

3. Curriculumstag

Protokoll der Sitzungen am 29. und 30.01.2010
im Kinder-Herz-Zentrum/ Seminarraum 1 und 2

Programm Übersicht

29.01.2010 von 13:00 – 18:30 Uhr: Doktoratsstudium im medizinisch-klinischen Bereich
30.01.2010 von 09:30 – 13:15 Uhr: Klinisch Praktisches Jahr (KPJ) an der MUI,
den Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen

Doktoratsstudium im medizinisch-klinischen Bereich

Michael Joannidis begrüßt die Teilnehmer des dritten Curriculartages. Speziell begrüßt er Stefan Kastner vom Bildungsreferat der Österreichischen Ärztekammer. Joannidis stellt die Themenschwerpunkte für beide Arbeitstage vor.

VR Mutz begrüßt das, wie er sagt, gemischte Gremium. Dies sei ein Vorteil, da es ein optimales Vorgehen und Entwickeln für die MUI ermögliche. Es soll kein Konzept von außen für die MUI übernommen werden. Er fordert von allen Teilnehmern Transparenz, breites sich Einbringen und offene Diskussion.

Wolfgang Prodinger führt in die Thematik ein. Er skizziert einen sich abzeichnender Nachteil für den Standort Innsbruck und für die „neue Generation“ von ÄrztInnen, die nach Abschluss des Diplomstudiums Humanmedizin die Voraussetzungen für eine universitäre Karriere (Laufbahnstellen) und die Habilitation nicht haben. Das „Doktoratsstudium der medizinischen Wissenschaft (Doctor of Philosophy / PhD)“ als derzeit angebotene Möglichkeit der dritten Ebene akademischer Abschlüsse dauert 3 Jahre. Daran kann erst eine 6-jährige klinische Ausbildung zur FachärztIn angeschlossen werden.

Die Sicherung des wissenschaftlichen Nachwuchses im klinischen Bereich kann nur durch die Möglichkeit des Erwerbs eines Doktorats im klinischen Bereich während der klinischen Ausbildung gelingen, damit später die Kriterien (Voraussetzung) einer Habilitation erfüllt werden. Prodinger schlägt dafür die Bezeichnung „Doktoratsstudium der angewandten medizinischen Wissenschaft (applied medical science)“ mit dem Abschluss als Dr. scient. med. vor, bzw. Dr. med. univ. et scient. med. (Dr. med. dent. et scient. med.).

Stand PhD Studium (Daten aus Cuko 7.5.2009)

- ❖ ca. 240 aktive Studierende
 - davon ca. 18 „neue“ MedizinerInnen (7,5 %)
 - (das sind >10% des ersten „neuen“ Jahrgangs Q202)

Grundkonsens besteht innerhalb der Arbeitsgruppe „Doktorat/PhD“ zu einem berufsbegleitenden Doktoratstudium für ÄrztInnen in Facharztausbildung und für ZahnärztInnen:

- ❖ Das Curriculum soll offen und nicht verschult sein.
- ❖ Selbstständige wissenschaftliche Arbeit muss geleistet werden, deren Ergebnisse in einer Dissertation präsentiert werden. Voraussetzung ist die federführende Publikation einer Originalarbeit.
- ❖ Ein Zeitslot nur für Forschung ist für die Qualität der Forschung essenziell (Gefahr eines „PhD light“). Dieser Zeitraum muss sich auf eine Verlängerung des Dienstvertrags auswirken, damit die FA-Ausbildung beendet werden kann.
- ❖ Die Notwendigkeit einer Überlappung mit der klinischen Ausbildung an sich ist akzeptiert

Die Regelstudiendauer beträgt 6 Semester. Es müssen Leistungen im Ausmaß von 180 ECTS Anrechnungspunkten aus Lehrveranstaltungen und Dissertation erbracht werden. Dabei entspricht der durchschnittlich zu leistenden Arbeitsaufwand einer StudentIn für das Studium inklusive Lern-, Vor- und Nachbereitungszeit von 25 Arbeitsstunden 1 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System).

- ❖ 140 ECTS Anrechnungspunkte für die Dissertation (entspreche ca. 1 Jahr und 6 Monaten bei 40 h – Woche)
- ❖ 40 ECTS Anrechnungspunkte für absolvierte Lehrveranstaltungen
 - Seminare sind die zentrale Vermittlungsform berufsbezogener und fachspezifischer Inhalte: Sie umfassen:
 - Dissertantenseminare (wird von Stud. eines (ggf. mehrerer mit ähnlichen Methoden arbeitender) Programme, zur gegenseitigen Darstellung von Projekt-Verlauf-Abschluss ihrer Dissertation getragen, angedacht: jeder Stud. bringt eigenen Beitrag mind. 1 mal pro Jahr; Anwesenheitspflicht),
 - Literaturseminare inkl. bestehender institutionellen Fortbildungsveranstaltungen,
 - Praxisseminare (praxisbetonende programmspezifische bzw. methodenorientierte programmübergreifende LV)
 - Grundkurse (z.B.: Ethik und GSP; Projektmanagement; Patentwesen; „Skills“ Publizieren und Präsentieren; Prüfarztkurs). Einzelne können programmübergreifend für alle verpflichtend sein.
 - Pflicht- und Wahlfächer: Als für alle verpflichtend können einzelne Grundkurs-LV festgelegt werden. Alle anderen LV sollen aus einem umschriebenen, programmspezifischen Wahlfachangebot ausgewählt werden.
 - Anerkennung: die Anerkennung von auswärts bzw. in anderen Studien geleisteten LV obliegt nach UG2002 dem studienrechtlichen Organ. Die Empfehlung ist, dies für Wahlfächer großzügig unter Heranziehung der DFP/CME-credits zu handhaben.

Der Senat der MUI hatte in seiner Sitzung am 30.09.2009 ein zumindest teilweise berufsbegleitendes Doktoratstudium mit einer flexiblen Fächerlösung bevorzugt und anschließend die CuKo einstimmig damit beauftragt, eine solche Fächerlösung umzusetzen. Prodingner nennt abschließend 15 StudentInnen als „kritische Masse“ für ein klinisches Doktoratstudium. Mehrere Stimmen und auch die StudentInnen sehen allerdings einen deutlich höheren Bedarf als gegeben. Mehr Absolventen des Diplomstudiums möchten sich mit einem berufsbegleitenden Doktoratstudium den Weg in eine universitäre Karriere offen halten.

Um das Studium im kommenden Jahr implementieren zu können ist ein Antrag an die Curricularkommission bis spätestens 20. April 2010 notwendig.

Für die weitere Arbeit werden folgende Workshops für „Fächerprogramme“ gebildet:

- Chirurgische Fächer und Anästhesie
- Konservative Fächer
- Neurologisch-psychiatrische Fächer
- Think Tank

Ergebnisse der Workshops

Chirurgische Fächer und Anästhesie

Teilnehmer:

Jürgen Falkensammler, Tilman Hicketier, Stefan Kastner, Josef Klocker, Werner Lingnau, Iradj Mohsenipour, Norbert Mutz, Gerhard Pierer, Karen Pierer, Pavlos Tsantilas

Aus den derzeitigen AbsolventInnen-Zahlen nach C202 wird ein Bedarf von etwa 50 Plätzen je Studienjahr errechnet. Voraussetzung und Vorteil für die Entwicklung und den Erfolg dieses Studiengangs und gleichzeitig Anreiz für StudentInnen (bis zu 70% sind Frauen, Unterbrechung) sind:

- Doktorat und Facharzt weitgehend in der Regelzeit (+ 1 Jahr)
- Im Prinzip keine Freizeitwissenschaftler, Erhalt wissenschaftlichen Basiswissens
- Orientierungsphase für und Zugang zu den Laufbahnstellen
- Möglichkeit eines unbefristeten Dienstvertrags

Für den Bedarf sind aber auch noch folgende Eckdaten abzuklären:

- Wie viele AbsolventInnen von C202 fangen eine FA-Ausbildung an?
- Wie viele FachärztInnen bleiben in Klinik/Krankenhaus, wie viele gehen in die Praxis?
- Wie viele streben eine Habilitation an?

In den operativen Fächern ist aber die parallele Erfüllung von Rasterzeugnissen und OP-Katalogen im klinischen Fach von kritischer Bedeutung. Die Rotation in der klinischen Ausbildung zwischen Klinik und peripherem Haus muss eingeführt werden; Assistieren bei OPs bringt nichts, es bleibt in der Regelarbeitszeit wenig Zeit für wissenschaftliches Arbeiten, die neben dem die Ausbildungszeit verlängernden „Forschungsjahr“ regelmäßig von der OE zur Verfügung gestellt werden muss. Klar für die Arbeitsgruppe ist aber, dass es einen zeitlichen und arbeitsmäßigen Mehraufwand für die Teilnehmer am klinischen Doktoratsprogramm bedeuten wird.

Darüber hinaus muss das integrierte „Forschungsjahr“ mit 100% Forschung durch zusätzliche (Karenz-)Stellen aufgefangen werden. Das bedeutet 50 zusätzliche klinische Stellen!

Andererseits müssen die OE auch verpflichtet werden, DoktoratstudentInnen in die Facharztausbildung aufzunehmen. Anreize für die OE sind:

- Motivierte Leute, die im eigenen Bereich entwickelt werden können
- Vorevaluation für KandidatInnen für LBS
- Zusätzliche Stellen als Ausgleich

Wie soll nun das Programm „Chirurgische Fächer und Anästhesie“ aussehen:

Ausbildungsziele: klinik-bezogene Forschung, Dissertation und mind. 1 Publikation
dafür 2 Semester Forschungszeit
die übrigen 4 Semester sind für alle OE gleich

Modularer Aufbau des Programms

- ❖ Grundkurse (zusätzlich zu den oben genannten Inhalten):
 - Simulationsmodelle
 - Physikalische Modelle (Herz-, Kreislaufsystem, Lunge und pulmonaler Kreislauf, Beatmung)
 - Computermodelle (pharmakologische Modelle)
 - Tierversuchskurs
 - Allgemeine Methodologie
- ❖ Praxisseminare
 - Biomedical cell engineering, Zell- und Gewebezüchtung
 - Navigationstechniken
 - Transplantationsimmunologie

Abschließend hält die Gruppe noch einige allgemeine Punkte fest:

- Können die Seminar- und Praxisteile des klinischen Doktoratstudiums nachmittags/abends nach der Regelarbeitszeit stattfinden? Dies müsse nach Erlaubnis durch das Rektorat ohne Kosten für die StudentInnen organisiert werden. Lehre am Abend.
- Ist in diesem Doktoratstudium Studienzeit arbeitsrechtlich auch Arbeitszeit?
- Ein PhD-Programm berechtigt NICHT zur Eintragung in die Ärzteliste als Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt (außer im letzten Jahr in Zusammenhang mit tatsächlicher klinischer Tätigkeit, bisher nicht in Anspruch genommen). Im klinischen Doktoratstudium ist die Eintragung ab dem ersten Tag möglich.

Konservative Fächer

Teilnehmer:

Wolfgang Hilbe, Frank Knötig, Gert Mayer, Thomas Müller, Jörg-Ingolf Stein, Eva Stienecke, Martin Tiefenthaler, Irene Virgolini, Lothar Bernd Zimmerhackl

Zielgruppe

- ❖ „wissenschaftlich interessierten Absolventen der Human-/Zahnmedizin soll das eine Option sein
- ❖ alle Projektmitarbeiter (FWF, OENB, Industrie, selbstfinanziert) sollen gleichzeitig das Doktoratsstudium zum Projekt absolvieren können
- ❖ damit 100-150 Studenten/a
 - MA Stand 2009/ März inkl. Vorklinik
 - 230 Projektmitarbeiter/innen, 133 FWF, 24 OENB

Voraussetzungen

- Abschluss Ebene 2 (z. B. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. univ.)
- Öffnung des Studiums für Nicht-Mediziner (Pharmakologen, Physiker, Psychologen) wird mehrheitlich abgelehnt (evtl. bei Abschluss Mol. Med.): diese Gruppen im dzt. PhD belassen

Rahmenbedingungen

- gesamtes Studium innerhalb der FA Ausbildungszeit von 7 Jahren (Ausbildungsverhältnis)
1 Jahr Forschungsblock
- bei entsprechender Vorgabe im Programm evtl. Teilung des Blockes zweckmäßig

Organisation des Studiums (Zeitplan), zusätzliche Punkte

- Erklärung der beteiligten OE nach Fachvorgaben (Zeit in Gegenfächern)
- Qualitätserfordernis: Dissertationsprojekt ist nach Qualitätskriterien (peer review oder Programm Komitee) einzureichen

Programme

- ❖ Grundkurse obligatorisch
 - Prüfärztekurs inkl Biostatistik, Didaktikkurs, GCP and GSP; Ethik, Skills Präsentation, Projektmanagement,
- ❖ Programmspezifische Kurse
 - Journalclub
 - Dissertantenseminar
- ❖ offene Programmkurse
 - Austauschbar zwischen den Programmen (kumulativ zu erlangen)
 - FACS Kurs, Histologiekurs, Bioethik etc
- ❖ Wissenschaftliche und Praxis-Programme
 - Neuroscience
 - Oncoscience
 - Kardiovaskuläre Medizin
 - Sportmedizin/ Traumatologie
 - Molekulare Bildgebung
 - Infektiologie und Immunologie
 - Organersatz/Tissue Engineering

Veröffentlichung

- Erstautorschaft
- 1 peer reviewed Publikation
- international anerkannte Fachzeitschrift

Neurologisch-psychiatrische Fächer

Teilnehmer:

Hartmann Hinterhuber, Bernd Wallner, Sergei Mechtcheriakov, Ursula Neubauer, Werner Poewe, Konstantin Preindl, Michael Schocke, Erich Schmutzhard, Barbara Sperner-Unterweger, Bernd Wallner, Gregor Wenning

Machbares und Chancen

- Strukturierung eines Karrierewegs (Clinician Scientist)
- Realisierung von „Forschungsfreistellungen“
- Drittmittelfinanzierung von PhD Stellen
- MUI PhD-Stipendien / Stellen
- Integration in die FA Ausbildung
- Dissertations-/Publikationskriterien
- kritische Masse innerhalb eines Programms „klinische Neurowissenschaften und psychosoziale Medizin“ sicher gegeben (> 15)

Schwierigkeiten und Probleme

- unterschiedliche Arztkategorien (Bund / Land)
- finanzielle Nachteile für Jung-ÄrztInnen
- Ausbildungszeit zum Facharzt
- Integration der formalen curricularen Lehre in die klinische Ausbildung
- Mismatch zu
 - a) Zahl verfügbarer Ausbildungs- stellen BUND und
 - b) Kollektivvertragsteilen (z.B. Zahl / Beginn der Laufbahnstellen)

Konsenspunkte

- Programmgestaltung (inhaltlich und formal) muss von Klinikern mit studentischer Beteiligung erfolgen
- Durchlässigkeit zwischen PhD und „klinischem“ Ausbildungsweg
- flexible Struktur (modular – zeitlich / inhaltlich) um eine Kernphase mit 100%iger Forschungszeit
- Integration der curricularen Bestandteile in bereits in der klinischen Ausbildung bestehende Bausteine (Doktoranden-Seminare, Journal-Club, Grand-Rounds, etc.)
- Mobilität = Anrechenbarkeit von PhD-relevanter Tätigkeit im In-/Ausland
- Anrechenbarkeit von klinischer Forschungstätigkeit auf Ausbildungszeit (inkl. Gegenfach)

Programmübergreifende Grundkurse (CAVE: realistische Dimensionierung)

- Prüfärztekurs
- angewandte Biostatistik in der klinischen Forschung
- Good scientific practice (Ethik, Protokoll-Design, Publikationsstandards)

Seminare

- Dissertantenseminare
- Literaturseminare
- Praxisseminare

Qualität der Forschung während der Ausbildung

- 1½ Jahre für Forschungsarbeit (1 Jahr am Stück ...)
- Programme „berufsnahe“ und „dienstnahe“ bei Fächern und OE(L)
- Eigeninitiative (Programm-Etablierung)
Zusammenschluss verwandter Disziplinen
- kritische Masse von 15 Stud. im Programm
- Projektförderung (Rektorat)

Was müssen entstehende Programme tun?

- ❖ sich selbst organisieren
 - Name, Leitung, Mitglieder, Ausbildungsziel
- ❖ Klären: wie wird Zeit für Forschung sichergestellt?
Zeit für Forschung sicherstellen / überprüfen
- ❖ Vorschlag formale Lehre
 - programmübergreifende Grundkurse – welche?
 - longitudinal: Diss. Seminare, Literaturseminare
 - programmspezifische LV – welche?
- ❖ (Klären: kommt ein Studium für Nicht-Ärzte in dem Programm in Betracht?)

Think tank

Teilnehmer:

Wolfgang Freysinger, Helga Fritsch, Werner Jaschke, Gregor Kastl, Ursula Kiechl-Kohlendorfer, Walter Kofler, Peter Kufner, Wolfgang Prodingner, Matthias Schmuth

- ❖ Programmorganisation
 - Zusammenschluss aus Sicht kleinerer Fächer:
 - Mitwirkung in mehreren Programmen (je nach Thema der StudentIn)
OK! Gewünscht und darf nicht zu eng werden.
 - Fokussierung auf PhD Programm (IGDT - Radiologie)?
 - „Morphologie“ „Epidemiologie“ (Dermatologie)
 - deadline 20.4. machbar:
 - Sondersitzung Senat vor 1.Juli
 - Etablierung der Programme davon abgesetzt (Cuko?)
- ❖ Sicherstellung der Forschungszeit und –Qualität
 - 1 Jahr wäre unterzubringen bei Univerträgen (Zeitverlängerung)
 - Sicherstellung des 1 a Forschung durch Rektorat (in Verträgen)
 - **zusätzliche Personalressourcen nötig für Qualität + Kontinuität**
 - „dzt. Stellenpläne berücksichtigen das überhaupt nicht“
 - Zugang auch für Landesärzte
 - Output: 1 Publikation peer-reviewed = Muss
- ❖ Schätzung der kritischen Masse an Stud.: 10 (s. PhD)
- ❖ Welche sind für Sie vorrangige programmübergreifende Grundkurse?
 - Prüfärztekurs; Studienplanung (klinische Studien)
- ❖ Projektförderung
 - DRINGEND NOTWENDIG (realistisch?)

Klinisch Praktisches Jahr (KPJ) an der MUI, den Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen

Michael Joannidis begrüßt die Teilnehmer.

VR Mutz bedankt sich für die Vorarbeit der Arbeitsgruppe KPJ und ihren Abschlussbericht vom 2.12.2009. Daraus geht hervor, dass das KPJ möglicherweise verlängert werden müsse, um internationale Erfordernisse zu erfüllen. Am heutigen Tag sind Ideen und rege Diskussion gefordert. Es geht auch um enge Kooperation und Verschneidung des KPJ mit der TILAK. Neben der Vermittlung wichtigen Hintergrundwissens ist es aber das erste Ziel des Medizinstudiums, Arzt zu werden und damit sicher und praxisnahe Patienten zu behandeln.

Die Lehr-Abteilungen und –Krankenhäuser leisten gute Lehre. Sie tragen dazu bei, das Ziel des Medizinstudiums zu erreichen. Evaluierungen gehören zum Prozess des Qualitätsmanagements.

Zum Thema zitiert und empfiehlt VR Mutz die Lektüre des Buches des Philosophen Konrad Paul Liessmann „Theorie der Unbildung: Die Irrtümer der Wissensgesellschaft“

Stefan Deflorian weist auf kommende Personalengpässe im ärztlichen Bereich hin: Durch den Beginn der Pensionierungen der geburtenstarken Jahrgänge werden bis 2020 40% der ÄrztInnen in der Ruhestand treten. Dies betrifft vor allem Allgemeinmediziner, aber auch die Fächer Augen, Pathologie und Frauenheilkunde.

Zum KPJ sollen Standards gemeinsam mit der MUI erarbeitet werden. Das Simulationszentrum wird gemeinsam mit VR Norbert Mutz und Lothar Bernd Zimmerhackl geplant. Aber auch an den Raum-Ressourcen wird gearbeitet: Der große Hörsaal Chirurgie wird im Sommer 2010 saniert werden.

Michael Joannidis stellt auch Schwierigkeiten auf Seiten der PatientInnen fest: Durch viele Praktika, Famulaturen und KPJ-Tätigkeiten mit vielen StudentInnen steigt die Ablehnungsquote seitens der PatientInnen, sich wiederholt untersuchen zu lassen.

Heinz Drexl aus Feldkirch ist stolz, schon im Juli 2001 erstes Lehr-Krankenhaus der MUI geworden zu sein. KPJ-Studierende gebe es seit 2007 an seinem Haus. Bisher waren es in der Inneren Medizin 30, in der Chirurgie 26 und in der Pädiatrie 23 KPJ-Studierende. In großer Zahl – auch hier Schwerpunkt Innere Medizin – kommen auch FamulantInnen nach Feldkirch.

In Feldkirch gibt es für das KPJ einen festen Zeitablauf (Stundenplan):

| | |
|--------------|---|
| 8 °° | Ambulanzbericht, Kurzfortbildung |
| 9 °° | Visite |
| 10 °° | Patientenbeispiele klinisch |
| 11 °° | Patientenbeispiele (Befunde) |
| 12 °° | Therapiestandards, Mittagspause |
| 13 °° | Meet-the-Professor, EKG |
| 14 °° | Stationsarbeit |
| 15 °° | Selbständiges Arbeiten |
| 16 °° | Abendrapport und Abteilungsfortbildung |

Die Primärärztesitzung im LKH Feldkirch erforscht regelmäßig die Stimmungslage der Lehrenden, die durch einzelne Stimmungsberichte aus anderen Häusern ergänzt werde:

Franz Stoß (Chirurgie Dornbirn), Herbert Tilg (Innere Medizin Hall).

Pro

- Aufwertung der Abteilung nach außen
Publikationen und internationale Anerkennung sind nur als Lehr-Krankenhaus möglich und gegeben
- Aufwertung der lehrenden MitarbeiterInnen
- Attraktiv für Talente
- Frühe Rekrutierungsmöglichkeit für KadermitarbeiterInnen

Contra

- Keine Remunerierung
- Fehlender VPN-Zugang zu den Literatur-Datenbanken der MUI

Heinz Drexl gibt ein klares Plädoyer für die Durchführung der EAP im Lehrkrankenhaus.

- Nur wenn wir selber prüfen, können wir Stärken und Defizite unseres Unterrichtes evaluieren.
- Verbesserungen sind direkt und sofort umsetzbar.
- Erlaubt optimierten Umgang mit dem Portfolio der MUI.

Die Befragung der Studierenden ergab:

- ❖ Pluspunkte
 - Große Bandbreite an Krankheiten
 - Durchführung vieler Routinetätigkeiten – Vorteil für später
 - Angenehmes Arbeitsklima sowohl mit den Kollegen als auch der Pflege
 - Fragen werden ausführlich beantwortet
 - Tägliche EKG-Stunde
- ❖ Anregungen
 - Stärkere Zuteilung in die Spezialambulanzen
 - Häufigere Treffen mit dem Mentor
- ❖ Hervorzuheben
 - Gratis Parkplatz
 - Mittagessen zu Mitarbeiterтарifen
 - Stellung der Dienstkleidung
 - Gratis Unterkunft

Drexl betont, dass aus seinem Blickwinkel der Status des Lehrkrankenhauses essentiell für die Patientenbetreuung ist. Nur wer erklären kann, hat verstanden. Nur wer verstanden hat, kann rational (be)handeln.

Peter Kufner erläutert, dass es für das 4-wöchige KPJ „Allgemeinmedizin“

- 110 Lehrpraxen mit Werkvertrag zur MUI
- weitere 110 Bereitschaftspraxen (Werkvertrag erst bei Einsatz) gebe

Der Zugang zum KPJ „Allgemeinmedizin“ hat seitens der Studierenden die bestandene SIP 5 zur Voraussetzung, seitens der Lehrpraxen muss ist Voraussetzung, anerkannte Lehrpraxis lt. ÖÄK und Südtirol zu sein, durch die TGAM akkreditiert zu sein, eine geeignete Infrastruktur der Ordination zu bieten, sowie die inhaltliche Akzeptanz des Portfolios und des Skill-Katalogs.

Jeder Studierende ist über die Ordinationsversicherung haftpflichtversichert.

Qualitätssicherung werde gewährleistet durch

- ❖ Vorgaben der TGAM über Homepage
- ❖ immanente Beurteilung durch MentorIn
- ❖ Portfolio- und Skillkontrolle („gesehen – gemeinsam –selber“)
- ❖ wenigstens 2 Informationsgespräche mit MentorIn
- ❖ 3 Fallbeispiele
 - Ausgewählt, ohne Zeitlimit, mit Internet u/o Literatur
 - Ausgewählt mit Zeitlimit
 - Nicht ausgewählt, mit Zeitlimit
- ❖ Evaluation „intern“
 - Fragebogen für Mentoren
 - Fragebögen für Studierende
 - Direkte Rückmeldung an mich
- ❖ Evaluation „extern“
 - Dr. Retti

Vorteile dieses Ablaufes sieht Kufner in

- ❖ Auswahl der Lehrpraxen nach „Heimatsnähe“ möglich
- ❖ Mentorverhältnis : StudentIn = 1:1
- ❖ Diplomandenbetreuung (je 2 Studierende). Aktuell:
 - Centorstudie–Prof. Loidl - 1700
 - HWI – Studie – Prof. Prodinger – Singleshot versus konventionelle Therapie: Rez, NW

Nachteil

- ❖ Diplomandenbetreuung benötigt Habilitation – o in AM
- ❖ kaum Möglichkeit zur Kontrolle vor Ort

Angestrebte Verbesserungen

- ❖ Sichere Vermittlung gleichwertiger, reproduzierbarer Lehrinhalte unabhängig von Ordination mit möglichen eigenen Präferenzen:
 - internetbasierte Inhaltsübermittlung (ILIAS) während des KPJ unter Mitarbeit der Studierenden (gemeinsame begleitende VL nicht möglich)
 - (Gespräche dazu mit Studentenvertretern)
- ❖ Weiteres Bemühen zur Institutionalisierung der AM an der MUI, ein Fach mit eigenen Identitätsprofilen, eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung und Eigenverantwortung

Gregor Retti berichtet über die Evaluierungsergebnisse zum KPJ. Er stellt verschiedene Korrelationen aus den Rückmeldungen her. Die Ergebnisse zu den drei Pflichtfächern hat sich seit 2007 nicht wesentlich verändert: Die Allgemeinmedizin wird insgesamt am besten, die Chirurgischen Fächer am schlechtesten bewertet. Bei sehr guter Bewertung korreliert dies in allen Fächern mit intensivem Kontakt mit der MentorIn, guter Teamintegration und reichlich Gelegenheit zum praktischen Arbeiten.

VR Norbert Mutz berichtet von der ab SS 2010 beginnenden Evaluierung der Lehr-Krankenhäuser. Die „Visitationsgruppe“ setzt sich zusammen aus Ivo Graziadei (Leiter), Heinz Drexl und Hartmut Glossmann. Heinz Drexl ergänzt, dass Antworten der Studierenden auf Evaluierungsbögen zu wenig sei, es müsse Besuche vor Ort geben. Die unterschiedliche Durchführung des KPJs bedeutet,

dass Gutes verbreitet, weniger Optimales korrigiert werden muss. Die Evaluierungen werden von der „Visitationsgruppe“ und den jeweiligen Fachvertretern durchgeführt.

In der Diskussion wird von EAP-Prüfern angemerkt, dass die durchschnittlichen Prüfungsergebnisse je nach Ort des KPJs deutlich unterschiedlich seien. Möglicherweise sind in einigen Lehrkrankenhäusern vor Ort die Personalressourcen für eine enge Mentorentätigkeit und –betreuung zu knapp.

Wolfgang Vogel berichtet im Folgenden über die Arbeit der AG „Klinisch Praktisches Jahr“. Er stellt seinem Bericht voran, dass es sehr pointierte Aussagen der Studierenden zum Ablauf und der Betreuung im KPJ gebe, die auf Zensus nachzulesen seien.

Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus folgenden Mitgliedern: Wolfgang Vogel, Karen Pierer, Martin Krismer, Peter Kufner, Christoph Profanter, Rudolf Kirchmair, Christian Feichter, Christian Kositz, David Pap, Konstantin Preindl, Eva Stienecke, Pavlos Tsantilas, Wolfgang Prodingner.

Die äußeren Rahmenbedingungen für das KPJ haben sich durch EU-Vorgaben und die Diskussion über die „ius migrandi“ („Approbation durch Grenzübertritt“) Konstruktion. Die Ärztekammer sieht Approbierte Ärzte als jene Ärzte, die die Erfordernisse für die Ausübung des ärztlichen Berufes als approbierter Arzt erfüllt haben. Sie sind zur selbständigen Ausübung einer allgemeinärztlichen Tätigkeit als approbierter Arzt berechtigt. Daher müsse das klare Ausbildungsziel des KPJ das Erreichen einer Approbationsreife durch eine KPJ-Ausbildung sein, die inhaltlich und formal einer derzeitigen, verkürzten Turnus-Arzt-Ausbildung entspricht.

Der geänderte §49(5) Ärztegesetz bildet den rechtlichen Rahmen. Das Ministerium präzisiert: „***Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Medizinstudierenden auf die Durchführung der in Frage kommenden Tätigkeiten nachweislich, insbesondere durch studienplanmäßige Vorkehrungen vorbereitet werden. Die erforderliche Berücksichtigung im Rahmen der Weiterentwicklung der Curricula und Vorbereitung im Einvernehmen mit den für die Durchführung von Famulaturen und Pflichtpraktika beauftragten Krankenanstalenträgern wird dringlich empfohlen.***“

Thomas Czernin stellt seitens der TÄK klar, dass die „KPJ-lerInnen“ Studierende sind und sich nicht in einer Ausbildung (Weiterbildung) zu einem Fach befinden, wobei Turnus als Fach gesehen wird, auch wenn sie inhaltlich und formal eine gleichartige Ausbildung absolvieren. Formal rechtlich besteht kein Einwand die Ausbildungsinhalte der Turnusarztausbildung für das KPJ zu übernehmen. Mit dem oben ausgeführten Verständnis des KPJ sind die Studierenden auch versicherungstechnisch im Stadium „Studium“. Es kann kein Anstellungsverhältnis mit entsprechenden Pflichten gegenüber einem Wirtschaftsträger und Rechten von Seiten der Studierenden im KPJ entstehen.

Peter Steiner, Verwaltungsdirektor am LKI-Universitätskliniken, meint, die Voraussetzungen bereits mit VR Dierich geklärt – es gebe keine zusätzlichen Probleme.

Als Vorbereitung auf ein effizientes und auf die sichere, selbstständige Tätigkeit als Arzt vorbereitendes KPJ müssen verschiedene Fertigungslevels während des Studiums erreicht werden:

| | | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|--|
| Bis zum Ende des 4. Semesters | Basiskurse | Famulatur-Reife | MUW: Propädeutikum Famulaturreife bereits |
| Bis zum Ende des 10. Semesters | Klinische Praktika | KPJ- Reife | |
| Nach dem 12. Semester | KPJ | „Approbationsreife“ | |

Medizinische Universität Innsbruck

Senat

Rektorat

Curricularkommission

Im Vergleich mit anderen Ländern sieht der Umfang des praktischen Jahrs derzeit so aus:

| | Umfang | ECTS-CP | Wochenarbeitszeit | Bezahlung |
|---------------------|--|--------------------------------|--|-----------|
| PJ (D) | 3 Tertiale (16/16/16 = 48 Wochen) | | 38,5 West, 40h Ost | jein |
| Pflichtfamulatur(D) | 4 Monate (17 Wo) | | | |
| WSJ (CH) | 10 Monate (44 Wo) | 60 ECTS | Innere und Chirurgie verpflichtend (2-4 Mo) | ja |
| KPJ (MUI) | 30 Wochen 35h Praxis+5h LV | <i>60 ECTS</i> (1 CP=22,5h) | | nein |

Die Empfehlungen der AG KPJ lauten zusammengefasst:

- ❖ Lern- und Lehrziele: Approbationsreife „Ein-Jahres-(KPJ)-Turnus“
- ❖ Voraussetzung: patientensichere Vorbereitung und Einführung der Stud.:
 - Clinical Risk Training, Fertigkeitstraining
 - Definition der Qualifikation und Überprüfung auf unterschiedlichen Levels
 - strukturierte Einführung von Inhalten, die für die
 - ärztliche Tätigkeit im KPJ
 - und nach der Approbation relevant sind.
- ❖ Abbildung im Studienplan: stufenweiser Nachweis der Qualifikation
- ❖ Betreuung und praktische Arbeitsintegration dual durch StationsärztInnen
 - (Practical Skills mit Log-Buch und Handbuch statt Portfolio) und durch
 - MentorInnen (strukturierte Lehre)
- ❖ Aufgabenbeschreibung: verantwortlicher Turnus ärztlicher Tätigkeit
- ❖ Beurteilung kontinuierlich:
 - über die Dokumentation der Erfüllung von Lernzielen
 - erfolgreicher Behandlungsabschluss über Arztbriefe
 - Kurvenführung
 - Patienten- und Therapiemanagement usw.
 - Dies ist unter standardisierten Bedingungen auch in den Lehrkrankenhäusern möglich und sollte Gegenstand kontinuierlicher Evaluation sein.
- ❖ Schulungsangebot für MentorInnen und EAP-PrüferInnen hinsichtlich gleicher Standards.
- ❖ Regelungen mit TILAK und MUI

Wolfgang Vogel zitiert einen Studierenden der MUI mit dem Ziel der Verbesserung: „Das Grundproblem ist, dass ein Großteil der Leute nicht weiß, was das KPJ ist und was die Studenten dürfen. Auf jeden Fall muss die rechtliche Situation geändert werden. So wie wir jetzt rechtlich abgesichert sind, kann man nichts lernen. Ich fände es toll, wenn wir in jedem Fach am ersten Arbeitstag von unserem Mentor allen Mitarbeitern vorgestellt würden und uns die Station mit allen wichtigen Materialien kurz gezeigt würde. Auch wäre eine Einführung in den Stationsalltag sehr hilfreich.“ Er ergänzt, er sei froh, um jeden KPJ-Studenten auf seiner Station.

Unterstützt haben die Arbeitsgruppe Thomas Czermin, Gregor Retti, Eva Mayrgründter und Friedrich Luhan.

Michael Joannidis stellt klar, dass nach seinen Informationen die Approbation mit Studienabschluss in Österreich nicht so schnell kommen werden. Pavlos Tsantilas und Tilman Hicketier erläutern aus Sicht der StudentInnen, es gebe ein Spannungsfeld zwischen Turnusausbildung, KPJ und Facharzt für Allgemeinmedizin. Häufig würden die KPJler als Last auf den Stationen empfunden, die StationsärztInnen wüssten nicht, was das KPJ sein.

In der Diskussion sind nun noch folgende Themen zu bearbeiten:

- Portfolio/ Handbuch
- Kompetenzlevels/ Fertigkeiten
- Dauer/ Gestaltung Module
- MentorIn Funktion
- Leistungserfassung (begleitend, EAP)
- Anerkennung extern abgelegter Prüfungen

Portfolio/ Handbuch

Als Vorbereitung auf das KPJ muss es eine Definition der KPJ-Reife mit dem 10. Semester geben. Für die KPJ-Studierenden wird eingemeinsames KPJ-Vademecum als e-Book verfasst, das alle Informationen im Taschenformat enthält. Die Leistungsdokumentation wird in einem gemeinsamen Arbeits-, Leistungs-, Logbuch als begleitende Beurteilung über alle Fächer durchgeführt. In diesem Buch sind fachübergreifend auf Doppelnennungen durchforstet alle Portfolios gesammelt. Die vorhandenen Portfolios werden mit KPJ-Absolventen überarbeitet. In jedem Fach müssen der Ablauf des KPJ und die Ziele für die EAP einschließlich deren Durchführung klar definiert sein.

Kompetenzlevels / Fertigkeiten

Alle Praktika und Famulaturen des Curriculums arbeiten auf die KPJ-Reife hin. Diese und die Approbationsreife müssen klar inhaltlich definiert werden. Fertigkeiten sind nicht nur klinisch-praktische Skills, sondern auch Ärztegesetz, Haftpflicht, Hygiene und Sicherheitstechnik.

Dauer/ Gestaltung Module

Es kristallisiert sich eine Zielvorstellung von 40 Wochen KPJ-Dauer heraus.

Es gibt Vorschläge zur Neustrukturierung:

- Mehr Wahlfächer verlängert auf 8 Wochen:
Das bedeutet aber 8+8+4 (Pflicht) +8+8+4 (Wahl)
- oder 2 Pflichtfächer á 4 Monate + 1 Wahlfach á 4 Monate (entspricht aber 1 Jahr)

MentorIn Funktion

Gefordert wird eine duale Betreuung:

- ❖ Tägliche Routinearbeiten durch StationsärztInnen
- ❖ Mentorin
 - Strukturierte, klinisch-praktisch orientierte Ausbildung
 - 80% praktisches Arbeiten, 20% Kleingruppenunterricht
 - Ziel: Bestehen der EAP, Erreichen der Approbation
- ❖ MentorInnengruppe innerhalb jeder OE, die sich regelmäßig trifft und abstimmt

Leistungserfassung (begleitend, EAP)

- Anwesenheitskontrolle
- Defizite in den praktischen Skills müssen begleitend und „ohne Stress“ aufgedeckt und behoben werden.
- Begleitende Beobachtung, Beurteilungen, konstruktives Feed-back
- EAP als strukturierte, mündlich-praktische Prüfung
- EAP-Prüfer müssen im Fach habilitiert sein, dürfen nicht die selbst betreuten KPJ-Studierenden prüfen
- EAP wird eventuell in Lehrkrankenhäusern möglich sein, aber nur nach erfolgreicher Evaluierung und nur mit für alle Standorte gleichermaßen definierten EAP-Inhalten
- Alternativ Abschluss-OSCE nach dem KPJ
oder besser als Überprüfung der KPJ-Reife Ende des 10. Semesters

Anerkennung extern abgelegter Prüfungen

Das KPJ kann an allen akkreditierten Lehr-Abteilungen absolviert werden. Andere Abteilungen und Institutionen im Ausland müssen Universitätskliniken sein. EAP-Durchführung s. oben

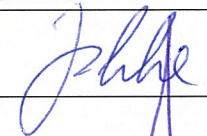
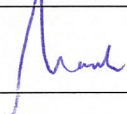




MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Curriculumstag der MUI 2010

Workshop: „think tank“

Anwesend:

| | Name in Blockbuchstaben | Unterschrift |
|-----|------------------------------------|---|
| 1. | JASCHKE Werner, o.Univ.-Prof. Dr. | ✓  |
| 2. | KASTL Gregor: Bildungspol. Ref. ÖH | ✓  |
| 3. | KOFLER Walter, Univ.-Prof. Dr. | e |
| 4. | KUFNER Peter, MR Dr. | ✓  |
| 5. | SCHMUTH Matthias, Univ.-Prof. Dr. | ✓  |
| 6. | Fritsch Helga | |
| 7. | Ursula Kiechl-Kohlendorfer ✓ | |
| 8. | W. FREY SINGER | W F |
| 9. | | |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | W. Prodanig | W Prodanig |



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Curriculumstag der MUI 2010

Workshop: „Neurologisch-Psychiatrische“- Fächer

Anwesend:

| | Name in Blockbuchstaben | Unterschrift |
|-----|--|------------------|
| 1. | MECHTCHERIAKOV Sergei, ao.Univ.-Prof.Dr. | Slecht |
| 2. | NEUBAUER Ursula | Neubauer |
| 3. | POEWE Werner, O. Univ.-Prof. Dr. | POEWE |
| 4. | PREINDL Konstantin | Preindl |
| 5. | SCHMUTZHARD Erich, Univ.-Prof. Dr. | Schmutzhard |
| 6. | SPERNER-UNTERWEGER B., ao.Univ.-Prof.Dr. | Sp-Unt |
| 7. | WALLNER Bernd | Bernd Wallner |
| 8. | Hinterhuber, Hermann o.Univ.-Prof. | Hinterhuber |
| 9. | Werninger, Geyer Univ Prof. Dr. | Werninger |
| 10. | SCHOCKE, MICHAEL ao.Univ.-Prof.Dr. | Michael Schöckel |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |


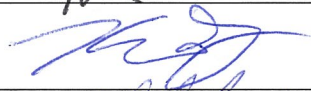
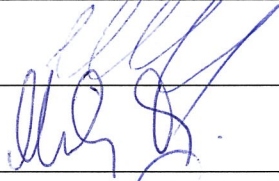
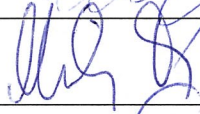
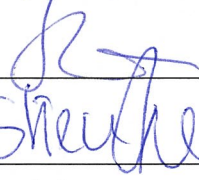
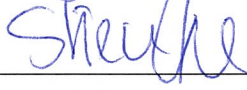

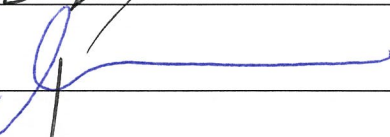



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Curriculumstag der MUI 2010

Workshop: konservative Fächer

Anwesend:

| | Name in Blockbuchstaben | Unterschrift |
|-----|--|---|
| 1. | HILBE Wolfgang, ao.Univ.-Prof. Dr. |  |
| 2. | KNÖTIG Frank |  |
| 3. | MAYER Gert, Univ.-Prof. Dr. |  |
| 4. | MÜLLER Thomas, ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. |  |
| 5. | STEIN Jörg-Ingolf, Univ.-Prof. Dr. |  |
| 6. | STIENECKE Eva |  |
| 7. | TIEFENTHALER Martin, ao.Univ.-Prof. Dr. |  |
| 8. | VIRGOLINI Irene, Univ.-Prof. Dr. |  |
| 9. | ZIMMERHACKL Lothar Bernd, Univ.-Prof.Dr. |  |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |
| 15. | | |

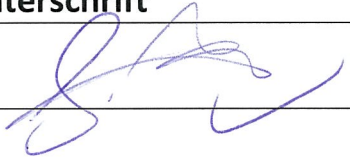
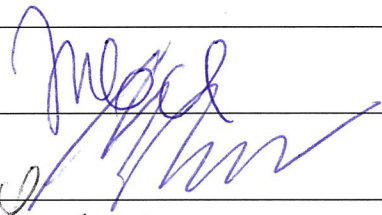
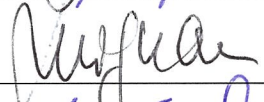
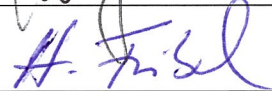


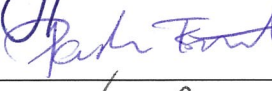


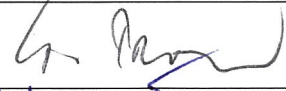
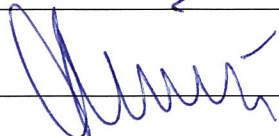


MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Curriculumstag der MUI 2010

Workshop: chirurgische Fächer

Anwesend:

| | Name in Blockbuchstaben | Unterschrift |
|-----|---|--|
| 1. | FALKENSAMMER Jürgen, Dr. |  |
| 2. | FRAEDRICH Gustav, Univ.-Prof. Dr. |  |
| 3. | KLOCKER Josef, Dr. |  |
| 4. | MOHSENIPOUR Iraj, tit.ao.Univ.-Prof.Dr. |  |
| 5. | LINGNAU Werner, ao.Univ.-Prof.Dr. |  |
| 6. | FRITSCH Helga, Prof. Dr. |  |
| 7. | HICKETHIER Tilman |  |
| 8. | KASTNER Stefan, Dr. |  |
| 9. | TSANTILAS Pavlos |  |
| 10. | G. PIERER |  |
| 11. | N. NOTZ |  |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |
| 15. | | |