

Curriculum der Psychosomatischen Grundversorgung

Entwickelt bisher von Dr. med. Iris Veit (Herne); Univ.-Prof. Dr. med. Paul L. Janssen (Dortmund/Bochum); Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft (Münster)

Zusammen mit der Ärztekammer Westfalen Lippe

| |
|--|
| Inhaltsverzeichnis |
| |
| 1. Kursdurchführung |
| 1.1 Struktur und zeitlicher Rahmen |
| 1.2 Modularer Aufbau |
| 1.3 Didaktische Mittel und Gruppengröße |
| 1.4 Anforderungen an die Teilnehmer |
| 1.5 Anforderungen an Kursleiter und Dozenten |
| |
| 2.Module |
| |
| 3.Lernziele |

1.1 Struktur und zeitlicher Rahmen

Das Curriculum vermittelt entsprechend den Richtlinien der Bundesärztekammer 20 Stunden Theorie und 30 Stunden verbale Interventionstechniken.

Theorie und verbale Interventionstechniken können in einem durchgehenden Kurs oder in einzelnen Blöcken durchgeführt werden

An Balintgruppen muss kontinuierlich über mindestens ein halbes Jahr teilgenommen werden. Sie können integriert in den Kurs oder unabhängig davon angeboten werden.

1.2. Modularer Aufbau

Das Curriculum setzt sich aus Modulen zusammen. Leitfaden des Aufbaus sind die **Verarbeitungsmodi** der Patienten wie ängstlicher, depressiver, narzisstischer, zwanghafter und histrionischer Modus. Diese Beziehungsmuster sollen erkannt werden, um sich darauf einzustellen und in positiver Weise zu beeinflussen. Jedes einzelne Modul setzt sich aus einem theoretischen Teil und der Vermittlung verbaler Interventionstechniken zusammen.

1.2 Didaktische Mittel und Gruppengröße

Wissen wird vermittelt durch Vortrag, Patienten- bzw. Video-Demonstrationen und Skript.

Die Vermittlung verbaler Interventionstechniken gründet sich auf die Fallvorstellungen der Teilnehmer aus ihrem Arbeitsfeld, Muster-Rollenspielen und Übungen .

Anhand der Fallvorstellungen werden Interventionstechniken analysiert, Alternativen entwickelt und in Rollenspielen erprobt.

Empfohlen wird modellhaftes Lernen anhand von Patientenvideos, die der exemplarischen Darstellung von Beziehungs- und Konfliktmustern in der Arzt-Patient-Beziehung dienen.

Empfohlen wird, das Rollenspiel mit Kamera aufzunehmen und gemeinsam zu analysieren

Großgruppen und Frontalvorlesungen sind nicht möglich. Als Obergrenze sind 20 Teilnehmer pro Gruppe anzusehen.

1.4 Teilnehmervoraussetzungen

Das Curriculum kann fachübergreifend und sektorübergreifend angeboten werden. Voraussetzung ist die Approbation.

1.5 Kursleiter und Dozenten

Die Kursleiter müssen Fachärzte sein und in ihrem Fach mindestens 5 Jahre ärztlich tätig gewesen sein. Die primär somatischen Fachärzte bedürfen einer weiteren Facharztqualifikation zum Facharzt

für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Bereichsbezeichnung Psychotherapie.

Die Dozentenkollegien, die ausschließlich aus ärztlichen Psychotherapeuten bestehen, bedürfen der Kooperation mit einem primär somatischen Facharzt.

2.Module

Block A Modul 1-6

Block B Modul 7-13

| | |
|---|---|
| Block A 1.Modul Einführung in das psychosomatische Krankheitsverständnis Theoriemodelle - Das bio-psycho-soziale Modell Neurobiologische Aspekte | 2 Unterrichtseinheiten |
| 2.Modul Ärztliche Gesprächsführung Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung Der Patient als Teil eines Beziehungssystems Grundsätze verbaler und nonverbaler Kommunikation Verbale Interventionstechniken - zur Schaffung einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung - Klärung der Beziehungssituation und Beziehungserfahrung - zur Schaffung von Motivation und Klärung von Behandlungszielen Das anamnestiche Erstgespräch Rahmenbedingungen in der psychosomatischen Grundversorgung: die Bedeutung von Zeitgrenzen - die Bedeutung des Teams - die Auswirkungen auf die Psychohygiene des Arztes | ^{6UE} 2x1,5Std. Theorie/ 1x1,5Std. Verb.Interv. |
| 3. Modul Der ängstliche Modus Grundsätze der Angstverarbeitung Einteilung der Angststörungen Symptomatik von Angststörungen Psychodynamik der Angstneurose und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Umgang mit Angststörungen in der primärärztlichen Grundversorgung Grundzüge der medikamentösen Therapie | ^{6U} 1x1,5Std. Theorie 2x1,5Std. Verb.Interv. |
| 4. Modul Der depressive Modus Symptomatik der Depression und Epidemiologie Einteilungen der Depression nach ICD-10 und Differentialdiagnose Psychodynamik der Depression als Selbstwertregulationstörung Narzisstischer Modus als Selbstwertregulationstörung Psychodynamik der suizidalen Handlung Umgang mit depressiven Patienten in der primärärztlichen Grundversorgung Grundzüge der medikamentösen Therapie | 6UE 1x1,5Std. Theorie 2x1,5Std. Verb.Interv. |
| 6.Modul Der narzisstische Modus Phänomene des narzisstischen Modus-Leitaffekt der Scham | |

| | |
|--|--|
| Narzistischer Modus als Selbstwertregulationstörung Umgang mit narzisstisch strukturierten Patienten | |
| 7. Modul Der zwanghafte Modus Phänomene des zwanghaften Modus Psychodynamik des Zwangs und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Umgang mit zwanghaft strukturierten Patienten in der primärärztlichen Grundversorgung Grundsätzliches zur Aggressionsverarbeitung | 3UE 1x1,5Std.Theorie 1x1,5Std. Verb.Interv. |
| 8. Modul Der histrionische Modus Phänomene des histrionischen Modus Einteilung dissoziativer Störungen nach ICD-10 Psychodynamik des histrionischen Modus und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Somatoforme Störungen im histrionischen Modus Umgang in der primärärztlichen Versorgung | 3UE 1x1,5 Std.Theorie 1x1,5 Std. VerbInterv. |
| 9. Modul Posttraumatische Belastungsstörungen Definition und Symptomatik der PTSD Verläufe der PTSD Umgang mit traumatisierten Patienten in der Akutsituation Umgang mit Patienten mit komplexer PTSD in der primärärztlichen Versorgung | 4UE 1x1,5 Std.Theorie 1x1,5 Std.Verb.Interv. |
| Block B | |
| 10. Modul Somatoforme Funktionsstörungen Einteilung der Somatisierungsstörungen nach ICD-10 Entstehungsmodelle der autonomen, somatoformen Funktionsstörungen; Dissoziative Störungen; Umgang mit somatoformen Störungen unkompliziert und kompliziert in der primärärztlichen Versorgung | 4UE 1x1,5Std. Theorie 1x1,5 Std.Verb.Interv. |
| 11. Modul Persönlichkeitsstörungen Diagnostische Kriterien und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen Grundsätzliches zum Umgang mit „schwierigen“ Patienten in der primärärztlichen Versorgung | 2UE |
| 12. Modul Umgang mit chronischen Krankheiten und | 4UE |

| | |
|--|--|
| <p>Krankheitsverarbeitung Verarbeitungsmodi in ihren Auswirkungen auf den Umgang mit chronischen Krankheiten Umgang mit akutem und chronischem Schmerz Bewältigungsstrategien und Krankheitsverlauf Motivierende Gesprächsführung Besonderheiten der Situation der Diagnosemitteilung Umgang mit Trauernden und Tod</p> | <p>1x1,5Std. Theorie/ 1x1,5Std. Verb.Interv.</p> |
| <p>13 .Modul Essstörungen Diagnostische Kriterien der verschiedenen psychogenen Essstörungen Psychodynamische Modelle der Entstehung von Essstörungen Umgang mit Essstörungen in der primärärztlichen Versorgung</p> | <p>2UE</p> |
| <p>14. Modul Spezifische Besonderheiten des jeweiligen Fachgebietes wie Sexualstörungen und Schwangerschaft oder Besonderheiten des Kinder- und Jugendalters oder Umgang mit dem System Familie</p> | <p>4UE</p> |
| <p>15. .Modul Psychotherapieverfahren und Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem</p> | <p>1UE</p> |
| <p>16. Modul Folgerungen für die Praxisorganisation</p> | <p>1UE</p> |

3. Lernziele

Allgemeine Ziele

Grundwissen und Anwendung bezogen

- Die den Patienten leitenden Affekte wie Angst, Trauer, Wut und Scham (Verarbeitungsmodi) wahrnehmen und ansprechen können, die eigenen Gefühle in der Beziehung beobachten und für die ärztliche Interaktion nutzen. Die Kommunikationsebene wechseln können.
- Es gelingt, eine dem Patienten Halt gebende, empathische Beziehung aufzubauen, eine Anamnese zu erheben, die der Lebensgeschichte und dem aktuellen Beziehungsgefüge Bedeutung beimisst für Symptomentstehung und Krankheitsverlauf und dies mit dem Patienten zu klären und die gemeinsamen Ziele festzulegen und motivierende, die Selbstkompetenz stärkende Interventionen anzuwenden
- Auf eigene Gefühle der Überforderung achten und der eigenen Psychohygiene Rechnung tragen
- Strukturen im Arbeitsfeld zu schaffen, die dem Raum geben, auch für die Einbeziehung des Teams und der Notwendigkeit von vernetztem Arbeiten

Professionelles Verhalten

- Eine Haltung der **Selbstbeobachtung** einnehmen
- Haltung, die **Wirklichkeit des Patienten** und seiner Beweggründe **verstehen** wollen - seiner „Geschichte“ Wert beimessen
- eine, seinen **Selbstwert und Selbstkompetenz fördernde Haltung** einnehmen können.

Kommunikation in der Arztpraxis

Grundwissen

- Bedeutung der Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung bewerten
- grundsätzliche Kommunikationstechniken wie
 - aktives Zuhören
 - Verbalisieren von Emotionen
 - Sum ups
 - zirkuläre Fragestellungen
 - Ressourcen orientierte Interventionen benennen
- den Einfluss nonverbaler Kommunikation und einer bildreichen, einfachen Sprache benennen
- Bedeutung von Zielvereinbarungen und Klärung des Behandlungsauftrags benennen
- Bedeutung von Struktur und zeitlichen Rahmen des Gesprächs für die Bearbeitung der Konflikte des Patienten benennen
- Bedeutung des Teams in der Behandlung von Patienten beschreiben

Anwendungsbezogen

- Anamnese erheben können, die der Lebensgeschichte und dem aktuellen Beziehungsgefüge Bedeutung bemisst für Symptomentstehung und Krankheitsverlauf
- Den Patienten als Teil eines Beziehungssystems wahrnehmen
- Subjektive Krankheitstheorien und die den Patienten bewegenden Motive und Ziele erfragen können
- Gefühle des Patienten wahrnehmen und ansprechen können und auf die eigenen Gefühle dabei achten

Professionelles Verhalten

- Eine Haltung der **Selbstbeobachtung** einnehmen
- Haltung, die **Wirklichkeit des Patienten** und seiner Beweggründe **verstehen** wollen - seiner „Geschichte“ Wert beimessen
- eine, seinen **Selbstwert und Selbstkompetenz fördernde Haltung** einnehmen können.

Ängstlicher Modus

Grundwissen

- Neurobiologische Grundlagen der Angst benennen
- Erläutern, welche körperlichen Symptome mit Angst einhergehen
- Symptome der Panikattacke benennen können und der Entwicklung der Angst vor der Angst
- Psychodynamische und verhaltenstherapeutische Modelle der Angst erläutern können
- Formen der ängstliche Krankheitsverarbeitung benennen :
Katastrophisieren,
Fixierung am Symptom,
Interpretation der körperlichen Symptome der Angst als verständliche Folge der körperlichen Erkrankung
Vermeidungsverhalten und Schonverhalten
und anklammerndes Verhalten gegenüber dem Arzt und dem medizinischen System
- Grundzüge medikamentöser Angstbehandlung kennen

Anwendungsbezogen

- Ängstliches Verhalten und Angst wahrnehmen und ansprechen
- die körperlichen Symptome der Angst erläutern
- Beruhigen und stabilisieren können, ohne Angst auszureden
- Grenzen setzen können gegenüber Vermeidungs- und Schonverhalten und nicht gerechtfertigten Forderungen nach einem allseits verfügbarem Arzt
- Vermeiden unnötiger Untersuchungen
- Fördern aller Maßnahmen, die die Selbstständigkeit des Patienten und nicht seine Abhängigkeit- auch vom medizinischen System- unterstützen

Professionelles Verhalten

- Angstassoziiertes Denken und Verhalten beim Arzt wahrnehmen und ängstliche Interaktionen vermeiden, die iatrogene Krankheitsprozesse in Gang setzen können
- Grenzen setzen können
- Verinnerlichen einer Haltung, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten zu fördern

| Depressiver Modus | Narzisstischer Modus |
|---|--|
| Grundwissen | Grundwissen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptome der Depression benennen • epidemiologische Bedeutung auch als Komorbidität bei chronischen Krankheiten erläutern können • den depressiven Modus als Selbstwertregulationsstörung erläutern • Formen der Krankheitsverarbeitung im depressiven Modus und Beziehungsgestaltung benennen können Verminderte Selbstkompetenz Schuldzuweisungen an sich selber Hohe Versorgungsansprüche Schnelles Kränkungserleben und Beschämtsein Ambivalentes Beziehungsverhalten und aggressives Verhalten gegenüber anderen und sich selber • Grundzüge medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlung kennen | <ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des narzisstischen Modus beschreiben • Formen der Krankheitsverarbeitung im narzisstischen Modus und Beziehungsgestaltung benennen können Schnelles Kränkungserleben und Beschämtsein Verleugnendes Krankheitsverhalten und Dissimulieren Erwarten oft Wiedergutmachung vom medizinischen System in Form von Renten usw. |
| | |
| Anwendungsbezogen | Anwendungsbezogen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trauer, Kränkungserlebnisse und Gefühle des Verlusts beim Patienten wahrnehmen und ansprechen können • Selbstwertfördernde und Ressourcen orientierte Gesprächsführung anwenden können. • Kontroll-, Überforderungs- und Beschämungsmechanismen vermeiden • Wut und Enttäuschungen auch in der Beziehung zum Arzt wahrnehmen • Interventionen bei Suizidgefahr und Interventionen zur Förderung der Compliance bei medikamentöser, antidepressiver Therapie anwenden | <ul style="list-style-type: none"> • Schamgefühle des Patienten wahrnehmen und ansprechen • Schamgefühle verbal vorwegnehmen • Sich nicht verleiten lassen, notwendige, medizinische Massnahmen zu unterlassen oder Therapien zu forcieren, die nicht mehr indiziert sind • Sich nicht verleiten lassen, nicht indizierte Wiedergutmachungsansprüche zu verstärken |
| Professionelles Verhalten | Professionelles Verhalten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ärgerassoziiertes Denken und Verhalten beim Arzt wahrnehmen und aggressive Interaktionen vermeiden. • Regressive Verstrickungen in der Arzt-Patient-Beziehung vermeiden • Selbstwert und Selbstkompetenz des Patienten fördernde Haltung einnehmen | <ul style="list-style-type: none"> • Vorsichtig werden, wenn Patient Arzt idealisiert und ihm schmeichelt • Auf leichte Kränkbarkeit und möglichen Beziehungsabbruch einstellen |

| | |
|--|--|
| Zwanghafter Modus | Histrionischer Modus |
| Grundwissen | Grundwissen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des zwanghaften Modus beschreiben –Leitaffekt Wut • Formen der Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung benennen: <ul style="list-style-type: none"> • Rationalisierung • rituelles Handeln • rigide Haltung | <ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des histrionischen Modus beschreiben Sich selbst anders erleben und von anderen erlebt werden wollen • Formen der Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung benennen Theatralisches Auftreten Hyperemotionalität Egozentrik Leichte Beeinflussbarkeit |
| Anwendungsbezogen | Anwendungsbezogen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden, mit dem Patienten in einen Machtkampf einzutreten, wer der bessere Experte ist • Vermeiden, durch die Art der ärztlichen Therapie die rigiden, kontrollierenden Charakterzüge oder zu große Anpasstheit noch zu unterstützen | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht überagieren und mitagieren • Grenzen setzen- auch Zeitgrenzen setzen • Nicht übersehen körperlicher Erkrankungen |
| Professionelles Verhalten | Professionelles Verhalten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ärgerassoziiertes Denken und Verhalten auch beim Arzt wahrnehmen und aggressive Verstrickungen vermeiden. • Hellhörig werden bei zu großer Anpasstheit und Gefügigkeit des Patienten | <ul style="list-style-type: none"> • Respekt und Aufmerksamkeit bewahren • Haltung der Neutralität, um nicht zwischen grenzlosem Mitleid und entnervter Hilflosigkeit zu schwanken |

| | |
|---|--|
| Posttraumatische Belastungsstörungen | Somatoforme Störungen |
| Grundwissen | Grundwissen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Definition der Traumabegriffs wissen • Basissymptome der PTSD benennen können • Verlaufsformen der PTSD beschreiben können, insbesondere Verbindung zu komplizierten, somatoformen Störungen, Sucht, Essstörungen, chronischer Angst | <ul style="list-style-type: none"> • Entstehungsmodelle somatoformer Störung, insbesondere Verbindung zur PTSD und Komorbidität mit der Depression beschreiben können • Komplizierte und nicht-komplizierte Verläufe beschreiben können • Medikamentöse Behandlung skizzieren können |
| Anwendungsbezogen | Anwendungsbezogen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trauma ansprechen können, ohne zu beschämen • Maßnahmen zum Schutz vor Trauma einwirkung einleiten können • Stabilisieren können durch erklären Bei komplexer, posttraumatischer Belastungsstörung Struktureller Rahmen mit klaren Grenzen schaffen | <ul style="list-style-type: none"> • Vor der Ausschlussdiagnostik psychosoziale Belastungen in der Anamnese ansprechen • Dem Patienten ein Erklärungsmodell geben können • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken und den Patienten zu eigenen Aktivitäten motivieren können • Kontinuierliche, unabhängig von der Symptomatik Betreuungsangebote entwickeln • Grenzen auch Zeitgrenzen setzen können |
| Professionelles Verhalten | Professionelles Verhalten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Überagieren vermeiden und eine den Patienten nicht überfordernde Haltung einnehmen • Eigenen Gefühlen der Überforderung Beachtung schenken | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden iatrogenen Verschlechterung |

Umgang mit chronischen Krankheiten, Schmerz und Tod

Grundwissen

- Die Bedeutung der **Arzt-Patient-Beziehung und der Emotionen** für Krankheitsverarbeitung und Verlauf skizzieren
- **Verarbeitungsmodi** in Ihren Auswirkungen auf den Umgang mit **chronischen Krankheiten** benennen
- Benennen, dass **Bewältigungsstrategien** und damit Krankheitsverlauf abhängig sind von einer Vielzahl sich gegenseitig beeinflussender somatischer und psycho-sozialer Faktoren im aktuellen und vergangenen Erleben
- **Aufrechterhaltende Bedingungen für Chronifizierung** benennen können, auch die des medizinischen Systems (insb. Angst-Vermeidungsverhalten)
- Bedeutung der **Komorbidität** psychischer Erkrankungen benennen
- Grundzüge der Sterbebegleitung benennen

Anwendungsbezogen

- **Wissen vermitteln** können (im Sinne von share decision making)
Wissensvermittlung abhängig ist von Affekten und Grundstimmungen und der Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung
- **Ein motivierendes Gespräch** zu veränderndem Verhalten führen
Sich auf das konzentrieren, was man fördern will
- **Selbstwirksamkeitsüberzeugungen entwickeln und stabilisieren**
Symptomerhaltende, ärztliche Interventionen wie Katastrophisieren, Beschämen und Drohen vermeiden
- Ein Aufklärungsgespräch führen

Professionelles Verhalten

- Sich selbst als Lösungserfinder zurücknehmende Haltung,
- Vermeidung von Beschämung und Überforderung
- der „Geschichte“ des Patienten, seiner Sinnsuche und seinen Lösungen Wert beimessende und eine Selbstwert fördernde Haltung einnehmen
- Haltung von Neugier und Respekt

| | |
|--|--|
| Umgang mit Essstörungen Umgang mit Persönlichkeitsstörungen | Psychotherapieformen Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem |
| Grundwissen | Grundwissen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptomatik von Anorexia nervosa, Bulimie und Binge-Eating benennen sowie ihre Differentialdiagnose • Einteilung der Persönlichkeitsstörungen kennen | <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Methoden der Psychotherapie beschreiben können • Aufbau der psychosozialen Versorgung skizzieren |
| Anwendungsbezogen | Anwendungsbezogen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Essstörung erkennen und ihr Vorliegen ansprechen • In Kooperation betreuen • Grenzen setzen können gegenüber den „schwierigen Patienten“ und mit der Wirklichkeit konfrontieren | |
| Professionelles Verhalten | Professionelles Verhalten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden, bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen körperliche Krankheiten zu übersehen • Vermeiden, zwischen grenzlosem Mitleid und hilfloser Wut zu schwanken • Eigene Überforderung erkennen, auch die des Teams | <ul style="list-style-type: none"> • Kooperatives Verhalten und vernetztes Arbeiten anstreben |