

# **Entwicklung von Fortbildungskursen in psychosozialer und psychosomatischer Medizin für Ärzte in Tirol\***

**Wolfgang Söllner, Michael Harrer, Joachim Strauß, Wilfried Biebl, Gerhard Crombach, Hannes Kinzl, Kurt Loewit, Burkart Mangold, Gerhard Schüßler und Wolfgang Wesiack**

**\*Fussnote:** Die Entwicklung der Curricula wurde von der Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart in großzügiger Weise finanziell unterstützt.

## **Zusammenfassung**

Seit 1987 wurden in Tirol aufeinander aufbauende dreistufige Curricula für die Fortbildung von Ärzten in Psychosozialer Medizin (PSY I), Psychosomatischer Medizin (PSY II) und Psychotherapeutischer Medizin (PSY III) entwickelt. Der Lehrgang für „Psychosoziale Medizin“ (ein Semester) soll zur besseren Identifikation psychosozialer Störungen und zu einer verbesserten basalen kommunikativen Kompetenz der Ärzte führen. Im Lehrgang für „Psychosomatische Medizin“ (drei Semester) soll darauf aufbauend spezifisches psychosomatisches Wissen und eine psychotherapeutische Grundkompetenz vermittelt werden und der Lehrgang für Psychotherapeutische Medizin (mindestens 4 - 6 weitere Semester) beinhaltet eine Ausbildung in einem der wissenschaftlich anerkannten fachpsychotherapeutischen Verfahren (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Verfahren der humanistischen Psychotherapie und Systemische Therapie)

Im Verlauf der letzten 13 Jahre wurden in Tirol sechs Diplom-Fortbildungskurse in PSY I und PSY II durchgeführt. Insgesamt nahmen daran 180 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen teil.

Von Beginn an wurde ein fortlaufendes Qualitätsmanagement etabliert. Nach jedem Lehrveranstaltungsblock wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Zufriedenheit mit Inhalten und Didaktik der Fortbildung schriftlich und anonym anzugeben. An manchen Bereichen der Fortbildung - insbesondere was die didaktische Vermittlung und die Praxisbezogenheit der Inhalte anbelangt - wurde von den Teilnehmern Kritik geübt. Dies war Anlaß, ab dem vierten Kurs einen Qualitätszirkel einzurichten, der aus Dozenten und Teilnehmern der Fortbildung besteht. Die von diesem Qualitätszirkel erarbeiteten und von der Dozentengruppe umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen, die zu einer Veränderung der Kurse führten, werden beschrieben.

### **Abstract:**

**Training physicians in psychosomatic medicine: Development and quality-management of a two-year training course in Tyrol.**

## Einleitung

In der Theorie der Humanmedizin ist eine bio-psycho-soziale Sichtweise unumstritten (Engel 1977, Uexküll und Wesiack 1998). In der medizinischen Praxis und in der Ausbildung der Ärzte wurde dieses Paradigma bislang jedoch nur äußerst unzureichend umgesetzt (Engel 1982, Schüffel und Pauli 1996). An verschiedenen Orten wurden Reformstudiengänge für die Mediziner Ausbildung (Übersicht bei Schüffel und Pauli 1996) und postpromotionelle Fortbildungslehrgänge für Ärzte (Tress 1994, Wesiack und Söllner 1997, Egger und Stix 2000) entwickelt, die auf dieser bio-psycho-sozialen Sichtweise der Medizin basieren.

In den Jahren 1986 und 1987 bildete sich in Innsbruck ein Arbeitskreis mit der Aufgabe, eine Fortbildung für Ärzte in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie zu initiieren und durchzuführen. Unter der Federführung von Wolfgang Wesiack haben die Autoren seit 1987 aufeinander aufbauende Curricula für die Fortbildung von Ärzten in Psychosozialer Medizin (PSY I) und Psychosomatischer Medizin (PSY II) entwickelt und gemeinsam mit der Ärztekammer für Tirol seither sechs einsemestrige Fortbildungskurse in Psychosozialer Medizin (PSY I) und fünf dreisemestrige Kurse in Psychosomatischer Medizin (PSY II) durchgeführt (Wesiack und Söllner 1997). Seit 1997 wurde ein auf diesen beiden Fortbildungskursen aufbauendes Curriculum in Psychotherapeutischer Medizin (PSY III) in Westösterreich etabliert (Schüßler 1998, Schüßler, Mangold und Längle 2000).

Bei der Planung und Entwicklung des Curriculums wurde von drei Grundsätzen ausgegangen:

1. Aufbauend auf dem Konzept der drei Grundformen psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Tätigkeit in der ärztlichen Praxis (Wesiack 1995) ist das Curriculum dreistufig: (1) Eine ärztliche Grundhaltung des empathischen Verständnisses der Zuwendung zum Patienten, die zu allen Zeiten echte ärztliche Tätigkeit ausgezeichnet hat. Diese Grundhaltung wird in PSY I vermittelt. (2) Eine umfassende ärztliche Tätigkeit, wie wir sie von Balint gelernt haben, wo der naturwissenschaftlich-klinisch ausgebildete Allgemein- oder Facharzt bewußt den Beziehungs- und psychosozialen Aspekt des Krankseins in seine diagnostischen und

therapeutischen Überlegungen und Handlungen mit einbezieht. Kenntnisse und Fertigkeiten für die Anwendung einer umfassenden bio-psycho-sozialen Sichtweise werden in PSY II vermittelt. (3) Die sogenannte Fachpsychotherapie mit ihren zahlreichen psychotherapeutischen Methoden (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und andere) wird in PSY III gelehrt.

2. Die Stufen sollten aufeinander aufbauen: Der erfolgreiche Abschluß der vorhergehenden Stufe sollte die Voraussetzung für den Fortbildungsbeginn in der nächsten Stufe darstellen und den in Weiterbildung stehenden Ärzten sollte es dadurch - entsprechend den eigenen Bedürfnissen - möglich sein, die Fortbildung nach jeder Stufe mit einem Diplom zu beenden und somit eine abgeschlossene Fortbildung zu erwerben, die er in seiner ärztlichen Tätigkeit nutzbringend anwenden kann.
3. Das Curriculum sollte zwar auf den wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Methoden aufbauen, es sollte aber im Grundsatz schulübergreifend sein.

Die Teilnehmer schließen die Weiterbildung in PSY I und PSY II nach zwei Jahren mit einer Fallarbeit ab.

Nach ausführlichen Grundsatzdiskussionen und dem Studium anderer Fortbildungscurricula im Ausland wurde ein erstes Curriculum entworfen. Zur Umsetzung in die Praxis und um dieser Arbeit einen offiziellen Rahmen zu geben, wurde 1988 die „Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin in Tirol“ gegründet. Im gleichen Jahr bekamen wir von der Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart die finanziellen Mittel für unser Projekt, die von da aus die materielle Voraussetzung für unsere Arbeit darstellten.

Aufbauend auf den Erfahrungen der ersten in Tirol und später auch in anderen österreichischen Bundesländern durchgeführten Weiterbildungskurse wurden 1989 die Rahmenbedingungen für die Curricula durch die Österreichische Ärztekammer auf nationaler Ebene vereinheitlicht (siehe den Beitrag von R. Brettenthaler in diesem Heft).

## **Entwicklung der Curricula in psychosozialer (PSY I) und psychosomatischer Medizin (PSY II): 1986-1996: Ursprüngliches Konzept**

Es wurde zunächst ein Curriculum für die Fortbildungsstufen PSY I und PSY II entwickelt, welches sich über vier Semester erstreckt. Es bestand zunächst aus drei Teilen, nämlich

- der theoretischer Ausbildung (Inhalte siehe Tabelle 1),
- der Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung (Balint-Arbeit in Kleingruppen) und
- der Selbsterfahrung (Selbsterfahrungs-Kleingruppen).

*Tabelle 1 etwa hier einfügen*

Der Theorieteil bestand zum einen aus Vorlesungen über theoretische Grundlagen der psychosomatischen Medizin und ausgewählten klinischen Störungsbildern, bei denen eine psychosomatische - oder besser bio-psycho-soziale - Sichtweise besonders wichtig erschien. Den zweiten Bereich bildeten Vorlesungen über Grundlagen der allgemeinen Psychotherapie und der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden (Schulen). Dieser Bereich war sehr im Sinne eines psychotherapeutischen Propädeutikums konzipiert und stellte eine Vorbereitung auf den dritten Teil des Curriculums, den Lehrgang für Psychotherapeutische Medizin (PSY III) dar. Der theoretische Unterricht fand in der Gesamtgruppe der Teilnehmer statt (24 - 40 Teilnehmer), wurde von ein bis zwei Dozenten geleitet und war dadurch „frontal“ organisiert. Die theoretische Fortbildung wurde geblockt an Wochenenden, die Balintgruppen und Selbsterfahrungsgruppen wurden fortlaufend (eine Doppelstunde pro Woche) oder geblockt durchgeführt. Den Abschluß des Lehrgangs bildete eine schriftliche Fallarbeit aus der Praxis der Teilnehmer.

Auf der Grundlage dieses Konzepts wurden von 1987 bis 1996 vier Kurse in psychosozialer und in Psychosomatischer Medizin durchgeführt, an denen insgesamt 112 Ärztinnen und Ärzte mit Erfolg teilnahmen.

### **Qualitätsmanagement (QM)**

Von Beginn an wurden die Fortbildungskurse evaluiert. Dazu wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt (siehe dazu den Beitrag von Söllner und Mitarbeitern in diesem

Heft), auf dem die Teilnehmer nach jedem Fortbildungsblock gebeten wurden, ihre Zufriedenheit mit Inhalten und Didaktik der Fortbildung mit Hilfe von Skalen und mittels freier schriftlicher Rückmeldung anzugeben. Darüber hinaus wurden sie am Ende jeden Semesters gebeten, in schriftlicher Form die Kurse einer Kritik zu unterziehen und Vorschläge für eine Verbesserung der Kurse zu machen.

In allen vier Kursen war der häufigste negative Kritikpunkt bezüglich der Inhalte der Theorieseminare der zu geringe direkte Bezug auf die Tätigkeit in der ärztlichen Praxis. Darüber hinaus wurde die zu einseitige Ausrichtung auf psychoanalytische und verhaltensmedizinische Methoden und die zu geringe Kompetenzvermittlung hinsichtlich der Anwendung von Psychopharmaka kritisiert. Insbesondere wurde jedoch Kritik an der Didaktik und der Organisation der Kurse geübt: In didaktischer Hinsicht war der bei weitem häufigste Kritikpunkt der theoretische Frontalunterricht und die zu seltene Kleingruppenarbeit und dadurch zu geringe Diskussionsmöglichkeit.

Bei der Organisation der Kurse wurde die zu späte Terminplanung, das häufige Wechseln von Dozenten, das Fehlen schriftlicher Unterlagen (Skripten), der ungemütliche und kommunikationshemmende Hörsaal, sowie das Fehlen einer Ansprechperson für organisatorische Probleme bemängelt.

Im Gegensatz zur häufigen negativen Kritik an den Theorieseminaren wurden die Balintgruppen sehr positiv beurteilt. Bei den Selbsterfahrungsgruppen wurde die manchmal zu lange Dauer von Blöcken und das Fehlen weiblicher Gruppenleiterinnen kritisiert. Bei einem Kurs, an dem überdurchschnittlich viele Kolleginnen und Kollegen in psychiatrischer Ausbildung teilnahmen, wurde die dadurch bedingte ungünstige Gruppenzusammensetzung kritisiert: In jeder der Kleingruppen befanden sich einige Psychiater in Ausbildung, die zum Teil in derselben Institution arbeiteten. Dadurch war die freie Entfaltung des Selbsterfahrungsprozesses behindert.

Die Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf die oben angeführten häufigsten Kritikpunkte. Inhaltlich wurde vorgeschlagen, stärker auf konkrete Probleme in einer ärztlichen Praxis einzugehen. Außerdem wurde mehr Information über Psychotherapiemethoden aus den sog. „humanistischen“ Schulen gefordert. Didaktisch wurde der vermehrte Einsatz von Kleingruppenarbeit, die Herausgabe eines Skriptums,

der vermehrte Einsatz von Videoaufzeichnungen, sowie „Auffrischungstreffen“ nach Abschluß der Kurse vorgeschlagen. In organisatorischer Hinsicht wurde die Erarbeitung eines verbindlichen, ausreichend frühzeitig mitgeteilten Semesterprogramms und die Abhaltung in geeigneteren Seminarrräumen (weg von der Universitätsklinik) angeregt.

Diese Rückmeldungen wurden in der Dozentengruppe ausführlich diskutiert. Es wurde beschlossen, einen *Qualitätszirkel (QZ)* einzurichten, dem drei ständige Mitglieder der Dozentengruppe angehörten. Im Prozeß des QM wurden die anderen Dozenten, sowie Vertreter der Lehrgangsteilnehmer in den QZ kooptiert. Zur effektiveren Arbeit wurden neben regelmäßigen Sitzungen des QZ in Abständen von einigen Monaten ganz- oder halbtägige Klausuren durchgeführt. Dabei wurde ein Stärken-Schwächen-Profil des Kurses erstellt, die Ursachen für die wesentlichsten Schwachpunkte diskutiert, Verbesserungsvorschläge gesammelt und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit bewertet und diese dann wieder der Gesamtgruppe der Dozenten vorgestellt.

Insbesondere der Kritikpunkt der mangelnden Praxisrelevanz der vermittelten theoretischen Kursinhalte gab Anlaß zu einem grundlegenden Überdenken des Fortbildungskonzepts. Offensichtlich waren die Kurse in Psychosozialer (PSY I) und Psychosomatischer Medizin (PSY II) zu sehr als Vorbereitung auf den Kurs in Psychotherapeutischer Medizin (PSY III) konzipiert gewesen. In der Praxis des Allgemeinmediziners oder Facharztes anwendbare Fertigkeiten (Gesprächsführung, einfache psychotherapeutische Techniken, wie Entspannungsübungen) wurden zu wenig vermittelt. Dies war von um so größerer Wichtigkeit, weil die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer kein Interesse an einer Fortsetzung der Fortbildung im Rahmen des Kurses PSY III hatte, sondern die Fortbildung nach PSY II abschloß. In diese Arbeit der Neuformulierung der Kursziele waren alle Dozenten involviert. Die zu Beginn der Etablierung der Lehrgänge formulierten Visionen und Ziele wurden kritisch überprüft und der *Lehrzielkatalog* überarbeitet. Aus dieser sich über zwei Semester hinziehenden Arbeit entstand ein überarbeitetes Konzept der Kurse PSY I und PSY II.

## **Weiterentwicklung der Curricula nach 1996 (Neues Konzept)**

Im Zentrum der neu definierten Lehrziele standen

- die Förderung eines umfassenden bio-psycho-soziales Denkens und Handelns,
- die Verbesserung der Identifikation psychosomatischer, psychosozialer und sexualmedizinischer Problembereiche,
- die Verbesserung der kommunikativen Kompetenz praktisch tätiger Ärzte,
- die Erhöhung der Selbstreflexivität der Teilnehmer und
- die bessere „Psychohygiene“ der Lehrgangsteilnehmer im Sinne einer Verminderung von berufsbedingtem Distress und einer Vermehrung der Berufszufriedenheit.

Um diese Ziele zu erreichen wurden die Inhalte und die Struktur der Kurse und die Didaktik der Wissens- und Kompetenzvermittlung überarbeitet. Insbesondere wurden die folgenden Veränderungen vorgenommen:

- Theorie: „*Entrümpelung*“ und *Straffung der Inhalte* (theoretische Bereiche wie z. B. „Neurosenlehre“ oder „Abwehrmechanismen“ werden in den Kurs PSY III verlagert) und Konzentration auf jene Wissensbereiche, die für bio-psycho-soziales Denken und Handeln in der Praxis von Allgemeinärzten oder Fachärzten relevant sind.
- Die dadurch gewonnene Zeit wird für ein verstärktes Training kommunikativer Fertigkeiten verwendet (*Gesprächsführung* bildet den vierten „Block“ der Fortbildung,; siehe Tabelle 2).
- In den Kurs PSY II wurde das *Erlernen eines Entspannungsverfahrens* (Muskelrelaxation nach Jacobson oder Autogenes Training) in Kleingruppen in das Curriculum eingeführt.
- Schaffung einer Verbindung zwischen Theorievermittlung und Reflexion der praktischen Tätigkeit durch eine Kombination von theoretischen Themenschwerpunkten mit Falldarstellungen aus der Praxis der Teilnehmer, themenzentrierter Interaktion, Rollenspielen und Übungen in Kleingruppen und das Aufgreifen des theoretischen Tagesthemas in der abendlichen Balintgruppe.
- In PSY II muss jeder Teilnehmer einen auf *Video oder Tonband aufgezeichneten Fall* in Kleingruppe vorstellen. Dabei werden gemeinsam mit einem Dozenten die Arzt-Patient-Beziehung und die Gesprächsführung analysiert, Problembereiche besprochen und Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert.
- Ab dem Beginn von PSY II werden *Peer-Gruppen* aus drei bis vier Teilnehmern gebildet, in welchen die Fallvorstellungen und der Abschlußfall vorbereitet werden.



Dadurch soll die Eigeninitiative der Teilnehmer und die Gruppenarbeit gefördert werden.

- *Rekrutierung neuer Dozenten* insbesondere mit theoretischen und praktischen Schwerpunkten, welche bislang in der Dozentengruppe wenig vertreten waren: Insbesondere sollte der Anteil von Frauen und von in der Praxis psychosomatisch tätigen Fachleuten erhöht werden. Vier Kolleginnen (zwei Ärztinnen und zwei Klinische Psychologinnen und ein als Praktischer Arzt tätiger Kollege (alle mit psychotherapeutischer Ausbildung und langjähriger klinischer Erfahrung) wurden als ständige Mitglieder in die Dozentengruppe aufgenommen. Darüber hinaus wurden Gastdozenten für spezielle Bereiche der Fortbildung gewonnen.
- Jedes Theorieseminar wird durch zwei Dozenten geleitet; dadurch ist die Teilung der Gruppe und die Arbeit in Kleingruppen leichter möglich.
- Die *Erstellung eines Skriptums*: Zwei Teilnehmer fertigen nach jeder Theorieeinheit ein Inhaltsprotokoll an, welches vom Dozenten überarbeitet wird.
- Zur besseren Gestaltung des Abschlusses und der besseren Kontrolle des erlernten Wissens und der Fertigkeiten wurden *Richtlinien für die Abschluss-Fallarbeit* entwickelt. Die Arbeit sollte folgendermaßen aufgebaut sein: Bio-psycho-soziale Anamnese (Schema nach Engel) - Kontext (Angehörige, Praxis, Krankenhaus etc.) - Reflexion dieses Gesprächsausschnittes in Hinblick auf Interaktion, Übertragung und Gegenübertragung und Gesprächsführung - Umfassende bio-psycho-soziale Diagnose - Therapieplanung. Die Teilnehmer der Peer-group absolvieren gemeinsam das Abschlußkolloquium über diese Fallarbeit bei einem Dozenten ihrer Wahl.

### ***Tabelle 2 etwa hier einfügen***

Die folgenden Qualitätsverbesserungsmaßnahmen bezüglich Kursorganisation und Kommunikation zwischen Teilnehmern und Dozenten wurden eingeführt:

- Erarbeiten eines fixen Semesterprogramms ein Jahr im Voraus;
- die Schaffung eines „Kursbegleiters“, der für die Teilnehmer ein Ansprechpartner sein kann
- die Wahl von zwei Vertretern der Teilnehmer, welche an den Planungssitzungen der Dozentengruppe teilnehmen;

- die Einrichtung von Sitzungen zur Reflexion des Prozesses in der Fortbildungsgruppe und zum Feedback der Teilnehmer an die Dozenten;
- die Einrichtung eines „Dinner with the referent“, bei dem an jedem Kurstag in der Mittagspause ein zwanglose Diskussionsmöglichkeit mit den Dozenten ermöglicht wird;
- die Durchführung der Blockseminare außerhalb der Universitätsklinik an „kommunikationsfreundlicheren“ Seminareinrichtungen.

Dieses neue Konzept wurde mittlerweile in drei Kursen PSY I und PSY II umgesetzt und hat zu einer wesentlichen Erhöhung der Zufriedenheit der Teilnehmer geführt. Das skizzierte QM-Programm wurde hinsichtlich seiner Effekte wissenschaftlich evaluiert. Die Publikation der Ergebnisse ist in Vorbereitung.

## Literatur

- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196, S. 129-136
- Engel, G.L. (1982) The biopsychosocial model and medical education. New England Journal of Medicine 306, S. 802-805
- Schüffel, W., Pauli, H.G. (1996) Die Ausbildung zum Arzt. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., Uexküll, Th. v., Wesiack, W. (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, S. 73-92
- Schüßler, G. (1998) Lehrgang Psychotherapeutische Medizin (PSY III). In: Harrer; M., Schüßler; G., Söllner; W., Wesiack; W: (Hrsg) Abschlußbericht des Forschungsprojekts „Psychosomatische Fortbildung für Ärzte“. Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart, S.
- Tress, W. (1994) Psychosomatische Grundversorgung. Schattauer, Stuttgart
- Uexküll, Th. v., Wesiack, W. (1998) Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München
- Wesiack, W. Wesiack, W., Söllner, W. (1997) (1995)
- Wesiack, W., Söllner, W. (1997) Zehn Jahre psychotherapeutische und psychosomatische Weiterbildung für Ärzte in Tirol: Ein Rück- und Ausblick. Psychologie in der Medizin 8(2), S. 33-35

### **Anschrift des Erstautors:**

Ao.Univ.Prof. Dr. Wolfgang Söllner  
Univ.Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie  
Sonnenburgstr. 9, A-6020 Innsbruck  
E-mail: wolfgang.soellner@uibk.ac.at

**Tabelle 1: Inhalte der Kurse in Psychosozialer Medizin (PSY I) und Psychosomatischer Medizin (PSY II) vor 1996  
(Ursprüngliches Konzept)**

<b>PSY I</b>	<b>PSY II: 1. Semester</b>	<b>PSY II: 2. Semester</b>	<b>PSY II: 3. Semester</b>
<b>Theorie (40 Stunden):</b>	<b>Theorie (30 Stunden):</b>	<b>Theorie (30 Stunden):</b>	<b>Theorie (30 Stunden):</b>
<u>Bio-psycho-soziales Modell und</u> <u>ärztliche Gesprächsführung</u>	<u>Einführung in die Psychosomatik</u>	<u>Psychosomatik:</u>	<u>Psychotherapeutische Schulen</u>
Bio-psycho-soziale Anamnese	Psychosomatische Modelle	Chronischer Schmerz	<u>und Methoden:</u>
Grundlagen der Kommunikation	Diagnostik in der Psychosomatik	Psycho-Onkologie	Psychoanalyse
Das ärztliche Gespräch	Krankheitsverarbeitung und	Palliativmedizin	Verhaltenstherapie
Diagnosemitteilung	Abwehrmechanismen	Das Gespräch über Sexualität	Systemische Therapie
Umgang mit Sterbenden	Funktionelle Störungen	Paargespräch	Katathym Imaginative
Sexualmedizinische Anamnese	Depression/Suizidalität	<u>Grundlagen der Psychotherapie:</u>	Psychotherapie
	Angst	Neurosenlehre	
	Sucht/ Ess-Störungen	Persönlichkeitspsychologie	
	Psychosomatik im Kindes- und	Diagnostik in der Psychotherapie	
	Jugendalter	Wirkfaktoren	
<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>
Balintgruppen (40 Stunden)	Balintgruppen (30 Stunden)	Balintgruppen (30 Stunden)	Balintgruppen (30 Stunden)
	<b>Selbsterfahrung (SE):</b>	<b>Selbsterfahrung (SE):</b>	<b>Selbsterfahrung (SE):</b>
	SE-Gruppen (40 Stunden)	SE-Gruppen (40 Stunden)	SE-Gruppen (40 Stunden)

**Tabelle 2: Inhaltsschwerpunkte und Struktur der Kurse in Psychosozialer Medizin (PSY I) und Psychosomatischer Medizin (PSY II) nach 1996 (Neues Konzept)**

<b>PSY I</b>	<b>PSY II: 1. Semester</b>	<b>PSY II: 2. Semester</b>	<b>PSY II: 3. Semester</b>
<b>Theorie (20 Stunden):</b>	<b>Theorie (12 Stunden):</b>	<b>Theorie (20 Stunden):</b>	<b>Theorie (20 Stunden):</b>
<u>Psychosoziale Medizin:</u>	<u>Allgemeine Psychosomatik:</u>	<u>Spezielle Psychosomatik:</u>	<u>Grundlagen der Psychotherapie:</u>
Bio-psycho-soziales Modell	Theoret. Modelle in der	Psychosomatik in verschiedenen	Persönlichkeitsstörungen
Grundlagen der Kommunikation	Psychosomatik (Konversion,	Fachbereichen (Kardiologie,	Diagnostik in der Psychotherapie
Arzt-Patient-Beziehung	Somatisierung, Stress,	Onkologie, Gynäkologie etc.)	Wirkfaktoren
Krankheitsverarbeitung	Psycho-Neuro-Immunologie)	Funktionelle Störungen	Schulen und Methoden
Identifikation psychischer	Entwicklungsmodelle	Ess-Störungen	Indikationen
Störungen (Depression/ Suizidalität, Angst,	Geschlechtsspezifische	Chronischer Schmerz	Überweisung zur Psychotherapie
Somatisierung)	Psychosomatik	Palliativmedizin	Psychosoziale Netzwerke
	Psychosomatik in verschiedenen	Sucht	Ethik und Patientenrechte
	Lebenszyklen (Kindheit,	Sexualmedizin	Zusammenarbeit im Team
	Adoleszenz, Erwachsene, Alter)	Traumatisierung	Modelle der Praxisumsetzung
<b>Gesprächsführung (26 Stunden):</b>	<b>Gesprächsführung (26 Stunden)</b>	<b>Gesprächsführung (10 Stunden)</b>	<b>Gesprächsführung (10 Stunden)</b>
Bio-psycho-soziale Anamnese	Ärztliche Gesprächsführung II	Spezielle Gesprächsführung zu	Spezielle Gesprächsführung zu
Ärztliche Gesprächsführung I	Psychologie der körperlichen	den in der Theorie behandelten	den in der Theorie behandelten
Diagnosemitteilung	Untersuchung	Bereichen	Bereichen

Visitengespräch	Paar- und Familiengespräch
Angehörigengespräch	Sexualmedizinische Anamnese
Umgang mit Sterbenden	Das Gespräch über Sexualität

<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>	<b>Reflexion der Praxis:</b>
Balintgruppen (30 Stunden)	Balintgruppen (24 Stunden) Fallvorstellungen (8 Stunden)	Balintgruppen (24 Stunden) Fallvorstellungen (16 Stunden)	Balintgruppen (24 Stunden) Fallvorstellungen (16 Stunden)
	<b>Selbsterfahrung (SE):</b>	<b>Selbsterfahrung:</b>	<b>Selbsterfahrung:</b>
	Themenzentrierte SE (10 Stunden) Entspannungsverfahren (10 Stunden)	Themenzentrierte SE (10 Stunden) Entspannung (6 Stunden) SE-Gruppe (35 Stunden)	Themenzentrierte SE (10 Stunden) Entspannung (4 Stunden) SE-Gruppe (35 Stunden)
<b>Gruppenprozess und Feedback (4-8 Stunden)</b>	<b>Gruppenprozess und Feedback (4-8 Stunden)</b>	<b>Gruppenprozess und Feedback (4-8 Stunden)</b>	<b>Gruppenprozess und Feedback (4-8 Stunden)</b>