pflegebezogener Betreuungsbedürfnisse der Kranken (t1). Der zweite erfasst zu einem späteren Zeitpunkt mittels so genannter „Report-Fragen“, inwiefern sie entsprechendes Verhalten der Ärzte und des Pflegepersonals angetroffen haben. A-priori ist von folgenden Kategorien des subjektiven Betreuungsbedarfs auszugehen: I. Bedürfnis nach Information und Mitbestimmung, II. Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung, III. Bedürfnis nach Verfügbarkeit des Arztes bzw. des Pflegepersonals/Vermitteln von Geborgenheit. An der Entwicklung des Fragebogens nahmen N = 22 Ärzte und N = 7 Pflegekräfte der III. Medizinische Klinik des Univ.-Klinikums Mainz teil. Der Itemsatz enthält, ausgewählt nach einer Expertenbeurteilung, nun 69 arzt- (BB-S-A), 25 pflege- (BB-S-P) und 12 klinikbezogene (BB-S-S) Feststellungen jeweils für t1 und t2.

### **Ergebnisse**

Erste Befunde mit N = 85 Patienten (vorwiegend hämatologisch-onkologische Systemerkrankungen und Lungenkarzinom) zeigen Konvergenzen wie Divergenzen zwischen Wünschen in Bezug auf die Betreuung durch die Ärzte und Pflegekräfte der Klinik und in ihrer Ausstattung im Vergleich mit dem dort Angetroffenem.

### **Diskussion**

Zu fragen ist, ob die gewählte Methode tatsächlich geeignet ist, Betreuungslücken aufzudecken. Darüber hinaus muss diskutiert werden, wie die ermittelten Befunde genutzt werden können, um die Versorgungsqualität in der Klinik zu verbessern.



## **Bedürfnisse und Bedürfnisäußerung im Krankenhaus – rollen- und schichtspezifische Barrieren?**

W. Laubach, S. Fischbeck

Bedürfnisse und deren Erfüllung sind ein wichtiger Teilaspekt stationärer Versorgung und tragen zur Genesung der Patienten bei. Die Äußerung von Bedürfnissen durch die Patienten ist jedoch aus soziologischer Sicht im Krankenhaus mehrfachen Beschränkungen unterworfen: einerseits bestehen Barrieren durch den institutionelle Notwendigkeiten in der Krankenversorgung, die bereits mehrfach in soziologischen Analysen beschrieben wurden. Andererseits müssen auch Einschränkungen angenommen werden, die sich aus dem antizipatorischen Lernen der Patientenrolle und dem gesellschaftlich bestimmten Profil dieser Rolle ergeben. Hierbei ist vor allem die schichtspezifische Gestaltungen der Patientenrolle von Interesse. Hinweise darauf sind in den Äußerungen von Bedürfnissen in der stationären Versorgung zu erwarten.

Im Rahmen der Befragung zu Bedürfnissen und der Bedürfniserfüllung bei hämatologischen Patienten wurden die schichtspezifischen Unterschiede analysiert. Um den Einfluss unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen möglichst gering zu halten, wurden nur Patienten mit Lungenkrebs, Leukämie und Plasmozytom berücksichtigt.

Als Ergebnis konnten deutliche schichtspezifische Unterschiede in den geäußerten Bedürfnissen festgestellt werden. Entgegen den Erwartungen werden dabei vor allem bei Patienten der Mittelschicht spezifische Betreuungsleistungen des Arztes als „eher weniger wichtig“ bewertet. Die von Patienten der Unterschicht als „sehr wichtig“ bewerteten Betreuungsbedürfnisse unterscheiden sich zum Teil deutlich von denen der Oberschicht-Patienten und sind im Zusammenhang mit fehlender sozialer Unterstützung in unteren Sozialschichten zu interpretieren.

Bei der noch andauernden Befragung der Patienten zu erfüllten Betreuungsbedürfnissen wird zu klären sein, ob die Bedürfnisse der Personen der unteren sozialen Schicht auch durch Ärzte und Pflegekräfte wahrgenommen wurden und erfüllt werden konnten.

## **Psychosoziales Befinden und Betreuungsbedürftigkeit von Glioblastom-Patienten aus Fremd- und Eigenperspektive**

H. Kohlhof, S. Fischbeck

Die Diagnose eines malignen Glioms kann – wie jede andere Tumorerkrankung – auch das psychosoziale Befinden der Patienten erheblich mindern. Obwohl zahlreiche Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, ist bis heute noch kein kurativer Ansatz möglich. Nachdem die Patienten einige Stadien der Therapie durchlaufen haben (Operation, Radiotherapie), findet eine ambulante Weiterbehandlung statt. In einer solchen Sprechstunde werden die Chemotherapiezyklen der Patienten eingeteilt, sowie der Verlauf der Erkrankung kontrolliert.

### **Fragestellung**

Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, wie stark diese Patientengruppe zu diesem Zeitpunkt psychosozial belastet ist und ob sie einer psychoonkologischen Intervention bedürfen. Zusätzlich wird überprüft, inwiefern die befindensbezogene Selbsteinschätzung der Patienten mit der Fremdeinschätzung durch die Angehörigen und durch die behandelnden Ärzte übereinstimmt oder ob signifikante Diskrepanzen vorliegen.

### **Patienten und Methoden:**

Im Zeitraum von Oktober 2004 bis Juli 2005 erhielten N = 50 Patienten (Alter 21-80 Jahre) mit der Diagnose Glioblastom die Kurzform des „Hornheider Fragebogens“ (Strittmatter, 1997) bei einem ihrer Besuche in der Ambulanz der Neurochirurgie des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz bzw. des Krankenhauses der barmherzigen Brüder in Trier zur Bearbeitung vorgelegt. Zusätzlich wurden N = 49 Angehörige der Patienten und jeweils die in der Sprechstunde verantwortlichen Ärzte befragt. Für den letztgenannten Zweck wurde Fremdbeurteilungsversionen des „Hornheider Fragebogens“ eigens entwickelt. Dafür wurde eine Expertenkommission gegründet (Mitarbeiter der Klinik für Neurochirurgie und der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität).

### **Ergebnisse**

Erste Ergebnisse werden mitgeteilt.

## **Problempatient – oder schwierige Arzt-Patient-Beziehung?**

M. Mauch, G. Huppmann

Der Beitrag stellt aus der Sicht verschiedener Autoren dar, inwiefern Typologien des „schwierigen Patienten“ entwickelt worden sind bzw. durch welche Bedingungen und Situationen in der Arzt-Patient-Beziehung Schwierigkeiten entstehen. Als besonders bedeutend dafür erweist sich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, entsprechende Aspekte stehen deshalb im Vordergrund.

**„Arzt-Patient-Beziehung“ - einstündiger Kursus der Med. Psychologie und Med. Soziologie nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte**

E. Gräbel

In der Studienordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wurde für die Fächer Med. Psychologie und Med. Soziologie ein insgesamt einstündiger Pflichtkurs für die Medizinstudenten nach der neuen Approbationsordnung festgeschrieben. Auf Grund dieser minimalen Stundenzahl wurde das Unterrichtskonzept auf ein bestimmtes Thema des Gegenstandskataloges begrenzt, nämlich auf die medizinpsychologischen und medizinsoziologischen Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung. Als Lernziel wurde das Erkennen der Bedeutung der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung für den Erfolg des ärztlichen Handelns definiert. Zur Vermittlung der Lehrinhalte werden verschiedene Lehrmethoden verwendet: neben dem Dozentenvortrag sind dies vor allem die Gruppenarbeit mit Ergebnisvorstellung und Diskussion, die Bearbeitung von Fallbeispielen als Einzelarbeit sowie Rollenspiel und Videovorführung. In der letzten Unterrichtsstunde des Sommersemesters 2005 wurde der Kurs evaluiert. Die wichtigsten Fragen bezogen sich auf die Einschätzung der Studenten, wie groß ihrer Meinung nach der Einfluss einer guten Arzt-Patienten-Beziehung auf den Erfolg der ärztlichen Hilfeangebote sei. In der Totalerhebung zeigte sich, dass ein Viertel der Kursstudenten den Einfluss einer guten Arzt-Patienten-Beziehung am Ende des Kurses höher einschätzten als am Anfang.

## **Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (1): Konzept**

S. Schneider, S. Fischbeck, T. Deister

### **Hintergrund/Ziele und Forschungsfragen**

Nach Maßgabe der jüngsten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) soll künftig die Effektivität des Unterrichtes daran gemessen werden, ob die Studierenden „... gezeigt haben, dass sie sich die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet haben und sie in der Praxis anzuwenden wissen.“ (S. 2406). Ob entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten tatsächlich erworben worden sind, wird in der Ärztlichen Vorprüfung nach neuer AO allerdings nur noch theoretisch – d. h. in Form von Multiple-Choice-Prüfungen – getestet. Inwiefern es den künftigen Ärzten gelingt, theoretisches Wissen patientenbezogen zu nutzen, darüber sagt diese Form der Prüfung nur wenig aus. Dieses Defizit erkennend, haben wir uns zum Ziel gesetzt, eine kompetenzorientierte Prüfungsform zu entwickeln und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der genannten Veranstaltung zu evaluieren. Sie soll: (1) den praxisbezogenen Wissensstand der Studierenden und (2) den Grad des Zugewinns an Kompetenzwissen sowie (3) die Fertigkeiten der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer, einfühlsam und überzeugend mit Patienten zu kommunizieren, ermitteln.

### **Material und Methoden**

Um die oben genannten Forschungsfragen zu bearbeiten, haben wir eigens einen „Fragebogen zum Kompetenzwissen (FZK)“ entwickelt. Dieser soll Wissen über praxisrelevante Handlungsabläufe erfragen, z. B. in Bezug auf die Themen „Umgang mit Nebenwirkungen“, „Compliance-Förderung“ und „Ärztliche Aufklärung“. Für die Auswertung legten wir Optimalantworten fest, die sich an den im Kurs unterrichteten Inhalten und Handlungsstrategien orientieren. Die N = 213 Studierenden bearbeiteten den FZK zu Beginn (t1) und am Ende (t2) des Kurses im Sommersemester 2005. Wir erwarteten einen Gewinn an Kompetenzwissen zwischen t1 und t2 als Effekt der entsprechenden medizinpsychologischen Ausbildung im Kursus. Um Zusammenhänge von theoretisch Gelerntem und praktischem Können nachzuweisen, fanden am Ende des Semesters, für alle Studierenden verpflichtend, dokumentierte Prüfungsrollenspiele statt. Wir nahmen an, dass die Studierenden – ggf. bedingt durch praktische Übungen im Kurs – (1) an t1 in Bezug auf ihren praxisbezogenen Wissensstand (FZK) eher geringe Leistungen erbringen, (2) an t2 über mehr praxisrelevantes Kompetenzwissen verfügten als an t1 und (3) Zusammenhänge zwischen theoretischer Leistung im FZK und praktischer Leistung im Rollenspiel aufzufinden sind.

### **Diskussion**

Dargestellt werden das beschriebene Prüfungsmodell und die Evaluationsinstrumente. Zu fragen ist, ob die beschriebene Methode geeignet ist, unsere Forschungsfragen zu untersuchen. Überdies sollte diskutiert werden, welche Langzeiteffekte unser Prüfungsmodell bei den Studierenden haben könnte.

## **Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (2): Entwicklung des Kompetenzwissens im Praktikum**

T. Deister, S. Fischbeck, S. Schneider

### **Fragestellung**

Ziel der vorliegenden Teilstudie ist, die Entwicklung des Kompetenzwissens im Praktikum der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie zu untersuchen. Kognitive Schemata stellen im Sinne von Handlungswissen eine Basiskompetenz dar. Wir nehmen an, dass durch Handlungswissen das Auftreten von patientenorientiertem Gesprächsverhalten wahrscheinlicher wird, wenngleich es dies nicht garantiert.

Der Fragebogen zum Kompetenzwissen (FZK) hat zum Ziel, das ärztliche Kompetenzwissen der Studierenden durch die Vorgabe konkreter Gesprächsbeispiele abzubilden (siehe Abstrakt Teil 1).

### **Methode**

Zu Beginn und am Ende des zwölfwöchigen Kurses wurden den N = 213 Studierenden des Sommersemesters 2005 ein Fragebogen mit sieben ärztlichen Gesprächssituationen vorgelegt. In einem fest vorgegeben Zeitfenster (20 min.) sollten sie ihre beabsichtigte Vorgehensweise im Gespräch mit dem Patienten skizzieren.

Die handschriftlichen Antworten wurden je Sinneinheit in theoriegeleitete Antwortmöglichkeiten kodiert. Die registrierten Antworten wurden zur Anzahl der maximal möglichen Optimalantworten in Relation gesetzt (Antwortprozent). Zusätzlich bestand die Möglichkeit, für besonders gute Antworten, die nicht im Kodierungsschema enthalten waren, Bonuspunkte bzw. Mali für inadäquate Vorschläge zu notieren.

### **Ergebnisse**

Von N = 135 Studierenden konnten die Befragungen der beiden Zeitpunkte direkt miteinander verglichen werden. Viele Studierende konnten wegen einer Klausur in einem anderen Fach an t2 nicht teilnehmen. Insgesamt ist eine deutliche Zunahme an Kompetenzwissen bei allen vorgegebenen Situationen (Items) zu verzeichnen. Die Steigerung variiert je nach Gesprächsbeispiel. Der geringste Anstieg fand sich für die Gesprächssituation „HIV-Aufklärung“, der stärkste Anstieg der Antwortprozente betrifft die Gesprächsführung im Falle einer „Informationen zur Hospizarbeit“. Die Zahl der Boni stieg bei allen Antwortkategorien, die Zahl der Mali sank deutlich.

### **Diskussion**

Die bisherigen Ergebnisse deuten auf eine Zunahme des Kompetenzwissens im Verlauf des Praktikums hin. Vieles spricht dafür, dass dies tatsächlich als direkter Effekt des Unterrichts einzustufen ist. Inwiefern, der Eingangshypothese folgend, das Kompetenzwissen im Sinne der kognitiven Schemata das Verhalten in einer Gesprächssituation prägt, wird im Vergleich der FZK-Daten zur erbrachten Leistung im Rollenspiel deutlich (siehe Abstrakt Teil 3). Ob die Ausfälle der Stichprobe einen systematischen Einfluss haben, kann nicht abschließend geklärt werden. Die Studie mit dem Fragebogen zum Kompetenzwissen (FZK) wird im kommenden Wintersemester fortgesetzt.

## **Evaluation praxisorientierter medizinpsychologischer Lehre (3): Kompetenzwissen und Rollenspielleistung**

S. Fischbeck, S. Deister, S. Schneider

Lehre, die darauf abzielt, Studierende der Medizin für das Gespräch mit Patienten zu qualifizieren, sollte dies letztlich unter Beweis stellen. Gegenstand dieses Vortrages ist, zu beurteilen, inwieweit Teilnehmer des Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie erworbenes Kompetenzwissen in kommunikatives Handeln umsetzen.

### **Methode**

Für Überprüfungsrollenspiele wurden sieben Aufgaben (jeweils Arzt- und Patientenrolle) für die Studierenden des SS 2005 entwickelt. Diese betreffen Arzt-Patient-Gesprächssituationen, bei denen es für die Studierenden in der Arztrolle gilt, in bestimmter förderlicher Weise mit dem Patienten umzugehen. Mittels welcher Aktionen dieses Optimum zu erreichen ist, wurde zuvor im Kursus mitgeteilt und diskutiert, die entsprechenden Kenntnisse mit dem Fragebogen zum Kompetenzgewinn (FZK) festgehalten. Bis zu je 30 „Ärzte“-Student(inne)en bekamen eine von sieben Rollenspielaufgaben an einem Zusatztermin ausgehändigt. Innerhalb von 10 Minuten sollten sie im Gespräch mit ihren „Patienten“-Student(inn)en die gestellten Aufgaben lösen und zwar so, dass sie zusätzlich ärztliche Grundhaltungen des patientenorientierten Gesprächs verwirklichen. Inwiefern ihnen dies gelungen ist, bewerteten Kursdozenten mittels eines eigens entwickelten Evaluationsbogens. Alle Rollenspiele wurden auf Video aufgenommen. Die meisten Studierenden gaben ihr Einverständnis, ihre Aufnahmen öffentlich zu zeigen.

### **Ergebnisse**

Die Auswertung der Evaluationsbogen zeigte: Den „Ärzten“ gelang es meistenteils, mehr als 50% der geforderten Aktionen zu zeigen. Es können sehr gute, aber auch weniger gute Beispiele mitgeteilt werden (Videoszenen werden gezeigt). Das beste Ergebnis betrifft das Thema „Angst vor Nebenwirkungen von Medikamenten“, das schlechteste „Informieren über Hospiz“. Ihre Rollenspielleistung ist bei allen Szenen besser als ihr mit dem FZK erfasstes Kompetenzwissen vermuten ließ. Auch konnte ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen diesen Werten nicht nachgewiesen werden.

### **Diskussion**

Gängige schriftliche wie mündliche Leistungskontrollen scheinen nur bedingt geeignet, eine (erlernte) medizinpsychologische Betreuungskompetenz der Studierenden zu evaluieren, sie scheinen die Fähigkeiten der Studierenden eher zu unterschätzen. Offensichtlich ist die Überprüfung im Rollenspiel sehr viel valider. Zu diskutieren bleibt, wie unser Vorgehen als Routine in die Unterrichtspraxis eingebunden werden kann.

## **Gegenwart und Zukunft der Psychopathometrie in der Notfallmedizin**

R.-M. Schulte

In diesem Übersichtsvortrag wird der Versuch unternommen, den Stellenwert der Psychopathometrie innerhalb der Notfall- und Rettungsmedizin darzustellen und Überlegungen im Hinblick auf einen zukünftigen Einsatz psychometrischer Verfahren zu erörtern. Die Notfall- und Rettungsmedizin dient ausschließlich der präklinischen Versorgung lebensbedrohlich erkrankter und schwerst gestörter Patientinnen / Patienten in medizinischen Notfallsituationen. Während noch vor wenigen Jahren akute Krankheitsbilder aus der Inneren Medizin, insbesondere der Kardiologie und Pulmologie sowie der Traumatologie mehr als 80 Prozent aller Indikationen für Notarztwageneinsätze bedingten, stehen in großstädtischen Regionen zwischenzeitlich Einsätze wegen psychosomatischer und psychiatrischer Notfälle, wegen psychosozialer Auffälligkeit und neurologischer Notsituationen im Vordergrund, wobei eine steigende Tendenz auch im ländlichen Einsatzgebiet erkennbar wird. Insofern sind Überlegungen sinnvoll, inwieweit nicht auch bei unter dem Diktat der Zeit stehenden Notarzteinsätzen bei diesem Indikationsgebiet psychometrische Untersuchungsverfahren angezeigt sind, um Hilfestellungen für die Ersttherapie und stationäre Einweisung anzubieten. Der Stand der aktuellen Entwicklung wird dargestellt.



## **Versorgungssituation Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen und Wege der Verbesserung: IDA – Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin**

E. Gräßel

Die Versorgungssituation Demenzerkrankter in Deutschland lässt sich in Stichpunkten wie folgt beschreiben: Von den 1,0 bis 1,2 Millionen Erkrankten leben 2/3 zu Hause, 1/3 in Pflegeheimen. Die Kosten für medizinische und pflegerische Versorgung beliefen sich im Jahr 2002 auf 5,6 Milliarden Euro. Dabei erhielt nur jeder fünfte Demenzpatient eine evidenzbasierte antidementive Arzneimitteltherapie. 41% aller pflegenden Angehörigen eines Demenzkranken fühlen sich subjektiv stark belastet, was gravierende Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Angehörigen und die Pflegesituation insgesamt hat. Trotzdem werden Unterstützungsangebote, wie Angehörigenberatung, nur von 6% in Anspruch genommen. Für die Hälfte der Angehörigen kommt der Umzug in ein Heim für ihren Demenzkranken auf gar keinen Fall in Frage.

Im Projekt IDA – Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin – soll in der Studienregion Mittelfranken die Versorgungssituation für zu Hause lebende Demenzkranke verbessert werden, indem die Rolle des Hausarztes gestärkt wird. In der zweijährigen Verlaufsuntersuchung werden bis zu 180 Hausärzte clusterrandomisiert auf drei Gruppen verteilt. Die Gruppe A repräsentiert die bisher übliche Versorgungspraxis (Kontrollgruppe). In den Gruppen B und C werden die teilnehmenden Hausärzte in einer ganztägigen Schulung insbesondere zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen geschult. In beiden Gruppen sind sie in ihrer Entscheidung für oder gegen eine Arzneimitteltherapie frei. Sie sollen jedoch bei den Angehörigen eine konkrete Empfehlung zur Teilnahme an einer Angehörigengruppe durch Weitergabe eines Faltblattes durchführen. In Gruppe C besteht zusätzlich das Angebot einer zugehenden Angehörigenberatung durch qualifizierte Beraterinnen und Berater, die im Sinne eines Care-Managements die Familien unterstützen. Die Hausärzte der Gruppe C bieten dieses Angebot ebenfalls durch Übergabe eines Faltblattes an. Ziel des Projektes ist es, valide Daten darüber zu gewinnen, welches Versorgungsangebot unter den Gesichtspunkten Gesundheitsökonomie, Lebensqualität und Verbleib in der Häuslichkeit am erfolgreichsten ist.

## **Ergebnisse einer psychopathometrischen Untersuchung an Patienten nach einer operativ therapierten Subarachnoidalblutung (SAB)**

R.-M. Schulte

Im Zusammenhang mit sozial- und versicherungsmedizinischen Begutachtungen wurden in den letzten 6 Jahren 19 Patienten nach einer Subarachnoidalblutung von dem Unterzeichner ambulant untersucht und exploriert, in 3 Fällen zu zwei im Abstand von 2 bis 3 Jahren liegenden Zeitpunkten zweifach. Viele dieser Patienten, die erfolgreich operativ behandelt wurden und größtenteils keine neurologischen Auffälligkeiten aufwiesen, klagten noch Jahre nach dem lebensbedrohlichen Ereignis über massive psychische Symptome und Leistungseinschränkungen, die einer leichten kognitiven Störung einerseits und einem chronischen pseudoneurasthenischen Syndrom andererseits unter differentialdiagnostischen Aspekten zu subsumieren sind. Neben psychopathologischen und klinischen-neurologischen Untersuchungsverfahren wurden bei diesen Patienten zur Objektivierung der Befunde umfangreiche psychopathometrische und testpsychologische Untersuchungsverfahren eingesetzt, deren Ergebnisse dargestellt werden und die die Beschwerden belegen. Dabei fand sich kein Unterschied zwischen den beiden Subgruppen differenter operativer-neurochirurgischer Vorgehensweisen mittels Clipping und Coiling. Unter Berücksichtigung der testpsychologischen Ergebnisse sind die angegebenen Beschwerden der Patienten plausibel, konkludent und objektivierbar. Anderweitige gutachtlich relevante Differentialdiagnosen wurden ausgeschlossen.

## **Die wachsende Bedeutung künstlicher neuronaler Netze in der Psychopathometrie**

S. Braunheim

Neuronale Netze (NN), zur Verdeutlichung oft auch Künstliche Neuronale Netze genannt, werden für eine Vielzahl von Anwendungen genutzt. Ihre Einsatzgebiete sind z. B. die Mechanik, die Physik, die Medizin und seit kurzem auch die Psychopathometrie. Unter NN versteht man Systeme, die zur Informationsverarbeitung eingesetzt werden. Die Informationsübertragung erfolgt durch aktivierte Neuronen über gewichtete Verbindungen und basiert damit auf ihrem stark vereinfachten biologischen Vorbild. Eine wichtige Eigenschaft NN ist ihre Lernfähigkeit. So können sie z.B. ein Klassifikationsproblem selbstständig aus Trainingsbeispielen lernen, ohne explizit programmiert werden zu müssen. Mit Hilfe NN können komplexe Probleme mit einfachen Mitteln gelöst werden, während klassische statistische Verfahren, wie die Diskriminanzanalyse bzw. Regression, versagen. Die klassischen Verfahren können nur lineare Zusammenhänge modellieren und sind ungeeignet, um komplexere kurvilineare Zusammenhänge darzustellen. Sie beruhen stets auf linear-additiven Modellen. Wechselwirkungen bzw. kompensatorische Wirkungen zwischen den Prädiktoren bleiben unbeachtet. Eine Realität, in der es verschiedene Erscheinungsformen derselben Sache gibt, kann auf diese Art nicht modelliert werden. Anders sieht es bei NN aus, sie können auch unstetige Verläufe approximieren, während nicht-lineare multiple Regressionen i.A. nicht mehr lösbar sind. In verschiedenen Studien (Schuhfried 2004, Anders 1997) konnte gezeigt werden, dass NN trennschärfer sind und die Klassifikationsrate gegenüber den klassischen Methoden der statistischen Urteilsbildung verbessern.

Ein Anwendungsbeispiel NN in der Psychopathometrie ist der HKSD aus dem 'Wiener Testsystem' von Schuhfried.

## **Computerunterstützte Diagnostik des Hyperkinetischen Syndroms (HKS) bei Schulkindern mit dem 'HKS-Diagnostikum (HKSD)' aus dem 'Wiener Testsystem'**

J.-M. Thurm

Die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Hyperkinetisches Syndrom (HKS) wird in Deutschland im internationalen Vergleich spät gestellt. Deutschland belegte im 8-Ländervergleich den drittletzten Platz. Dies ist ein zentrales Ergebnis einer nicht-repräsentativen internationalen Befragung, an der sich über 760 Elternpaare von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beteiligt hatten. Alle Kinder und Jugendlichen, auf die sich die Befragung bezog, befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in ärztlicher Behandlung.

In Deutschland vergingen vom ersten Arztbesuch, bei dem über das Verhalten des Kindes gesprochen wurde, bis zur Diagnose ADHS durchschnittlich mehr als zwei Jahre. Bei weniger als 40 % der Kinder wurde die Diagnose innerhalb eines Jahres gestellt. Die diagnostische Latenz im Vergleich: In den USA (0,98 Jahre), Spanien (1,62 Jahre) und Australien (1,77 Jahre) wurde jeweils deutlich rascher diagnostiziert als in Deutschland und den Niederlanden (2,2 Jahre), Großbritannien (2,44 Jahre) und Italien (3,11 Jahre). Prof. Russell Barkley von der Universität South Carolina (USA), der für das Design der Studie mit verantwortlich war: „Wenn man bedenkt, mit welcher hoher Geschwindigkeit sich Kinder geistig und emotional entwickeln, ist eine Latenz von zwei Jahren definitiv zu lang.“ (Quelle: Nervenheilkunde 8/2004).

Seit 2004 steht mit dem computerunterstützten 'HKS-Diagnostikum (HKSD)' aus dem 'Wiener Testsystem' ein im Gegensatz zu gebräuchlichen Fremdbeurteilungs-Fragebögen psychometrisch objektives Screening auf arbeitsstilbezogene Aspekte des Hyperkinetischen Syndroms – einsetzbar ab 5 Jahren - zur Verfügung. Der 'HKSD' ist ein Rasch homogener objektiver Persönlichkeitstest, der anhand kindgerechtem Itemmaterial den Arbeitsstil von Vorschul- und Grundschulkindern misst. Während der Testdurchführung wird das Itemmaterial systematisch hinsichtlich Komplexität, Schwierigkeit, Motivation und Feedback verändert und die Reaktion des Kindes in Leistungsfähigkeit und Arbeitsstil beobachtet. Neben der Leistungsfähigkeit des Kindes in der Intelligenzdimension Wahrnehmungsschnelligkeit werden die Arbeitsstildimensionen Reflexivität, Schwierigkeitsanpassung, Motivierbarkeit und Feedbackanpassung gemessen und erlauben eine differenzierte Untersuchung von Schulleistungsschwierigkeiten. Bezüglich der Lehrerbeurteilung „Betragen in der Schule“ besitzt das 'HKSD' eine Validität von 0.811 (Quelle: Wiener Testsystem).

Als bislang einziges Untersuchungsverfahren im Bereich der Psychopathometrie erlaubt das 'HKSD' seit Februar 2005 eine Risikoklassifikation nach der neuronalen Netzwerktechnik vorzunehmen. Klassische statistische Verfahren, die zur Überprüfung der Validität herangezogen werden, wie die Diskriminanzanalyse bzw. Regression, können stets nur lineare Zusammenhänge modellieren. Um komplexere kurvilineare Zusammenhänge darzustellen, sind diese Verfahren ungeeignet. Die klassischen Verfahren beruhen stets auf linear-additiven Modellen. Wechselwirkungen bzw. kompensatorische Wirkungen zwischen den Prädiktoren bleiben unbeachtet. Eine Realität, in der es verschiedene Erscheinungsformen derselben Sache gibt, kann auf diese Art nicht modelliert werden. Die Verwendung Neuronaler Netze – wie im 'HKSD' - erlaubt dagegen die Entwicklung nichtlinearer Heuristiken zur psychologisch-diagnostischen Urteilsbildung, deren Validität stets höher ist als diejenige einer linearen Vorhersage.

Die Durchführung des 'HKSD' in einer eigenen Stichprobe (n = 43) von Schulkindern, die an der Regionalen Schulberatungsstelle für die Stadt Gelsenkirchen im Zeitraum von November 2004 bis Juli 2005 vorgestellt wurden, ergab bei n = 39 (90,1 %) eine maximale Risikoklassifikation von 0.999 für „auffälliges Betragen in der Schule“.

Das 'HKSD' kann damit als eine sehr sensitive Verfahren bei der Diagnose des Hyperkinetischen Syndroms bei Schulkindern angesehen werden. Zudem werden die Diagnosen sehr eindeutig gestellt. Eine genauere Betrachtung der individuellen Testprofile ergibt wertvolle Hinweise für verhaltens- und/oder pharmakotherapeutische Interventionen bei der großen Gruppe von Kindern mit hoher Risikoklassifikation und erlaubt differentialdiagnostische Abgrenzungen bei der – allerdings sehr kleinen – Gruppe von Kindern mit niedriger Risikoklassifikation.

---

## Verzeichnis der Erstautorinnen und Erstautoren

S. Braunheim, Weitkampweg 12, 48161 Münster

Dr. Dipl.-Psych. T. Deister, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; t.deister@mail.uni-mainz.de

Dr. Dipl.-Psych. S. Fischbeck, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische  
Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; fischbec@mail.uni-mainz.de

Dr. med. C. Franke-Lompa (Fachärztin f. Diagnost. Radiologie/ Strahlentherapie/ Psychotherapie;  
ehem. Leit. d. Psychoonkologie, Klinik Darmstadt), Weyprechtstr. 5, 64283 Darmstadt

Dr. H. Geißler/Dr. H. Brunner, Fachklinik Römerhaus, 87477 Sulzberg

Dr. Dipl.-Psych. J. M. Giesler, Klinik für Tumorbiologie, Breisacher Str. 117, 79106 Freiburg;  
giesler@tumorbio.uni-freiburg.de

PD Dr. med. E. Gräbel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Med. Psychol. u. Med.  
Soziol., Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen; elmar.graessel@psych.imed.uni-erlangen.de

cand. med. Hendrik Kohlhof, Frauenlobstr. 53, 55118 Mainz

PD Dr. W. Laubach, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; laubach@mail.uni-mainz.de

M. Mauch, Ärztin, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; mauchm@mail.uni-mainz.de

Dipl.-Psych. S. Schneider, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; schneisu@mail.uni-mainz.de

Dr. med. R.-M. Schulte, Bussardweg 8, 74376 Gemmingen; ralph-michael.schulte@t-online.de  
(Präsident der DGMPP)

Dr. J.-M. Thurm, Haydnstraße 16, 45657 Recklinghausen

### Kontaktadresse:

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Leiter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G. Huppmann,  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Saarstr. 21  
D-55099 Mainz  
huppmann@mail.uni-mainz.de; fischbec@mail.uni-mainz.de