

Über Psy-Curricula erworbene psychologische Kompetenzen von ÄrztInnen

Evaluationsstudie zu den Grazer ÖÄK-Psy-Diplomlehrgängen

Josef W. Egger & Michaela Singer

Zusammenfassung

Zentraler Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Erhebung der von den beteiligten Ärzten¹ wahrgenommenen Effizienz ihrer post-promotionellen Psy-Ausbildung (ÖÄK-Diplom-Lehrgänge für *Psychosoziale Medizin* (Psy1), *Psychosomatische Medizin* (Psy2) und *Psychotherapeutische Medizin* (Psy3)). Einerseits werden die einzelnen Psy-Diplom-Gruppen miteinander verglichen, andererseits auch die Veränderungen innerhalb eines Lehrgangs gemessen. Dazu werden in einem Pre/Post-Test die Einschätzungen der Teilnehmer bezüglich ihres Kompetenzzuwachses in den Bereichen *kommunikative Kompetenz im Umgang mit Patienten*, *allgemeine psychodiagnostische und biopsychosoziale Kompetenz*, *fachliche und organisatorische Kompetenz bei der Betreuung von Patienten mit psychisch imponierenden Störungen* sowie (gegebenenfalls) die *psychotherapeutische Kompetenz* mithilfe standardisierter Erhebungsbögen erfasst und die Umsetzung der erworbenen Fähigkeiten in die Berufspraxis erfragt. Weiters wurde dem wahrgenommenen Nutzen der Psy-Diplom-Ausbildung für das berufliche Fortkommen und den privaten Lebensbereich nachgegangen. Ein spezielles Untersuchungsanliegen bestand in der Überprüfung, ob Psy-Diplom-ÄrztInnen einen benefit hinsichtlich der Zufriedenheit ihrer PatientInnen mit der ärztlichen Betreuung gegenüber ÄrztInnen ohne diese Spezialausbildung aufweisen. Dazu wurde sowohl die Einschätzung der Ärzte (d. h. Beurteilung der Patienten-Zufriedenheit durch die Ärzte selbst) als auch die Zufriedenheit der von ihnen behandelnden Patienten erhoben. Zusätzlich wurden sowohl auf Arzt- wie auf Patientenebene Merkmale, die einen „guten Arzt“ auszeichnen, gemessen. Insgesamt nahmen 126 Ärzte und 63 Patienten an der Studie teil, davon waren 104 Psy-Ärzte und 22 Ärzte ohne Psy-Diplom, die als Kontrollgruppe dienten. Für die Effektivitätsprüfung wurden 42 Ärzte mit dem ÖÄK-Diplom *Psychotherapeutische Medizin* (26 Ärzte mit bereits länger zurückliegendem Psy3-Abschluss und 16 Ärzte im laufenden Psy3-Curriculum) sowie ihre jeweiligen Patienten mit der KG verglichen. Die Ergebnisse bestätigen, dass mit steigender Psy-Ausbildungsdauer auch eine Steigerung der sich selbst zugeschriebenen psychologischen Kompetenzen verbunden ist. Erfahrene Psy3-Ärzte wenden erwartungskonform häufiger psychosoziale Behandlungsmethoden an, kooperieren häufiger mit psychosozialen Fachleuten, nehmen häufiger qualitätssichernde Angebote (Balintgruppe, Fall-Supervision, Teambesprechung u. dgl.) wahr. Die Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit nimmt mit Dauer der Psy-Ausbildungszeit ebenfalls signifikant zu. In der Effektivitätsprüfung zeigt sich, dass Patienten, die von Psy3-Ärzten behandelt werden, diese in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie bei Merkmalen, die einen „guten Arzt“ auszeichnen, besser beurteilen als dies Patienten tun, die von Ärzten ohne Psy-Diplom behandelt werden. Insgesamt lässt sich erkennen, dass erst eine mehrjährige Psy-Ausbildung die erwünschten bedeutsamen Effekte (Kompetenzzuwachs, Zufriedenheitsgewinn) zeitigt. Gelungen ist der Nachweis, dass zumindest nach Absolvierung des Psy3

Curriculums der erlebte Profit nicht nur aufseiten der Ärzte, sondern auch aufseiten der von ihnen betreuten Patienten im Sinne der Patientenzufriedenheit objektivierbar ist.

Schlüsselwörter

Psy-Curricula, psychosoziale Medizin, psychosomatische Medizin, psychotherapeutische Medizin, ärztliche Fortbildung, Weiterbildungs-evaluation, Effektivitätsprüfung, Arzt-Patient-Beziehung

Abstract

The training in psychosocial, psychosomatic and psychotherapeutic medicine – an evaluative study on the doctors psychological competence

This study is based on the census of the efficiency of the postgraduate Psy-curricula for doctors in Styria. In a pre/post-test comparison the self-evaluation of the participants was assessed with regard to the increase of competence in the field of technical and organisational competence (in terms of treatment of patients with mental disorders), the communicative medical competence, the psychotherapeutic competence (including the psychodiagnostical and (multimodal) biopsychosocial competence) as well as the perceived benefit of the acquired psychological skills in the ongoing professional practice and private life. The study also investigates the impact of the Psy-diploma on the patients' satisfaction with the treatment of their doctors. Doctors with or without a Psy-diploma as well as their patients were interviewed and asked to list a 'good doctor's' qualities. In total 104 doctors with a Psy-diploma were interviewed, 22 doctors without a Psy-diploma served as a control group. To assess the efficiency of the Psy-diploma 42 of the 104 doctors with a Psy3 diploma and their patients were investigated. The results show that doctors with a Psy-diploma experience a better self-assessment in terms of expertise, more often apply to psychosocial treatment, more often use psychological supervision like Balint-groups and more often cooperate with psychosocial specialists like clinical psychologists etc. The evaluation of efficiency shows that doctors with the Psy3 diploma „Psychotherapeutic Medicine“ were better evaluated by their patients than doctors without a Psy-diploma. To conclude, the study affirm the expected benefit of the Psy-curricula for the doctors not only in enhancing their psychological competence but also in their professional contentment. Furthermore they have more content patients than those without this form of psychological training

Key words

Psy-curricula – psychosocial medicine – psychosomatic medicine – psychotherapeutic medicine – medical advanced training – evaluation of the advanced training – evaluation of efficiency – doctor-patient-relationship

Problemstellung

Das bis ins 20. Jahrhundert hineinreichende paternalistische Arztbild (siehe z. B. Dorfmueller, 2001), welches den Patienten weitgehend entmündigt – und der Denkweise huldigt: „Wer heilt, hat Recht“ –, hat sich zwischenzeitlich, den gesellschaftlichen Veränderungen anpassend, zunehmend einer kundenorientierten (und wohl auch mehr partnerschaftlichen Beziehung) angenähert. Diese zeitgenössische Form der Arzt-Patient-Beziehung verlangt von beiden Seiten ein Mindestmaß an Offenheit, Vertrauen, Anerkennung, fachliche, sozial-kommunikative und emotionale Kompetenzen (vgl. Egger et al. 2007). Die durch den Arzt geförderte Autonomie aufseiten seiner Patienten hilft, das natürliche Ungleichgewicht zwischen Heiler und Leidenden zu begrenzen und bietet so auch eine Hilfestellung, eine überhöhte Machtposition – die vermeintlich einige Vorzüge, tatsächlich aber mehr Nachteile in sich birgt – zu vermeiden.

Neben diesen demokratiepolitisch erwünschten Aspekten in der Veränderung der Beziehung zwischen Arzt und Patient geht es aber auch um die Optimierung der Effizienz therapeutischen Wirkens: Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung beschleunigt nachweislich die Genesung des Patienten (s. a. Dorfmueller, 2001). Erstaunlicherweise haben diese Erkenntnisse lange Zeit keinen bedeutsamen Eingang in das biomedizinische Krankheitsmodell – dem bis heute dominierenden Wirkmodell der naturwissenschaftlichen Medizin – gefunden. Erst mit der Propagierung eines systemtheoretisch erweiterten Modells seit Anfang der 70er Jahre des 20. Jhd. – dem sog. Biopsychosozialen Krankheitsmodell – vollzieht sich ein langsamer Paradigmenwechsel, der die psycho-sozialen Wirkgrößen in der Medizin anerkennt und nutzt (vgl. Egger 1992, 2005). In den meisten Fällen ist allerdings der Begriff *Paradigmenwechsel* überzogen, handelt es sich doch mehr um eine Erweiterung des klassischen biomedizinischen Modells um psycho-soziale Einflussfaktoren. Wenn der Mensch hier als „systemische Ganzheit“ betrachtet wird, so ist gemeint, dass bei der ärztlichen In-Blicknahme und Intervention – im Sinne einer parallelen, multidimensionalen Betrachtungsweise – nicht nur biologische sondern auch öko-soziale und psychologische Faktoren in ihren immanenten Wechsel-Wirkungen ausreichend Berücksichtigung finden sollen.

Diese Aufmerksamkeitsverschiebung in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts (Schlagwort „von der Pathogenese zur Salutogenese“ oder „von der Schulmedizin zur Ganzheitlichen Medizin“) hatte durchaus Auswirkungen auf die akademischen Ausbildungscurricula und ärztliche Fortbildung. In der Diagnostik ist zwischenzeitlich das „ärztliche Gespräch“ als professionelles Instrument zur Datengewinnung rehabilitiert und wird auch für die therapeutische Betreuung von Patienten honoriert (Egger 2007, Saafan & Egger 1998).

Bei der Entwicklung des seit 2002 wirksamen Studienplans für Humanmedizin auf der Medizinischen Universität Graz fand gerade dieser kommunikative Aspekt eine konkrete Berücksichtigung. Es kam zu einer Integration von Inhalten, die die Gesprächskompetenz der Medizinstudierenden trainieren und zur Integration des biopsychosozialen Modells beitragen, womit auch eine intensivere Beschäftigung mit psychosozialen Wirkgrößen in der Ätiopathogenese und dem weiteren Krank-

heitsverlauf verbunden ist (Egger et al. 2007, vgl. Doering et al., 2003). In der neuen Studienordnung Humanmedizin beginnt man bereits im Eingangssemester mit einem „Stationspraktikum“ bzw. einer „Hospitation“, wo es zur „ersten leibhaftigen“ Begegnung mit Kranken kommt. Im 7. und 8. Semester erfolgt im Modul „Spannungsfeld Persönlichkeit“ eine intensivere Auseinandersetzung mit Inhalten der Medizinischen Psychologie und Psychiatrie statt. Studienbegleitend läuft vom 3. bis 10. Semester ein Ausbildungsschwerpunkt in „Kommunikation, Supervision und Reflexion“ (track KSR). Mit diesem Ansatz soll der akademische Unterricht im Vergleich zur alten Studienordnung Medizin deutlich praxisnäher und zugleich dem erdrückenden Erkenntnisstand der „psychologischen Medizin“ für eine biopsychosoziale Perspektive Rechnung getragen werden (Egger, 2006).

Psy-Diplom-Curricula

Parallel zur Vorbereitung des österreichischen Psychotherapiegesetzes in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden von der Medizinischen Fakultät Innsbruck, Graz und später auch Wien (zuständigkeitshalber auch in Abstimmung mit der Österreichischen Ärztekammer) Vorarbeiten zur Schaffung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte begonnen, die eine praxisgerechte Nutzung von psychosozialen und psychotherapeutischen Kompetenzen in der medizinischen Versorgung in Österreich sicherstellen sollen. 1986 und 1987 entwickelte ein spezieller Arbeitskreis – in einem Gemeinschaftsprojekt von v. a. Innsbrucker und Grazer Medizinpsychologen – eine Ärztefortbildung für die Fachgebiete *Psychotherapie* und *Psychosomatik*. Bei der Erstellung dieser Lehrgänge wurde von der Überlegung ausgegangen, dass diese in drei aufeinander aufbauenden Modulen gegliedert sein sollten, um so der Realität der ärztlichen Arbeit mit drei unterschiedlichen Kompetenzansprüchen für eine *ärztliche Psychotherapie* gerecht werden zu können (Wesiack & Söllner, 1997, Egger 1993).

Diese *Psy-Curricula*, welche als Zusatzqualifikation für Ärzte aller Fachrichtungen angeboten werden sollten, basieren auf dem biopsychosozialen Krankheitsmodell und bilden ein Gegenstück zu dem sowohl im Praktischen wie im Wissenschaftlichen längst als defizitär erkannten biomedizinischen Modell. Rein rechtlich handelt es sich bei der postgraduellen Bildung um Kompetenzen der Österreichischen Ärztekammer, weswegen diese die entsprechenden Curricula 1989 zu beschließen hatte, sodass dieselben nach den dafür notwendigen organisatorischen Vorarbeiten ab 1991 – in Kooperation mit den medizinisch-psychologischen Institutionen der medizinischen Fakultäten in Graz, Innsbruck und Wien mit ihrem entsprechenden akademischen Lehrkörper – als postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit für Ärzte angeboten werden konnten. Die Psy-Diplom-Lehrgänge bestehen insgesamt aus drei aufeinander aufbauenden Curricula, in denen Ärzte psychosoziale (Psy1), psychosomatische (Psy2) und psychotherapeutische Kompetenzen (Psy3) vermittelt bekommen (s. a. Egger & Verlic, 1993).

Modul I: *Psychosoziale Medizin* (Dauer: 1–2 Semester).

Der inhaltliche Schwerpunkt des ÖÄK-Diploms *Psychosoziale Medizin* liegt in einer umfassenden Einführung in die Theorie und Praxis des professionell geführten ärztlichen Gesprächs, welches routinemäßig Eingang in die Arzt-Patienten-Beziehung finden soll. So werden z. B. in Kleingruppen inhaltlich relevante Arzt-Patienten-Begegnungen trainiert, zum Teil über Video aufgenommen und mit erläuterndem Feedback der Ausbilder Verbesserungsvorschläge zur verbalen und nonverbalen Kommunikation erarbeitet (Egger, Stix, Pieringer, 2000). Dabei gilt es aufseiten des Arztes parallel zur Erfassung der somatischen Befundlage auch das öko-soziale Umfeld des Patienten samt seiner individuellen Erlebniswelt zu erfahren und eine verbreiterte (phänomenologisch multidimensionale) Zugewandtheit – vor allem über das Führen eines professionellen ärztlichen Gesprächs – zu finden. Für das Verständnis der Wechselwirkungen von beklagtem Leid und inneren wie äußeren Lebensbedingungen des Patienten ist hier die kommunikative Kompetenz des Arztes das wichtigste Werkzeug. Gleichzeitig kann sich der Arzt selbst – über sein psychosozial orientiertes Handeln – als Teil des psychosozialen Netzwerkes seiner Patienten erleben (Pesendorfer, Tatzler, Edelhaimb, Leitner & Franz, 1998).

Modul II: *Psychosomatische Medizin* (Dauer: 4 Semester, aufbauend auf Psy1).

Hier soll der Arzt mit Hilfe einer entsprechenden Anamnese-technik, biologische, psychische und soziale Faktoren des Patienten in einem Arbeitsgang erfassen und bündeln, auf der Grundlage seiner theoretischen („psychosomatischen“) Kenntnisse gewichten, eventuelle Wechselwirkungshypothesen erarbeiten (Versuch einer „ganzheitliche Diagnostik“) und diese in einer umfassenden, d. h. multimodalen („biopsychosozialen“) Therapie umsetzen. Dies geschieht auf der Basis einer optimierten Arzt-Patienten-Beziehung („Arbeitsbündnis“), wobei die Wahrnehmung der eigenen Gefühls- und kognitiven Reaktionen aufseiten des Arztes als wertvolle Zusatzinformation zum Verständnis des Patienten-Leids genützt wird (Pesendorfer, Tatzler, Edelhaimb, Leitner & Franz, 1998). Hilfestellungen für diesen Ausbildungsschritt bieten zudem die Ausbildungsteile *Selbsterfahrung* und psychologische *Supervision*, in welchen die teilnehmenden Ärzte in der Beziehung zu ihren Patienten erleben können, dass sie selbst das wichtigste diagnostische und therapeutische Instrument darstellen (Hasiba, Stix, Egger, Pieringer & Routil, 1997). Den Teilnehmern des Curriculums *Psychosomatische Medizin* werden in den theoretischen Lehrveranstaltungen auch die inhaltlichen Überschneidungen mit den Fachgebieten *Psychiatrie* und *Psychotherapie* aufgezeigt und die sinnvollen bzw. notwendigen Kooperationsmöglichkeiten mit den dort etablierten Ärzten erörtert (Egger, Stix, Pieringer, Hasiba-Cortolezis & Brunner-Hantsch, 2005).

Modul III: *Psychotherapeutische Medizin* (Dauer: 6–7 Semester, aufbauend auf Psy2).

Im Diplom für Psychotherapeutische Medizin haben die teilnehmenden Ärzte die Möglichkeit, eine der angebotenen 4 grundlegenden Psychotherapietraditionen (tiefenpsychologische Tradition, kognitiv-verhaltenstherapeutische Tradition,

systemische Tradition und humanistische Tradition) als persönlichen Schwerpunkt („Hauptfach“) zu wählen. Von den drei übrigen Traditionen wird eine weitere Tradition als „Ergänzungsfach“ gewählt und die beiden verbleibenden Traditionen sind als „Nebenfächer“ verpflichtend – in diesen 3 Psychotherapie-Orientierungen (Ergänzungsfach und Nebenfächer) erhalten die Teilnehmer in Theorie und Praxis eine Grundausbildung. Im jeweiligen Hauptfach erfolgt die Schwerpunktausbildung (Hasiba, Stix, Egger, Pieringer & Routil, 1997). Die Zielsetzung einer psychotherapeutischen Medizin liegt darin, dass Ärzte in ihrem Fachbereich – im Sinne einer ganzheitlichen Medizin – auch über psychotherapeutische Kompetenzen verfügen und diese in ihrer täglichen Arbeit mit Patienten nützen, um so die Behandlungs-Effizienz zu erhöhen.

Überprüfungen zur Qualität von Lehrangeboten in Form von wiederholten Evaluationen sind inzwischen in allen Bereichen der Medizin selbstverständlich geworden. Schon aus berufsethischer, aber auch berufsrechtlicher Sicht ist der Arzt als professioneller „Heiler“ verpflichtet, seine Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln (s. a. Franz & Edelhaimb, 1999). Spezielle Fort- und Weiterbildungen wie die genannten Psy-Diplome, in denen psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Kompetenzen vermittelt werden, fokussieren dabei auf das lange Zeit vernachlässigte Thema der Arzt-Patient-Kommunikation und auf die Nutzung aktueller psychologischer bzw. psychotherapeutischer Erkenntnisse für die diagnostische und therapeutische Arbeit. Wie sich allerdings zeigt, ist hier eine Effizienz aus methodischen Gründen schwieriger nachzuweisen als im Bereich der biologisch-technisch erbrachten medizinischen Leistungen (Franz & Edelhaimb, 1999). Trotzdem ist die Forderung nach einer qualitätssichernden Überprüfung der Leistungen auch innerhalb der psychotherapeutischen Medizin gültig und einzulösen. Die bisherigen Ansätze zur Evaluierung der Psy-Diplom-Curricula in Niederösterreich (Franz & Edelhaimb, 1999), in der Steiermark (Egger et al., 2000, Egger & Moser, 2001), in Tirol (Söllner & Harrer, 2000), und in Niederösterreich (Leitner, 2004) konnten tatsächlich die Effizienz dieser psychologischen Fort- und Weiterbildung für Ärzte in wesentlichen interessierenden Belangen empirisch nachweisen. Solche Belange betreffen (vgl. Leitner, 2004):

- die *Curriculumsevaluation*: Güte und Konsistenz der Psy-Diplom-Lehrgänge
- die *Weiterbildungsevaluation*: Güte der Weiterbildung i. S. der Lehrziele
- die Therapieevaluation bzw. *Effektivitätsevaluation*: Qualität der Psy-Curricula bezüglich der erlernten psychosozialen Fertigkeiten für den ärztlichen Umgang mit Patienten bzw. die berufliche Praxis.

Noch treffender für den Evaluationsprozess sind die Kriterien nach Baumann & Perrez (2006, Tabelle 1, n. Baumann & Reinecker-Hecht, Tabelle 1).

Obwohl die Effektivitätsevaluation als impact für den kommunikativen Umgang mit den Patienten den zentralen Aspekt eines Qualitätsnachweises darstellt, ist es gerade dieser Aspekt, der aufgrund der messtechnischen Problematik bisher

Tab. 1: Evaluationskriterien

<p>1. <i>Effektivität/Wirksamkeit (efficacy)</i>: Beurteilung der Wirksamkeit bezüglich definierter Ziele und bezüglich Vergleichsmaßstab, wobei in Abgrenzung zu „(4) Praxisbewährung“ meist die Wirksamkeit unter Forschungsbedingungen („Labor“) verstanden wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistische Signifikanz der Veränderung • Klinische Signifikanz (Bedeutsamkeit) der Veränderung • Prozentsatz an gebesserten Patienten • Breite der Veränderung (Wirkumsspektrum) • Dauerhaftigkeit der Veränderung (Katamnese) • Ausmaß an negativen Effekten <p>2. <i>Effizienz (cost-effectiveness, cost-benefit)</i>: Beurteilung des zur Zielerreichung benötigten Aufwandes (Kosten-Effektivitäts-Analyse; Kosten-Nutzen-Analysen).</p> <p>3. <i>PatientInnen-Zufriedenheit (consumer-satisfaction)</i></p> <p>4. <i>Praxisbewährung (effectiveness)</i>: Beurteilung der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (im deutschsprachigen Raum z. T. missverständlich mit Effizienz (s. oben) umschrieben).</p> <p>5. <i>Ethische Angemessenheit</i></p>
--

Baumann U. & Perrez M. (2006): Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer., E. Honemann (Hrsg.). (2006). Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Springer: Wien, S. 8.

wenig untersucht wurde. (Eine Ausnahme bildet hier die Arbeit von Leitner 2004, die aber auch in die Kategorie Praxisbewährung gezählt werden könnte). In der vorliegenden Studie sollen daher zumindest auf der Ebene der Patientenzufriedenheit Daten erhoben werden, um sie mit solchen zu vergleichen, die an Patienten erfasst werden, die keine Psy-Ärzte als Behandler haben.

Fragestellungen und deren methodische Umsetzung

Ziel der *Weiterbildungs-Evaluierung* ist es, die Effizienz der in den Psy-Diplom-Curricula vermittelten psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenzen zu erheben. Hier sollen eventuelle Unterschiede zwischen folgenden Gruppen von Psy-Diplom-Ärzten erfasst werden: Psy1-Ärzte in Ausbildung; Psy2-Ärzte in Ausbildung; Psy3-Ärzte in Ausbildung (eine Gruppe davon mit dem Hauptfach *Systemische Therapie*, eine zweite Gruppe mit dem Hauptfach *Integrative Verhaltenstherapie*) sowie eine Gruppe von bereits erfahrenen Psy3-Ärzten (d. h. mit abgeschlossener Psy3-Diplom-Ausbildung und entsprechender nachfolgender beruflicher Erfahrung). Um festzustellen, ob es schon innerhalb der einzelnen Psy-Diplom-Curricula (d. h. während der Lehrgänge Psy1, Psy2 und Psy3) zu einem Zuwachs an Kompetenzen auf Seiten der teilnehmenden Ärzte kommt, wurden entsprechende pre- und post-Erhebungen durchgeführt. Die interessierenden Variablen sind einerseits die subjektive Kompetenzeinschätzung der teilnehmenden Psy-Ärzte sowohl bezüglich ihrer erworbenen psychologischen Fertigkeiten als

auch der Integration dieser erlernten skills in die eigene Berufspraxis (z. B. Häufigkeit der Verwendung von psychosozialen Behandlungsmethoden, Zusammenarbeit mit psychosozialen Fachleuten, Verordnung von Psychopharmaka etc.). Andererseits interessieren die Auswirkungen (bzw. der wahrgenommene Nutzen) der Psy-Ausbildung auf die eigene ärztliche Tätigkeit und berufliche Zufriedenheit sowie auf das private Leben. Als Kontrolle dient eine vergleichbare Gruppe von Ärzten ohne Psy-Diplom (und natürlich ohne Psychotherapie-Ausbildung).

Im Rahmen der *Effektivitätsprüfung* soll die in der Weiterbildung vermittelte Qualität sowohl auf der Arzt- wie auch auf der Patientenebene erhoben werden. Für die Beurteilung der „Eigenschaften eines idealen Arztes“ und dem tatsächlichen Umgang mit den anvertrauten Patienten werden erfahrene Psy3-Ärzte und Psy3-Ärzte in Ausbildung parallel zu ihren jeweiligen Patienten befragt. Als Referenz dazu dient eine Gruppe von Ärzten ohne Psy-Diplom sowie eine Gruppe der von diesen Ärzten betreuten Patienten.

Erwartet wird ein subjektiv ausweisbarer Gewinn an Wissen und Fertigkeiten aufseiten der Psy-Diplom-Teilnehmer, entsprechend dem Ausbildungsgrad (d. h. der jeweiligen akkumulierten Psy-Diplom-Ausbildungszeit). Dieser Nutzen soll sowohl hinsichtlich der beruflichen als auch persönlichen (privaten) Welt untersucht werden. Weiters soll das bislang irritierende Resultat von Egger & Moser (2002) überprüft werden, wonach Ärzte, die keine Psy-Diplom-Ausbildung anstreben, sich von Haus aus in praktisch allen Belangen der psychologischen Kompetenzen besser einschätzen als Psy1- und Psy2-Ärzte. Als wesentliche Ergänzung in der Untersuchungsanlage wird die Ausweitung der Erhebung auf die von Psy- und Nicht-Psy-Ärzten betreuten Patienten gewertet. Durch eine derartige direkte Gegenüberstellung soll eine Abschätzung der Effektivität der Psy-Ausbildung auf die Patientenzufriedenheit ermöglicht werden.

Stichprobe

Eingang in die Untersuchung fanden die Daten von insgesamt 126 Ärzten und 63 Patienten. Die Rohdaten für die *Weiterbildungsevaluierung* wurden an 104 Psy-Ärzten und 22 Ärzten ohne Psy-Diplom erhoben. Im Rahmen der Effektivitätsprüfung wurden 41 Psy3-Ärzte und 41 von ihnen behandelnde Patienten sowie 22 Ärzte ohne Psy-Diplom (überwiegend praktische Ärzte, der Rest Fachärzte bzw. Fachärzte in Ausbildung und Turnusärzte) und 22 von diesen Ärzten behandelte Patienten untersucht. Das Alter der Ärzte ohne Psy-Diplom und jenes der erfahrenen Psy3-Ärzte liegt zwischen 41 und 60 Jahren, jenes der Psy1- und Psy2-Teilnehmer liegt (naturgemäß) niedriger zwischen 21 und 40 Jahren. Konform mit der Population von Psy-Interessenten überwiegt bei Ärzten mit Psy-Diplom-Ausbildung der weibliche Anteil der an der Studie teilnehmenden Ärzte, bei Ärzten ohne Psy-Diplom sind dagegen mehr Männer vertreten. In allen Psy-Lehrgängen überwiegt der Tätigkeitsbereich *Krankenhaus*, bei der Kontrollgruppe arbeitet die Mehrheit der Ärzte in freier Praxis.

Tab. 2: Erhebungsinstrumente

Instrument	Mess-Variablen
PSY-Diplom-Evaluierungsbogen Söllner, mod. Egger, 1998	Erhebung an Ärzten: subjektive Kompetenzeinschätzung bezüglich psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Kompetenzen, Integration dieser Kompetenzen in die Berufspraxis, Beurteilung der Zufriedenheit mit PSY-Lehrgängen, der eigenen ärztlichen Tätigkeit und mit dem privaten Leben
PSY-Diplom-Nutzenfragebogen Egger, mod. Singer, 2006	Erhebung des wahrgenommenen Nutzens in beruflicher und privater Hinsicht
Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen EUROPEP, 1994–1998, mod. Egger & Singer, 2006	a) Patientenurteil: Erhebung der wahrgenommenen Arzt-Patienten-Beziehung durch behandelte Patienten b) entsprechende Selbsteinschätzung durch Arzt
Arzt-Merkmalfragebogen „Was einen guten Arzt auszeichnet“ Egger & Singer, 2006	Merkmale, die einen „guten Arzt“ auszeichnen. a) Erhebung an Patienten b) Erhebung an Ärzten

Ablauf der Untersuchung

Die Datenerhebung der *Weiterbildungsevaluierung* erstreckte sich über 10 Monate von Oktober 2005 bis Juli 2006. Die Fragebogenerhebung wurde in den Seminarräumen der Univer-

sitätsklinik für Medizinischen Psychologie & Psychotherapie Graz durchgeführt. Die Daten wurden zu zwei Messzeitpunkten erhoben und zwar zu Semesterbeginn und –ende der jeweiligen Psy-Lehrveranstaltungen. Die Teilnehmer der Psy-Curricula wurden von der Untersuchungsleiterin über den Zweck der Erhebung informiert und gebeten, den anonymisierten *Psy-Diplom-Evaluierungsbogen* sowie den *Psy-Diplom-Nutzenfragebogen* auszufüllen. Der Erhebungszeitraum für die parallel organisierte *Effektivitätsprüfung* erstreckte sich über 4 Monate von Mai 2006 bis August 2006. Sowohl für die Weiterbildungsevaluierung als auch für die Effektivitätsevaluierung wurden Psy3-Ärzte telefonisch kontaktiert und – sofern die Mitarbeit nicht verweigert wurde – mit der Untersuchungsleiterin ein Termin für ein persönliches Gespräch entweder in der Arzt-Praxis oder an der Universitätsklinik vereinbart. Bei diesem wurden neben einer schriftlichen Instruktion folgende Fragebögen zur Bearbeitung vorgegeben: (1) *der Merkmalsfragebogen*, (2) *der Patientenzufriedenheitsfragebogen* sowie (3) *der PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen* (s. Tabelle 2). Die Ärzte hatten die Möglichkeit, die Fragebögen vor Ort auszufüllen oder diese wurden – falls dies aus zeitlichen Gründen nicht anders möglich war – zu einem späteren Zeitpunkt von der Untersuchungsleiterin abgeholt. Zusätzlich wurde ein aktueller und im Prinzip zufälliger, beim betreffenden Psy3-Arzt in Behandlung stehender Patient über das Befragungsziel informiert und gebeten, an einer kurzen Befragung mit der Untersuchungsleiterin teilzunehmen. Auch in diesem Fall erfolgte vor der Fragebogenerhebung eine mündliche und schriftliche Instruktion, wobei darauf geachtet wurde, dass dies und die nachfolgende Erhebung nicht in persönlicher Anwesenheit des Arztes und in einer möglichst ruhigen Umgebung stattfand. Die dem Patienten vorgegebenen Fragebögen waren der (1) *Patientenzufriedenheitsfragebogen* und der (2) *Merkmalsfragebogen*. – Der Untersu-

Tab. 3: Untersuchungsbereich A: Weiterbildungsstichprobe und Kontrollgruppe

	Pretest	Posttest	Einmalige Befragung
Psy1	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	
Psy2 (1. Ausbildungssemester)	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	
Psy2 (3. Ausbildungssemester)	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	
Psy3 (Ausbildung in Systemischer Therapie)	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	
Psy3 (Ausbildung in integrativer Verhaltenstherapie)	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen, PSY-Diplom-Nutzenfragebogen	
Erfahrene Psy3-Ärzte			PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen
Ärzte ohne Psy-Diplom (bzw. ohne sonstige psychologische oder psychotherapeutische Ausbildung)			PSY-Diplom-Evaluierungsfragebogen

chungsablauf für die Kontrollgruppe gestaltete sich identisch. Hier handelt es sich einerseits um Ärzte aus dem gleichen geografischen Umfeld wie bei der Untersuchungsgruppe der Psy3-Ärzte und andererseits um von ihnen behandelte Patienten, die sich jeweils bereit erklärt hatten, an der Untersuchung teilzunehmen.

Tab. 4: Untersuchungsbereich B: Effektivitätsstichprobe und Kontrollgruppe

	Messinstrumente
Psy3-Ärzte in Ausbildung	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Selbsteinschätzung, 12 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Selbsteinschätzung, 11 Items)
Patienten von Psy3-Ärzten in Ausbildung	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Fremdbeurteilung, 17 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Fremdbeurteilung, 11 Items)
Erfahrene Psy3-Ärzte	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Selbsteinschätzung, 12 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Selbsteinschätzung, 11 Items)
Patienten von erfahrenen Psy3-Ärzten	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Fremdbeurteilung, 17 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Fremdbeurteilung, 11 Items)
Ärzte ohne Psy-Diplom (bzw. ohne sonstige psychologische Ausbildung)	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Selbsteinschätzung, 12 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Selbsteinschätzung, 11 Items)
Patienten von Ärzten ohne Psy-Diplom	Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogen (Fremdbeurteilung, 17 Items) Arzt-Merkmalfragebogen (Fremdbeurteilung, 11 Items)

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung des *Statistischen Programmpakets SPSS* für Windows (Version 13.0 und 14.0). Für die Items der subjektiven Kompetenzeinschätzung kam eine *Faktorenanalyse* zum Einsatz (Rotation nach Varimax-Methode). Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen bei normalverteilten und intervallskalierten Daten kamen die Verfahren *t-Test für abhängige Stichproben* und *t-Test für unabhängige Stichproben* zur Anwendung. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen bei nicht normalverteilten und intervallskalierten Variablen kamen die Verfahren *Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis*, der *U-Test nach Mann und Whitney* und der *Wilcoxon-Test* zum Einsatz. Die Prüfung von Zusammenhangshypothesen erfolgte mittels *Rangkorrelation nach Spearman*. Die Erhebungsdaten vom Typ „offene Fragen“ wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Für selbst entwickelte Items (einige untersuchungsspezifische Fragebogendaten) kam zusätzlich eine *Reliabilitätsanalyse* zum Einsatz. Ergebnisse gelten als signifikant, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .05^*$ ist. Ist $p < .001^{**}$ werden Ergebnisse als sehr signifikant und Ergeb-

nisse mit $p < .001^{***}$ als höchst signifikant interpretiert. Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen .05 und .010 (*) werden als tendenziell signifikant dargestellt.

Untersuchungsergebnisse

A. Ergebnisse der Weiterbildungs-evaluation

Tabelle 5 zeigt die Faktorenlösung bezüglich der subjektiven Kompetenzeinschätzung von psychologischen Fertigkeiten (Faktorenanalyse nach Varimax-Rotation der Items aus dem Psy-Diplom-Evaluierungsbogen). Die 4 Faktoren lassen sich wie folgt interpretieren:

- (1) fachliche und organisatorische Kompetenz bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen,
- (2) kommunikative ärztliche Kompetenz,
- (3) psychotherapeutische Kompetenz und
- (4) psychodiagnostische und biopsychosoziale Kompetenz.

Subjektive Kompetenzeinschätzung zu psychologischen Fertigkeiten

Erfahrene Psy3-Ärzte weisen die relativ höchste psychologische Kompetenz auf.

In der subjektiven Kompetenzeinschätzung der an der Untersuchung teilnehmenden Ärzte zeigt sich – erwartungsgemäß –, dass sich erfahrene Psy3-Ärzte in nahezu allen Bereichen der *fachlichen und organisatorischen Kompetenzen bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen, den kommunikativ ärztlichen Kompetenzen, den psychodiagnostischen und biopsychosozialen Kompetenzen* und *den psychotherapeutischen Kompetenzen* kompetenter einschätzen als Psy1- und Psy2-Ärzte. Diese Gruppe der bereits mit Psy3-Diplom versehenen und in ihren medizinischen Arbeitsfeldern tätigen Ärzte schätzen sich auch in nahezu allen Bereichen der *kommunikativen ärztlichen Kompetenz* kompetenter ein als jene, die sich noch in Ausbildung zum Arzt für psychotherapeutische Medizin befinden (aufgrund der ausreichenden Stichprobengröße nachweisbar für das Hauptfach systemische Therapie). Dies gilt auch für praktisch alle Bereiche der *biopsychosozialen, psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Kompetenzen* (nachgewiesen für beide Psy3-Hauptfächer systemische Therapie und integrative Verhaltenstherapie am Beginn des Psy3 Lehrgangs).

Repliziert werden konnte auch das Ergebnis der Vorgänger-Arbeit (Egger & Moser 2002), wonach sich Ärzte ohne Psy-Diplom in nahezu allen Bereichen der *psychologischen Fertigkeiten* kompetenter einschätzen als Ärzte mit dem Psy1-Diplom psychosoziale Medizin. Erst mit dem Erwerb des Psy3-Diploms kehrt sich diese (vermeintliche) Überlegenheit der psychologisch nicht ausgebildeten Ärzte um: Ärzte mit dem Diplom für Psychotherapeutische Medizin erleben sich in den Bereichen *psychodiagnostische und biopsychosoziale Kompetenzen* (insbesondere auch bei der *Indikationsstellung für die Überweisung an Psychiater oder Psychotherapeut, Erkennen der eigenen Position in Bezug auf den Patienten und*

Tab. 5: Faktorenmatrix zur subjektiven Kompetenzeinschätzung bezüglich der psychologischen Fertigkeiten des Evaluierungsbogens (N= 104)

Ausgangsvariablen	Faktorenanalyse (Varimax-Rotation): Ladungen und deren Interpretation (Faktoren)			
	fachliche und organisatorische Kompetenz bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen	kommunikative ärztliche Kompetenz	psychotherapeutische Kompetenz	psychodiagnostische und biopsychosoziale Kompetenz
<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen psychischer Erkrankungen (Depression, Angsterkrankung, Somatisierungsstörung etc.) ihrer Patienten • Behandlung psychischer Störungen mittels pharmakologischer Methoden • Indikationsstellung für die Überweisung an Psychiater oder Psychotherapeuten • Wissen über Kooperationsmöglichkeiten mit sozialen Einrichtungen • Fähigkeiten zur Aktivierung des psychosozialen Netzwerkes 	<p>0,46</p> <p>0,73</p> <p>0,68</p> <p>0,81</p> <p>0,76</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Informationsgespräch mit ihren Patienten • Aufklärungsgespräch mit ihren Patienten über schlechte Prognose (bringing bad news) • Kommunikation mit den Angehörigen ihrer Patienten • Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen • Erkennen der eigenen Position in Bezug auf den Patienten und seine Familie 		<p>0,75</p> <p>0,71</p> <p>0,62</p> <p>0,72</p> <p>0,43</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Paar- und Familiengesprächen • Gespräch über sexuelle Störungen mit den Patienten und ev. dessen Partner • Erkennen sexueller Störungen 			<p>0,70</p> <p>0,80</p> <p>0,81</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen über bio-psycho-soziale Zusammenhänge • Erkennen psychischer Belastungen und von Problemen der Krankheitsbewältigung ihrer Patienten • Vermitteln emotionaler Unterstützung im ärztlichen Gespräch • Umgang mit kommunikativ „schwierigen“ Patienten oder deren Angehörigen • Erkennen sozialer und finanzieller Belastungen von Patienten • Behandlung psychischer Störungen durch psycholog. Entspannungsmethoden 				<p>0,79</p> <p>0,65</p> <p>0,58</p> <p>0,55</p> <p>0,57</p> <p>0,45</p>

durch die 4 Faktoren insgesamt aufgeklärte Varianz: 62 %

dessen Familie, Durchführung von Paar- und Familiengesprächen, Gespräch über sexuelle Störungen mit den Patienten und ev. dessen Partner) signifikant kompetenter als Ärzte ohne Psy-Diplom. Über die Rangkorrelation nach Spearman konnte die Erwartung bestätigt werden, dass mit zunehmender Psy-Ausbildungsdauer auch die subjektive Kompetenzeinschätzung bezüglich der psychologischen Fertigkeiten bei den Ärzten wächst.

Nachweis des Kompetenzzuwachses innerhalb eines Psy-Curriculums

Psy1-Psychosoziale Medizin: Nachweisen lässt sich für die Gruppe der Psy1-Absolventen der *Kompetenzzuwachs bezüglich Patientenmanagement innerhalb der Diplom-Lehrgangszeit*. Durch entsprechende Vergleiche von Curriculumsbeginn und -ende bezüglich des Effektzuwachs zeigt sich in beinahe allen Bereichen der *psychodiagnostischen und biopsychosozialen Kompetenzen* (insbesondere auch bei den *Fähigkeiten zur*

Aktivierung des psychosozialen Netzwerkes, Aufklärungsgespräch mit ihren Patienten über schlechte Prognose (bringing bad news), Erkennen der eigenen Position in Bezug auf den Patienten und seine Familie, Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörige) ein signifikanter Zuwachs an erlebter Kompetenz aufseiten der Psy1-Ärzte.

Psy2-Psychosomatische Medizin: Bei Psy2-Ärzten sieht dieser Vergleich wie folgt aus: Gegen Ende des Lehrgangs *psychosomatische Medizin* erleben sich die Absolventen in den Bereichen *Informationsgespräch mit den Patienten, Umgang mit kommunikativ „schwierigen“ Patienten oder deren Angehörigen* und im Bereich *Wissen über bio-psycho-soziale Zusammenhänge* deutlich kompetenter als zu Beginn des Psy2-Curriculums.

Psy3: Bei Psy3-Ärzten ergeben sich signifikante Kompetenzzuwächse schon innerhalb eines Ausbildungsjahres insbesondere in den Bereichen *Aufklärungsgespräch mit ihren Patienten über schlechte Prognose (bringing bad news)* und dem *Gespräch über sexuelle Störungen mit Patienten und ev. dessen Partner*. Psy3-Ärzte arbeiten –nach eigenen Angaben – gegen Ende ihrer dreijährigen Psy3-Ausbildung häufiger mit *psychiatrischen Institutionen bzw. Kliniken* und *psychotherapeutischen Institutionen* zusammen als zu Beginn des Curriculums.

Integration der erlernten psychologischen Fertigkeiten in die ärztliche Berufspraxis

Nach Absolvierung des Psy1-Lehrganges *kooperieren* Psy1-Ärzte häufiger mit *Selbsthilfegruppen* als sie dies zu Beginn ihrer Ausbildung tun.

In Hinblick auf die Anwendungshäufigkeit von psychosozialen Behandlungsmethoden (*ausführliches ärztliches Gespräch, Gespräch mit Angehörigen, Paar- und Familiengespräch, psychologische Entspannungsübungen, spezielle Beratung und Kooperation mit Selbsthilfegruppen*) zeigte sich, dass erfahrene Psy3-Ärzte alle diese Methoden häufiger anwenden als Ärzte mit Psy1-Diplom und Psy2-Ärzte, die am Beginn oder am Ende des Curriculums für psychosomatische Medizin stehen. Gegenüber Ärzten ohne Psy-Diplom wenden erfahrene Psy3-Ärzte signifikant häufiger ein *ausführliches ärztliches Gespräch, Paar- und Familiengespräch und Entspannungsübungen* an und *kooperieren* häufiger mit *Selbsthilfegruppen*. Erfahrene Psy3-Ärzte zeigen darüber hinaus – unabhängig von ihrer Psy3-Hauptfachrichtung – eine signifikant bessere *Kooperationsbereitschaft* mit anderen *psychosozialen Fachleuten* (*Psychiatern, Psychotherapeuten, klinischen Psychologen, Sozialarbeitern, psychiatrischen Institutionen, psychotherapeutischen Institutionen oder psychosozialen Beratungsstellen*) sowohl als Psy1- und (in Ausbildung befindliche) Psy2-Ärzte als auch Ärzte ohne Psy-Diplom. Letztere zeigen die relativ geringste Kooperationsbereitschaft mit psychosozialen Fachleuten und entsprechenden Einrichtungen. Auch die *Verordnung von Psychopharmaka* (dies gilt sowohl für Antidepressiva, Tranquilizer und Neuroleptika) wird von erfahrenen Psy3-Ärz-

ten (und Ärzten ohne Psy-Diplom) häufiger genützt als von Ärzten mit Psy1-Diplom und Psy2-Ärzten, die sich noch im Curriculum für psychosomatische Medizin befinden.

Alle Psy-Ärzte (nachweisbar für Absolventen des Psy1-Lehrgangs, für Psy2-Ärzte am Beginn und gegen Ende ihres Curriculums sowie Psy3-Ärzten, einerlei ob diese noch in Ausbildung oder bereits längere Zeit ihr Diplom für Psychotherapeutische Medizin besitzen) pflegen mehr *kollegialen fachlichen Austausch* als Ärzte ohne Psy-Diplom-Ausbildung. *Balintgruppen* oder andere Formen der fachlichen *Supervision* werden von ersteren signifikant öfter genützt. Diese Veränderung ist bereits am Ende des Psy1-Lehrgangs feststellbar, wo die betreffenden Ärzte angeben, nun häufiger *Balintgruppen, Fortbildungs- und berufspolitische Veranstaltungen* zu besuchen als zu Beginn des Curriculums für psychosoziale Medizin.

Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit

Erfahrene Psy3-Ärzte und Ärzte ohne Psy-Diplom schätzen sich in der *eigenen ärztlichen Tätigkeit* deutlich zufriedener ein als Ärzte mit dem Psy1-Diplom und Ärzte im ersten bzw. dritten Semester des Curriculums für psychosomatische Medizin. In der Rangkorrelation nach Spearman konnte wie erwartet ein Anstieg in der *Zufriedenheitsbeurteilung mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit* mit steigender Psy-Ausbildungsdauer nachgewiesen werden. Ein gruppenspezifischer Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem privaten Leben konnte allerdings nicht festgestellt werden.

Beruflich und persönlich wahrgenommener Nutzen

Psy1-Curriculum:

Auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheint das Ergebnis, wonach Psy1-Ärzte am Ende des Lehrgangs den Nutzen *für die eigene Kompetenz im Umgang mit (schwierigen) Patienten* und den Nutzen *für die Verbesserung der eigenen finanziellen Situation* geringer beurteilen als zu Beginn ihrer Ausbildung. (Schon an dieser Stelle ist dazu anzumerken, dass eine nur einsemestrige Ausbildung die hohen Erwartungen an psychosozialen Kompetenzzuwachs und finanzieller Gratifikation enttäuschen muss.)

Auf die offene Frage „Welche Erwartungen verbinden Sie mit der Psy1-Ausbildung?“ gibt der Großteil der Ärzte sowohl zu Ausbildungsbeginn als auch -ende den *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten* an. Die Beweggründe, in den Psy1-Lehrgang einzusteigen, umfassen zu Beginn in gleichem Ausmaß *den Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten* und eine – im Sinne des Wettbewerbsvorteils – zusätzliche *berufliche Qualifikation*. Zu Lehrgangsende dominiert hier die *Optimierung der Arzt-Patienten Beziehung*. Als Beispiele für den Nutzen der Psy1-Inhalte wird vorwiegend *die Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung* genannt.

Psy2-Curriculum:

Bei den Erwartungen, die Psy2-Ärzte zu Ausbildungsbeginn nennen, werden der *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten* und die *Optimierung der Arzt-Patienten-Beziehung* am häufigsten genannt, gegen Ende der Ausbildung dominiert die *Optimierung der Arzt-Patienten-Beziehung*. Persönliche Beweggründe für den Einstieg in das Psy2-Curriculum sind in der überwiegenden Mehrzahl die zusätzliche *berufliche Qualifikation* und der *persönliche Nutzen* (für das eigene, private Leben). Gegen Ende des Psy2-Lehrgangs rückt jedoch der *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten* in den Vordergrund. Als Beispiel für die Nutzung der Psy-Inhalte wird von den Psy2-Ärzten sowohl zu Beginn als auch gegen Ende des Lehrgangs die *Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung* genannt. Erstaunlich ist, dass Psy2-Ärzte im dritten Semester den Nutzen für die *Verbesserung des eigenen beruflichen Fortkommens bzw. der beruflichen Situation* niedriger einstufen als Psy2-Ärzte zu Beginn des Lehrgangs. (Dies dürfte mit der Wahrnehmung und kollektiven Auseinandersetzung mit den z. T. angespannten beruflichen Bedingungen für jüngere Ärzte zusammen hängen, vgl. die Ausführungen im nachfolgenden Teil „Interpretation und Diskussion der Ergebnisse“).

Psy3-Curriculum:

Bei den Beweggründen, die Psy3-Ausbildung zu beginnen, dominiert zu Curriculumsbeginn die *zusätzliche berufliche Qualifikation*; gegen Ende ist es der *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit den Patienten*. Als Beispiel für die Nutzung der Psy3-Inhalte wird durchgehend die *Steigerung der Patientenzufriedenheit* genannt.

B. Effektivitätsprüfung

Beurteilungen bezüglich Merkmale, die einen „guten Arzt“ auszeichnen

Beim Vergleich der drei PSY-ÄRZTEGRUPPEN zeigt sich, dass sich erfahrene Psy3-Ärzte *fachkompetenter* einschätzen als Psy3-Ärzte in Ausbildung. Ärzte ohne Psy-Diplom schätzen sich im Merkmal *Fachkompetenz* besser ein als im Vergleich zu Psy3-Ärzten in Ausbildung.

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den drei PATIENTENGRUPPEN lässt sich aufzeigen, dass Patienten, die von erfahrenen Psy3-Ärzten behandelt wurden, ihre Ärzte auf jedem der elf angeführten Merkmale, die einen „guten Arzt“ ausmachen (wie *Verlässlichkeit, Erreichbarkeit, Vertrauen, Information, Offenheit, Ehrlichkeit, Fachkompetenz, emotionale Unterstützung, Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Aufmerksamkeit und vorbeugende Maßnahmen anbieten*) besser beurteilen im Vergleich zu jenen Patienten, die von Ärzten ohne Psy-Diplom betreut werden. Das gleiche Bild zeichnete sich auch bei den Patientenbeurteilungen der Psy3-Ärzte in Ausbildung ab. Psy3-Ärzte in Ausbildung werden von ihren Patienten besser beurteilt als nicht Psy-Ärzte von ihren Patienten. Vergleicht man die Selbstbeurteilung der erfahrenen Psy3-Ärzte mit der Fremdbeurteilung ihrer Patienten, zeigt sich,

dass diese Patienten ihre Ärzte auf jeden der elf Merkmale, die einen „guten Arzt“ ausmachen, besser beurteilen als sich die Psy-Ärzte selbst einschätzen. Das gleiche Resultat ergibt sich bei einem entsprechenden Vergleich von Psy3-Ärzten in Ausbildung und ihren Patienten. Die Kontrollgruppe der Ärzte ohne Psy-Diplom wird von ihren Patienten nur im Merkmal *Fachkompetenz* besser beurteilt, als sich diese Ärzte selbst beurteilen.

Beurteilungen der Arzt-Patienten-Beziehung

Allgemein kann festgehalten werden, dass sich die drei Ärztegruppen – erfahrene Psy3-Ärzte, Psy3-Ärzte in Ausbildung und Ärzte ohne Psy-Diplom – hinsichtlich der *Arzt-Patienten-Beziehung* in den Aspekten der *Zweckerklärung von Untersuchungen und Behandlungen* und der *Vermittlung der Wichtigkeit auf ärztlichen Ratschläge zu hören* voneinander unterscheiden. Die Kontrollgruppe der Ärzte ohne Psy-Diplom schätzt sich hier besser ein als erfahrene Psy3-Ärzte. Im Vergleich der jeweiligen Patientengruppen zeigt sich, dass Patienten, die von erfahrenen Psy3-Ärzten behandelt werden, ihre Ärzte auf jeder der 17 Skalen des Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogens besser beurteilen als dies Patienten von Ärzten ohne Psy-Diplom bei ihren behandelnden Ärzten tun. Dies gilt auch für Patienten, deren behandelnde Psy3-Ärzte noch in Psy3-Ausbildung stehen. Der Vergleich von Selbsteinschätzung der Ärzte mit der Fremdbeurteilung ihrer Patienten zeigt, dass erfahrene Psy3-Ärzte von ihren Patienten auf allen Skalen des Arzt-Patienten-Beziehungsfragebogens besser beurteilt werden als sich diese Ärzte selbst beurteilen. Patienten, die von Psy3-Ärzten in Ausbildung behandelt werden, beurteilen ihre Ärzte auf 10 von 12 Skalen besser als sich diese selbst einschätzen.

Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Einschätzung der Kompetenz bezüglich psychologischer Fertigkeiten

Erst die Psy3-Ausbildung schafft einen umfassenden und dauerhaften Vorsprung im professionellen Umgang mit Patienten verglichen mit der Selbsteinschätzung von Ärzten ohne Psy-Diplom.

Unterwirft man die Items des *Psy-Diplom-Evaluierungsboogens zur subjektiven Kompetenzeinschätzung von psychologischen Fertigkeiten* einer Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) so lassen sich 4 Faktoren interpretieren: (1) *fachliche und organisatorische Kompetenz bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen*, (2) *kommunikative ärztliche Kompetenz*, (3) *psychotherapeutische Kompetenz im engeren Sinn* und (4) *psychodiagnostische und biopsychosoziale Kompetenz* („biopsychosozial“ i. S. von Befähigung zur multidimensionalen Betrachtung von krankhaften Phänomenen). Die Ergebnisse der Weiterbildungsevaluierung lassen erkennen, dass sich erfahrene Psy3-Ärzte im Vergleich zu Psy1-Ärzten und in Ausbildung befindlichen Psy2-Ärzten in nahezu allen Berei-

chen der *subjektiven Kompetenzeinschätzung bezüglich psychologischer Fertigkeiten* kompetenter einschätzen.

Wie bereits in der Studie von Egger & Moser (2002) gezeigt, schätzen sich auch in der vorliegenden Untersuchung *Ärzte ohne Psy-Diplom* in nahezu allen Bereichen der *subjektiven Kompetenzeinschätzung bezüglich psychologischer Fertigkeiten* kompetenter ein als Psy1-Ärzte. Selbst Psy2-Ärzte zeigen noch keine Überlegenheit in dieser Kompetenzeinschätzung gegenüber Ärzten ohne Psy-Diplom. Dies deutet darauf hin, dass Ärzte ohne Psy-Diplom ein durchschnittlich höheres (berufsbezogenes) Selbstvertrauen aufweisen und schon aus diesem Grund eine Ausbildung über die Psy-Diplom-Schiene für nicht notwendig einschätzen. Psy1-Ärzte – und in etwas geringerem Ausmaß auch Psy2-Ärzte – befinden sich teilweise noch in der Frühphase ihrer Karriere (d. h. öfter in Turnus- oder Facharztausbildung), erleben ein relatives Defizit an praktischer Kompetenz im Umgang mit Patienten und sind darüber hinaus möglicherweise auch selbstkritischer, was ihre psychologischen Fertigkeiten anlangt. Gerade letzteres scheint auch ein Beweggrund für den Einstieg in die Psy-Diplom-Ausbildung zu sein. Für die geringere Kompetenzeinschätzung aufseiten der Psy1- und Psy2-Ärzte spielt sowohl das etwas geringere durchschnittliche Lebensalter (und damit korrelierend die vergleichsweise geringere berufliche Erfahrung und Bewährung inklusive Existenzsicherung) eine Rolle – hier ist die Referenzgruppe von Ärzten ohne Psy-Diplom als jüngere Fachärzte oder Praktische Ärzte im Vorteil. Von Bedeutung dürfte hier auch die persönlichkeitsgebundene Variable *Selbstkritikfähigkeit* bzw. Introspektionsleistung sein – hier sind die Psy-Diplom-Ärzte in ihrer Einschätzung hinsichtlich kommunikativer Defizite im Umgang mit Patienten realistischer, wie dies bereits Egger und Moser (2001) zusammengefasst haben. So wird verständlich, dass erst die Psy2-Absolventen das durchschnittliche Niveau an selbstattribuierter psychologischer Kompetenz von Ärzten ohne Psy-Diplom erreichen. Bedeutsam höher wird diese Kompetenz erst von Psy3-Ärzten erlebt, die ihre Ausbildung in Psychotherapeutischer Medizin abgeschlossen haben. Dieses Kompetenzerleben gewinnt nach mehrjähriger beruflicher Erfahrung mit dem Psy3-Diplom sogar noch an Stabilität und übertrifft das der Ärzte ohne Psy-Diplom bedeutend und umfangreich. Offenbar ist der Aufbau von beruflicher Selbstsicherheit im Umgang mit Patienten ein länger dauernder Prozess, jedenfalls einer, der mehr als ein paar Semester in Anspruch nimmt. Die Vorstellung einiger – mit der Materie allerdings nicht vertrauter – Ärztekammer-Funktionäre, man könne sich eine derartige psychologische Kompetenz in ein paar Wochenendkursen – ähnlich wie bei anderen Zusatz-Diplomen – aneignen, ist mit Sicherheit illusionär.

Der Einfluss der Psy-Diplom-Ausbildung auf die Berufspraxis

Psy-Diplome haben einen nachweisbaren positiven Effekt auf die Ausübung der eigenen beruflichen Praxis.

Psychosoziale Behandlungsmethoden (insbesondere das *ausführliche ärztliche Gespräch*, *Paar- und Familiengespräch*, *Entspannungsübungen*) sowie die Kooperation mit *Selbsthilfe-*

gruppen werden von erfahrenen Psy3-Ärzten eindeutig häufiger genutzt als dies Psy1- und in Ausbildung befindliche Psy2-Ärzte und erst recht Ärzte ohne Psy-Diplom tun. Die Ergebnisse belegen insgesamt, dass die in den Psy-Diplomen erworbenen Kompetenzen in der Anwendung *psychosozialer Behandlungsmethoden* nicht nur unmittelbar im Ausbildungszeitraum zum Tragen kommen, sondern eine zeitlich anhaltende Wirkung haben. Die Teilnehmer der Psy-Curricula werden nicht nur auf das selektive Verschreiben von psychotropen Medikamenten trainiert, sondern erhalten in ihrer Ausbildung auch Alternativen dazu (z. B. psychologische Entspannungs- und Aktivierungsverfahren, Aufspüren und Nutzung individueller Ressourcen aufseiten des Patienten und seines Umfeldes etc.) und erwerben so eine Perspektiven- und Methodenvielfalt in der Arbeit mit Patienten. Dies zeigt sich auch darin, dass z. B. erfahrene Psy3-Ärzte im Vergleich zu Psy1- und Psy2-Ärzten häufiger *Tranquilizer*, *Antidepressiva* und *Neuroleptika* verordnen. Dies wird dahingehend interpretiert, dass sowohl der psychologische wie der pharmakologische Behandlungsspielraum durch die Psy-Diplom-Ausbildung zunimmt. Ärzte ohne Psy-Diplom verschreiben zwar auch häufiger Psychopharmaka als Psy1- und Psy2-Ärzte – allerdings fehlt ihnen die Alternative oder die Kombinationsmöglichkeit mit psychologischen Interventionen.

Die *Bereitschaft mit psychosozialen Fachleuten zu kooperieren* ist bei erfahrenen Psy3-Ärzten deutlich stärker ausgeprägt als bei Psy1-Ärzten oder in Ausbildung stehenden Psy2-Ärzten. Bei den Psy1- und Psy2-Ärzten fehlt möglicherweise noch die Erfahrung bei der Realisierung und auch hinsichtlich der Notwendigkeit sowie des Nutzens einer solchen Zusammenarbeit. Dass Ärzte ohne Psy-Diplom signifikant weniger mit *psychosozialen Fachleuten* sowie *psychiatrischen* oder *psychotherapeutischen Institutionen* zusammenarbeiten als in Ausbildung befindliche oder bereits erfahrene Psy3-Ärzte (unabhängig von deren Hauptfachzugehörigkeit) überrascht kaum, weil verwandte Berufsgruppen eher weniger als hilfreiche Ergänzung sondern öfter als Konkurrenz erlebt werden. Es gilt auch hier, dass Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Kollegenschaft als auch zwischen Berufsgruppen als Fertigkeit erlernt und der Nutzen erlebt werden muss. So werden Überschneidungen z. B. mit den Fachgebieten *Psychiatrie*, *Psychotherapie* oder *Klinischer Psychologie* in der Psy-Diplom-Ausbildung aufgezeigt und die Kooperationsbereitschaft mit diesen angrenzenden Disziplinen gefördert (Egger et al. 2005; Moser, 2001).

In Anlehnung an Egger und Moser (2001), die in ihrer Untersuchung diesbezüglich zu praktisch identischen Ergebnissen gelangten, lässt sich formulieren, dass in den Psy-Curricula soziale Grundkompetenzen vermittelt werden, die auch zu einer Reduktion der sozialen Unsicherheit oder Ängstlichkeit aufseiten der Teilnehmer beitragen und so unterstützend auf den *kollegialen fachlichen Austausch* wirken. In der Tat pflegen Ärzte ohne Psy-Diplom deutlich weniger *kollegialen fachlichen Austausch*, insbesondere hinsichtlich der Arzt-Patient-Kommunikation – d. h. sie nützen die Möglichkeit zu *Balintgruppen* oder *Fall-Supervision* viel weniger als alle Gruppen der Psy-Ärzte (egal ob in Psy-Ausbildung oder bereits mit abgeschlossenem Psy-Diplom). Der in der Psy-Ausbildung wahrgenommene Nutzen mit solchen selbstreflexiven Angeboten (inklusive *peer group-Intervision*, *reflecting team* u. a.) bleibt auch nach

Absolvierung der Lehrgänge wirksam, wird also weiterhin als wertvolle unterstützende Maßnahme im ärztlichen Alltag erlebt (vgl. Söllner et al. 1992, zit. n. Söllner, 2000, Luban-Plozza & Dickhaut 1984). Auch die Studienergebnisse von Söllner (2000) bestätigen, dass derartige Formen der Supervision von den Psy1- und Psy2-Teilnehmern als hochgradig nützlich für die ärztliche Tätigkeit erkannt und für die persönliche Entwicklung geschätzt werden. Die Studienergebnisse von Leitner (2004) bestätigen ebenfalls den von Psy-Ausbildungskandidaten erlebten Nutzen von *Balintgruppen* oder ähnlich ausgerichteten Supervisionsformen.

Berufliche und private Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Beruf steigt mit der Psy-Ausbildungsdauer.

In der Beurteilung der *Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit* zeigt sich, dass erfahrene Psy3-Ärzte und Ärzte ohne Psy-Diplom sich generell zufriedener einstufen als Psy1-, in Ausbildung stehende Psy2- und z.T. auch (noch am Beginn ihrer Ausbildung stehende) Psy3-Ärzte. Dies könnte wenigstens teilweise darauf zurückgeführt werden, dass erfahrene Psy3-Ärzte, aufgrund ihres etwas höheren Lebens- und damit beruflichen Alters, den beruflichen Existenzaufbau einigermaßen verwirklicht haben (Moser, 2001) – verglichen mit Psy1 und Psy2-Ärzten, die teilweise noch als Turnusärzte arbeiten oder in Facharztausbildung stehen. Ein anderer Grund mag darin liegen, dass die erfolgreiche Absolvierung des Psy3-Diploms auch zu einer verbesserten Konfliktlösekompetenz beigetragen hat und solcherart mehr Selbstsicherheit im Umgang mit (schwierigen) Patienten vermittelt (Moser, 2001). Wie schon in der Studie von Egger und Moser (2002) erkennbar, wird dieser benefit allerdings erst mit Absolvierung des Psy3-Curriculums stark genug und damit empirisch nachweisbar. Die Referenzgruppe von (überwiegend praktischen) Ärzten ohne Psy-Diplom hatte ihren beruflichen Existenzaufbau ähnlich wie die erfahrenen Psy3 einigermaßen verwirklicht und dürfte davon für die Einschätzung mit der beruflichen Zufriedenheit profitieren.

Wie in der Untersuchung von Egger und Moser (2002) zeigt sich auch in der vorliegenden Studie ein signifikanter Einfluss der Psy-Ausbildungsdauer auf die Zufriedenheit im beruflichen Bereich: Je länger Ärzte die aufeinander aufbauenden Psy-Lehrgänge besuchen, desto zufriedener sind sie mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit. – Keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Ärzteguppen konnten hinsichtlich des Einflusses der Berufstätigkeit auf das private Leben festgestellt werden. Möglicherweise waren die dazu gestellten Fragen zu wenig laboriert bzw. zu global formuliert.

Beruflicher und privater wahrgenommener Nutzen durch die Psy-Ausbildung

Ent-Täuschung herrscht über die nach wie vor eher geringe finanzielle Bewertung der „sprechenden Medizin“, Zuversicht dagegen hinsichtlich der beruflichen Kompetenzerweiterung.

Bemerkenswert ist das Ergebnis, wonach Psy1-Ärzte den *Nutzen für die eigene Kompetenz im Umgang mit (schwierigen) Patienten* und den *Nutzen für die Verbesserung der finanziellen Situation* am Ende ihres Curriculums niedriger einschätzen als zu Beginn. Es darf vermutet werden, dass die diesbezüglich hohe Erwartungshaltung innerhalb des vorgegebenen kurzen Ausbildungszeitraums von einem Semester nicht erfüllt werden kann. Erst eine deutlich längere Ausbildungszeit und mehr Investition an theoretischem wie praktischem Engagement vermögen diese gewünschten Effekte zu erbringen. Dazu kommt, dass erst die konkrete Auseinandersetzung mit den vielen problematischen Aspekten einer Arzt-Patienten-Kommunikation innerhalb des Lehrgangs die Einsicht vermittelt, wie stark bzw. wie weitschichtig die eigenen Defizite oder Inkompetenzen sein können.

Selbst Psy2-Ärzte zeigen sich in ihren Erwartungen gegen Ende ihrer Ausbildung noch enttäuscht hinsichtlich des konkreten *Nutzens für die Verbesserung des eigenen beruflichen Fortkommens bzw. der ärztlichen Karriere*. Es wird ihnen auch klar, wie sehr die Apparate-Medizin gegenüber einer sprechenden Medizin pekuniär (d. h. in der Abrechnung von Leistungen) begünstigt ist. Erst bei den Psy3-Ärzten lässt sich eine einigermaßen realistische Einschätzung hinsichtlich des pekuniären oder karrieremäßigen Nutzens feststellen, sodass es hier zwischen Ausbildungsbeginn und Ausbildungsende keine bedeutsamen Unterschiede mehr gibt.

Erwähnenswert ist, dass die Möglichkeit, in offener Form Anmerkungen zum Untersuchungsgegenstand zu formulieren, über die Psy-Gruppen hinweg durchgehend wenig genutzt wurde. Dies könnte daran gelegen haben (und zumindest haben dies entsprechende post-hoc-Befragungen ergeben), dass die Psy-Ärzte im Laufe ihrer Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelmäßig Befragungen ausgesetzt sind und eine gewisse Sättigung an Feedback-Bedürfnis bis hin zur Überdrüssigkeit eingetreten ist. Die dennoch erzielbaren Daten beziehen sich auf die Bestätigung, dass sich die wesentlichen Erwartungen von Psy1-Ärzten zu Ausbildungsbeginn auf den *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten* konzentrieren, was sich auch gegen Ende des Lehrgangs als fortbestehender wichtigster Ausbildungswunsch bestätigt und sich tatsächlich auch am Beginn des Psy2-Curriculums als zentrales inhaltliches Bedürfnis und Beweggrund für die Fortsetzung der Psy-Ausbildung wieder findet. Dieser Ausbildungswunsch geht plausiblerweise mit der unzureichenden Beachtung psychosozialer Aspekte im (inzwischen drastisch geänderten) Studienplan der Medizin einher (Schüffel & Paul, 1996, zit. n. Moser, 2001, Egger et al 2007). Bei den Psy2-Ärzten kommt nun der Aspekt des *persönlichen Nutzens* als weitere wichtige Erwartung an das Curriculum für psychosomatische Medizin hinzu. Dies dürfte mit den inzwischen vermittelten Lehrinhalten und Erlebnissen mit Kommunikationsstrategien (z. B. konkrete Anleitungen in Rollenspielen mit und ohne Videofeedback bezüglich schwieriger oder komplex erscheinender Arzt-Patient-Begegnungen), Selbsterfahrung, Balintgruppen oder weiterer die eigene Kompetenz im zwischenmenschlichen Bereich fördernden Methoden sein. Diese Erfahrungen werden nicht nur als für den Beruf nützlich erkannt, sondern auch als Bereicherung für das darüber hinausreichende eigene Leben.

Die beiden Fragenbereiche „eigene Beweggründe für den Einstieg in bzw. Fortsetzung einer Psy-Ausbildung“ und „persönliche Erwartungen an die Psy-Ausbildung“ wurden von den Teilnehmern praktisch gleich beantwortet und daher offensichtlich nicht als diskriminative Fragen gewertet: Die Erwartungen an die Psy-Diplom-Ausbildung waren wohl gleichzeitig auch die Beweggründe für die Teilnehmer. Als weiterer wichtiger Beweggrund für den Einstieg in das Psy1-Curriculum wurde die *zusätzliche berufliche Qualifikation* angegeben, was sich gegen Ende dieser Ausbildung – die ja den Erwerb von Fertigkeiten für das Führen eines professionellen ärztlichen Gesprächs als zentralen Inhalt hat – ändert und nun als *die Optimierung der Arzt-Patienten-Beziehung* in den Vordergrund rückt. Bei den Psy2-Ärzten werden als Beweggrund für den Einstieg in das Curriculum am häufigsten die *zusätzliche berufliche Qualifikation* und der *persönliche Nutzen* (im Sinne der individuellen Kompetenzerweiterung für das eigene Leben) genannt. Gegen Ende der Psy2-Ausbildung finden sich an dieser Stelle der *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit den Patienten*.

Die Beweggründe nach dem viersemestrigen Psy2-Lehrgang auch in das letzte, sechssemestrige Psy3-Curriculum einzusteigen, liegen primär in der *beruflichen Zusatzqualifikation*. Gegen Ende der Psy3-Ausbildungszeit findet sich hier als zentrales Motiv der *Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit Patienten*.

Entsprechend den Ausbildungszielen (vgl. Egger, Stix & Pieringer, 2000) geben die Psy1-Absolventen erwartungsgemäß bei der Frage nach dem erkennbaren praktischen Nutzen der Psy1-Inhalte für den ärztlichen Alltag die *Verbesserung der ärztlichen Gesprächsführung* an. Dies bleibt auch bei Psy2-Absolventen gleich, wenngleich das Niveau dieser Kompetenzen bereits etwas höher liegt und auf die sogenannte *psychosomatische Grundversorgung* abzielt. Psy3-Ärzte nannten durchgehend die globale Kategorie *Steigerung der Patientenzufriedenheit* als zentralen Nutzenaspekt, was mit den Psy3-Inhalten der Vermittlung konkreter psychologischer Methoden zur Problemlösung zumindest kompatibel ist (Egger & Stix, 2000). Die hier erworbenen Kompetenzen einer psychotherapeutischen Medizin dürfen als Bausteine für eine effiziente patientenorientierte Arbeit gewertet werden, die solcherart natürlich auch zur Steigerung der Patientenzufriedenheit beizutragen imstande ist (Egger, 2005). Dies wurde auch in einer Studie von Egger, Stix & Pieringer (2000) an Psy3-Ärzten am Ende ihrer Ausbildung als stärkster positiver Einfluss auf die ärztliche Arbeit bestätigt.

Merkmale, die einen „guten Arzt“ auszeichnen

Patienten schätzen ihre Psy3-Ärzte und schreiben ihnen ein erfreuliches Merkmalsprofil zu.

Expertenwissen auf die eigene Position kritisch zu hinterfragen, ist ein wichtiges Lernziel der Psy-Ausbildung (vgl. Springer-Kremser, 2000). Eine multidimensionale Betrachtungsweise von krankhaften Prozessen, wie dies den Psy-Ärzten über das biopsychosoziale Modell vermittelt wird, führt dazu, dass diese das ärztliche Handeln stärker hinterfragen und auch

eine selbstkritische Position einzunehmen vermögen. Diese selbstkritische Haltung wird deutlich, wenn die Selbsteinschätzung der Psy3-Ärzte mit der Fremdbeurteilung der von ihnen behandelnden Patienten gegenübergestellt wird: Patienten, die von erfahrenen Psy3-Ärzten – einerlei ob sich diese noch in Ausbildung zum Diplom für Psychotherapeutische Medizin befinden oder damit bereits jahrelange berufliche Erfahrung haben – behandelt werden, beurteilen diese Ärzte in allen elf angeführten Merkmalen, die einen guten Arzt auszeichnen sollen (*Verlässlichkeit, Erreichbarkeit, Vertrauen, Information, Offenheit, Ehrlichkeit, Fachkompetenz, emotionale Unterstützung, Kommunikation zwischen Arzt und Patient, vorbeugende Maßnahmen anbieten, Aufmerksamkeit*) besser als die Psy3-Ärzte sich selbst auf diesen Dimensionen bewerten.

Vergleicht man die drei Gruppen von Patientenurteilen „Patienten von erfahrenen Psy3-Ärzten“, „Patienten von Psy3-Ärzten in Ausbildung“ und „Patienten von Ärzten ohne Psy-Ausbildung“ untereinander, zeigt sich ebenfalls eine klare Rangreihe. Die erste Gruppe beurteilt ihre Ärzte in allen Merkmalen, die einen „guten Arzt“ auszeichnen, am besten. Es folgt die zweite Gruppe (deren behandelnde Ärzte sich in Psy3-Ausbildung befinden) und zum Schluss rangiert jene Patientengruppe, deren Ärzte über kein Psy-Diplom (oder sonstige psychologische Aus-, Fort oder Weiterbildungen) verfügen. Der Zugewinn an therapeutischer Kompetenz aufseiten der Psy3-Ärzte, der sich auch durch mehr Toleranz, größerer Akzeptanz, verstärktem Abbau von Vorurteilen, besserer Empathie, mehr Geduld, erhöhter Achtsamkeit und höherer Frustrationstoleranz im Umgang mit Patienten auszeichnet (Alte & Rey, 1998; Zimmer & Zimmer, 1998, zit. n. Moser, 2001), lässt sich damit empirisch über die positiven Patientenurteile von Psy3-Ärzten nachzeichnen.

An einer singulären, aber wichtigen Eigenschaft, nämlich *Fachkompetenz*, kann diese Dominanz von Psy-Ärzten gegenüber Ärzten ohne Psy-Diplom nicht aufrechterhalten werden: In den vergleichenden Patientenurteilen werden Ärzte ohne Psy-Diplom-Ausbildung fachkompetenter bewertet. Dazu passt, dass Ärzte ohne Psy-Diplom auch sich selbst *fachkompetenter* einschätzen, wenn diese Selbsteinschätzung mit jener der Psy3-Ärzte (egal ob bereits als erfahren zu bezeichnen oder noch in Ausbildung befindlich) verglichen wird. Selbst dieses erhöhte Niveau an selbst zugeschriebener Fachkompetenz aufseiten der Ärzte ohne Psy-Diplom wird von ihren Patienten in deren Urteil noch einmal überboten. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Psy-Ausbildung den teilnehmenden Ärzten einerseits gezeigt hat, wie komplex der Mensch als Körper-Geist-Wesen organisiert ist und dass es daher gilt, weit mehr als die organmedizinische Dimension für ein solches Krankheitsverständnis ins Kalkül zu ziehen – eine Position, die vom reparateurs oder Technikers, sondern auch die (im Effekt oft schwächere) Funktion des Katalysators oder gar die bescheidene Rolle des Begleiters verlangt (vgl. Egger & Pieringer 2007). So mag sich der geringere (aber zugleich realistischere) Heilsanspruch der Psy3-Ärzte auch in den geringeren Kompetenzzuschreibungen vonseiten ihrer Patienten widerspiegeln.

Was auf den ersten Blick widersprüchlich erscheint, dass Psy3-Ärzte einen bedeutsamen Kompetenzzuwachs durch

diese Ausbildung erleben und dennoch – vor allem gegenüber „hard core Ärzten“ – von ihren Patienten als weniger fachkompetent beurteilt werden, ist also nicht ganz unplausibel. Bereits in einer Vorgängerstudie (Egger et al. 2000) ließ sich zeigen, dass Ärzte nach Beendigung des Psy3 Curriculums den stärksten und positivsten Einfluss im *Umgang mit Patienten* erleben, mit ihnen *besser Arbeiten konnten*, in der Lage sind, *schwierige Beziehungen besser zu verstehen*, über ein besseres *Einfühlungsvermögen* verfügen und den *Patienten multidimensional* zu betrachten im Stande sind. Gleichzeitig wird dieser „andere“ (d. h. offenere, mehr partnerschaftliche, weniger autoritäre und mehr mitbestimmende) Umgangstill von etlichen Patienten als weniger sicher, weniger klar oder den Patienten in die ungeliebte Verantwortung nehmend erlebt. – Summa summarum bleibt jedoch das erfreuliche Resultat, das z. B. auch Leitner (2004) in seiner Untersuchung belegt, wonach Patienten die von Psy-Ärzten mit psychotherapeutischer Kompetenz behandelt werden, erhebliche Verbesserungen durch diese umfassendere Betreuung erzielen. Psy3-Ärzte vermochten das Wohlbefinden ihrer Patienten in der erwähnten Studie sogar in manchen Bereichen besser zu beurteilen als nahe stehende Angehörige der Patienten dies schafften.

Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung

Psy3-Ärzte beurteilen sich kritischer als sie von ihren Patienten gesehen werden.

In den Urteilen zur Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung zeigt sich auf Patientenseite – wie schon erwähnt – ein recht erfreuliches Bild für Psy3-Ärzte (unabhängig davon, ob diese noch in Ausbildung stehen oder bereits seit längerem mit ihrem Psy3-Diplom ärztlich tätig sind), wenn diese mit den Patientenurteilen von Ärzten ohne Psy-Diplom verglichen werden: Psy3-Ärzte werden deutlich besser bewertet in den Bereichen *Interesse zeigen*, *Eingehen auf Probleme*, *Einbeziehen der Patienten in die medizinische Behandlung*, *Zuhören*, *vertrauliche Behandlung der Daten und Unterlagen*, *Zweckerklärung von Untersuchung und Behandlung*, *Wissensdurst der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung stillen*, *Umgang mit Gefühlen, die im Zusammenhang zu dem Gesundheitszustand stehen*, *Wichtigkeit auf ärztliche Ratschläge zu hören*, *Weiterempfehlung des Arztes*, *Zufriedenheit mit dem Arzt*, *kommunikative Fähigkeiten dieses Arztes im Vergleich mit anderen Ärzten*, *gut aufgehoben fühlen aufgrund des persönlichen Kontakts mit dem Arzt* und *therapeutische Kompetenzen des Arztes*. Erfahrene Psy3-Ärzte werden zusätzlich noch im Bereich *Aufklärung der Patienten über den Krankenhausaufenthalt* als besser beurteilt. Hier dürfte sich die Akkumulation von gesprächstherapeutischen Fertigkeiten, die bereits im Psy1-Curriculum beginnt, während des Psy2-Curriculums fortgesetzt wird und im Psy3 mit spezifischen Problemlöseverfahren kombiniert wird, als effektiv erweisen.

Ein professionell geführtes ärztliches Gespräch – als zentrales Element der Arzt-Patient-Begegnung – benötigt ausreichende Schulung, um z. B. auf Patientenaussagen adäquat und kongruent zu reagieren, was wiederum eine wechselseitige Anerkennung bzw. Schaffung einer kommunikativen Arzt-Pati-

ent-Beziehung zur Grundlage hat, sodass im Weiteren der diagnostisch-therapeutische Problemlöseprozess effektiv in Angriff genommen werden kann. Die in den Psy-Curricula erworbenen Kompetenzen helfen den Ärzten nachweislich bei der patientenorientierten Arbeit, führen zu weniger Missverständnissen und tragen zu einer größeren Patientenzufriedenheit bei (vgl. Egger 2005, Franz, 2000). Die vorliegenden Daten bestätigen diesbezüglich im Wesentlichen die zentrale Bedeutung des Psy-Ausbildungsinhaltes „ärztliche Kommunikation“.

Aus der Reihe fällt das Ergebnis, wonach Ärzte ohne Psy-Diplom sich in der *Zweckerklärung von medizinischen Untersuchungen* und der *Vermittlung von Wichtigkeit auf ärztliche Ratschläge zu hören* besser einschätzen als erfahrene Psy3-Ärzte. Ärzte ohne Psy-Diplom – so muss angenommen werden – verfügen im Durchschnitt über durchschnittlich weniger kommunikative Kompetenzen und können dadurch auch schlechter unterscheiden, was sie im Umgang mit ihren Patienten falsch machen, da sie keine fachliche Rückmeldung oder Verbesserungsvorschläge bekommen. Infolgedessen kann es häufiger zu einem Übersehen bzw. einem Nicht-Wahrnehmen von Patientenbedürfnissen und zu einer Selbstüberschätzung kommen. In den Psy-Lehrgängen wird jedenfalls auf den Umstand Rücksicht genommen, dass Ärzte recht unterschiedliche Kommunikationsstile haben können und es wichtig ist, letztere individuell auf die Fertigkeiten des jeweiligen Arztes abzustimmen und in einer förderlichen Atmosphäre weiter zu entwickeln bzw. zu trainieren (Egger, 2005). Dass dies gleichzeitig auch die Selbstreflexion und die damit korrelierte Fähigkeit zur Selbstkritik unterstützt, ist unvermeidbar:

Vergleicht man die Urteile von Patienten, die von Psy3-Ärzten (in Ausbildung oder bereits mit dem Diplom für Psychotherapeutische Medizin versehen) behandelt werden, mit den Selbsteinschätzungen dieser Psy3-Ärzte, so zeigt sich, dass die Patienten ein umfassend positiveres Bild ihrer Ärzte zeichnen: In den Bereichen *Vermittlung von Zeit*, *Interesse zeigen*, *Eingehen auf Probleme*, *Einbeziehen der Patienten in die medizinische Behandlung*, *Zuhören*, *vertrauliche Behandlung der Daten und Unterlagen*, *Zweckerklärung von Untersuchung und Behandlung*, *Wissensdurst der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung stillen*, *Umgang mit Gefühlen, die im Zusammenhang zu dem Gesundheitszustand stehen*, *Wichtigkeit auf ärztliche Ratschläge zu hören* und *Aufklärung der Patienten über den Krankenhausaufenthalt* werden die Psy3-Ärzte besser beurteilt als es sich die Ärzte selbst zuschreiben. Obwohl die Mehrheit der Psy3-Ärzte im stationären Bereich tätig ist und dort hektik und Mangel an Zeit im Umgang mit Patienten die Norm ist, fühlen sich die Patienten von diesen Ärzten relativ gut umsorgt und mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen. Dieses Ergebnis wird in erster Linie dem gelingenden Herstellen von positiven Arzt-Patient-Beziehungen zugeschrieben. Als indirekte Unterstützung für diese Interpretation darf einerseits eine Untersuchung an Psy3-Teilnehmern (Egger 2000) angeführt werden, wonach der größte wahrgenommene Nutzen der Psy-Fortbildung in der Optimierung der *Arzt-Patienten-Beziehung* zugeschrieben wurde und andererseits Untersuchungsergebnisse von Leitner (2004), die belegen, dass Patienten, die von Ärzten mit psychotherapeutischer Kompetenz betreut wurden, diese Arzt-Patient-Begegnungen vergleichsweise sehr positiv wahrgenommen haben.

Zur Bedeutung der Ergebnisse für die Psy-Diplom-Curricula

Die Möglichkeiten zur Nutzung der mit dieser Studie erzielten Resultate für die weitere Optimierung der Psy-Diplom-Curricula sind vielfältig. Auf einige wenige Aspekte sei dennoch hingewiesen. Die wahrscheinlich wichtigste Erkenntnis ist, dass für einen ausreichenden Zuwachs an psychologischen Kompetenzen das Motto „gut Ding braucht Weile“ gilt. Der hin und wieder vernehmbare Wunsch nach Kürzung der Ausbildungsdauer scheint nicht zielführend. Vielmehr gilt es, in behutsamer, beständiger und in der Komplexität gesteigerter Weise entsprechende Fertigkeiten zu trainieren, aber auch die dahinter liegenden Haltungen bzw. Einstellungen wachsen zu lassen. Ohne diese „Arbeit nach innen“ aufseiten des Arztes ist das biopsychosoziale Modell nicht wirklich umsetzbar, weil es Gefahr läuft, als bloße Theorie verstanden zu werden, innerhalb derer der *leidende Mensch als Subjekt in einer ihn umgebenden spezifischen Lebenswelt* wiederum zu verschwinden Gefahr läuft. (Nur wenn dies erwünscht wäre, reicht auch ein „Schnellsiederkurs“ zu den Grundlagen der biopsychosozialen Theorie.) Es ist aber gerade die „Persönlichkeitsbildung“, die mithilfe der Psy-Diplom-Lehrgänge als höchst erfreuliches „Nebenergebnis“ realisiert werden kann, welche sowohl die erlebte ärztliche Kompetenz im Umgang mit den Patienten als auch die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Beruf als solchen zu fördern imstande ist. Es scheint offenkundig, dass der Arzt des 21. Jahrhunderts zwischen zwei Extremen eingespannt ist: Der eine Pol kennzeichnet den hochspezialisierten, technikgebundenen Fachmann, der andere Pol den verstehenden und verständlichen, integrierenden und Patienten-führenden Arzt. Mit Hilfe der Psy-Diplom-Curricula kann diese Spannung wenigstens teilweise verringert werden. Hier werden die Rollen bzw. Funktionsbereiche des Arztes in einer weitgehend vernetzten Weise gelehrt: Die (a) Methoden des „Reparierens“ und „unmittelbaren, direkten Helfens“ haben ebenso ihren Platz wie (b) die Methoden zur Vermittlung von „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Katalysatorfunktion) oder (c) die Befähigung zum Begleiten von Patienten in Situationen, wo (a) und (b) nicht sinnvoll oder nicht möglich erscheinen.

Kritik

Von den möglichen kritischen Einwänden seien abschließend einige zusammenfassend angeführt: Aufgrund der vorgegebenen unterschiedlich großen Stichproben (der Einstieg und Verbleib in einem der Psy-Diplom-Lehrgänge ist offen und richtet sich nach keinen statistischen Anforderungen) und der prinzipiellen Freiwilligkeit an der Teilnahme an dieser evaluierenden Erhebung konnten in einigen Fällen keine optimalen Vergleichszahlen erreicht werden. Auch eine Parallelisierung zwischen Psy-Diplom-Teilnehmern und Ärzten ohne Psy-Diplom bezüglich Lebensalter, beruflicher Position bzw. ärztlicher Tätigkeit konnte in dem für die Untersuchung vorgesehenen Zeitraum nicht wirklich zufrieden stellend realisiert werden, sodass in der Gruppe der Ärzte ohne Psy-Diplom das Lebens- und Berufsalter etwas höher lag. Umso erstaunlicher sind die dennoch erzielten Ergebnisse zugunsten der Psy-Di-

plom-Absolventen – sofern diese eine ausreichende Psy-Ausbildungszeit aufwiesen. Auch ein detaillierter zeitlicher Verlauf von Ausbildungsbeginn, -abschluss und nachfolgender beruflicher Umsetzung für alle Psy-Diplom-Gruppen war nicht realisierbar, z. T. auch schon deswegen, da jeweils die Mehrheit der Teilnehmer in das jeweilige nächsthöhere Modul (z. B. von Psy1 auf Psy2 oder von Psy2 auf Psy3) aufstieg. Da die erzielten Ergebnisse hinsichtlich der inhaltlich und zeitlich aufeinander aufbauenden Curricula relativ homogene Muster von Resultaten aufweisen, darf dennoch angenommen werden, dass die Untersuchung weitestgehend valide Ergebnisse abgebildet hat.

Literatur

- BAUMANN U. & PERREZ M. (2006): Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer, E. Honemann (Hrsg.). (2006). Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Springer Verlag, Wien, New York, 2. Auflage, S. 8.
- DOERING, S. & FRISCHENSCHLAGER, O. & JANDL – JAGER, E. & RASKY, E. & WISIAK, U. (2003): Psychosoziale Lehrinhalte im neuen Studienplan für Humanmedizin. *Psychologische Medizin*, 14(3), 7–12.
- DORFMÜLLER, M. (2001): Die ärztliche Sprechstunde: Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landesberg/Lech: Ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG.
- EGGER, J. (1992): Das Ende der Leib-Seele-Dichotomie? Neue Ansätze für eine Theorie der Psychosomatik. *Psychologie in der Medizin*, 3, 2, 3–9 (Wien)
- EGGER, J. (1993): Psychologie in der Medizin und im österreichischen Gesundheitswesen. In Egger, J. (Hrsg.). (1993). *Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 53–70.
- EGGER, J.W. & VERLIC, B. (1993): Psychotherapieausbildung in Österreich. In J. Egger (Hrsg.). *Psychologie in der Medizin: Medizinische Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 273–278). Wien: WUV.
- EGGER, J.W., STIX, P., & PIERINGER, W. (2000): Evaluation der PSY-Diplom-Lehrgänge in der Steiermark. *Psychologische Medizin*, 11 (1), 45–51.
- EGGER, J.W. & STIX, P. (2000): PSY-Diplom-Curricula in der Steiermark. *Psychologische Medizin*, 11, 3, 22–25.
- EGGER, J.W. & MOSER, V. (2002): Postpromotionelle PSY-Fortbildung zur Förderung der psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenzen von Ärzten: Grazer Evaluationsstudie zu den PSY-Diplom-Curricula. *Psychologische Medizin*, 13(1), 4–17.
- EGGER, J.W., STIX, P., PIERINGER, W., HASIBA-CORTOLEZIS, B. & BRUNNER-HANSCH, M. (2005): PSY-Diplom-Curricula Graz. *Psychologische Medizin*, 16(1), 40–42.
- EGGER, J.W. (2005): Psychosoziale Medizin als Leitbild für die aktuelle Diplom-Studienordnung Humanmedizin. *Psychologische Medizin*, 16(4), 50–55.
- EGGER, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologie in Österreich*, 25, 3&4, 146–154.
- EGGER J.W. (2006): Skriptum zur Übersicht zu den Lehrbereichen der Medizinischen Psychologie und Psychotherapie. Unveröffentlichtes Manuskript. Medizinische Universität Graz.
- EGGER, J.W., PIERINGER, W., & WISIKA, U.V. (2007): Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie in der aktuellen Diplom-Studienordnung Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz. *Psychologische Medizin*, 18, 1, 44–52.
- FRANZ, J. & EDLHAIMB, H.-P. (1999): Evaluation der PSY-Diplom-Fortbildung „Psychosoziale Medizin“ in Niederösterreich. *Psychologische Medizin*, 10(1), 47–51.
- FRANZ, J. (2000): Evaluation der ÖÄK-Diplom-Fortbildung Psychosomatische Medizin in Niederösterreich. *Psychologische Medizin*, 11(3), 45–59.
- HASIBA, M., STIX, P., EGGER, J.W., PIERINGER, W. & RUTIL, W. (1997): Die Curricula der PSY-Diplom-Fortbildung der ÄK für Steiermark: Psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin. *Psychologie in der Medizin*, 8(1), 35–39.
- LEITNER, A. (2004): Evaluierung der Weiterbildung in „Psychotherapeutischer Medizin“ (PSY-III): Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes unter

Einbeziehung von PatientenInnen und deren Angehörigen. *Psychologische Medizin*, 15(2), 56–66.

MOSER, V. (2001): *Postpromotionelle PSY-Fortbildung zur Steigerung der psychosozialen, psychosomatischen, und psychotherapeutischen Kompetenzen von Ärzten, Evaluation zu den PSY- Diplom-Curricula in der Steiermark*. Diplomarbeit Naturwissenschaftliche Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz.

PESENDORFER, F., TATZER, E., EDELHAIM, H.-P., LEITNER, A. & FRANZ, J. (1998): PSY-Diplom Fortbildungsprogramm der nÖ. Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Donauuniversität Krems. *Psychologie in der Medizin*, 9(2), 43–47.

SAAFAN, A. & EGGER, J.W. (1998): Information, Beratung und die Spiegelung der Arzt-Patient-Beziehung in der Kommunikation zwischen Patient und Apotheker. *Psychologie in der Medizin*, 9, 2, 11–21.

SINGER, M. (2007): Evaluationsstudie zu den über PSY-Curricula erworbenen psychologischen Kompetenzen von ÄrztInnen. Diplomarbeit, Universität Graz, 2007.

SÖLLNER, W., HARRER, M., STRAUß, J., BIEBEL, W., CROMBACH, G., KINZL, H., LOEWIT, K., BURKART, M., SCHÜBLER, G. & WESIACK, W. (2000): Entwicklung von Fortbildungskursen in psychosozialer, psychosomatischer Medizin für Ärzte in Tirol. *Psychologische Medizin*, 11(3), 15–18.

SÖLLNER, W., CROMBACH, G., HARRER, M., SPINDELBALKER, P., SCHÜBLER, G. & WESIACK, W. (2000): Effekte psychosomatischer Fortbildung für Ärzte: Selbsteinschätzung durch die Teilnehmer der Fortbildungskurse in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin in Tirol. *Psychologische Medizin*, 11(3), 51–56.

SPRINGER-KREMSER, M. (2000): Das Wiener Curriculum für Psychosomatische Medizin- PSY-III. *Psychologische Medizin*, 11(3), 34–36.

WESIACK, W. & SÖLLNER, W. (1997): 10 Jahre psychosomatische und psychotherapeutische Weiterbildung für Ärzte in Tirol: Eine Rück- und Ausbildung. *Psychologie in der Medizin*, 8(2), 33–35.

Anschrift der Autoren

Univ.-Prof. Dr. JOSEF W. EGGER und Mag. MICHAELA SINGER, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, LKH-Univ.-Klinikum, Roseggerweg 50, A-8036 Graz

E-Mail: josef.egger@meduni-graz.at