

Zitierung: Egger, J.W. & Moser, V. (2002). Postpromotionelle PSY-Diplom-Fortbildung zur Förderung der psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz von Ärzten – Grazer Evaluationsstudie zu den PSY-Diplom-Curricula. *Psychologische Medizin*, 2002, 13, 1, 4-17. Wien: Facultas Universitätsverlag, ISSN 1014-8167

Postpromotionelle PSY-Fortbildung zur Förderung der psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz von Ärzten - Grazer Evaluationsstudie zu den PSY-Diplom-Curricula

Josef W. Egger und Verena Moser

Zusammenfassung

Ziel dieser Studie ist eine aktuelle und differenzierte Evaluation der postpromotionellen PSY-Diplom-Lehrgänge, die nach den Vorgaben der Österreichischen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (ÖGPM der ÖÄK) seit etwa 10 Jahren die psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Kompetenz von Ärzten anzuheben bemüht sind. An 144 Ärzten, darunter 70 Curriculums-Teilnehmern, 13 Lehrtherapeuten und weiteren 61 fortbildungsaktiven Ärzten, die an keinem Psy-Diplom-Lehrgang mitmachen und als Vergleichsgruppe dienen, wurden mittels schriftlichen Erhebungsinstrumenten (gegebenenfalls vor und nach einem Lehrgang) umfangreiche Daten erhoben. Die Ergebnisse bestätigen, dass die von den Teilnehmern an die einzelnen PSY-Curricula gestellten Erwartungen über alle Lehrgänge hinweg in einem relativ hohen Ausmaß erfüllt werden. Sowohl in der Selbstbeurteilung als auch im Expertenurteil (Lehrtherapeuteneinschätzung) zeigt sich übereinstimmend, daß durch die absolvierten Diplom-Lehrgänge neben *kommunikativen Fertigkeiten* und *Diagnosekompetenzen* auch psychosoziale und psychotherapeutische *Handlungskompetenzen* sowie spezifisches *Wissen* in einem bedeutsamen Ausmaß erworben werden. Auffallend ist, dass erst nach Ende des Psy-2-Curriculums die Teilnehmer in ihrer Selbsteinschätzung jene Sicherheit in psychosozialen Belangen erreichen, die fortbildungsaktive Ärzte ohne Psy-Diplom-Ambition zeigen. In dieser unterschiedlichen Selbsteinschätzung dürfte ein wesentliches Motiv für die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der PSY-Diplom-Fortbildung liegen. Mit zunehmender Ausbildungsdauer nimmt die Anwendung von biopsychosozialen Behandlungsstrategien, die Kooperation mit Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter sowie die Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit zu. Erst nach Absolvierung des PSY-III-Curriculums, d.h. nach insgesamt 10-12 Semestern, wird die erwünschte Persönlichkeitsbildung als allgemeiner, konsolidierter Profit ausweisbar. Als dominante Stärke der PSY-Curricula hat sich im Urteil der Absolventen die vermittelte „ganzheitliche“, also biopsychosoziale Betrachtungsweise von Krankheit herauskristallisiert.

Schlüsselwörter: Psy-Diplome, Evaluation, psychosoziale Medizin, psychosomatische Medizin, psychotherapeutische Medizin, ärztliche Fortbildung, Qualitätssicherung

Abstract

This study was done to evaluate the post-doc curricula “psychosocial medicine”, “psychosomatic medicine” and “psychotherapeutic medicine”. The data were collected from 144 doctors, including 70 physicians participating the PSY-diploma training courses, 13 trainers and 61 physicians without PSY-diploma by means of standardised surveys. The results show that the user’s expectations on the individual PSY-curriculum could be fulfilled through out all training courses to a good extent. Physicians could acquire *communicative skills*, *diagnostic skills* as well as specific psychosocial and psychotherapeutical *skills* and *knowledge* (information power). The trainers widely confirmed these specifications. There is a good correlation between the years of training and the application of specific biopsychosocial treatments, and the cooperation with psychotherapists/psychologists and social workers as well as the satisfaction with the own professional life. Only at the end of the second module “psychosomatic medicine” the participants reached the self rated level of psychosocial competence that physicians showed not participating these training courses. At the end of the PSY-III-curriculum a consolidated benefit for the personal development can be observed.

Over all the “holistic”, i.e. biopsychosocial approach of the training modules are seen as the dominant factor for their effectiveness.

Key words: psychosocial medicine, psychosomatic medicine, psychotherapeutic medicine, evaluation, psychological post doc training for physicians

PROBLEMSTELLUNG

Die gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen im Laufe der Geschichte fanden auch im jeweils vorherrschenden Rollenbild des Arztes sowie in der Arzt-Patient-Beziehung ihren Niederschlag. In den beiden letzten Jahrhunderten wurde die Medizin vor allem durch den rasanten Fortschritt in technischen Belangen beeinflusst. Dies bewirkte eine zunehmende Hinwendung zu technisch Machbarem und einer zunehmenden Abwendung vom Patienten als Individuum mit seinen intrapsychischen, zwischenmenschlichen und ökologischen Leidensaspekten. Natürlich hat es zu jeder Zeit auch die Achtung derartiger Phänomene in der Medizin gegeben, sie wurde aber erst mit der zunehmenden Ambivalenz der Bevölkerung gegenüber der Medizin (der Arzt als professioneller Heiler einerseits und als halbblinder und stummer Techniker andererseits) als ernstzunehmendes Manko bewußt. Eine „ganzheitliche“ Betrachtungsweise für Krankheitsphänomene, die auf konkreten psychosozialen Kenntnissen und Fertigkeiten beruht, wird neben den medizinisch-naturwissenschaftlichen Basiskompetenzen mehr und mehr als unabdingbare Voraussetzung für den Arztberuf der unmittelbaren Zukunft gewertet (Hilger, 1990; Hohner, 1996). Allerdings sind psychosoziale Komponenten wie das Erlernen basaler kommunikativer Fertigkeiten (das Führen eines professionellen Ärztlichen Gesprächs) oder die Kompetenz, neben den biologischen auch die psychologischen und sozioökologischen Bedingungen im Krankheitsprozess zu erkennen und in Diagnostik und Therapie zu verwerten, in den bisherigen Studienordnungen nirgends zentrale Ausbildungserfordernisse (Schüffel & Pauli, 1996). Die Behauptung, dass für einen solchen Ansatz in der Medizin die empirisch-wissenschaftliche Evidenz fehle, ist zumindest seit der Erarbeitung des systemtheoretisch verankerten biopsychosozialen Modells vor 25 Jahren ungültig (Engel 1976, vgl. a. Egger 1993).

Interessant ist, dass bisher der „Markt“ mit seiner Forderung nach mehr (persönlicher und zeitlicher) Zuwendung des Arztes zum Patienten mehr bewirkt hat als die einschlägigen wissenschaftlichen Publikationen dazu. Offensichtlich haben sich die Erwartungen, die Patienten heute dem Arzt entgegenbringen, langsam aber stetig geändert. Von einem „guten Arzt“ werden Kompetenzen auf mehreren Ebenen gefordert (Hohner, 1996; Hilger, 1990; Parsons, 1951 zitiert nach Buddeberg & Buddeberg-Fischer, 1998; Helmich, 1994; Buddeberg & Buddeberg-Fischer, 1998; Stosberg, 1994; Fischer, 1994; Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996): *medizinische Basiskompetenzen, soziale und psychologische Kompetenzen* sowie *persönliche Kompetenzen*. Die *medizinischen Basiskompetenzen* umfassen die medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse, aber die auch kognitive Kompetenz zur kritischen Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden krankheitsrelevanten Informationen. Zur *psychosozialen Kompetenz* zählen gute kommunikative Fertigkeiten im Umgang mit dem Patienten, welche zudem auch angemessenere Diagnosen ermöglichen. Eine professionelle Gesprächsführung unterstützt die erwünschte Qualität der Arzt-Patient-Beziehung (Offenheit für die Anliegen des Patienten, patientenorientierte Kommunikation, mit dem Patienten abgestimmte Problemlösung, Sicherstellen einer ausreichenden compliance). Die *persönliche Kompetenz* umfasst u.a. Selbstmanagementqualität, Fortbildungswillen, Entwicklungsfähigkeit und Kennen der eigenen Grenzen. Die beiden letztgenannten Kompetenzbereiche stellen bisher nur innerhalb der Medizinischen Psychologie Ausbildungsaspekte dar, die bis in die Gegenwart im Studienplan Medizin ein sehr bescheidenes Ausmaß aufweisen.

Ohne auf die große Studienreform zu warten und auch als Reaktion auf die neue Rechtsnorm für die Ausübung von Psychotherapie in Österreich hat die Österreichische Ärztekammer in Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken bzw. Universitätsinstituten für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Graz, Wien und Innsbruck seit 1991 begonnen, dreistufige postpromotionelle Fortbildungslehrgänge zur Erreichung von sogenannten PSY-Diplomen anzubieten (als übergeordnetes Organ für diese Zusammenarbeit fungiert die Österreichische Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin). Im ersten der drei aufeinander aufbauenden Curricula (*ÖÄK-Diplom Psychosoziale Medizin*) werden in einem meist zweisemestrigen universitätsnahen Lehrgang basale psychosoziale Kompetenzen vermittelt (Gesprächskompetenz, Nutzung des psychosozialen Netzwerkes, Supervision/Balintgruppenarbeit, Gruppenselbsterfahrung) vermittelt. Im zweiten, meist viersemestrigen Curriculum (*ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin*) steht das biopsychosoziale Modell im Zentrum der Ausbildung. Die Erstellung einer „Gesamtdiagnose“, welche per definitionem auch die psychosozialen Aspekte des Krankheitsgeschehens umfaßt, grundlegende psychosoziale Interventionsmöglichkeiten (inklusive psychologischer Entspannungsverfahren), spezifisch psychosomatisches Störungswissen, Supervision/Balintgruppenarbeit und Gruppenselbsterfahrung bilden wichtige Lehrinhalte. Erst im letzten sechssemestrigen PSY-Modul (*ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin*) werden spezifische psychotherapeutische Kompetenzen für die Nutzung innerhalb des eigenen ärztlichen Tätigkeitsfeldes erworben.

Tabelle 1: Übersicht über die Ausbildungsmöglichkeiten zur Erlangung psychotherapeutischer Qualifikation in Österreich, nach Egger & Verlic (1993)

A. Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz		
<i>a) Psychotherapeutisches Propädeutikum</i>		
Hochschullehrgang gemäß Psychotherapiegesetz als Zulassung zur Fachausbildung in Psychotherapie (z.T. im Medizinstudium integriert)		
<i>b) Psychotherapeutisches Fachspezifikum</i>		
Fachausbildung in gesetzlich anerkannten Psychotherapievereinen. Abschluß: Psychotherapeut (Titel und Berufsausübungsrecht)		
B. Zusatzausbildung gemäß PSY-Diplome der ÖÄK (Ärztegesetz) / postpromotionelle Fortbildung		
Abschlußmöglichkeiten (aufbauendes Curriculum):		
a) ÖÄK-Diplom Psychosoziale Medizin	b) ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin	c) ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin

Die von herkömmlichen Psychotherapeuten hin und wieder ins Treffen geführte Kritik, daß das PSY-III-Curriculum einer umfassenden Ausbildung wie nach dem Psychotherapiegesetz nicht gerecht werden kann, wird bei Betrachtung der tatsächlichen Stundenerfordernisse relativiert.

Übersicht der Stundenerfordernisse für das PSY-III-Curriculum im Vergleich zum Fachspezifikum nach dem Psychotherapiegesetz (PSY-III: ÖÄK-Diplom für psychotherapeutische Medizin FA: Facharzt)

	PSY-III	Fachspezifikum
Voraussetzung	Medizinstudium mit iu practicandi PSY-I und PSY-II oder in FA- Ausbildung zum Psychiater	Propädeutikum
Theorie	300	300
Praxis	1200	1250
Selbsterfahrung	150 + 50 Einzel	200
Balint/Supervision	220	150
GESAMT	1920	1900

Neben der theoretischen Wissensvermittlung werden in den PSY-Curricula notwendige Fertigkeiten und grundlegende Einstellungen bzw. Arbeitshaltungen in der Balintgruppe, Supervision und Selbsterfahrung erworben bzw. verändert. Erste Evaluierungen dieser PSY-Diplom-Lehrgänge in Tirol (Söllner & Harrer, 2000), Niederösterreich (Franz & Edlhaime, 1999) und in der Steiermark (Egger, Stix & Pieringer, 2000) konnten die Effektivität dieser Fortbildung im Sinne des erlebten Kompetenzgewinns aufseiten der Absolventen bereits aufzeigen. In den bisher vorliegenden Evaluierungen konnten die für eine umfassende Bewertung notwendigen Differenzierungen hinsichtlich der Lernbereiche Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen, der Vergleich mit Fremdbeurteilungen (z.B. Lehrerurteil oder Patientenurteil) sowie mit Ärztegruppen ohne PSY-Diplom-Ausbildung noch nicht realisiert werden (Egger et al., 2000). Diesen Fragen geht die vorliegende Studie nach.

Zur Verwendung des Begriffes „Evaluation“ ist anzumerken, dass selbst die gebräuchlichsten Definitionen eine große Bandbreite aufweisen:

Definitionen von EVALUATION

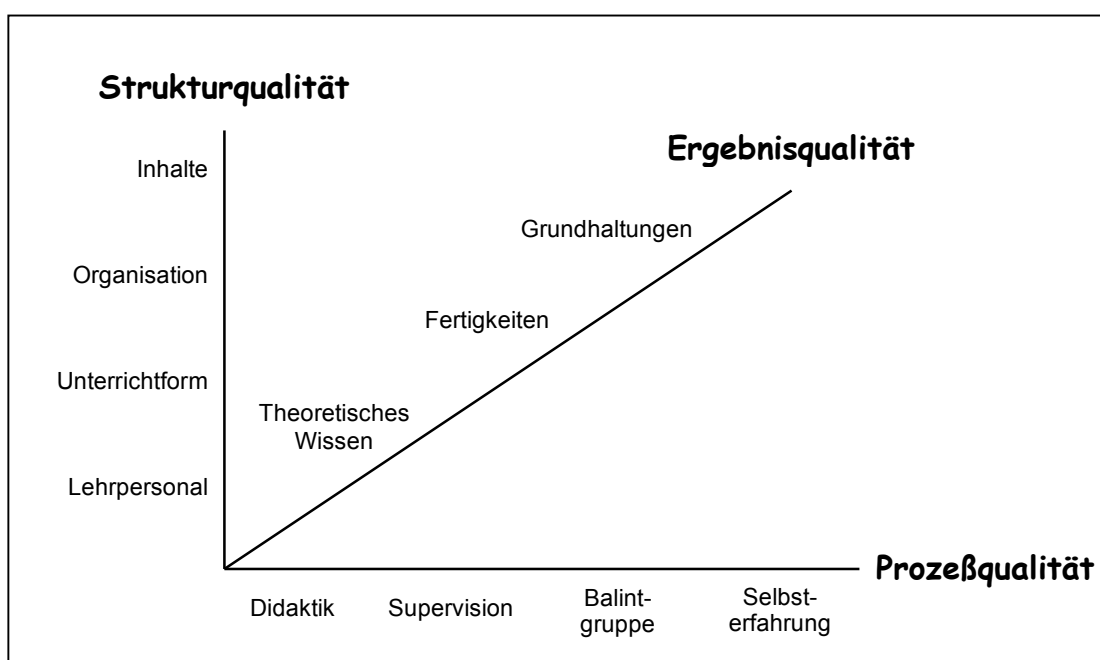
- Evaluation ist ein „anspruchsvoll klingendes Fremdwort für Bewertung. Irgendwer bewertet irgend etwas irgendwie unter irgendwelchen Gesichtspunkten“ (Kromrey, 1999, S. 1).
- Evaluation ist die Bewertung der Effektivität (Grad der Zielerreichung und Wirksamkeit) und der Effizienz (Verhältnis von Kosten und Nutzen) (Spiel, 1999; BMWF, 1997).
- Evaluation ist ein Teilbereich der empirischen Forschung, d.h. genauer eine Anwendungsvariante wissenschaftlicher Forschungsmethoden bezüglich spezieller Fragestellungen (Bortz & Döring, 1995).
- „Evaluation ist die systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Methoden zur Bewertung des Konzeptes, des Designs, der Implementation und des Nutzens einer sozialen Interventionsmaßnahme“ (Rossi und Freemann, 1993, zitiert nach Wottawa & Thierau, 1998, S. 13).
- „Evaluation von Lehre und dem Lernen an sich soll dazu dienen, den Grad ihrer Reflexivität zu erhöhen und somit eine Möglichkeit darstellen, die Wirksamkeit der Lernsituation zu überprüfen“ (Gerl & Pehl, 1983, S. 23, zitiert nach Hanschitz, 1999, S. 12).

Franklin und Trasher (1976, zitiert nach Wottawa & Thierau, 1998) bringen das Definitionsproblem mit der Aussage auf den Punkt: „To say that there are as many definitions as there are evaluators is not so far from accurate“ (S. 13). Bei genauerer Betrachtung lassen sich aus allen obigen Definitionen Gemeinsamkeiten herausarbeiten, die von Wottawa und Thierau (1998) als die drei allgemeinen *Kennzeichen von wissenschaftlichen Evaluationen* aufgestellt wurden

- a) Planungs- und Entscheidungshilfe,
- b) Ziel- und Zweckorientiertheit und

c) dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung entsprechend.

Da zur Qualitätssicherung die Qualität der Lehre entscheidend ist, müssen dafür zuerst verschiedene Struktur-, Prozeß- und Ergebniskriterien festgelegt werden (Kromrey, 1999). Eine „gute Lehre“ soll nicht das *Sich-Wohlfühlen* oder gute oder gar spannende *Unterhaltung* für die Teilnehmer zum Ziel haben, sondern vielmehr Anregungen, Orientierungen und auch Anstöße zum aktiven Lernen geben. Ihr Ergebnis kann daher *nicht* in *Zufriedenheits-Kennziffern* gemessen werden (Stangl, 1999), sondern muß am *Wissensgewinn*, *Fertigkeitsgewinn* und *Einstellungsgewinn* festgestellt werden.



Qualitätsmerkmale für eine „gute Lehre“ am Beispiel zur Ausbildung in psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Medizin in Anlehnung an Ubben (1998) mod. n. Moser

FRAGESTELLUNG

Ziel dieser Untersuchung ist es, a) die von den Teilnehmern wahrgenommene Effizienz der postpromotionellen PSY-Diplom-Fortbildungs-Curricula in der Steiermark zu erheben, b) diese den Lehrtherapeutenurteilen („Fremdbeurteilungen“) gegenüberzustellen und c) überdies mit den Einschätzungen von Ärzten zu vergleichen, die keinen PSY-Diplom-Lehrgang in Anspruch nehmen. Die interessierenden Variablengruppen umfassen dabei einerseits die subjektiven Kompetenzeinschätzungen vor und nach den Diplomlehrgängen, die erlebten, fortbildungsbedingten Veränderungen in der Berufspraxis, die Veränderungen im persönlichkeitsbezogenen Selbstbild und in der Selbstwirksamkeit. Mithin werden auch der wahrgenommene Nutzen der PSY-Diplomlehrgänge in beruflicher und privater Hinsicht sowie die Zufriedenheit mit der Organisation der Curricula. Globale Ziele der Untersuchung sind einerseits die Abschätzung der Bedeutung aller drei PSY-Diplome für die alltägliche ärztliche Tätigkeit sowie die Prüfung, wieweit diese Fortbildung dem Anspruch einer „guten Lehre“ gerecht wird.

METHODE

Stichprobe

Die Daten dieser Studie wurden an insgesamt 144 Ärzten erhoben. Die Stichprobe umfaßt 70 PSY-Teilnehmer (mit einer Rücklaufquote von 89 %, Durchschnittsalter 37 Jahre), 61 Ärzte, die aktiv an den „Grazer Fortbildungstagen“ teilnahmen, aber keine PSY-Diplom-Fortbildung in Anspruch

genommen haben (Vergleichsgruppe bei einer Rücklaufquote von 44 %, Durchschnittsalter 42,3 Jahre) und 13 Lehrtherapeuten (Rücklaufquote 93 %, Durchschnittsalter 51,7 Jahre) erhoben. Die Datenerfassung der Selbst- bzw. Fremdbeurteilung erfolgte über spezielle Fragebögen. Die Daten der PSY-II- und PSY-III-Teilnehmer wurden hinsichtlich *Alter*, *Geschlecht* und *Status* gematched, um die Aussagekraft der Ergebnisse zur erzielten Veränderung durch Absolvierung der PSY-Curricula zu erhöhen. Bei Ärzten der ersten beiden PSY-Curricula finden sich überproportional mehr Frauen und Turnusärzte. In allen PSY-Gruppen überwiegt der Tätigkeitsbereich *Krankenhaus* (59 %) gefolgt von der *freien Praxis* (24 %), während es sich in der Vergleichsgruppe der Ärzte ohne PSY-Diplom umgekehrt verhält (38 % vs. 48 %).

Folgende *Messinstrumente* wurden für die Untersuchung herangezogen:

Evaluierungsbogen für die PSY-Curricula (Söllner, mod. v. Egger, 1998) zur Erhebung der subjektiven Einschätzung der psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz, zur Integration dieser Fertigkeiten in die Berufspraxis sowie zur Zufriedenheitseinschätzung bezüglich der beruflichen Tätigkeit und des privaten Lebens.

Nutzen-item (Söllner, mod. n. Moser) zur Erhebung des Nutzens der einzelnen Ausbildungsteile (wie Theorieseminare, Balintgruppe, Supervision und Selbsterfahrung) für die ärztliche Tätigkeit und den persönlichen Nutzen.

Selbsteinschätzungsbogen (Egger) zur subjektiven Einschätzung persönlichkeitsrelevanter Merkmale (prä-post-Messung).

Feedbackbogen für das PSY-I- und PSY-II-Curriculum (Egger) zur Abbildung der Relevanz der Ausbildungsinhalte für das eigene ärztliche Handeln, die eigene professionelle Einstellung und die Mediziner-Ausbildung.

Feedbackbogen für das PSY-III-Curriculum (Egger) zur Feststellung der von den Teilnehmern wahrgenommenen Änderungen im Laufe der PSY-Diplom-Ausbildung bezüglich der praktischen Kompetenz (skills), theoretischen Kompetenz (knowledge) und sozial-empathischen Kompetenz (attitudes).

Organisationsbogen zur Bewertung der Organisation, Lehre, Motivation und Lehrtherapeuten (Ärztelkammer für Steiermark)

Fragebogen zur Beurteilung des PSY-Curriculums und zur Fremdbeurteilung der Teilnehmer durch die Lehrtherapeuten (Egger, mod. v. Moser) zur Kontrolle der von den Teilnehmern angegebenen Kompetenzeinschätzungen sowie Effizienzbeurteilung der PSY-Curricula.

Datenerhebungsplan zu Beginn (t_1) und Ende (t_2) der einzelnen PSY-Curricula, der Ärzte ohne PSY-Diplom und der Lehrtherapeuten

	PSY-I		PSY-II		PSY-III		Ärzte ohne PSY-Diplom	Lehrtherapeuten
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende		
Evaluierungsbogen	x	x	x	x	x	x	x*	-
Selbsteinschätzungsbogen	x	x	x	x	x	x	x	-
Nutzenitem	-	x	-	x	-	x	-	-
Feedbackbogen für PSY-I, II	-	x	-	x	-	-	-	-
Feedbackbogen für PSY-III	-	-	-	-	x	x	-	-
Organisationsbogen	-	x	-	x	-	x	-	x
Feedbackbogen Fremdbeurt.	-	-	-	-	-	-	-	x

* Evaluierungsbogen ohne Fragen bzgl. Erwartungen; x: wurde vorgegeben - : wurde nicht vorgegeben

Ablauf der Untersuchung

Der Erhebungszeitraum der Daten erstreckte sich von Jänner 2000 bis Jänner 2001. Dabei wurden alle Teilnehmer, die in diesem Zeitraum an den Anfangsveranstaltungen (Beginn) und

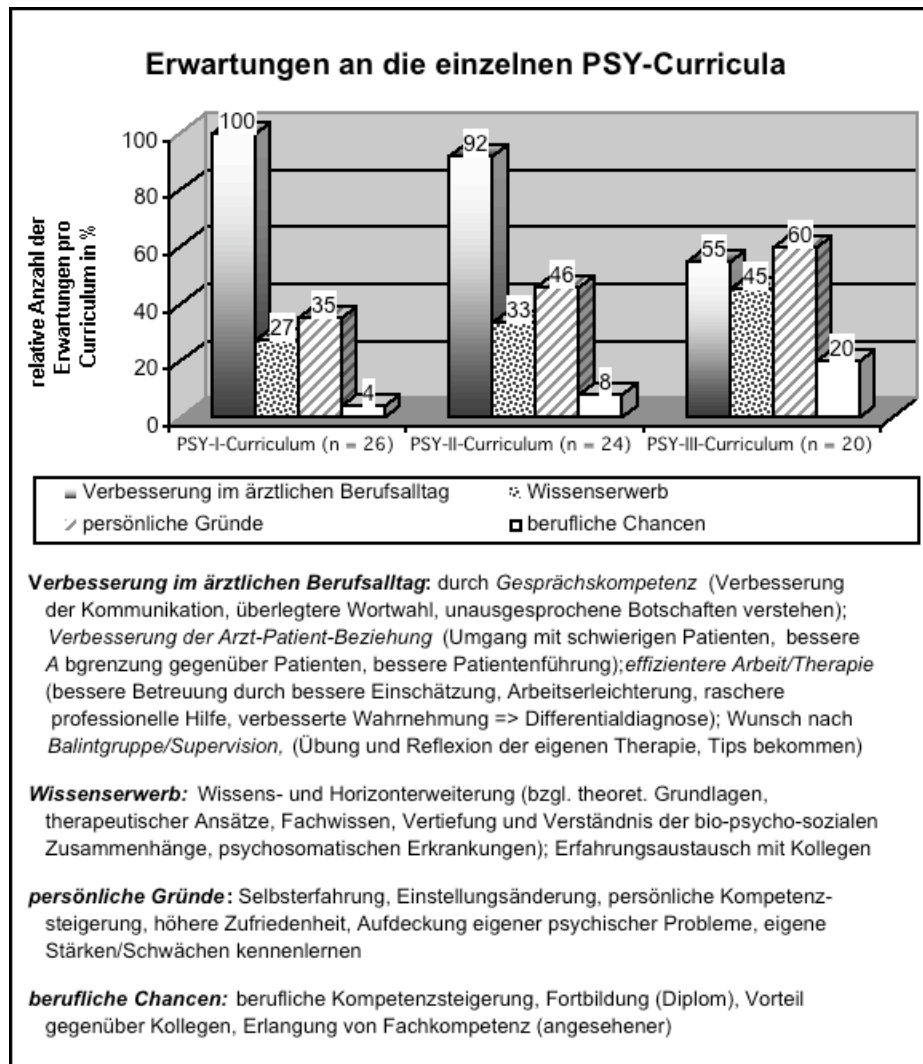
Abschlußveranstaltungen (Ende) der jeweiligen PSY-Curricula anwesend waren, mit Unterstützung der jeweiligen Lehrtherapeuten befragt. Die Daten der Vergleichsgruppe „Ärzte ohne PSY-Diplom“ wurden im Rahmen der 11. Grazer Fortbildungstage der Ärztekammer für Steiermark vom 3. bis 8. Oktober 2000 im Grazer Congress erhoben. Die Evaluierungsbögen für die Lehrtherapeuten wurden auf postalischem Weg mittels beiliegendem Brief und frankiertem Rückkuvert versandt und sind im Zeitraum vom September 2000 bis Jänner 2001 in der Abteilung für Verhaltensmedizin an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz eingelangt.

Statistische Auswertung der Daten

Die statistische Auswertung folgte den Richtlinien von Bortz (1993) unter Verwendung des statistischen Programmpakets SPSS für Windows (Version 9.0 und 10.0). Die Erhebungsdaten vom Typ „offenen Fragen“ wurden in einem ersten Schritt qualitativ ausgewertet (vgl. Inhaltsanalyse nach Mayring, 1990). Auf dieser Basis kamen datenadäquate statistische Verfahren zur Anwendung. Für die Kompetenzeinschätzungsitems des Evaluierungsfragebogens und des Selbsteinschätzungsbogens wurde eine faktorenanalytische Datenreduktion (Hauptkomponentenanalyse mit Rotation nach Varimax) vorgenommen. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen kamen die Verfahren einfaktorielle Varianzanalyse, t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben zur Anwendung. Einzelvergleiche bei signifikanten Ergebnissen werden in dieser Untersuchung a posteriori nach Scheffé überprüft. Weitere Verfahren waren die Kruskal-Wallis Rangvarianzanalyse, U-Test nach Mann-Whitney bzw. Wilcoxon-Test bei Meßwiederholung. Die Prüfung von Zusammenhangshypothesen erfolgte mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson und mittels Rangkorrelation nach Spearman. Ergebnisse gelten als signifikant *, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .05$ ist. Ist $p < .01$, werden Ergebnisse als sehr signifikant ** interpretiert. Ergebnisse zwischen einer Irrtumswahrscheinlichkeit von .05 und .10 werden als Tendenzen (*) dargestellt.

ERGEBNISSE

Erwartungen an das PSY-I, PSY-II und PSY-III-Curriculum



Prozentuelle Verteilung der Erwartungen von Ärzten an die einzelnen PSY-Curricula, gemessen mittels Evaluierungsfragebogen (n = 70)

92 % - 100 % der Teilnehmer erwarten sich vom PSY-I- und PSY-II-Curriculum eine *Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag*, während im PSY-III-Curriculum diese Erwartung an Bedeutung verliert und nur mehr von der Hälfte genannt wurde. Aus Sicht der Teilnehmer soll zur *Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag* vor allem der Erwerb einer *Gesprächskompetenz* und die *Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung* beitragen. Rein numerisch zeigt sich, daß diese Erwartungen von allen PSY-Curricula als erfüllt angesehen werden kann. Prozentuell gesehen verringern sich die Nennungen der beiden letztgenannten Erwartungskategorien an das PSY-II und PSY-III-Curriculum, während der Wunsch nach *effizienterer Arbeit/Therapie* in diesen beiden Curricula merklich zunimmt. Im PSY-II-Curriculum nennt die Hälfte, im PSY-III-Curriculum rund ein Drittel und im PSY-I-Curriculum nur mehr rund 20 % der Teilnehmer die tatsächliche Erfüllung einer *effizienteren Arbeit/Therapie*. Der Wunsch nach Tips und Reflexion der eigenen Arbeit in der *Balintgruppe/Supervision* zur *Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag* kann als erfüllt angesehen werden.

In der Erwartungskategorie *persönliche Gründe* war im Laufe der PSY-Curricula ein merklicher Anstieg registrierbar.

Ärzte erhoffen sich weiters von den PSY-Curricula, daß sie einen *Wissenserwerb* hinsichtlich einer „ganzheitlichen“ (d.h. biopsychosozialen) Betrachtungsweise erzielen. Konnte der *Wissenserwerb*

im PSY-I- und PSY-III-Curriculum subjektiv erzielt werden, gelang dies im PSY-II-Curriculum nur tendenziell ($t = 2.429$, $df = 5$, $p = .059$ t.s.).

Einzelne Ärzte absolvierten das PSY-I-Curriculum mit der Erwartung, daß sich dadurch ihre *beruflichen Chancen* verbessern würden.

Mittelwerte der *erhofften* und *tatsächlichen Erfüllung* der Erwartungen, gemessen mittels Evaluierungsfragebogen zu Beginn und Ende aller PSY-Curricula ($n = 70$)

erhoffte und tatsächliche Erfüllung der Erwartungen	PSY-I (n = 26)		PSY-II (n = 12)		PSY-III (n = 10)	
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende
	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>
Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag	70,6	70,2	65,1	73,5	73,0	86,3
Wissenserwerb	65,0	68,8	83,3	55,0	78,8	64,0
persönliche Gründe	73,9	68,1	76,7	69,4	75,8	82,5
berufliche Chancen	100,0	100,0	60,0	mv	65,0	70,0

mv (missing value) = entweder keine Nennung oder eine zu geringe Anzahl an Nennungen ($f = 1$)

Mittelwerte der zusammengesetzten *erhofften* und *tatsächlichen Erfüllung* der „Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag“ aller PSY-Curricula ($n = 70$)

Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag durch	PSY-I (n = 26)		PSY-II (n = 12)		PSY-III (n = 10)	
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende
	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>	<i>Mean</i>
Gesprächskompetenz	72,3	68,5	60,0	73,7	mv	80,0
Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung	70,0	79,4	71,3	90,0	92,5	100,0
effizientere Arbeit/Therapie	63,0	40,0	58,6	70,8	61,7	78,8
Balintgruppe/Supervision	80,0	78,3	80,0	65,0	60,0	100,0

mv (missing value) = entweder keine Nennung oder eine zu geringe Anzahl an Nennungen ($f = 1$)

Die Posttestanalyse nach Scheffé der Faktoren zur Kompetenzeinschätzung ergab, daß Ärzte am Ende von PSY-III über höhere psychosoziale und psychotherapeutische Gesamtkompetenzen berichten als Ärzte zu Beginn und Ende des PSY-I-Curriculums sowie Ärzte zu PSY-II-Beginn. Auch in der *Handlungskompetenz* schätzen sie sich sehr signifikant kompetenter ein als Ärzte ohne PSY-Diplom.

Varimaxrotierte Faktorenmatrix der Ladungen zur subjektiven Kompetenzeinschätzung des Evaluierungsbogens (3-Faktoren-Lösung, Aufklärung von 60 % der Gesamtvarianz)

Variablen	Diagnose-, Handlungs-kompetenz	Gesprächs-kompetenz	Wissens-kompetenz
- Erkennen sexueller Störungen	.75		
- Gespräch über sexuelle Störungen mit Patienten und ev. dessen Partner	.72		
- Erkennen psychischer Erkrankungen ihrer Patienten	.70		
- Erkennen von psychosozialen Belastungen und von Störungen der Krankheitsbewältigung ihrer Patienten	.71		
- Erkennen sozialer und finanzieller Belastungen von Patienten	.64		
- Behandlung psychischer Störungen durch Entspannungsmethoden	.56		
- Behandlung psychischer Störungen durch das psychotherapeutische Gespräch	.47		
- Aufklärungsgespräch mit ihren Patienten über schlechte Prognose ("bad news")		.74	
- Informationsgespräch mit ihren Patienten		.72	
- Umgang mit kommunikativ „schwierigen“ Patienten oder deren Angehörigen		.69	
- Kommunikation mit den Angehörigen ihrer Patienten		.67	
- Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen		.64	
- Vermitteln emotionaler Unterstützung im ärztlichen Gespräch		.63	
- Behandlung psychischer Störungen mittels pharmakologischen Methoden			.77
- Wissen über Kooperationsmöglichkeiten mit sozialen Einrichtungen			.68
- Indikationsstellung für die Überweisung an Psychiater oder Psychotherapeuten			.66
% aufgeklärte Varianz in bezug auf alle Ausgangsvariablen	22,8%	21,3%	15,7%

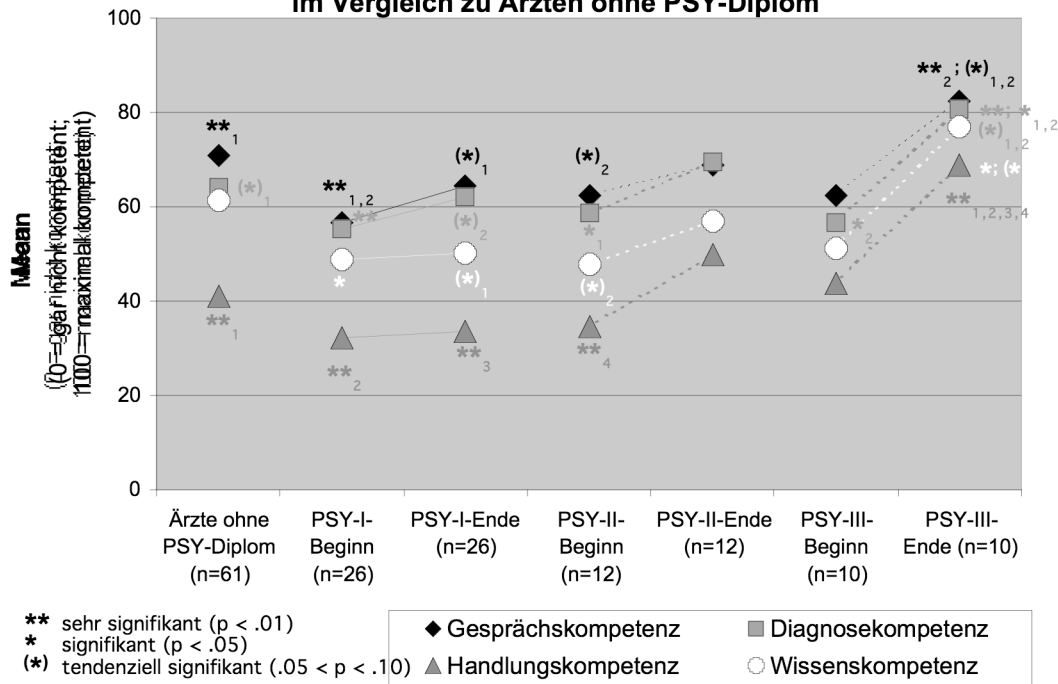
Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse und Mittelwertsanalyse nach Scheffé der Faktoren zur subjektiven Kompetenzeinschätzung im Verlauf der PSY-Curricula im Vergleich zu Ärzten ohne PSY-Diplom, gemessen mittels Evaluierungsbogen (n = 131)

Quelle der Varianz	df	F	p
Gesprächskompetenz	6 / 150	5,886	.000 **
Diagnosekompetenz	6 / 150	4,993	.000 **
Handlungskompetenz	6 / 148	6,921	.000 **
Wissenskompetenz	6 / 149	3,918	.001 **
GESAMT	6 / 150	7,825	.000 **

p < .01 **, p < .05 *, .05 ≤ p < .10 (*)

Homogenitätstest nach Levene: p > .05

Subjektive Kompetenzeinschätzung im Verlauf der PSY-Diplome im Vergleich zu Ärzten ohne PSY-Diplom



Gesprächskompetenz: Aufklärungsgespräch mit ihren Patienten über schlechte Prognose ("bad news"), Informationsgespräch mit ihren Patienten, Umgang mit kommunikativ "schwierigen" Patienten oder deren Angehörigen, Kommunikation mit den Angehörigen ihrer Patienten, Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen, Vermitteln emotionaler Unterstützung im ärztlichen Gespräch

Diagnosekompetenz: Erkennen sexueller Störungen, Erkennen psychischer Erkrankungen ihrer Patienten, Erkennen von psychosozialen Belastungen und von Störungen der Krankheitsbewältigung ihrer Patienten, Erkennen sozialer und finanzieller Belastungen von Patienten

Handlungskompetenz: Gespräch über sexuelle Störungen mit dem Patienten und ev. dessen Partner, Behandlung psychischer Störungen durch Entspannungsmethoden, Behandlung psychischer Störungen durch das psychotherapeutische Gespräch

Wissenskompetenz: Behandlung psychischer Störungen mittels pharmakologischen Methoden, Wissen über Kooperationsmöglichkeiten mit sozialen Einrichtungen, Indikationsstellung für die Überweisung an Psychiater oder Psychotherapeuten

Mittelwerte für die Faktoren der subjektiven Kompetenzeinschätzung zu Beginn und Ende aller PSY-Curricula im Vergleich zu Ärzten ohne PSY-Diplom, gemessen mittels Evaluierungsbogen (n = 131)

Ein hoher Wert bedeutet eine hohe Kompetenzeinschätzung.

Im PSY-I-Curriculum können Ärzte vor allem ihre kommunikativen Fertigkeiten besonders im für sie belastend erlebten Patientenumgang verbessern. Auch tragen die Inhalte des PSY-I-Curriculums - insbesondere das bewußte Erkennen der Arztrolle in der Arzt-Patient-Beziehung - zur besseren Identifikation von psychosozialen Belastungen bei, was sich auch in der etwas veränderten Zusammensetzung des Patientenkollektivs zeigte. Diese fast durchgängig positive Beurteilung des kommunikativen Kompetenzzuwachses der Teilnehmer wurde von den Lehrtherapeuten anhand der teilnehmenden Beobachtung am Ärztlichen Gespräch bestätigt.

Ergebnis der Mittelwertanalyse nach Scheffé der Faktoren zur subjektiven Kompetenzeinschätzung im Verlauf der PSY-Curricula im Vergleich zu Ärzten ohne PSY-Diplom, gemessen mittels Evaluierungsbogen (n = 131)

Die Zielerreichung einer umfassenden Diagnoseerstellung anhand biopsychosozialer Informationen im PSY-II-Curriculum kann durch die signifikant höhere *Diagnosekompetenz* bestätigt werden. Sowohl in der *Behandlung psychischer Störungen durch Entspannungsmethoden* als auch durch das *psychosomatisch orientierte Gespräch* bewerten sich PSY-II-Absolventen kompetenter als Ärzte zu

Beginn dieses Moduls. Trotz des Kompetenzgewinns werden vor allem Entspannungsmethoden selten angewandt, was einerseits durch die nur durchschnittlich erlebte eigene Kompetenz für die Anwendung solcher Verfahren erklärbar ist, andererseits auch dadurch, daß Ärzte diese als nicht ausreichend wirkungsvoll in der Behandlung „psychosozialer“ Störungen erachten. Die Lehrtherapeuten bestätigen diese Kompetenzsteigerungen bis auf das *Erkennen psychosozialer Belastungen*.

Im PSY-III-Curriculum findet neben der erwünschten Persönlichkeitsbildung auch der angestrebte psychotherapeutische Kompetenzzuwachs statt. So berichten PSY-III-Absolventen sowohl von ihren bedeutsamen Zuwächsen an psychosozialen und psychotherapeutischen Fertigkeiten als auch von signifikanten Veränderungen in der praktischen Kompetenz (skills), in der theoretischen Kompetenz (knowledge) und der sozial-empathischen Kompetenz (attitudes) in Richtung einer guten Therapeutenpersönlichkeit. Dieser Profit wird durch die Fremdbeurteilung der Lehrtherapeuten generell bestätigt.

Einfluss auf die Berufspraxis

In der Anwendungshäufigkeit psychosozialer Methoden fällt auf, daß von den PSY-III-Absolventen ein *ausführliches ärztliches Gespräch* (100 %) und eine *Psychotherapie im engeren Sinn* (70 %) „häufig“ und damit erwartungskonform signifikant öfter im Vergleich zu allen anderen Gruppen angewandt wird. Durch die Absolvierung des PSY-I-Curriculums kann – ebenfalls erwartungskonform - ein statistisch bedeutsamer Anstieg von 77 % auf 89 % in der Anwendung eines *ausführlichen ärztlichen Gesprächs* verzeichnet werden. 33 % der PSY-II-Absolventen wenden erwartungsgemäß eine *Entspannungsübung* häufiger an als Ärzte zu Beginn dieses Curriculums. Die Vergleichsgruppe von Ärzten ohne PSY-Diplom gibt an, zu 69 % ein *ausführliches ärztliches Gespräch* anzuwenden und zu 43 % „häufig“ eine *spezielle Beratung* anzubieten.

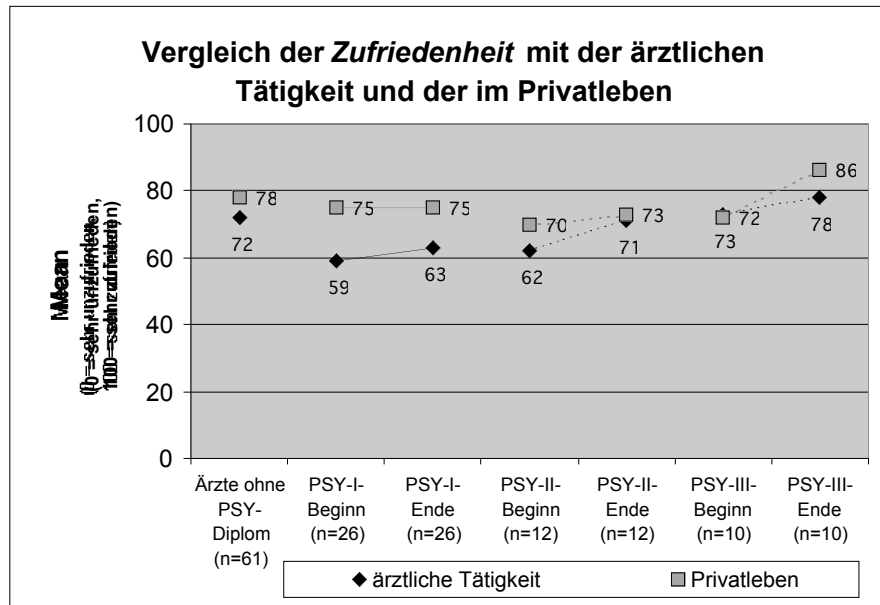
In der Kooperation mit psychosozialen Fachleuten können durch die Absolvierung der PSY-I- und PSY-II-Curricula keine statistisch bedeutsamen Veränderungen registriert werden. Erst nach Absolvierung des PSY-III-Curriculums verstärkt sich die Kooperation mit *psychiatrischen Institutionen/Kliniken* (60 % „selten“, 30 % „häufig“) und mit *Psychiatern* (40 % „selten“, 30 % „häufig“). Insgesamt zeigte sich im Laufe aller PSY-Curricula eine Zunahme von rund 50 % auf 80 % - 90 % in der Kooperation mit *Psychotherapeuten* und *Psychologen* (im Vergleich dazu 71 % bei den Ärzten ohne PSY-Diplom) und eine Zunahme der Zusammenarbeit mit *Sozialarbeitern* von 30 % auf 80 % (im Vergleich dazu 54 % bei Ärzten ohne PSY-Diplom).

In der Verordnung von *Tranquilizern* zeigte sich, daß 80 % der Ärzte ohne PSY-Diplom und 90 % der PSY-III-Absolventen diese signifikant häufiger verordnen als PSY-II-Teilnehmer. Auffallend ist noch die relativ häufige Verordnung (20 % - 40 % „selten“, 25 % - 57 % „häufig“) von *Antidepressiva* quer durch alle Untersuchungsgruppen. Durch die Absolvierung der einzelnen PSY-Curricula konnten keine Veränderungen registriert werden. Hier muß angemerkt werden, dass eine Reihe von teilnehmenden Ärzten solche in Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie sind, welche die gleichzeitige Verschreibung von Psychopharmaka und Anwendung von psychologischen Interventionen aus der klinischen Praxis kennt.

Komplementärmedizinische Methoden werden gesamt gesehen von rund zwei Drittel aller Ärzte „nie“ angewandt. Nur ein geringer Prozentsatz von etwa 10 % wendet *Homöopathie*, *Akupunktur* oder andere *alternativmedizinische oder esoterische Methoden*, wie z. B. Bachblütentherapie oder Chiropraktik, an. Durch die Absolvierung der einzelnen PSY-Curricula verändert sich die Anwendung komplementärmedizinischer Methoden nicht.

Das Patienten Klientel der untersuchten Ärzte setzt sich bei Einstieg in das PSY-Curriculum zu rund 30 % - 47 % aus *Patienten mit organischen Störungen ohne stärkere psychische Probleme* zusammen. Hier zeigt sich eine Veränderung im Laufe der Lehrgänge dahingehend, daß nach Abschluß des PSY-I-Curriculums um 7 % vermehrt *Patienten mit organischen Störungen und Problemen der Krankheitsverarbeitung* erkannt werden und nach Abschluß des PSY-III-Curriculums *Patienten mit überwiegend psychischen Störungen* zu 26 % bzw. *Patienten mit überwiegend psychosozialen Problemen* zu 16 % häufiger diagnostiziert werden.

50 % - 90 % aller befragten Ärzte pflegen häufig kollegialen *fachlichen Austausch*, wobei das *Teamgespräch* vor dem *Telefonat* und vor spezifischen *Fortbildungsveranstaltungen, Seminaren* und *Kongressen* liegt. Die Austauschform der *Supervision* (z.B in Form einer begleitenden



Fallsupervision) wird hauptsächlich von PSY-III-Teilnehmern genutzt.

Zufriedenheit mit dem beruflichen und privaten Leben

Hinsichtlich der *Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit* kann im Verlauf der PSY-Ausbildungszeit ein steter Anstieg verzeichnet werden. Eine Zunahme der *Zufriedenheit mit dem privaten Leben* stellt sich vor allem durch Absolvierung des PSY-III-Curriculums ein. PSY-III-Absolventen sind zudem sehr signifikant zufriedener mit ihrer ärztlichen Tätigkeit als Ärzte, die mit PSY-I beginnen ($U = 61,0$; $Z = -2,487$; $p = .014^*$).

Mittlere *Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit* und der *Zufriedenheit im privaten Leben* zu Beginn und Ende aller PSY-Curricula im Vergleich zu Ärzten ohne PSY-Diplom, erhoben mittels Evaluierungsbogen ($n = 131$)

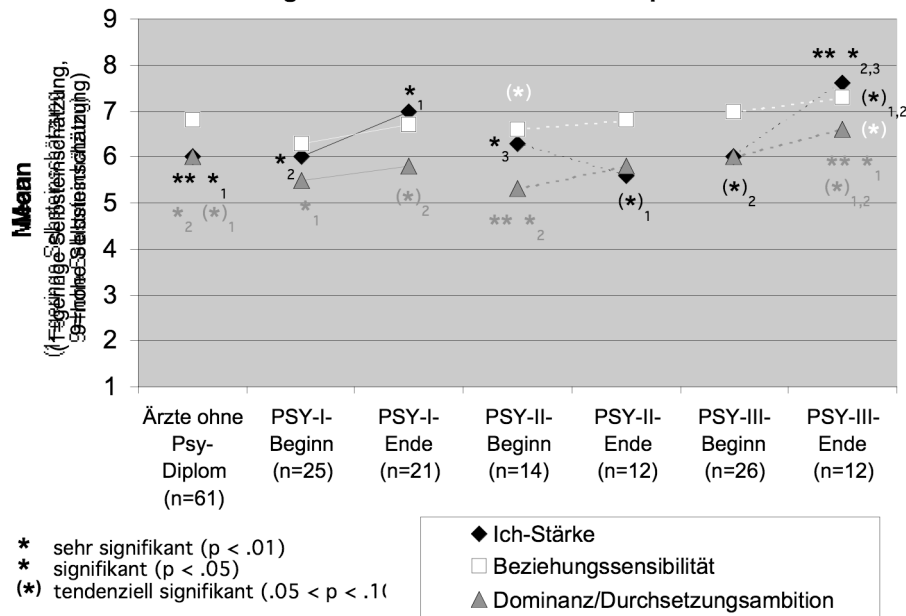
Wirkung auf die Selbsteinschätzung von Kompetenzen

Um die wesentlichen Komponenten einer Selbsteinschätzung, die Veränderungen durch die PSY-Curricula auf einer persönlichkeitsnahen Dimension abbilden soll, darzustellen, wurde eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) der items aus dem betreffenden Erhebungsbogen durchgeführt. Die Rotation nach dem Varimaxkriterium führte zu einer 3-Faktoren-Lösung, womit rund 57 % der Gesamtvarianz in bezug auf alle Ausgangsvariablen aufgeklärt wurde.

Varimaxrotierte Faktorenmatrix der Ladungen der Items des Selbsteinschätzungsbogens (3-Faktoren-Lösung, Aufklärung von ca. 57 % der Gesamtvarianz)

Ausgangsvar
Akzeptanz der
Selbsterkenntn
Selbstwirksam
"Arznei")
Empfindsamke
Impulsivität im
Toleranz für A
Bereitschaft ar
ihnen entgegen
Tendenz, im G
dominieren
Fähigkeit, and
anzuleiten, zu
Selbstvertraue
Aufgeklärte Va

Vergleich der Selbsteinschätzung im Verlauf der PSY-Diplome zum Vergleich mit Ärzten ohne PSY-Diplom



"Ich-Stärke" : Akzeptanz der eigenen Person, Selbsterkenntnis, Selbstwirksamkeit (der Therapeut als "Arznei")

"Beziehungssensibilität" : Empfindsamkeit für Gefühle anderer, Impulsivität im Kontakt mit anderen, Toleranz für Andersartigkeit, Bereitschaft anderen zu vertrauen, ihnen entgegenzukommen

"Dominanz/Durchsetzungsambition" : Tendenz, im Gespräch nicht zu dominieren, Fähigkeit, andere zu beeinflussen, sie anzuleiten, zu führen, Selbstvertrauen

Die Teilnehmer erleben nach dem PSY-I-Lehrgang eine (erwünschte) Positivierung in persönlichkeitsnahen Faktoren, d.h. sie erfahren insgesamt einen Profit für ihre persönliche Entwicklung. Zu Beginn des PSY-II-Curriculums kommt es allerdings zu einem Einbruch in der *Ich-Stärke* - wohl bedingt durch vermehrte Konfrontation mit den eigenen Schwächen im Umgang mit den vielfältigen Anforderungen bei der „Behandlung“ von „schwierigen“ Patienten und komplexer Interventionsstrategien. Dies wird auch als Zunahme an Kritikfähigkeit gegenüber der eigenen Person ersichtlich. Erst durch die Absolvierung des PSY-III-Curriculums steigt die Selbsteinschätzung der persönlichkeitsbedingten Kompetenz bzw. Selbstwirksamkeit auf ein signifikant höheres Niveau und kann dort gefestigt werden. Dies zeigt, daß die erwünschte „Persönlichkeitsbildung“ offenbar mehr als nur die ein- bis dreijährige Zeitspanne des PSY-I und PSY-II-Curriculums benötigt.

Die Vergleichsgruppe der Ärzte ohne PSY-Diplom zeigt in fast allen gemessenen Bereichen ähnliche Werte wie PSY-II-Absolventen. Dies bedeutet, dass sich PSY-Einsteiger in ihrer Selbsteinschätzung bezüglich „Selbstsicherheit“, oder „Selbstwirksamkeit“ durchschnittlich schlechter einschätzen als Ärzte, die keinen PSY-Lehrgang ins Auge fassen. Mit dem PSY-II-Diplom gleichen sich diese beiden Gruppen vollständig an und mit dem PSY-III-Diplom überholen sie die Gruppe der Ärzte ohne PSY-Diplom statistisch signifikant und in inhaltlich bedeutsamem Ausmaß.

Ergebnis der Analyse nach Mann-Whitney der Faktoren zur Selbsteinschätzung im Verlauf der PSY-Curricula zum Vergleich mit Ärzten ohne PSY-Diplom, gemessen mittels Selbsteinschätzungsbogen (n = 126)

Einzelnen betrachtet zeigen sich folgende Ergebnisse:

Durch Absolvierung des PSY-I-Curriculums können sich Ärzte rückblickend signifikant besser annehmen, haben an *Selbstvertrauen* gewonnen, sind signifikant geduldiger im Kontakt mit

anderen, können sich leichter in andere einfühlen und erleben sich tendenziell kompetenter, psychologisch zu wirken.

PSY-II-Absolventen geben rückblickend an, Andersartigkeit von Menschen besser tolerieren und andere besser führen zu können als zu Beginn. Auch stieg ihr *Selbstvertrauen* und die *Empfindsamkeit für die Gefühle anderer*.

Durch Absolvierung des PSY-III-Curriculums erkennen die Teilnehmer retrospektiv eine signifikante Steigerung ihrer *Selbstwirksamkeit (der Arzt als „Arznei“)*, ihrer *Selbsterkenntnis* und der *Akzeptanz der eigenen Person*. Zudem können sie nun Patienten besser führen und im Gespräch besser zuhören. Sehr hohe Werte verzeichnen sie in der *Toleranz für Andersartigkeit* und in der *Empfindsamkeit für Gefühle anderer*.

Beurteilung der Organisation

Über die Gesamtgruppe betrachtet beurteilen Weiterbildungsteilnehmer alle Ausbildungsblöcke sowohl für ihre berufliche als auch für ihre persönliche Entwicklung als nützlich bis sehr nützlich. Zu dieser positiven Bewertung tragen insbesondere die *Supervision*, die *Selbsterfahrung* sowie Teile der *Theorieseminare* bei.

Die Beurteilung der *Gesamtorganisation*, *Arbeitsatmosphäre* und *Lehre* ist durchwegs gut, wobei diese von PSY-III-Absolventen relativ am besten bewertet werden. Dies spiegelt sich auch in der Gesamtnote, die Absolventen und Lehrtherapeuten den PSY-Curricula geben, wider. Erhalten das PSY-I- und PSY-II-Curriculum sowohl von den Absolventen als auch von den Lehrtherapeuten die Note „gut“, war diese im PSY-III-Curriculum „sehr gut“.

Als wichtige Ausbildungsinhalte wurden im Bereich der Theorie vor allem die *Grundlagen der Gesprächsführung* und die *bio-psycho-soziale Diagnoseerstellung* genannt. Im Bereich der praktischen Inhalte waren dies die *Übungen mittels Rollenspiel/Reflexion* und die *Selbsterfahrung*. Die *Verbindung zwischen Theorie und Praxis* wurde vor allem von den Lehrtherapeuten als wichtig erachtet.

Als besondere Stärke der PSY-Curricula erweist sich aus der Sicht der Teilnehmer die fortwährend zugrunde gelegte *ganzheitliche Sichtweise* - also das Verständnis von Krankheit als biopsychosozialer Prozess. In der Organisation (Verwaltung und Ablauf), in der Auswahl der Lehrtherapeuten (einige wenige Lehrer wurden inhaltlich oder didaktisch als zu wenig qualifiziert bewertet oder sie wurden in ihrem persönlichen Auftreten nicht ausreichend akzeptiert) und der Praxisrelevanz wären nach Meinung der Teilnehmer vereinzelt Verbesserungen möglich.

INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Erwartungen an die PSY-Curricula

Die an das PSY-I- und PSY-II-Curriculum gestellten Erwartungen zeigen die fehlende Beachtung psychosozialer Aspekte im bisherigen Medizinstudium auf (vgl. Schüffel & Pauli, 1996). Besonders Turnusärzte (rund die Hälfte der Teilnehmer des ersten Lehrgangs) formulieren deshalb positive Erwartungen in Richtung auf Erwerb psychosozialer Kompetenz in den postpromotionellen PSY-Lehrgängen. Die Teilnehmer der beiden ersten PSY-Curricula erkennen, daß die kommunikativen Fertigkeiten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und der Behandlungseffizienz leisten (vgl. Bahrs et al., 1990, zitiert nach Bahrs, Köhle & Szexsenyi, 1992). Der Rückgang dieser Erwartung hinsichtlich psychosozialer Kompetenz zur *Verbesserung im ärztlichen Berufsalltag* im PSY-III-Curriculum dürfte vor allem durch die bereits längere Berufserfahrung (Durchschnittsalter dieser Teilnehmergruppe: 40 Jahre) und der damit korrelierten höheren *Zufriedenheit im ärztlichen Alltag* erklärbar sein. PSY-III-Ärzte erwarten sich von ihrem Curriculum vielmehr eine *effizientere Arbeit/Therapie* bzw. einen Gewinn für persönliche Bereiche (z.B. Abbau von Unsicherheiten und Ängsten, Steigerung von Selbstsicherheit und

Lebenszufriedenheit). Beachtenswert scheint, daß nur ein geringer Prozentsatz erwartet, durch das PSY-I- bzw. PSY-II-Curriculum die *beruflichen Chancen* zu verbessern. Es darf daher vermutet werden, daß Ärzte aufgrund der zur Zeit noch relativ bescheidenen Kassen-Honorierung für PSY-Leistungen mehr aus intrinsischer Motivation diese Fortbildung wählen. Den Erwerb kommunikativer Fertigkeiten sehen sie mehrheitlich zum Handwerkszeug eines Arztes gehörend an, ähnlich wie Kenntnisse über Medikamente und Instrumente. Dies läßt die Schlußfolgerung zu, daß - wie in der Untersuchung von Franz und Edlhaime (1999) - die persönliche Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit dem pekuniären Interesse vorgeht. Eine andere Erklärung könnte sein, daß der wahrgenommene Profit in der eigenen beruflichen Karriere (noch) nicht offenkundig ist. Im übrigen scheinen sich die Ärzte im Vorfeld gut über die Ziele und Inhalte der einzelnen PSY-Curricula informiert zu haben, so daß sie nicht mit falschen Erwartungen in diese hineingingen.

Psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Kompetenzgewinn

Erwartungskonform bestätigen die Absolventen der jeweiligen PSY-Curricula, dass sie „psychosoziale“, „psychosomatische“ und „psychotherapeutische“ Kompetenzen erworben haben. Allerdings zeigt sich, dass „gut Ding doch Weile braucht“, mit „Schnellsiederkursen“ ist nicht viel zu holen. Ein bis zwei Semester reichen nicht aus, um die Inhalte des in Theorie und Praxis anspruchsvollen bio-psycho-sozialen Modells zu internalisieren. Erst nach insgesamt ca. drei Jahren PSY-Fortbildung sind Wissen und Fertigkeiten soweit gesicherter Besitzstand, dass eine qualitativ akzeptable „psychosomatische Grundversorgung“ geleistet werden kann.

Bezeichnend ist, daß fortbildungsaktive Ärzte ohne PSY-Diplom sich in ihren psychosozialen und psychotherapeutischen Kompetenzen besser einschätzen als PSY-Einsteiger, PSY-I-Absolventen und PSY-II-Anfänger. Erst mit dem PSY-II-Diplom egalisiert sich dieses Kompetenzniveau in der jeweiligen Selbsteinschätzung. Aufgrund der spezifischen Inhalte der PSY-Lehrgänge und des mehrsemestrigen Trainings der entsprechenden skills (beides kommt im Medizinstudium weder im Inhaltlichen noch im Praktischen in ausreichendem Umfang vor) läßt sich ohne große Spekulation interpretieren, dass die Ärzte, die kein PSY-Diplom anpeilen, ihre psychosoziale und psychosomatische Kompetenz überschätzen und/oder sich in Richtung sozialer Erwünschtheit beurteilen. Ärzte ohne PSY-Diplom glauben, ihre Fertigkeiten, mit den Patienten adäquat (d.h. professionell) kommunizieren zu können, seien ohnedies gut entwickelt (Egger, 2000). Dies mag in der Folge auch mit ein Grund für die Nichtbeachtung dieses Fortbildungsangebotes sein.

Söllner und Harrer (2000) sowie Egger et al. (2000) konnten belegen, dass sich kommunikative Fertigkeiten mittels Rollenspiel und Videoanalysen verbessern lassen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen abermals, daß bereits durch die Absolvierung des PSY-I-Curriculums ein Kompetenzzuwachs in kommunikativen Fertigkeiten vor allem im belastend erlebten oder „heiklen“ Patientenumgang erreicht werden kann. Die bisher angewandten Methoden zum Erlernen eines professionell geführten ärztlichen Gesprächs dürfen daher als gut geeignet angesehen werden. Die Detailauswertung ergibt, dass durch eine Ausdehnung dieser praktischen Lehrinhalte noch ein bedeutsamer weiterer Zugewinn zu erzielen wäre. Die verbesserte Identifikation von psychosozialen Belastungen bestätigt einerseits die entsprechende Wissenskompetenz und andererseits die wahrgenommene Verbesserung von kommunikativen Fertigkeiten, da diese zur Aufdeckung solcher Phänomene eine Voraussetzung darstellen (Diagnosefunktion des Ärztlichen Gesprächs (Wedler, 1998; Speierer, 1985, zitiert nach Egger, 2000)). Die von PSY-I-Absolventen berichteten Kompetenzgewinne hinsichtlich der Führung eines Ärztlichen Gesprächs und der Identifikation psychosozialer Belastungen wurden von den Lehrtherapeuten bestätigt. Wenngleich diese Zugewinne signifikant sind, muß angemerkt werden, dass die erworbenen Kompetenzen nach PSY-I-Abschluss natürlich noch kein optimales Niveau erreicht haben. Die Teilnehmer erkennen nun selbst deutlich besser, warum, was und wie etwas zu tun wäre, aber die praktischen Fertigkeiten hinken diesem Anspruch naturgemäß noch nach. Im PSY-II-Curriculum steht die Erstellung und Handhabung einer bio-psycho-sozialen Gesamtdiagnose im Vordergrund (Egger et al., 2000). Hier zeigen die Ergebnisse tatsächlich eine

bedeutsame Verbesserung im *Erkennen psychosozialer Belastungen, psychischer Erkrankungen* oder auch *sexueller Störungen*. Diese Ergebnisse decken sich auch mit jenen von Söllner und Harrer (2000). Einen Nachholbedarf gibt es in der *Behandlung psychischer Störungen durch Entspannungsmethoden*, was wohl mit der unzureichenden Erfahrung im Umgang mit Entspannungsmethoden im Laufe des Lehrgangs zusammenhängt. Hier ist bereits eine Verbesserung geplant, die neben der bisherigen Vermittlung der Techniken eine über zwei Semester gehende Supervision vorsieht, in der die Ärzte begleitende Hilfe bei der Umsetzung von Interventionsstrategien erhalten. Insgesamt belegen die Resultate, dass das Lehrziel des PSY-II-Curriculums subjektiv gut erreicht wurde. Auch die Lehrtherapeuten bestätigen die *Diagnosekompetenz* der PSY-II-Absolventen, stufen allerdings die erworbene Kompetenz zum *Erkennen psychosozialer Belastungen* nicht ganz so hoch ein, wie die Teilnehmer selbst. Hier ist wohl die skeptischere Beurteilung der Lehrtherapeuten zutreffender, da diese neben der mündlichen Fall-Präsentation auch die schriftlichen Abschlussarbeiten sowie ihre Supervisionserfahrungen in das Urteil einfließen lassen. Jedenfalls wird der gesamte Kompetenzzuwachs auch von den Absolventen selbst als ein überwiegend hoch willkommener Fortschritt im Sinne einer Emanzipation gegenüber vielfältigen Ängsten erlebt (z.B. Was tun im Umgang mit „schwierigen“ Patienten? Wie Umgehen mit fachlicher oder persönlicher Unsicherheit? ...)

Der Kompetenzzuwachs durch Absolvierung des PSY-III-Curriculums ist nicht nur statistisch hochsignifikant sondern auch inhaltlich von großer Relevanz. Die auf PSY-I und PSY-II nachfolgende dreijährige Ausbildung, kombiniert mit einer weiteren fünfzigstündigen Einzelselbsterfahrung vermag offensichtlich sowohl die sozial-empathische als auch professionell-therapeutische Kompetenz auf ein hohes Niveau zu heben (Egger, 1993; vgl.a. Seiwald, 1999). Neben einem Grundstock an therapeutischen Kenntnissen brauchen Ärzte auch vielfältige praktisch-therapeutische Erprobungsmöglichkeiten, die es ihnen erlauben, über ein anfängliches Stadium des wissensgestützten Vorgehens hinaus zu gelangen, um schließlich in Verbindung mit gezielter Anleitung und Reflexion immer mehr „erfahrungsgebundenes Wissen“ ausbilden zu können (Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998). Durch die Vermittlung des theoretischen Basiswissens und der praktischen Erprobungsmöglichkeiten können sich PSY-III-Teilnehmer erwartungsgemäß ein signifikant größeres Methodenrepertoire (skills) aneignen als durch die beiden vorhergehenden Curricula. Hier erweist sich der wissenschaftstheoretische Grundgedanke für das PSY-III-Curriculum als überaus fruchtbar, schulenübergreifende Theorie- und Praxisvermittlung anzubieten. Der therapeutische Kompetenzgewinn zeichnet sich durch ein größeres Maß an Toleranz, Akzeptanz, Abbau von Vorurteilen, mehr Empathie, mehr Geduld, größerer Achtsamkeit und auch einer höheren Frustrationstoleranz aus, die besonders hilfreich für die Entwicklung der Fähigkeit zur Wahrnehmung und Gestaltung therapeutischer Beziehungen sind (Alte & Rey, 1998; Zimmer & Zimmer, 1998). Die Lehrtherapeuten bestätigten die von den PSY-III-Absolventen wahrgenommenen Kompetenzzuwächse in allen Bereichen.

Es ist wohl das erste Mal in der österreichischen Psychotherapiegeschichte, dass eine Gruppe von Fachleuten mit psychotherapeutischer Kompetenz bereits in ihrer Basisausbildung Wissen und Fertigkeiten von unterschiedlichen Theoriekonzepten erfahren und praktisch zu nutzen lernen. Die Befürchtung, dass eine theoretische Konfusion und ein unreflektierter eklektischer Pragmatismus sich einstellen wird, hat sich nicht bestätigt. Klar war, dass sowohl Theorie und Praxis unterschiedlicher Traditionen vermittelt werden müssen, und dass der therapeutische Lernprozess nicht einen linearen Zuwachs von Wissen darstellt, sondern auch eine emotionale Labilisierung, Auseinandersetzung und Umstrukturierung von gewohnten Mustern im Denken/Urteilen und Handeln/Bewältigen ausmacht, der allerdings von den Lehrtherapeuten behutsam zu begleiten ist (Hardt, Hirschfeld & Inowlocki, 1981). Aus dieser Perspektive ist das „Experiment“ mit einem schulenübergreifenden Ausbildungskonzept zur „psychotherapeutischen Medizin“ bereits jetzt als gelungen anzusehen.

Auswirkungen auf die Berufspraxis

Die häufigere Anwendung des *ausführlichen ärztlichen Gesprächs* korreliert einerseits mit dem Wissen um die Bedeutung dieses Instruments für die Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Aufklärung bzw. Beratung und Behandlung (vgl. Wedler, 1998; Meerwein, 1998) und wird erwartungskonform bereits mit dem PSY-I-Modul verstärkt. Ärzte mit PSY-II-Diplom integrieren zu gut einem Viertel psychologische *Entspannungsübungen* in ihre ärztliche Tätigkeit, was auch den Ergebnissen von Söllner und Harrer (2000) entspricht. Möglicherweise ist neben der noch zu geringen Praxiserfahrung im Einsatz mit diesen Verfahren auch der Umstand relevant, daß diese psychologische Behandlungsform von den Kassen bisher kaum oder in sehr geringem Umfang abgegolten werden. Naturgemäß spielen *psychotherapeutische Methoden im engeren Sinn*, die ja nicht Ausbildungsinhalt dieses Curriculums darstellen, nur eine geringe Rolle (17 % der PSY-II-Ärzte geben an, solche eine anzuwenden, im Vergleich zu 25 % bei Söllner und Harrer 2000). Nach Absolvierung des PSY-III-Curriculums wenden alle betroffenen Ärzte psychotherapeutische Methoden in ihrer praktischen Arbeit an und spiegeln damit die erworbenen therapeutischen Kompetenzen Curriculum wider.

Die *Kooperation mit Psychotherapeuten/Psychologen* von PSY-II- und PSY-III-Ärzten zeigt innerhalb des jeweiligen Curriculums keine Veränderung. Es mag daher durch die längere Berufserfahrung und der damit einhergehenden höheren beruflichen Selbstsicherheit erklärbar sein, dass diese verwandten Berufsgruppen mehr als Ergänzung und weniger als Konkurrenz gesehen werden. PSY-II-Absolventen zeigen sich auch über die genauen Tätigkeitsfelder von Klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten unsicher. Die über weite Strecken eher geringe Kooperation mit psychosozialen Fachleuten ist üblicherweise auch mit der Einstellung korreliert, die Behandlung „psychischer“ Erkrankungen durch Psychopharmaka hinreichend gewährleisten zu können. Eine solche Haltung ist untypisch für Absolventen des PSY-II- und PSY-III-Curriculums. Trotz der erworbenen psychosozialen und psychotherapeutischen Handlungskompetenz verordnen PSY-III-Absolventen weiterhin häufig Psychopharmaka. Dies mag aus der Tatsache resultieren, daß in der untersuchten Gruppe vermehrt Ärzte in Ausbildung zum Psychiater vertreten sind, die überzufällig viele *Patienten mit psychischen Störungen* behandeln.

Alternativmedizinische Methoden werden von den Ärzten - über alle PSY-Gruppen betrachtet - kaum angewandt. Wer allerdings schon bisher solche eingesetzt hat, läßt sich dabei durch die Absolvierung von PSY-Curricula nicht beeinflussen. Supervisionserfahrungen zeigen, dass Ärzte, die zuvor alternativmedizinische Praktiken gelernt haben, diese nach dem PSY-III-Lehrgang eigentlich nicht mehr brauchen würden, aber einem vermeintlich häufigen Wunsch der Patienten entgegenkommen wollen und Derartiges zumindest in der Behandlungs-Einstiegsphase anbieten. Erst in der Folge wird der Umstieg auf wissenschaftlich besser fundierte psychologische, aktiv problemverändernde Therapiestrategien angestrebt. Darin spiegelt sich natürlich auch die Haltung großer Teile der Bevölkerung zur Psychotherapie wieder.

Die oft zitierte Annahme (z.B. Seiwald 1999), daß 30 % – 40 % der Patienten die Arztpraxen wegen vorwiegend psychosozialer Beschwerden aufsuchen, wird von den hier untersuchten PSY-III-Ärzten nicht bestätigt. Bei ihnen beträgt der Anteil dieser Patientengruppe 16 %. Da den PSY-III-Absolventen eine ausreichend hohe Kompetenz im Erkennen psychosozialer Belastungen zuzuschreiben ist, darf angenommen werden, dass dies für die damit repräsentierten Arbeitsplätze keine schlechte Schätzung ist.

Zufriedenheitseinschätzung

Ärzte zu PSY-I-Beginn sind mit ihrer ärztlichen Tätigkeit relativ unzufrieden. Ein Grund dafür mag die hohe Zahl an Turnusärzten in dieser Untersuchungsgruppe sein. Diese sind zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit immer wieder mit Anforderungen konfrontiert, für die sie Medizinstudium nicht ausreichend vorbereitet wurden (Schüffel & Pauli, 1996) und bei deren Bewältigung sie sich unsicher und überfordert fühlen. Zudem sind sie innerhalb der Ärztehierarchie im Krankenhaus an

letzter Stelle (Roßmanith, 1998), was sie auch zu spüren bekommen und ihnen den Unterschied zwischen Wunsch (bisher vermitteltes Arztbild) und Wirklichkeit (erlebte Realität der ärztlichen Tätigkeit) erfahren läßt (Hohner, 1996; Hilger 1990, Buddeberg & Willi, 1998). Einfluß auf die berufliche Zufriedenheit hat auch die in vielen Fällen unsichere Prognose hinsichtlich der beruflichen Existenz. Die signifikant höhere Zufriedenheit der Ärzte ohne PSY-Diplom erklärt sich wahrscheinlich zu einem Gutteil aus der relativ gesicherten Berufsexistenz. Bei den Absolventen des PSY-III-Curriculums, die die vergleichsweise größte Berufszufriedenheit aufweist, dürfte neben dem bereits erfolgten beruflichen Existenzaufbau der persönliche und fachliche Kompetenzgewinn durch das des PSY-III-Diplom ausschlaggebend sein. Insgesamt läßt sich ein steter Anstieg der *Zufriedenheit in der ärztlichen Tätigkeit* von PSY-I über PSY-II zu PSY-III belegen. Als psychologische Wirkfaktoren für dieses Ergebnis wird das zuversichtlichere Herangehen an psychologische Problemstellungen und die erlangte größere Selbstsicherheit bzw. das höhere Selbstvertrauen vermutet. Für eine solche Interpretation sprechen auch die Ergebnisse einer früheren Evaluierung von Egger et al. (2000). Auch die Ergebnisse von Söllner und Harrer (2000) weisen eine diesbezügliche Zunahme der Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit aus.

Veränderungen in der Selbsteinschätzung

Der Anstieg des Faktors *Ich-Stärke* im PSY-I-Curriculum dürfte auf den ersten Überschwang über das gerade Erlernte zurückzuführen sein. Mit zunehmender Konfrontation mit den eigenen Unzulänglichkeiten im Wissens- und Fertigungsbereich sinkt das Niveau der Selbstbeurteilung in Bereichen wie *Selbsterkenntnis*, *Akzeptanz der eigenen Person* und der *Selbstwirksamkeit*. Außerdem steigt ein Teil der PSY-I-Absolventen - darunter vermehrt solche mit der Überzeugung, von PSY-I ausreichend profitiert zu haben und für die eigene Praxis gut gewappnet zu sein - aus dem weiteren Fortbildungsprogramm aus, der Mittelwert der PSY-II-Einsteiger weist danach jedenfalls ein geringeres Selbstvertrauen auf als beim PSY-I-Beginn. Klar ist auch, daß die ein bis zwei Semester des ersten Moduls nicht ausreichen, um die erwünschte Persönlichkeitsveränderung in stabiler Form zu erreichen. Die aufgekommenen Zweifel an der *Selbstwirksamkeit (der Therapeut als „Arznei“)* haben auch - das zeigt die Supervisionsarbeit - mit der Irritation zu tun, daß das im Medizinstudium vorherrschende Ursache-Wirkungs-Denken nun durch ein umfassenderes Konzept im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells abgelöst wird. Um diese veränderten Denkprozesse auch zu internalisieren und daraus Profit zu ziehen (d.h. in der konkreten Arbeit damit Erfolg zu haben), bedarf es offensichtlich eines längeren Zeitraumes von mindestens 3 bis 4 Jahren.

Organisation und Ablauf

Aufgrund der allgemein guten Bewertung bezüglich der Lehre, Praxisrelevanz und dem „guten Klima“ der PSY-Curricula kann nach Schweer und Rosemann (1995) von einer „guten Lehre“ in diesen Lehrgängen gesprochen werden. Diese gute Lehre steht in direktem Zusammenhang mit der erzielten Kompetenzsteigerung (Dunkin und Barnes, 1986, zitiert nach Rindermann 1999). Ein weiterer Beweis für die gute Lehre zeigt sich darin, daß es den Teilnehmern möglich war, sich den Lehrgangsziele weitestgehend anzunähern (Kromrey, 1994) sowie in der Tatsache, daß die PSY-Absolventen zum aktiven Lernen angeregt wurden (Stangl, 1999).

Als sehr wichtige Praxisbestandteile der Curricula werden von allen PSY-Teilnehmern die *Übungen mittels Rollenspiele* mit nachfolgender *Reflexion* angesehen (relativ höchste *Praxisrelevanz*). Die Hälfte der Teilnehmer des PSY-II-Curriculums und 30 % der Teilnehmer des PSY-III-Curriculums erachten die *Selbsterfahrung* als wichtigen Ausbildungsinhalt. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit dem *beruflichen* und *persönlichen Nutzen*, den die Teilnehmer der *Selbsterfahrung* zuschreiben. Anders als bei Söllner und Harrer (2000) zeigte sich in dieser Studie für das PSY-I und PSY-II-Curriculum, daß nicht der *Balintgruppe* der größte *berufliche Nutzen* zugeschrieben wird, sondern der *Selbsterfahrung* und den *Theorieseminaren*. Aus der Supervision ist den Lehrtherapeuten bekannt, daß die PSY-I und PSY-II-Teilnehmer die *Balintgruppe* wegen der geforderten großen

Stundenzahl zunehmend mehr als „Pflicht“ oder notwendiges „Übel“ sehen, deren Nutzen erkennbar aber sich in Grenzen hält. Diese Interpretation stützt sich auch auf Daten aus dem Organisationsbogen, in dem die Teilnehmer in offener Frage Kritiken zu einzelnen Lehrbereichen abgaben. Dies hat dazu geführt, dass im Grazer PSY-II-Curriculum zukünftig ein Teil der Balintstunden zugunsten direkter Supervisionsarbeit umgeschichtet wird. Der berichtete hohe *berufliche Nutzen* der *Supervision* korreliert auch mit der Entwicklung einer professionellen therapeutischen Identität (Rappe-Giesecke, 2000).

Als eindeutige Stärke aller PSY-Curricula kristallisierte sich die *ganzheitliche*, d.h. biopsychosoziale *Sichtweise* heraus. Die *Organisation*, die *Lehrtherapeuten*, die *Praxisrelevanz* und die *Gruppenatmosphäre und Gruppendynamik* werden sowohl in ihren Stärken (überwiegend) als auch in ihren Schwächen (im Einzelfall) erkannt. Für diese Urteile sind individuelle Präferenzen, Wahrnehmungen und kognitive Schemata bedeutsam. Lehrtherapeuten, die eine professionelle Rolle überzeugend einnehmen, werden von Teilnehmern eher präferiert und besser beurteilt. 35 % aller PSY-Teilnehmer wünschen eine weniger theoretische Vermittlung, wobei dies gegenüber den 55 % aus den Ergebnissen von Franz und Edlhaimb (1999) eine doch größere Zufriedenheit mit den Theorieinhalten darstellt. Ein Schwachpunkt des PSY-III-Curriculums stellen einzelne Aspekte der *Organisation* dar. Hier wurde vor allem das Fehlen fixer Stundenpläne für alle Semester kritisiert, weil es vereinzelt zu Überschneidungen von Seminarinhalten gekommen ist.

Kritik

Unter methodischen Gesichtspunkten muß kritisch angemerkt werden, daß die Größe einiger Substichproben nicht das ursprünglich erhoffte Ausmaß erreicht hat. Eine Vollerhebung aller PSY-Teilnehmer war trotz Aufforderung der Untersuchungsleitung nicht zu verwirklichen, die Aversion gegen schriftliche Fragebogenerhebungen war bei einigen Ärzten offensichtlich. Durch eine Aufbereitung als gemachte Stichproben (vorher-nachher-Paarung) für die statistische Verrechnung waren zumindest die Einflußgrößen *Alter*, *Geschlecht* und der *berufliche Status* kontrollierbar. Für die Aussagekraft der Ergebnisse spricht, daß eine Reihe von Ergebnissen, die bereits aus vorangegangenen oder vergleichbaren Studien bekannt sind, replizierbar waren. Eine statistische Prüfung der Validität, Reliabilität und Objektivität der verwendeten Meßinstrumente würde die Bedeutung der gewonnenen Daten zweifellos noch weiter anheben, eine Arbeit, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht geleistet werden konnte. Für eine Endfassung der Innsbrucker Evaluierungsbögen für einen österreichweiten Einsatz wäre zu berücksichtigen, daß die bisher verwendeten Prozentrangskalen ungünstig sind, da sie zu breit streuen. Eine 5- oder 7-stufige Ratingskala reicht für eine hinreichend differenzierte Erfassung der Urteile. Weiters könnten einige Items spezifischer formuliert werden; so wäre die Trennung zwischen *Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten* wünschenswert. Beim Item *Behandlung psychischer Störungen durch das psychotherapeutische Gespräch* bleibt unklar, ob damit das Ärztliche Gespräch oder die gesprächspsychotherapeutisch orientierte Intervention innerhalb der Patientenbehandlung gemeint ist.

Als deutlicher Vorteil gegenüber bisherigen Evaluierungsversuchen der PSY-Curricula wird die in dieser Studie verwirklichte Einbeziehung sowohl einer adäquaten Vergleichsgruppe als auch der beteiligten PSY-Lehrtherapeuten gewertet. Der Nachweis einer effektiven Verbesserung der psychologischen Kompetenz von Ärzten durch die PSY-Curricula wird als gelungen angesehen. Was zukünftige Evaluierungsstudien noch zu leisten hätten, wäre die reale Beobachtung (Erfassung und Auswertung) der Arzt-Patienten-Interaktionen in den Arztpraxen. Für die zukünftige Optimierung der Lehrgänge liefert die vorliegende Arbeit eine Reihe von Anregungen, weil sie nicht nur aufzeigt, was diese zu leisten imstande sind, sondern auch aufzeigt, welche Elemente im Lehrangebot beibehalten, aufgelassen, hinzugenommen oder verändert werden sollten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Alte, C. & Rey, E.-R. (1998). Evaluationsinstrumente für Theorieseminare und Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie*, 8, 246 – 253.
- Bahrs, O., Köhle, M. & Szexsenyi, J. (1992). Das Videoseminar. Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. *Psychologie in der Medizin*, 4, 23 – 29.
- BMWF (1997). *Geltende Evaluierungsverordnung (EvalVO)*. Verordnung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr über die Durchführung von Evaluierungen in Forschung und Lehre der Universitäten. BGBl. Nr. II 224/1997). URL: www.bmwf.gv.at/6hsrecht/evalvo/evalvo.htm (99-11-21).
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl., Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. 2. Aufl., Berlin: Springer.
- Buddeberg, C. & Buddeberg-Fischer, B. (1998). Die Arzt-Patient-Beziehung. In D. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (2. Aufl.) (pp. 419 – 453). Berlin: Springer.
- Buddeberg, C. & Willi, J. (1998). Bedeutung und Aufgaben der Psychosozialen Medizin. In D. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (2. Aufl.) (pp. 1 - 13). Berlin: Springer.
- Egger, J. (1993). Psychologie in der Medizin und im österreichischen Gesundheitswesen. In J. Egger (Hrsg.), *Psychologie in der Medizin, Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik* (pp. 53 – 70). Wien: WUV.
- Egger, J. W. (2000). Das Ärztliche Gespräch. Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. *Psychologische Medizin*, 1, 45 – 51.
- Egger, J. W., Stix, P. & Pieringer, W. (2000). Evaluation der PSY-Diplom-Lehrgänge in der Steiermark. *Psychologische Medizin*, 1, 52 – 59.
- Egger, J. & Verlic, B. (1993). Psychotherapieausbildung in Österreich. In J. Egger (Hrsg.), *Psychologie in der Medizin, Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik* (pp. 273 – 290). Wien: WUV.
- Fischer, G. (1994). Die Arzt-Patient-Beziehung, Kernstück einer „Reform von innen“. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8* (pp. 123 – 129). Stuttgart: Enke.
- Franz, J. & Edlhaime, H. P. (1999). Evaluation der PSY-Diplom-Fortbildung „Psychosoziale Medizin“ in Niederösterreich. *Psychologische Medizin*, 1, 47 – 51.
- Hardt, J., Hirschfeld, M. & Inowlocki, L. (1981). Zur Dimensionierung psychotherapeutischer Kompetenz. *Psyche*, 8, 51 – 61.
- Hanschitz, A. A. (1999). *Die Bedeutung von Evaluation im tertiären Bildungsbereich. Am Beispiel einer Evaluation der österreichischen psychotherapeutischen Propädeutika*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Helmich, P. (1994). Die Arzt-Patient-Beziehung in der ärztlichen Praxis – oder: Die vergessene Beziehung. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8* (pp. 130 - 136). Stuttgart: Enke.
- Hilger, H. H. (1990). *Der Arztberuf im Wandel der Zeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Hohner, H.-U. (1996). *Medizin als Beruf. Professioneller Wandel und Herausforderungen für die Psychodiagnostik – verdeutlicht am Beispiel der Medizin*. URL: www.cch-berlin.de/profwandel.html (01-05-17).
- Janssen, P. L. (1993). Von der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zur Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 39, 95 – 117.
- Köhle, K., Janssen, P. L., Richter, R., Adler, R. H. & Wesiack, W. (1996). Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Schweiz und in Österreich. In T. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. neubearbeitete und erweiterte Aufl.) (pp 93 - 101). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kromrey, H. (1994). Wie erkennt man „gute Lehre“? Was studentische Vorlesungsbefragungen (nicht) aussagen. *Empirische Pädagogik*, 8, 153 – 168.
- Kromrey, H. (1999). Studierendenbefragungen als Evaluation der Lehre? Anforderungen an Methodik und Design. Manuskript zur Veröffentlichung in Engel, U. (Hrsg.), *Qualität von Lehre und Studium*.
- Mayring, P. (1990). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (2. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Meerwein, F. (1998). *Das ärztliche Gespräch. Grundlagen und Anwendungen* (4. unveränderte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Rappe-Giesecke, K. (2000). Vorwärts zu den Wurzeln – Balint-Gruppenarbeit aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Balint*, 1, 36 – 42.
- Rindermann, H. (1999, Dezember). *Die studentische Beurteilung von Lehrveranstaltungen – Forschungsstand und Implikationen*. Präsentiertes Manuskript am Symposium Evaluierung an der Universität– zwischen Qualitätsmanagement und Selbstzweck, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Roßmanith, S. (1998). Arztrolle – Patientenrolle. In G. Sonneck, O. Frischenschlager, M. Hexel, U. Kropiunnigg, L. Pucher, M. Schjerve (Hrsg.), *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen* (5. überarbeitete Aufl.) (pp. 91 – 95). Wien: WUV.
- Rösler, H.-D., Szewczyk, H. & Wildgrube, K. (1996). *Medizinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Rzepka-Meyer, U., Frank, R. & Vaitl, R. (1998). Entwicklung therapeutischer Kompetenzen: Zur Rolle von Therapieerfahrung und Reflexionsbereitschaft. *Verhaltenstherapie*, 8, 200 – 207.
- Seiwald, A. (1999). PSY Module. URL: www.allmed.at/c7.htm (99-11-12).

- Schüffel, W. & Pauli, H.G. (1996). Die Ausbildung zum Arzt. In T. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. neubearbeitete und erweiterte Aufl.) (pp. 73 - 92). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schweer, K.W. & Rosemann, B. (1995). Qualität der Lehre: Bedingungsvariablen des studentischen Urteils. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 9 (3/4), 189 – 196.
- Söllner, W. & Harrer, M. (2000). Empirische Untersuchung: Evaluation der Lehrgänge PSY I und PSY II, Untersuchung der Effektivität der Lehrgänge und Qualitätsmanagement. In M. Harrer, G. Schüßler, W. Söllner & W. Wesiack (2000). *Weiterbildung von Ärzten in Psychosomatischer Medizin: Entwicklung der Curricula, Qualitätsmanagement und Evaluation*. Unveröffentlichter Abschlußbericht, Universität Innsbruck.
- Spiel, C. (1999, Dezember). *Kommentare und Informationen zur Evaluierung an Österreichs Universitäten*. Präsentiertes Manuskript am Symposium Evaluierung an der Universität – zwischen Qualitätsmanagement und Selbstzweck, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Stangl, W. (1999). Die Evaluation universitärer Lehrveranstaltungen. URL: <http://paedpsych.jk.unilinz.ac.at/PAEDPSYCH/EVALUATION/EvaluationTheorie.tml> (99-12-10).
- Stosberg, M. (1994). Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8* (pp. 66 – 75). Stuttgart: Enke.
- Ubben, B. (1998). Was leisten Verhaltenstherapie-Ausbildungsinstitute? Perspektiven einer Psychotherapie-Ausbildung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1, 73 – 90.
- Wedler, H. (1998). *Das ärztliche Gespräch. Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung*. Stuttgart: Schattauer.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8, 254 – 257.

Autoren:

Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger und Mag. Verena Moser, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Abteilung für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik, 8036 Graz, Villa Hahnhof, Roseggerweg 50

Manuskript eingereicht: September 2001, nach Revision angenommen: Dezember 2001