



Medizinische Universität Graz

ÖGHD
Österreichische Gesellschaft
für Hochschuldidaktik

12. Grazer Konferenz Graz | 18. - 20. September 2008

SKILLS AND ATTITUDES





- Tagungsort:** Hörsaalzentrum der Medizinischen Universität Graz
Auenbruggerplatz 15
8036 Graz, Österreich
- Veranstalter:** Medizinische Universität Graz (MUG)
Österreichische Gesellschaft für Hochschuldidaktik (ÖGHD)
- Leitung:** Richard März, Medizinische Universität Wien, ÖGHD
Jörg-Ingolf Stein, Medizinische Universität Innsbruck, ÖGHD
Josef Haas, Medizinische Universität Graz
- Organisation:** Richard März, Medizinische Universität Wien, ÖGHD
+43 (0)664 80016 36901
Sabine Neubauer, Medizinische Universität Graz
+43 (0)316 380 4055
Herbert Plass, Medizinische Universität Wien, ÖGHD
- Ankündigung:** **13. Grazer Konferenz, Qualität der Lehre**
2009 in Innsbruck
- 14. Grazer Konferenz, Qualität der Lehre**
22. – 24. April 2010 in Wien
- Announcement:** **13. Graz Conference, Teaching Quality**
2009, Innsbruck.
- 14. Graz Conference, Teaching Quality**
April, 22 – 24, 2010, Vienna

**Programm-Übersicht - Program Overview**

Mittwoch - Wednesday17. September 2008

09:00 Preconference Workshop: Plass
Einführung in MOODLE
18:00 Ende - End

Donnerstag - Thursday18. September 2008

11:00 Begrüßung/Welcome Reibnegger, Stein, März
11:30 Lecture Chris van Schravendijk
12:20 Lecture De Lepeleer, Govart
13:10 Lunch,
Treffen der GMA-Österreich
15:00 Workshops 1 a) Schravendijk, März
b) Čavaljuga, De Lepeleer, Govaert
c) Schmidts *et. al.*
18:00 Posterparty:
Food and Science

Freitag - Friday19. September 2008

09:00 Lecture Kiessling
09:50 Coffee
10:15 Workshops 2 a) Kiessling
b) Wiener, Plass
c) Merl
13:15 Lunch
14:30 Lecture Muhr
15:05 Coffee
15:30 Workshops 3 a) Muhr
b) Golaszewski, Kieslinger
c) Guided Tour (Medical University Graz)
18:45 Bus departs for Styrian Evening
19:00 Styrian Evening – in the heart of Graz

Samstag - Saturday
20. September 2008

09:00	Round Table Discussion	Werner-Felmayer, Tritthart, Rinofner-Kreidl, Huic, Peintinger, Quitterer, Egger
11:10	Coffee	
11:40	Lecture	Mitterauer
12:30	Abschluß / Closing Remarks	März
13:00	End of Conference	



1 Lectures, Round Table Discussion

Alle Veranstaltungen im Hörsaal D

All events in lecture hall D

	Tag Day	Zeit Time
Welcome	Donnerstag/Thursday	11:00
van Schravendijk	Donnerstag/Thursday	11:30
De Lepeleer	Donnerstag/Thursday	12:20
Kiessling	Freitag/Friday	09:00
Muhr	Freitag/Friday	14:30
Round Table	Samstag/Saturday	09:00
Mitterauer	Samstag/Saturday	11:40
März	Samstag/Saturday	12:30

18. 9. 2008, 11:30

Training in research methodologies as part of medical education - an evidence-based approach to drawing up recommendations.

Chris van Schravendijk

Diabetes Research Center, Unit of Protein Biochemistry, Vrije Universiteit Brussel - GF
Laarbeeklaan 103, B-1090 Brussels, Belgium
chrisvs@vub.ac.be

Over the last 50 years, the medical sciences have been transformed by more and more sophisticated research methodologies. Universities with faculties of sciences have responded to this (r)evolution through the development of educational programs, for example in the fields of biomedicine and bioengineering, that are mainly devoted to the study of concepts and techniques relevant for the cellular and molecular aspects of today's and tomorrow's fields of medicine. On the other hand, for medical education in sensu strictu, the patient and its clinical treatment remains at central stage. These developments have provoked a tension between what a basic medical education should contain for every student to become a medical doctor, and what the same curriculum should offer to those students that want to contribute to the medical sciences through basic or applied research. This tension has led to heterogeneity among medical curricula in Europe with respect to the research principles and methodologies that are trained as part of the basic curriculum. The task force on Links between Medical Education and Research of MEDINE (The Thematic Network on Medical Education in Europe), has recently organized an on-line survey among 91 European Medical Schools. Institutional coordinators were asked to give facts rather than opinions and aspirations. The heterogeneity in European medical education poses a challenge for analysis of such surveys. Data analysis should not compromise the separation of facts and opinions, nor hide interesting correlates behind averages or other simplifications. Using Excel, a mapping methodology was developed which provides a global and individual view on the results of this survey, allows for answer pattern recognition, and gives a basis on which to formulate recommendations. Participants will be given access to the full Taskforce report, discuss the validity of this approach as well as the findings and contribute to drawing up a refined position paper.



18. 9. 2008, 12:20

TEMPUS Projects for Medical Faculties - how do they work and what do they accomplish?

Gert De Lepeleer, Andre Govaert

Katholieke Hogeschool Sint-Lieven
Gebroeders Desmetstraat 1, B-9000 Gent, Belgium
geert.delepeleer@kahosl.be
andre.govaert@kahosl.be

Introduction:

Why European cooperation? It is clearly indicated in the mission statement of Katholieke Hogeschool Sint-Lieven (KaHo Sint-Lieven) that we are an internationally oriented university. We are especially aiming at stimulating international cooperation within all our main activities: education, services to society and research. Students, staff and researchers are motivated to set up cooperation with international colleagues. We are convinced that within the quickly changing society international cooperation is the only possibility to increase the quality and the competitiveness of our curricula. In this way we are also contributing to the further unification of the European Higher Education Area. That's also the reason why ten to fifteen years ago we started up activities within Tempus, with countries such as Bulgaria, Poland, Slovakia and Romania which are now of course already making part of the European Union. Nowadays we focus on Bosnia-Herzegovina and Serbia in order to contribute also in these countries to the reform of higher education within the spirit of the Bologna declaration.

What is Tempus ? TEMPUS officially started on 7 May 1990 and has been recently prolonged with the approval of the Tempus IV programme in January 2008. The programme aims at reforming the educational system in the eligible partner countries. Reform in education is considered to be a dynamic process in order to stimulate the transition towards the European Union. In the past this successfully led to the introduction of most of the countries of Central and Eastern Europe in the European Union.

Actually Tempus still consists of three parts:

Tempus Cards: cooperation with all countries of Former Yugoslavia + Albania

Tempus Tacis: cooperation with all countries of former Soviet-Union

Tempus Meda: cooperation with North-African countries

In fact the implementation of the Bologna declaration is essential for the Tempus programme. The reform of higher education should focus on :

- adoption of a system based on mainly two cycles
- introduction of ECTS in order to stimulate mobility of university staff, researchers and students
- introduction of a total quality management system with the involvement of all external and internal university stakeholders development of a flexible curriculum with special emphasis on research activities and further
- development of contacts with society : administrative authorities, companies, Chambers of commerce. ...

Tempus in the medical faculties:

KaHo Sint-Lieven was the first Tempus project contractor involving all universities of Bosnia-Herzegovina. The main goal of the project was the preparation of the reform of the higher education system : relation between faculties and the rector's office, informatisation, quality management, involvement of students, introduction of ECTS. During this three years project it was obvious that mainly the medical faculty showed great interest in all topics related to quality management. That's the reason why afterwards a number of new projects have been set up regarding the further implementation of quality assurance mainly in the medical faculties. This concerns more particularly :

- Quality management in medicine
- Quality management procedure for promoting university-enterprise cooperation
- EU oriented self-evaluation report procedures for BIH universities
- The role of stakeholders in quality assurance procedures at BIH medical faculties

Thanks to the implementation of these quality assurance projects in Bosnia-Herzegovina you start reflecting on your own university curriculum. You are learning to put yourself into perspective and nevertheless also still discovering new working methods enriching your own university practice.

Conclusion:

By promoting cooperation within Tempus the medical faculties of Bosnia-Herzegovina will have the possibility to develop a modern curriculum adapted to EU standards. Students get more involved in the decision making process. Contacts with society and the work field are being developed much more. Research will be stimulated and curricula will be made more flexible and more competence oriented . In this way we are contributing to the further implementation of the Bologna declaration and to the further unification of the European Higher Education Area.



19. 9. 2008, 09:00

Doctor-patient-communication - new concepts of teaching and learning

Claudia Kiessling

Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Universität Basel
Klingelbergstr. 23, CH-4031 Basel
claudia.kiessling@unibas.ch

The relevance of physicians' communication skills for their professional life is increasingly accepted. Studies have shown that patients want doctors who are good communicators. Patients' outcomes are positively correlated with health providers' communication skills. Communication skills trainings are able to long-dated improve students' and doctors' performance. Therefore, it seems worthwhile to carefully plan and implement communication skills trainings in medical education. In the English speaking countries, consensus statements and guidelines on content, didactic methods, and assessment tools have been published in the last years. Some of these recommendations have become gold standard for planning and implementing communication skills trainings. Although many of these guidelines have already been recognised and used in the German speaking countries, many faculties have not considered these recommendations yet. To support the implementation of communication skills (and social competencies) into medical education, a German speaking consensus statement was developed called "Basel Consensus Statement: communicative and social competencies in medical education". This consensus statement defines educational objectives that should be achieved by medical students at the end of their studies. Topics like general communicative and social competencies, doctor-patient-relationship, teamwork, personality and professionalism, critical appraisal and decision making have been included. Based on this consensus statement, further discussions on teaching and assessing communication skills from the first to the last year of medical studies have started in the last years and will be continued to support teachers and students in that important field of medical education.

19. 9. 2008, 14:30

Why does Gender have a role in Medicine?

Carin Muhr

Department of Neuroscience, Neurology, University Uppsala
SE 75185 Uppsala, Sweden
carin.muhr@neurologi.uu.se

If we ask the questions: Why should we be concerned about Gender? Is it unscientific to be gender blind? These questions will start a reflection and discussion that will enable identification of how aware the organisation is. Gender awareness can, from an organisational context, be graded into four stages: Stage 1 Denial; Stage 2 The Problem is perceived to be Women; Stage 3 Incremental Adjustment; and Stage 4 Commitment to a New Culture.

Gender competency is one of many competencies that are needed to provide optimal care for a patient. Furthermore, gender perspective is one of many perspectives like health, cultural, ethnic, social, economical and political to analyse the conceptual reality from.

Other competencies which are needed and that also are discussed at this conference are for example communicative and social skills and Doctor-patient communication skills. In all these situations a gender perspective will increase the possibilities for a positive outcome.

Gender within the medical profession includes biological as well as social, and psychological aspects.

In medicine we have to work with biological, social and psychological factors which interact and combined make up a unit which is usually impossible to separate into smaller isolated parts. It is essential to take into account all of these factors as they together will define the life situation of that person/patient. All factors are necessary to gain understanding of to reach the complete picture of the disease in order to provide optimal care.

Within the medical profession, however, many subjects like gender, communication, care, psychological and social aspects have been considered “soft” areas. Gender medicine contains both biological and psycho-social aspects. Thus both “soft” and “hard” core areas are possible to address. It is also of interest to note that within the last decade more and more research has addressed the gender perspective in medical research. This has provided an increasing amount of data demonstrating the gender differences within numerous medical areas. Thus gender differences have been identified concerning signs and symptoms of diseases like cardiac disorders, mental depression, eating disorders, osteoporosis, rheumatological diseases, headache, susceptibility to environmental factors, infections, efficacy as well as side effects to medication and other treatment modalities.

A body of knowledge therefore exists to base the fact that gender perspective is needed to provide optimal care. Just like a cultural perspective in the care of a patient is needed as specific gender norms exist within each culture, which will similarly affect to a high degree what will be regarded as appropriate. The cultural norms will have significant impact on health issues.

As a result of the research on gender differences, today no new pharmaceutical product will be registered without having been tested in both women and men. Still, however, much of the research which is carried out is not undertaken with a gender specific perspective. And much of the “knowledge” we apply is not researched in a gender specific way. One example of this is when the results from the study DIGIT, (N Engl J Med 1997; 336:525-38) was reevaluated by a different research team, separating women from men, which led to completely different conclusions. In the whole material, women and men initially evaluated together, showed benefits concerning time spent in hospital for the treatment group. However, women, when analysed as a separate group, now were revealed to have a higher mortality in the treated group compared to the placebo group (Rathore et al, N Engl J Med 2002).

Domestic violence which affects both women and children is furthermore one important area to be considered in Gender medicine. It is well documented that domestic violence is a major medical concern and common in all societies and within all social groups. For example, domestic violence is more frequent than diabetes during pregnancy in Sweden. These women and children who are victims of domestic violence will need and rely on the skills of the medical profession for care. Gender perspective is often considered as something that does not belong in this specific situation- or for this individual patient.

Instead, however, we should ask why and how gender is applicable in this or any given situation in order to improve our understanding of human communication, which in turn will allow us to better understand and care for our patients.

20. 9. 2008, 9:00

Bioethics in the medical curriculum? Can we create room for reflection in the medical curriculum? An interdisciplinary approach

A Round Table Discussion

organized and chaired by

- Gabriele Werner-Felmayer (Medical University of Innsbruck)
- Hans Tritthart (Medical University of Graz)
- Sonja Rinofner-Kreidl (University of Graz);

contributions from

- Mirjana Huic (Croatian Medical Journal)
- Michael Peintinger (Medical University of Vienna)
- Josef Qitterer (University of Innsbruck)
- Josef Egger (University Hospital of Graz)



Round Table Discussion: Bioethics in the medical curriculum? Can we create room for reflection? An interdisciplinary approach

Gabriele Werner-Felmayer¹, Hans Tritthart², Sonja Rinofner-Kreidl³

¹Division of Biological Chemistry, Biocenter, Innsbruck Medical University
Fritz-Pregl-Strasse 3/VI, A-6020 Innsbruck, Austria
gabriele.werner-felmayer@i-med.ac.at

²Universitätsklinik für Neurochirurgie, Medical University of Graz
Auenbruggerplatz 29, A-8036 Graz
hans.tritthart@meduni-graz.at

³Institut für Philosophie, University of Graz
Heinrichstrasse 26, A-8010 Graz
sonja.rinofner@uni-graz.at

In an era of rapid technological development that is outrunning the advancement of knowledge and is characterized by lack of time for in-depth investigation, everything appears to be doable. However, the central problems of humanity remain the same as ever. In this area of conflict, the discipline of bioethics aims at bridging between the facts generated by the life sciences, inter alia medicine, and values, developed on the basis of human experience. Critical analysis of background and coherences requires interdisciplinary access in order to appropriately taking into account the complexity of bioethical issues. To obtain competence in bioethics a major demand is to integrate views and approaches from other disciplines towards the complex issues of human health and disease. Doing this we inevitably go beyond medical expertise, thereby gaining advantage from interdisciplinary perspectives and cooperations. In other words: we try to create room for reflexion. It is both desirable and necessary that medical students as well as medical staff are ready to train their moral sensibility and ethical knowledge in terms of an open-minded interdisciplinary discussion.

Although this is standard in many other countries, most Austrian medical universities do not offer formal bioethics modules included in the medical curriculum. Often it is argued that introducing such a module would increase the already high workload for the students. Medical curricula already are tightly scheduled and heavily loaded with learning matter. Moreover, it is not at all clear whether introducing bioethics as a formalized course really increases competence in this field, whether it really succeeds in training the skills of reflecting on complex issues of humanities. As we may learn from those who digged into the field of medical anthropology and related areas, the stumbling block is to bridge the gap between basically heterogeneous attitudes, evaluation criteria, and working styles. For urging discussions on ethical issues in medical contexts, it is crucial to elucidate why this requires a multi-level procedure, i.e. teaching ethics at medical universities, establishing

ethics committees, promoting clinical counselling on ethical issues, offering information platforms and opportunities for further education.

The aim of the Round Table Discussion is

- (i) to get a short overview over current activities with respect to teaching bioethics/medical ethics at Austrian medical universities;
- (ii) to identify problems with regard to content and logistics when aiming for an interdisciplinary approach;
- (iii) to define ways of increasing the student's and lecturer's bioethics competence, and, in this regard, fields for possible synergies among various educational institutions.

After short statements of the organizers and the panelists concerning their own experiences, these issues will be open for discussion by all participants.



Round Table Discussion: Including ethical issues in medical education at the Medical University of Innsbruck - Current status and an interdisciplinary endeavour

Gabriele Werner-Felmayer

Division of Biological Chemistry, Biocenter, Innsbruck Medical University
Fritz-Pregl-Strasse 3/VI, A-6020 Innsbruck, Austria
gabriele.werner-felmayer@i-med.ac.at

At the Medical University of Innsbruck – which used to be the Medical Faculty of the University of Innsbruck until 2004 –, the so-called new syllabus of human medicine (master degree) was initially introduced in the winter term of 2002/03 and received various modifications over the past years. It comprises three parts: the first one consists of two semesters and aims to familiarize students with the medical profession. The second and third part, each consisting of five semesters, are dedicated to theoretical and practical issues of medicine and to impart clinical practice with increasing intensity throughout the whole study. A basic intention of the syllabus is to train the student's competence for lifelong holistic learning. Some basics of bioethics are included in the first semester in the module UKM (Umgang mit dem kranken Menschen, Dealing with sick people). At more advanced stages, ethical and bioethical considerations are integrated in some of the courses, e.g. in Genetic Epidemiology, Transplantation Surgery or Skills for Medical Conversation. Courses like Good Scientific Practice or Ethics and Misconduct in Biomedicine are included in the PhD programme for Masters of Science or Medicine.

The recently established education platform Ethucation ¹, which is the Austrian unit of NIMED, an international network for advancing medical ethics teaching in medical training operated by the UNESCO chair in bioethics in Haifa, is following two major goals: first, to improve awareness of and reflection on bioethics (which includes but goes beyond medical ethics) and, secondly, to achieve this by a strictly interdisciplinary approach integrating various scientific methods and building up a dialogue not only between the expert and the public but also among experts of different fields, like medicine, sciences, philosophy, economy, jurisprudence, social sciences, psychology and others. To this end and beginning in the winter term 2008, a lecture series will be held by speakers from different disciplines and a seminar will be offered in which various aspects of clinical problems will be addressed by a clinician/scientist and an expert of another field (either from humanities, law or economy). Further goals and activities of Ethucation and some of the emerging problems, mostly of administrative nature, will be shortly summarized.

¹<http://www.i-med.ac.at/ethucation/>

Round Table Discussion: Teaching Ethics at the Medical University Graz 2005-2008: A Critical Retrospect

S. Rinofner-Kreidl

Institut für Philosophie, University of Graz
Heinrichstrasse 26, A-8010 Graz
sonja.rinofner@uni-graz.at

There are two different kinds of difficulties we have met when teaching ethics at the medical university of Graz for the last four years. Although realizing these difficulties refers to our peculiar practices and experiences, we take it that these difficulties are not of a specifically individual, personal or local character. On the contrary, they seem to fundamentally impede ethical instruction elsewhere, too, given that nowadays medical curricula reflect a high-graded division of labour. This is the first issue we should direct our attention to, namely to understand the encompassing nature of the task. On the one hand, (this is what students often complain about) ethics seems to be an additional specialized skill to acquire. On the other hand, (and this is what experienced physicians and nurses often are able to appreciate) ethical instruction, if done well, encourages or helps to regain a different view of the whole matter, i.e. a different view of what medicine is or should be as part of our attempt to live a good life. If we consider ethics as a philosophical project it is obvious that it radically differs from other subjects students of medicine are usually concerned with. Pathology, anatomy or histology are positive “sciences of fact” whereas ethics, as we understand it, is a discursive science of reflection. Consequently, students of medicine, when faced with ethical issues, are expected to enter into an unfamiliar culture of science, including an unfamiliar culture of learning and teaching, e.g. writing seminar papers instead of doing multiple-choice exams.

Secondly, there are also pragmatic issues which must not be ignored since they touch upon the standing of ethical instructions at a medical university, both with a view to a) administrative procedures and b) the medical staff. a) Currently, the course “ethics in medicine” is part of a module called “Communication, Supervision and Reflexion”. This module provides, among others, psychological mentoring and support as well as a training of social skills. The importance of these issues is beyond dispute. However, integrating ethics in this module tends to produce unsatisfiable expectations. Although discussing ethical issues certainly differs from acquiring knowledge about pure matters of fact, ethical instruction cannot be reduced to mentoring. b) Whether or not medical students appreciate being taught ethics to a great extent depends on how the regular teaching staff of the medical university responds to this idea.



Round Table Discussion: Teaching Bioethics in Croatian Medical Schools.

Mirjana Huic, Ana Marusić

Croatian Medical Journal, Zagreb; University School of Medicine
Šalata 3b, 10000 Zagreb, Croatia
mhuic@mef.hr.
ana.marusic@mef.hr.

In the era of direct influence of for-profit companies on education, clinical practice, and clinical research, medical schools should teach ethics at undergraduate, postgraduate, and continuing education level. They should create a climate that promotes research ethics, to evaluate the adherence to rules, and, most of all, to educate about responsible conduct of research. At Croatian medical schools, teaching the principles of bioethics is incorporated into a mandatory undergraduate course on research methodology for second-year students[1], as well as in postgraduate and continuing education on principles of research in medicine (Table 1). This education is permanently supported by the Croatian Medical Journal, CMJ [2,3], whose editors wrote the textbook “Principles of Research in Medicine”, both in Croatian and English [4]. Medical ethics as an individual mandatory course for sixth-year students was available until 2006/2007 academic year, but was since then discontinued.

The CMJ has been promoting the culture of scientific integrity at the national level as a vital component of the research process [2], with important results of this initiative in 2007, with the creation of the Committee for Ethics in Science and Higher Education, as the national body appointed by the Croatian Parliament, with the aim to promote ethical norms and values in science and higher education [5].

References:

- [1] **Marusic A, Marusic M.** Teaching students how to read and write science: a mandatory course on scientific research and communication in medicine. *Acad Med.* 2003; 78:1235-2.
- [2] **Huic M.** Fifteenth anniversary of the Croatian Medical Journal: still moving ahead. *Croat Med J.* 2008; 49:1-7.
- [3] **Sambunjak D, Ivanis A.** Is there a demand for science communication courses? The experience of the Croatian Medical Journal. *European Science Editing.* 2005; 31:117-9.
- [4] **Marusic M,** editor. *Principles of research in medicine.* Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
- [5] **Puljak L.** Croatia founded a national body for ethics in science. *Sci Eng Ethics.* 2007; 14:191-3.

Table 1.

Bioethics teaching in Croatian Medical Schools at undergraduate, postgraduate and continuing education level as lectures (L), seminars (S) and practicals (P)

Zagreb, Split, Rijeka and Osijek University School of Medicine	Undergraduate course "Principles of Research in Medicine" (30 hours) since 1996.	Scientific research (L 2h), Types of study design and planning research (L 2h, S 2h), Responsible conduct of research (L 1h, S 2h), Evidence-based Medicine (L 2h, P 3h)
Split University School of Medicine	PhD postgraduate study "Evidence-based Clinical Medicine" (3 years) from 2008.	Ethics in clinical research (L 4h), Introduction to ethics, Specific characteristic of clinical trials, Legal issues, Differences in attitudes; The essential meaning of informed consent, Ethics Committee, Data and Safety Monitoring Committee, and similar bodies (P 4h) Assessment of ethical acceptability of research report)
Zagreb University School of Medicine	Continuing education course "How to plan and write research" (18 h) since 2002 [4]	Types of studies design and Evidence-Based writing (S 2h), Planning research (L 1h, S 1h, P 2h), Responsible conduct of research (L 2h)
Zagreb University School of Medicine	Continuing education "Good Clinical Practice (GCP) and conduct of clinical trials" (22 h), from 2008.	Planning of clinical trials (2h), Regulatory and ethical principles of clinical trials (2h)



Round Table Discussion: Die Implementierung des Ethik-Unterrichts im Rahmen der neuen Studienordnung „Medizin Curriculum Wien“ an der Medizinischen Universität Wien

Michael Peintinger

Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Med.Univ.Wien und Univ.Wien
michael.peintinger@meduniwien.ac.at

Im Zuge der mehrjährigen Entwicklung des MCW wurden in vielfältiger Weise neue Wege der Wissensvermittlung und Ausbildungsmöglichkeiten angestrebt. Zu diesen zählt etwa das begrüßenswerte Vorhaben, den Fokus über die theoretische Wissensvermittlung hinaus auch auf praktische Fertigkeiten auszudehnen.

Die Besonderheit des Curriculums erweist sich jedoch im Versuch, medizinische Kenntnisse weniger in isolierten Fächern darzulegen. Stattdessen sollen im Rahmen thematischer Blockbildungen alle relevanten Aspekte in Zusammenschau und bezogen auf die in der Gesellschaft vorrangig bedeutsamen Krankheitsbilder abgehandelt werden.

Jede Zusammenschau bedingt neben den naturwissenschaftlichen Kenntnissen zu- meist auch eine für Handlungsentscheidungen unabdingbare Bewertung. Dazu je- doch braucht es ein ethisches Grundwissen und eine zumindest in Ansätzen ange- sprochene Fähigkeit zur Reflexion, deren Beherrschung sich – anders als in den ver- gangenen Jahrzehnten – lediglich auf das Vertrauen vorhergehender persönlicher, familiärer oder kultureller Bildung gründen kann und sollte.

Mit anderen Worten: Nicht bloß aus der langjährigen und schmerzvollen Erfahrung, dass die Fähigkeit zur philosophischen Reflexion des ärztlichen Handelns bislang weder vermittelt noch eingeübt wurde, war schon frühzeitig nach Möglichkeiten gesucht worden, dem Fach Ethik einen Stellenwert im neuen Curriculum einzuräu- men und dessen relevante Erkenntnisse praxisorientiert zu vermitteln.

Der Spannungsbogen beginnt beim Einführungsmodul im ersten Block, in welchem das Wesen des Menschen und seine Beziehung zur Umwelt beleuchtet werden, wozu seitens der Ethik wesentliche Grundkenntnisse dargelegt werden. Er führt beispielsweise weiter über einen Block, in welchem zum Generalthema Forschung auch ethische Aspekte aufgezeigt werden, zu jenem Abschnitt, in dem ethisch Rel- evantes zum Gesamthema Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt wird.

Der Spannungsbogen mündet schließlich im für die Ethik zentralen Block 23, der schon im Titel „Arzt und Ethik. Der alte, kranke, sterbende Mensch“ seine beson- dere Bedeutung aufweist. So sind in diesem Block vier Vorlesungsstunden für die Themen „Selbstbestimmung und vier mittlere medizinethische Prinzipien“, die „Arzt-Patient-Beziehung“ und „Aufklärung“ reserviert. Eine weitere Vorlesung- seinheit befasst sich mit ethischen Aspekten des Krankheitsbildes „Apallisches Syn- drom“, in welchem nach der jeweils vorhergehenden Behandlung durch Neurologen und Intensivmediziner beispielsweise grundsätzliche Menschenwürdeaspekte oder

die allgemeine Therapiebegrenzungsproblematik angedeutet werden.

Die letzte ethische Vorlesungseinheit des Blocks 23 befasst sich schließlich in Zusammenschau mit der vorhergehenden neurologischen Abhandlung mit dem Krankheitsbild „Demenz“. Dabei werden sowohl auf die Belastung für Patient und Angehörige Bezug genommen als auch insbesondere die relevanten ethischen Aspekte zu Patientenverfügung und Stellvertreterentscheidungen dargelegt.

Ein Herzstück der Vermittlung von Ethik im Rahmen des MCW und des Block 23 stellt neben den Vorlesungen jedoch die Kleingruppenarbeit mit den Studentinnen und Studenten dar.

In Gruppen zu derzeit 20 Studierenden werden ethische Fallbesprechungen mit einem Tutor durchgeführt. Als Tutoren fungieren dabei aktive niedergelassene sowie in Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte, welche zuvor das Seminar „Ethische Grundfragen in der Medizin“ erfolgreich absolviert haben. Dieser Umstand bietet die absolute Gewähr, dass die mit den Studentinnen und Studenten jeweils behandelten und in Kongruenz zu den Vorlesungsthematiken stehenden Fälle nicht bloß theoretisch abgehandelt werden, sondern ihren Bezug zur Wirklichkeit nicht verlieren. Zudem erwies es sich in Diskussionen, welche sich an den vorbereiteten Fallbeispielen entzündeten, mehr als hilfreich, dass die als Tutoren tätigen Kolleginnen und Kollegen derartige einschlägige Entscheidungen im Alltag durchaus zu treffen gewöhnt sind!

Das Feedback der Studentinnen und Studenten, aber auch jenes der äußerst bemühten Tutorinnen und Tutoren bestätigt, dass dieses Vorgehen nicht nur auf lebhaftes Interesse stößt, sondern in der Erweiterung des je eigenen Horizontes auch als hilfreich für zukünftiges ärztliches Verhalten eingeschätzt wird.

Die bisherige Erfolgsgeschichte der Implementierung des Faches Ethik, welche auch von jenen Jungärztinnen und -ärzten bestätigt wird, die das MCW schon erfolgreich abgeschlossen haben, wäre unvollständig, wollte man nicht auch zwei Aspekte anführen, die gewissermaßen die Wermutstropfen darstellen.

Erstens, wenn auch der ungeheure Idealismus der als Tutoren tätigen Kolleginnen und Kollegen die bestmögliche Gestaltung gewährleisten, sollte doch bedacht werden, dass für diese absolut qualitätsvolle und in die Zukunft reichende Tätigkeit auch eine adäquate Honorierung selbstverständlich sein sollte.

Der zweite aus Sicht des Ethikvortragenden nach wie vor negativ zu bewertende Aspekt beruht auf dem Umstand, dass es selbst im Rahmen der mehrjährigen Entwicklungsphase mit keinen Argumenten seitens der Ethik gelingen konnte, die nachgerade kompromisslos vertretene Entscheidung der für das Studium Verantwortlichen, das Wissen in Form von „Multiple Choice – Verfahren“ abzufragen, zu relativieren, einem Verfahren, das für das Fach Ethik letztlich wohl mehr als problematisch angesehen werden muss.

20. 9. 2008, 11:40

Faktoren des Studienerfolgs im Medizinstudium der Medizinischen Universität Wien mit besonderer Berücksichtigung geschlechtspezifischer Unterschiede

Lukas Mitterauer¹, Oskar Frischenschlager², Gerald Haidinger³

¹Besondere Einrichtung für Qualitätssicherung, Universität Wien

Maria-Theresiengasse 3/15a, A-1090 Wien

lukas.mitterauer@univie.ac.at

²Zentrum für Public Health / Institut für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Wien
Severingasse 9, 1090 Wien

oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at

³Zentrum für Public Health / Abteilung für Epidemiologie, Medizinische Universität Wien

Borschkegasse 8a, 1090 Wien

gerald.haidinger@meduniwien.ac.at

Ausgangslage: Das neue Medizincurriculum (MCW) der (Medizinischen) Universität Wien, das erstmals im Studienjahr 02/03 vollständig umgesetzt wurde, bietet durch seinen starken Strukturierungsgrad gute Voraussetzungen, um den Studienerfolg laufend zu erfassen. Gleichzeitig bot das österreichische Hochschulsystem bis zum Studienjahr 05/06 aufgrund des “offenen Hochschulzugangs” die Möglichkeit, die Faktoren an einem unselektierten Sample zu erforschen, da es noch keine Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium gab.

Methode: Zu Beginn des Studiums wurde in einer der ersten Vorlesungen ein Fragebogen verteilt, der folgende Bereiche umfasste:

- Soziodemographische
- Daten
- familiärer Hintergrund
- Schulleistungen
- ökonomische Situation
- Lebensumstände
- soziale Integration und Gesundheit
- Lernkapazität
- Lernstil
- Studienmotivation
- Umgang mit Stress

In weiteren Untersuchungen kamen noch folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz das Inventar zur Erfassung von Lernstrategien im Studium (LIST) die Skala Prüfungsangst des Lernstrategieinventars (WLI) die Skalen “subjektive Lernkompeten” und “Erfolgserwartung” sowie selbstkonstruierte Items zum “strategischen

Lernen". Als Kriterium für den Studienerfolg wurde der Umstand, ob einE StudentIn im 3. Semester (bzw. 5. und 7. Semester) in der Kleingruppeneinteilung der prüfungsimmanenten Lehrveranstaltungen aufschien, herangezogen. Voraussetzung des Aufscheinens in der Kleingruppeneinteilung ist die positive Absolvierung einer summativen integrativen (Jahres-)Prüfung (SIP1 bzw. SIP2, SIP3). Von den 1327 StudienanfängerInnen des Studienjahres 02/03 wurden 674 (50,8%) befragt. In der Replikation im Studienjahr 03/04 füllten von den 1201 StudienanfängerInnen 839 Personen (69,9%) den Fragebogen aus. Bei der Erhebung zu den Lernstrategien im Studienjahr 04/05 beteiligten sich 500 Studierende. In der Folgestudie im Studienjahr 05/06 zum strategischen Lernen wurden 726 Fragebögen ausgefüllt.

Ergebnisse: In der ersten Befragungswelle des STJ0203 konnten vier prädiktive Faktoren gefunden werden und zwar männliches Geschlecht, deutsche Muttersprache, gute Schulnoten und hohe Lernkapazität (Frischenschlager et al. 2005). Dieses Ergebnis wurde im Folgejahr repliziert (Haidinger et al. 2006).

Vor allem der Befund, dass weibliche Studierende (trotz besserer Schulnoten) bei der SIP1 schlechter abschnitten wurde zum Anlass genommen, an der Universität Graz und der Veterinärmedizinischen Universität Wien ebenfalls Studien durchzuführen. In Graz, wo anstelle der einen großen SIP kleinere Teilprüfungen zu leisten sind, tritt der Geschlechtseffekt nicht auf, die anderen Faktoren bleiben jedoch bestehen (unpublished). An der Veterinärmedizinischen Universität (Mitterauer et al. 2007b) mit einer großen Prüfung hingegen zeigten sich nahezu idente Resultate, wie an der MUW.

Die weitere Analyse des Studienverlaufs an der MUW zeigte, dass weibliche Studierende mit ein bis zwei Jahren Verzögerung wieder in das Studium kommen (Mitterauer et al. 2007a). Der "Geschlechtseffekt" muss somit, mit dem Lernen zusammen hängen. Es wurden daher in einer weiteren Befragung die Lernstrategien (Wie eigne ich mir selbst das Wissen an, um es wiedergeben zu können?) erhoben (Frischenschlager et al. 2007). Es konnten zwar einige Aspekte gefunden werden, die erfolgsrelevant sind und einige, in denen sich die Geschlechter unterschieden. Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Erfolgreichen bzw. Erfolglosen traten nur bei der subjektiven Erfolgserwartung auf. Dieser Umstand allein kann den Geschlechtseffekt jedoch nicht aufklären. Es wurde daher ein neues Instrument entwickelt, das auf das strategische Lernen (also nicht verstehensorientiertes Lernen, sondern prüfungsorientiertes) abzielt (Haidinger et al. 2008). Männliche Studierende zeigen eine deutlich strategischere Ausrichtung ihres Lernverhaltens. Interessant erscheint darüber hinaus, dass ein auf Verstehen ausgerichtetes Lernen für den Prüfungserfolg nicht relevant ist.

Im Studienjahr 2006/07 wurde an den medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck der Eignungstest Medizin-Studium (EMS) als Aufnahmeverfahren eingeführt. Da der EMS sich ebenfalls als signifikant geschlechtsspezifisch erwies, wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die SIP-1 (am Ende des ersten Studienjahres dieses ersten vorselektierten Jahrganges) weiterhin geschlechtsselektiv ist (Mitterauer et

al. 2008). Wir fanden die Geschlechtsselektivität in nahezu demselben Ausmaß erhalten. EMS und SIP sind somit zwei voneinander weitgehend unabhängige, additiv wirksame, zu Ungunsten von Frauen geschlechtsselektive Faktoren (OR=2,14; 95%CI 1,68-2,72).

Literatur:

Frischenschlager Oskar, Haidinger Gerald & Mitterauer Lukas (2005): Factors associated with academic success at Vienna Medical School: Prospective survey In: Croatian Medical Journal 46 (1): S. 58-65.

Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas, Scharinger Irina, Haidinger Gerald (2007): Einfluss von Lernverhalten und Lernstrategien auf die paradoxen Geschlechtsunterschiede in den Erfolgsraten im Wiener Medizinstudium. Das Hochschulwesen 55, 6:175-179.

Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas (2006): Reliability of predictors of study success in medicine. Wiener Medizinische Wochenschrift 156,13-14:416-420.

Haidinger Gerald, Mitterauer Lukas, Rimroth Evelyne, Frischenschlager Oskar (2008): Lernstrategien oder strategisches Lernen? Gender-abhängige Erfolgsstrategien im Medizinstudium an der Medizinischen Universität Wien. Wiener Klinische Wochenschrift 120,1-2:337-45.

Mitterauer Lukas, Frischenschlager Oskar, Haidinger Gerald (2007a): Sex differences in study progress at Medical University of Vienna. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 24,2:Doc111 (20070523).

Mitterauer Lukas, Frischenschlager Oskar, Künzel W, Haidinger Gerald (2007b): Prognose des Studienerfolgs an der Veterinärmedizinischen Universität Wien: eine prospektive Studie. Wiener Tierärztliche Monatsschrift 3/4:58-63.

Mitterauer Lukas, Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar (2008): An accumulation of two independent selection factors decreases the success rate of female students at the MUV (Medical University of Vienna). Wiener Medizinische Wochenschrift, in print.



2 Workshops

Workshop	Facilitator	Raum/room
Mittwoch/Wednesday 09:00		
0	Plass	KW32
Donnerstag/Thursday 14:30		
1a	Schravendijk, März	B1
1b	Čavaljuga, De Lepeleer, Govaert	B2
1c	Schmidts et al.	C1
Freitag/Friday 10:15		
2a	Kiessling	B1
2b	Wiener, Plass	B2
2c	Merl	C1
Freitag/Friday 15:45		
3a	Muhr	B1
3b	Golaszewski, Kieslinger	B2
3c	Guided Tour	–

Workshop 1a, 18. 9. 2008, 15:00

Research for medical students - how much (or how little) is appropriate?

Chris van Schravendijk¹, Richard März²

¹Diabetes Research Center, Unit of Protein Biochemistry, Vrije Universiteit Brussel - GF
Laarbeeklaan 103, B1090 Brussels, Belgium
chrisvs@vub.ac.be

² Core Unit for Medical Education, Medical University Vienna
Spitalgasse 23, A 1090 Vienna, Austria
richard.maerz@meduniwien.ac.at

The workshop will focus on defining curricular elements and institutional support structures appropriate for the desired outcome.

For abstract see Lecture by Chris van Schravendijk held on Thursday 11:30,
c.f. page 8



Workshop 1b, 18. 9. 2008, 15:00

Planning, successfully applying for, and running a EU TEMPUS project: The Bosnia and Herzegovina medical education stakeholders and their role in quality assurance procedures (JEP-41055-2006).

Semra Čavaljuga¹, Geert De Lepeleer², Andre Govaert²

¹EU Tempus JEP-41055-2006 Coordinator, Faculty of Medicine, University of Sarajevo

²Katholieke Hogeschool Sint-Lieven

Gebroeders Desmetstraat 1, B-9000 Gent,

geert.delepeleer@kahosl.be andre.govaert@kahosl.be

How can a EU Tempus project be “born”? How is any project “born”? What are the steps in idea modelling? Are there any steps that can be stated in general, for any project? If you know some tips and tricks can you share them with us? Those are the standard questions one is asking in a wish to know more and to create a successful application. And, of course, those are the questions we were asked from our colleagues. One might say, after a project is awarded, that there are tips and tricks. Especially if one applies only once and has a project to run soon afterwards. Who is more important –BiH partners, EU partners, or us? Who is the most important? What are the experiences after one year of running the project? What are the opportunities and strengths and what are possible limitations in running and applying the project ideas into practice?

Starting from the beginning, the idea for the EU Tempus project “The Bosnia and Herzegovina medical education stakeholders and their role in quality assurance procedures with code JEP-41055-2006” (JEP means Joint European Project) must be credited to the creating team (afterward the creating team became the coordination team) from the Faculty of Medicine, University of Sarajevo (FoM UnSa) working on the higher education reform within the medical education, but also with the UnSa Rectorate team. Besides that, participation in other EU Tempus projects coordinated by different BiH universities and faculties (most of the BiH universities have not yet being integrated) helped in the idea development. In the planning phase, it is rather important to work on the application with a contractor team, as most of the activities related to the project programme part should be taken as joint activities with them. That is very important for the projects where some of the proposed procedures are considered standard for the contacting institution. Then, there are EU partners whose contribution to this kind of projects is extremely important for the project success. And, last but not least, there are “local” partners who play very important role in every project.

During this workshop, our current experience from this EU Tempus project from the very beginning will be described. With the help of all participants, it should be possible to find a common recipe for creating, awarding and running a successful higher education reform project (if there is a one).

Workshop 1c, 18. 9. 2008, 15:00

How to set up an OSCE

Michael Schmidts et al.

Core Unit for Medical Education, Medical University Vienna
Spitalgasse 23, A-1090 Vienna, Austria
michael.schmidts@meduniwien.ac.at

The OSCE (objective structured/standardized clinical examination) introduces validity and reliability into practical assessment. Based on over 10 years experience with OSCEs at the Medical University of Vienna, we will try to concentrate on the most important aspects of test-preparation, test-implementation and analysis of the results. Activities of the participants will include task-analysis and checklist-generation, standard-setting (via modified-Angoff), observer-training to decrease interrater-reliability, hands-on OSCE stations using role-play and some practise on statistical analysis (generalisability). No prerequisite knowledge or clinical skills are required for participation, but we will highly appreciate your active engagement.



Workshop 2a, 19. 9. 2008, 10:15

Kommunikative und soziale Kompetenzen - von der Theorie zur Praxis

Claudia Kiessling¹, Katharina Roch², Angela Trubrich², Oskar Frischenschlager³

¹Studiendekanat, Medizinische Fakultät der Universität Basel
Klingelbergstr. 23, CH-4031 Basel
claudia.kiessling@unibas.ch

²Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien,
Währinger Straße 13a, 1090 Wien, Austria
katharina.roch@gmx.at
angela_trubrich@hotmail.com

³Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Wien
Severingasse 9, A-1090 Wien, Austria
oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at

Planning and implementing a communication skills curriculum in medical education start with the definition of theoretical backgrounds, competencies, and educational objectives students have to achieve during their course of study. Outcomes and objectives are the foundation for a blueprint for teaching and learning tools, assessment, and evaluation. The workshop gives the opportunity to discuss the Basel Consensus Statement "communicative and social competencies in medical education", existing blueprints, didactic methods, and assessment tools. The participants will develop a first draft of a communication skills curriculum and explore the relevance for their own teaching and learning environment. Additionally, first results of a cross sectional study will be presented on how communication skills are presently trained and assessed in the German speaking countries.

Workshop 2b, 19. 9. 2008, 10:15

Team-Based Learning

Hubert Wiener, Herbert Plass

Besondere Einrichtung für medizinische Aus- und Weiterbildung, Medizinische Universität Wien,
Spitalgasse 23, A-1090 Wien, Österreich
hubert.wiener@meduniwien.ac.at
herbert.plass@meduniwien.ac.at

Team-Based Learning is a well-defined instructional strategy that is being employed increasingly in medical education. This approach allows a single instructor to manage multiple small groups simultaneously in one classroom and has the potential to promote active, small group, interactive learning without requiring large numbers of faculty facilitators. The structure of the team-based learning sequence fosters a very high level of content learning by giving students several passes at increasing their understanding of the course material. The first pass occurs at the level of individual study of the material before class activities, a task for which they are held accountable on the first individual test. Then, during the four steps of the Readiness Assurance Process, students increase their understanding by trying to answer questions individually and through group discussion, reviewing the assigned readings to make appeals, and receiving additional focused input from the instructor being an expert in his field.



Workshop 2c, 19. 9. 2008, 10:15

Praxisnahe Ausbildung, ausbildungsnahe Praxis

Patrick Merl

patrick_merl@t-online.de

Der Workshop gibt Einblick in Weiterbildungssysteme der deutschsprachigen Gesundheitssysteme. Aktuelle Entwicklungen zur Verbesserung der postpromotionalen Weiterbildung werden vorgestellt und auf Ihre Umsetzbarkeit überprüft. Gemeinsam sollen strukturelle, organisatorische und didaktische Voraussetzungen erörtert werden, die zu einer Verbesserung der Weiterbildungsqualität Voraussetzung sind. Implikationen für das Medizinstudium werden ebenfalls thematisiert.

Workshop 3a, 19. 9. 2008, 15:45

Gender and Medicine - What are appropriate ways to place these concepts in the Medical Curriculum

Carin Muhr

Department of Neuroscience, Neurology, University Uppsala
Uppsala, Sweden
carin.muhr@neurologi.uu.se

The workshop will present the curriculum and experiences from twelve years' experience of an elective course in Gender Medicine, International Gender Medicine courses and a Course in Cultural Competency with gender perspective at Uppsala University, Sweden.

Goal with Gender in Medicine: Create awareness about the value of Gender Competency and provide evidence how Gender Competency improves medical care.

Methods: *Elective or compulsory courses* to enable intense and specialised courses and provide possibilities and climate for discussion and time for reflection. *Mainstreaming* to facilitate continuous gender perspective to be applied.

- *Lectures and Seminars* by interested and trained professors
- *Active participation from students*
 - Project work in groups
 - Small group discussions, preferably led by senior students
 - Role plays
- *Examination*
- *Credits*

Some Subjects to address: Gender competency, Gender awareness and Gender sensitivity. Gender contract and Gender roles. Gender differences in diseases, and the impact of these in daily medical practice. Psychosocial situations of women and men and implications on health issues. Domestic violence. The impact of culture on gender roles and health issues.

Rational: *Biological gender differences* Research has clearly brought forth evidence that gender differences are important to take into account as not to misjudge medical situations. In cardiology, for example, the commonly used diagnostic criteria for myocardial infarction was found to give a description of signs and symptoms suitable for men but even misleading when applied in women. Other diseases are mental depression, eating disorders, osteoporosis, rheumatological disorders, headache, susceptibility to environmental factors, infections, efficacy as well as side

effects to medication and other treatment modalities. These biological differences constitute a solid base and are most often easily accepted as important. Furthermore, domestic violence is an area which is essential to address as the affected women and children need to be diagnosed properly and cared for by doctors. The psychosocial aspects of a person's life situation are of great importance and have a great impact on health issues of that person.

Gender roles and Gender contracts: The life situation of women and men in the same society is to a high degree dictated by the gender roles in that society. This has to be taken into account when caring for the patient.

Gender roles are learned from early life and it is well known that baby boys will be treated differently than baby girls and certain behaviour in a boy will be judged differently compared to the exact same behaviour in a girl. We are all part of these cultural influences and we encounter these every day, usually without questioning them. We therefore have to become aware of our own cultural norms and beliefs as gender roles are an important part of these. We all create our own conceptual reality, thus the conceptual reality is 100 % personal. This means also that we have the ability to decide how to form it.

Knowledge, especially achieved by personal experience, is one of the most powerful tools to make us become aware. It is often helpful to interact with persons from other cultures as it is much easier to identify values and attitudes within other cultures especially when these are not the same as ours. It is also much easier and less threatening to accept that there are gender roles in a foreign culture which in some ways discriminate one of the genders.

“Gender contracts” define what is appropriate for a man and a woman, respectively and control what to say, to care for, how to behave, to dress, which profession to choose, which hobbies and much more.

Within different cultures it is clear that these contracts are different. But in most instances the female gender contract is associated with activities that are valued less. Women are in many cultures seen as less valuable and are not allowed the same rights and status as men. This often has considerable health effects. Statistics also in a country like Sweden reveals that women get less qualified medical care compared to men.

Today, however, also men start to question if the “male gender contract” that they are expected to adopt is what they really want. When a person is breaking away from the expected gender contract she/he is usually punished and judged as strange or even “queer”.

It might also be a conflict for both women and men to find a balance in the new roles that develop in line with new lifestyles, especially when family life is changing considerably. All these factors play a major role to increase the stress burden on many patients and might cause stress related syndromes and also increase the burden on a person already faced with an illness. Many of the illnesses which patients seek medical advice for today are to a considerable part caused by or aggravated by

psychosocial problems that are gender related. The psychosocial gender situation of the patient is thus important to take into account.

In summary: An understanding and awareness of how gender roles and norms influence patient-doctor interactions, Gender Competency, is of paramount importance in the medical care of patients of both genders. Students can be made to realize the implications of these unwritten rules through lectures and seminars by trained professors from different medical fields. If students are allowed to take active part in the teaching (e.g. through discussion, also small group discussions, debate, role plays and project work) their learning will be enhanced. A multicultural participation will also facilitate the understanding of gender roles and increase gender sensitivity.



Workshop 3b, 19. 9. 2008, 15:45

Teaching clinical medicine in the 21st century – Introducing leadership

Stefan M. Golaszewski, Klaus Kieslinger

Departement of Neurology, Christian Doppler Klinik Salzburg
Ignaz-Harrer Str. 79, 5020 Salzburg, Austria
s.golaszewski@salk.at
k.kieslinger@salk.at

Workshop in English or German – depending on audience preference

Leadership – the art of being an inspiring team leader – is gaining more and more importance, not only in management sciences but also in medicine. Doctors on every level, from the first training posts up to the high ranks will have to direct, supervise and motivate teams, be it nursing staff, students, other doctors or even hospital managers.

How can we introduce these essential skills in medical education early on and train future doctors to be effective team leaders? This will be the issue of the workshop led by Doz. Dr. Stephan Golaszewski and Dr. Klaus-Dieter Kieslinger, clinical teachers at the Paracelsus Private Medical University Salzburg.

Workshop 3c, 19. 9. 2008, 15:45

Guided tour through the campus of the Medical University of Graz – A young university with a long-standing tradition

The Medical University of Graz is a young university with a long-standing tradition: As early as 1863 much emphasis was laid on medical research and the education of new physicians, both of which proved to be very successful. In January 2004, the former Faculty of Medicine was replaced by an autonomous university. At the Medical University of Graz students have a state-of-the-art infrastructure, innovative technologies and internationally renowned and committed researchers and scientific staff at their disposal.

Infrastructure: State-of-the-art research infrastructure like the Center of Medical Research (ZMF), which opened in 2004 and offers a total area of 4,100m² for research. Apart from that there are numerous special labs, an audio-visual unit and a library with study center and an ample supply of literature.

Campus sights: Pre-Clinical Institutes, Hospital “LKH-Universitäts-Klinikum”, Medical Research Center (ZMF), Library, and study center



3 Posters

Donnerstag, 18:00

Die Poster befinden sich vor dem Eingang zu Hörsaal D

Thursday, 18:00

Poster presentation in the entrance zone of lecture hall D

Lukas Mitterauer, Oskar Frischenschlager, Gerald Haidinger

Faktoren des Studienerfolgs im Medizinstudium der Medizinischen Universität Wien mit besonderer Berücksichtigung geschlechtspezifischer Unterschiede

Das neue Medizincurriculum der (Medizinischen) Universität Wien (MCW), das erstmals im Studienjahr 02/03 vollständig umgesetzt wurde, bietet durch seinen starken Strukturierungsgrad gute Voraussetzungen, um den Studienerfolg laufend zu erfassen. Gleichzeitig bot das österreichische Hochschulsystem bis zum Studienjahr 2005/06 die Möglichkeit, die Faktoren an einem unselektierten Sample zu erforschen, da es noch keine Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium gab.

Methoden:

Zu Beginn des Studiums wurde in einer der ersten Vorlesungen ein Fragebogen verteilt, der folgende Bereiche umfasste

- Soziodemographische Daten
- familiärer Hintergrund
- Schulleistungen
- ökonomische Situation
- Lebensumstände
- soziale Integration und Gesundheit
- Lernkapazität
- Lernstil
- Studienmotivation
- Umgang mit Stress

In weiteren Untersuchungen kamen noch folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz

- das Inventar zur Erfassung von Lernstrategien im Studium (LIST)
- die Skala Prüfungsangst des Lernstrategieinventars (WLI)
- die Skalen „subjektive Lernkompetenz“ und „Erfolgserwartung“ sowie
- selbstkonstruierte Items zum „strategischen Lernen“

Als Kriterium für den Studienerfolg wurde der Umstand, ob ein StudentIn im 3. Semester (bzw. 5. und 7. Semester) in der Kleingruppeneinteilung der prüfungsimmanenten Lehrveranstaltungen aufschien, herangezogen. Voraussetzung des Aufstiegens in der Kleingruppeneinteilung ist die positive Absolvierung einer summativen integrativen (Jahres-)Prüfung (SIP1 bzw. SIP2, SIP3).

Von den 1327 StudienanfängerInnen des Studienjahres 02/03 wurden 674 (50,8%) befragt. In der Replikation im Studienjahr 03/04 füllten von den 1201 StudienanfängerInnen 839 Personen (69,9%) den Fragebogen aus. Bei der Erhebung zu den Lernstrategien im Studienjahr 04/05 beteiligten sich 500 Studierende. In der Folgestudie im Studienjahr 05/06 zum strategischen Lernen wurden 726 Fragebögen ausgefüllt. Bei der Vergleichsstudie an der Veterinärmedizinischen Universität Wien im STJ 04/05 konnten 183 der 337 StudienanfängerInnen erreicht werden.

Ergebnisse:

In der ersten Befragungswelle des STJ0203 konnten vier prädiktive Faktoren gefunden werden und zwar männliches Geschlecht, deutsche Muttersprache, gute Schulnoten und hohe Lernkapazität (Frischenschlager et al. 2005a, Haidinger et al. 2005). Dieses Ergebnis konnte im Folgejahr repliziert werden (Haidinger et al. 2006). Im Zuge der Diskussion um die Einführung eines Aufnahmeverfahrens wurde untersucht, welche Auswirkungen ein schulnotengesteuerter „numerus clausus“ auf die Zusammensetzung der Medizinstudierenden hätte (Mitterauer et al. 2004, Frischenschlager et al. 2005b, Frischenschlager et al. 2007a). Es zeigte sich, dass keiner der erhobenen Faktoren, obwohl mehrheitlich signifikant, eine ausreichende Trennschärfe aufweist, um als Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium eingesetzt zu werden.

Vor allem der Befund, dass weibliche Studierende (trotz besserer Schulnoten) bei der SIP schlechter abschnitten wurde zum Anlass genommen, an der Universität Graz und der Veterinärmedizinischen Universität Wien ebenfalls Studien durchzuführen. In

Graz, wo anstelle der einen großen SIP kleinere Teilprüfungen zu leisten sind, tritt der Geschlechtseffekt nicht auf, die anderen Faktoren bleiben jedoch bestehen (unpublished). An der Veterinärmedizinischen Universität (Mitterauer et al. 2007b) mit einer großen Prüfung hingegen zeigten sich nahezu identische Resultate, wie an der MUW. Lediglich „Deutsch als Muttersprache“ war wegen zu geringer Fallzahl kein relevanter Prädiktor. Die Ergebnisse der bisherigen Studien wurden zum Anlass genommen erste Vorschläge zur Modifizierung des Medizincurriculums zu formulieren. Zentraler Punkt war hier die Aufteilung der SIPs in kleinere Prüfungen und das Hinterfragen der Prüfungsmethodik (Haidinger et al. 2007).

Die weitere Analyse des Studienverlaufs an der MUW zeigte, dass weibliche Studierende mit ein bis zwei Jahren Verzögerung wieder in das Studium kommen (Mitterauer et al. 2007a). Der „Geschlechtseffekt“ muss somit, mit dem Lernen zusammen hängen. Es wurden daher in einer weiteren Befragung die Lernstrategien (Wie eigne ich mir selbst das Wissen an, um es wiedergeben zu können?) erhoben (Frischenschlager et al. 2007b). Es konnten zwar einige Aspekte gefunden werden, die erfolgsrelevant sind (Lernaufwand, Lernbeginn, subjektive Lernkompetenz). Auch gab es bei einzelnen Faktoren Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Gestaltung der Studienumgebung, Prüfungsangst). Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Erfolgreichen bzw. Erfolglosen traten nur bei der subjektiven Erfolgserwartung auf. Dieser Umstand allein kann den Geschlechtseffekt jedoch nicht aufklären. Es wurde daher ein neues Instrument entwickelt, das auf das strategische Lernen (also nicht auf das Verstehensorientierte Lernen, sondern auf das Prüfungsorientierte) abzielt (Haidinger et al. 2008). Männliche Studierende zeigen eine deutlich strategischere Ausrichtung ihres Lernverhaltens. Interessant erscheint darüber hinaus, dass ein auf Verstehen ausgerichtetes Lernen für den Prüfungserfolg nicht relevant ist.

Im Studienjahr 2006/07 wurde an den medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck der Eignungstest Medizin-Studium (EMS) als Aufnahmeverfahren eingeführt. Da der EMS sich ebenfalls als signifikant geschlechtsspezifisch erwies, wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die SIP-1 (am Ende des ersten Studienjahres dieses ersten vorselektierten Jahrganges) weiterhin geschlechtsselektiv ist (Mitterauer et al. 2008). Wir fanden die Geschlechtsselektivität in nahezu demselben Ausmaß erhalten. EMS und SIP sind somit zwei voneinander weitgehend unabhängige, additiv wirksame, zu Ungunsten von Frauen geschlechtsselektive Faktoren (OR=2,14; 95%CI 1,68-2,72).

Literatur:

- Frischenschlager Oskar, Haidinger Gerald & Mitterauer Lukas (2005a): Factors associated with academic success at Vienna Medical School: Prospective survey In: Croatian Medical Journal 46 (1): S. 58-65.
- Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas, Haidinger Gerald (2005b): Leistungsfaktoren als potenzielle Auswahlkriterien im Medizinstudium. In: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 06/2005 S. 34-41.
- Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas, Haidinger Gerald (2007a): Leistungsbezogene Auswahlkriterien im Medizinstudium. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 24,2:Doc86 (20070523).
- Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas, Scharinger Irina, Haidinger Gerald (2007b): Einfluss von Lernverhalten und Lernstrategien auf die paradoxen Geschlechtsunterschiede in den Erfolgsraten im Wiener Medizinstudium. Das Hochschulwesen 55, 6:175-179.
- Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas (2005): Prediction of success in the first-year exam in the study of medicine – a prospective survey In: Wiener Klinische Wochenschrift 117/23-24 S. 827-832.
- Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas (2006): Reliability of predictors of study success in medicine. Wiener Medizinische Wochenschrift 156,13-14:416-420.
- Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar, Mitterauer Lukas (2007): Leistungsbeurteilung im MCW – Vorschläge zur Nachjustierung. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 24, 2:Doc86 (20070395).
- Haidinger Gerald, Mitterauer Lukas, Rimroth Evelyn, Frischenschlager Oskar (2008): Lernstrategien oder strategisches Lernen? Gender-abhängige Erfolgsstrategien im Medizinstudium an der Medizinischen Universität Wien. Wiener Klinische Wochenschrift 120,1-2:337-45.
- Mitterauer, Lukas; Haidinger, Gerald & Frischenschlager, Oskar (2004): Die Treffsicherheit von Auswahlkriterien für einen hypothetischen „Numerus Clausus“. In: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 02/2004 S. 1-9.
- Mitterauer Lukas, Frischenschlager Oskar, Haidinger Gerald (2007a): Sex differences in study progress at Medical University of Vienna. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 24,2:Doc111 (20070523).
- Mitterauer Lukas, Frischenschlager Oskar, Künzel W, Haidinger Gerald (2007b): Prognose des Studienerfolgs an der Veterinärmedizinischen Universität Wien: eine prospektive Studie. Wiener Tierärztliche Monatsschrift 3/4:58-63.
- Mitterauer Lukas, Haidinger Gerald, Frischenschlager Oskar (2008): An accumulation of two independent selection factors decreases the success rate of female students at the MUV (Medical University of Vienna). Wiener Medizinische Wochenschrift, in print.



Poster 1

Faktoren des Studienerfolgs im Medizinstudium der Medizinischen Universität Wien mit besonderer Berücksichtigung geschlechtspezifischer Unterschiede

Lukas Mitterauer¹, Oskar Frischenschlager², Gerald Haidinger³

¹Besondere Einrichtung für Qualitätssicherung, Universität Wien

Maria-Theresiengasse 3/15a, A-1090 Wien

lukas.mitterauer@univie.ac.at

²Zentrum für Public Health / Institut für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Wien

Severingasse 9, 1090 Wien

oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at

³Zentrum für Public Health / Abteilung für Epidemiologie, Medizinische Universität Wien

Borschkegasse 8a, 1090 Wien

gerald.haidinger@meduniwien.ac.at

For abstract c.f. Lecture Mitterauer, Frischenschlager, Haidinger, p.23

THE EDUCATION AND TRAINING IN OCCUPATIONAL HEALTH IN SOUTH EAST EUROPE COUNTRIES AND IN EUROPE UNION

Nurka Pranjić

Department of Occupational Medicine, Tuzla University School of Medicine, Univerzitetska 1, 75 000 Tuzla, Bosnia and Herzegovina

During the next five years the European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM) vision is the development of European teaching experiences and the development of a Quality Assurance approach to the provision of specialist training and courses for continuing professional development. The aims of this presentation are to evaluate current situation CPD and CME in OH in SE Europe countries and in Europe Union (EU).

OH specialists in SE Europe countries are limited to the training about working environment. Also, OH specialists in the “classical” concept do not have enough education and knowledge for preventive work. The numbers of human resources are, however, limited and the existing resources partly utilized in other sectors than occupational health. The generation shift is also ahead and the retiring experts should be replaced by the new ones with good training and competence. In EU in most countries the internal structure of CME has been in evaluation. Only Croatia from Balkans was found evaluation structure to the CME and CPD. According to the quality assurance approach, we have problem in current situation because specialty training in EU was not in 70% countries the management responsibility of Universities/ Medical schools, but that of professional bodies and/ or academic hospitals.

Specialty training program should be exposed to academic standards and principles respecting. Basic research skills are a core competence for medical under- and post-graduate’s education. According to the quality assurance approach one year of the training for any specialty can be related to research. To secure good standards in patient/ workers treatment and medical education it is need to promote the growth of **collaborative research** and development quality of research education since the understanding of research is essential to the development of best clinical practice.

Key words: continued professional development, continued medical education, occupational health, collaborative research



Poster 2

The Education and Training in Occupational Health in South East Europe Countries and in Europe Union**Nurka Pranjić**

Department of Occupational Medicine, Tuzla University School of Medicine,
Univerzitetska 1, 75 000 Tuzla,
Bosnia and Herzegovina,
pranicnurka@hotmail.com

During the next five years the European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM) vision is the development of European teaching experiences and the development of a Quality Assurance approach to the provision of specialist training and courses for continuing professional development. The aims of this presentation are to evaluate current situation CPD and CME in OH in SE Europe countries and in Europe Union (EU). OH specialists in SE Europe countries are limited to the training about working environment. Also, OH specialists in the “classical” concept do not have enough education and knowledge for preventive work. The numbers of human resources are, however, limited and the existing resources partly utilized in other sectors than occupational health. The generation shift is also ahead and the retiring experts should be replaced by the new ones with good training and competence. In EU in most countries the internal structure of CME has been in evaluation. Only Croatia from Balkans was found evaluation structure to the CME and CPD. According to the quality assurance approach, we have problem in current situation because specialty training in EU was not in 70% countries the management responsibility of Universities/ Medical schools, but that of professional bodies and/ or academic hospitals. Specialty training program should be exposed to academic standards and principles respecting. Basic research skills are a core competence for medical under- and post- graduate's education. According to the quality assurance approach one year of the training for any specialty can be related to research. To secure good standards in patient/ workers treatment and medical education it is need to promote the growth of collaborative research and development quality of research education since the understanding of research is essential to the development of best clinical practice. Key words: continued professional development, continued medical education, occupational health, collaborative research

Information Search and Collaborative Working practical computer training for medical students

Wolfgang Wyskovsky¹, Herbert Plass¹, Hubert Wiener¹,
Thomas Link², Thorsten Sigmund², Richard Marz¹

¹Science and International Relations, ²Methods and Development Core Unit for Medical Education,
Medical University of Vienna, Austria



Introduction Computer work has become an important component of studying. Although many students use computers for everyday work, they rarely search for scientific contents or use it for collaborative working. In a practical training course medical students had to find specific information about a certain topic, to compile an overview, and discuss the outcome.

Methods and Outcome Teams consisting of 2 or 3 students had to choose one of eight topics. A list of useful sources was provided to the students. Every student did their own search. Then a group report had to be generated. Finally students were asked to answer a questionnaire.

As a working environment a web tool developed in our unit has been used (Fig 1).

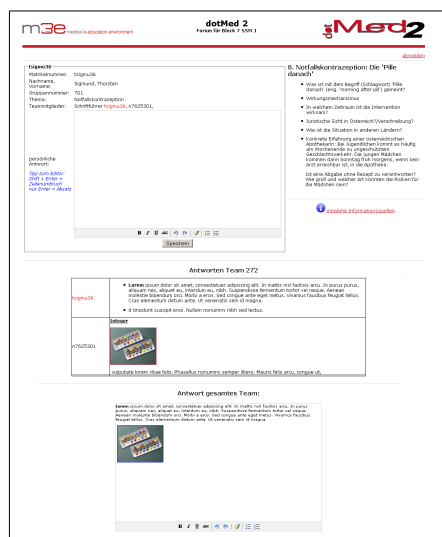


Figure 1. After login a text area for entering the gathered information was displayed. To the right a list of pertinent questions was provided. In the center of the page the entries of the other team members was displayed. In the bottom frame the group's summary had to be entered. This summary was then submitted.

Table 2: From the final Questionnaire: Students' ranking of importance of topics (Likert scale, 1 (best) – 6 (worst), mean±SEM, n=624)

topic	importance
medical content	1.8 ± 0.1
social competence	3.0 ± 0.1
communicative competence	3.5 ± 0.1
manual skill	4.2 ± 0.1
character (tolerance to stress, commitment, ...)	4.6 ± 0.1
knowledge of recent literature	5.5 ± 0.1
research skills	5.5 ± 0.1

It appears that students prefer common medical problems like alcoholism and contraception. Ethically controversial (scientific) themes like the use of stem cells or prenatal screening are not favoured although they are heavily discussed by the public. Interestingly, preventive medicine was not of interest.

In the final questionnaire, reading the literature and scientific skills were considered to have the lowest value.

Table 1: Interest in the topics provided

rank	theme	# of Groups
1	alcohol dependence	62
2	emergency contraception: 'morning after pill'	56
3	renal transplantation	40
4	smoking and ban on smoking	40
5	vaccination	27
6	stem cells	15
7	prenatal screening	12
8	preventive medical checkup	1

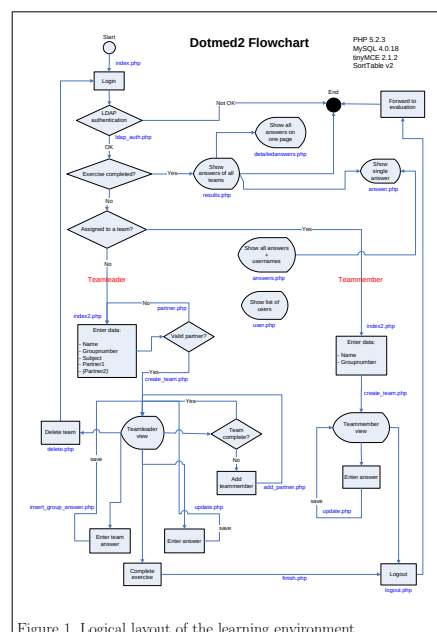


Figure 1. Logical layout of the learning environment



Poster 3

Information Search and Collaborative Working**Practical computer training for medical students**

Wolfgang Wyskovsky, Herbert Plass, Hubert Wiener, Thorsten Sigmund, Thomas Link, Richard Marz

Core Unit of Medical Education, Medical University of Vienna

Spitalgasse 23, A-1090 Vienna, Austria

wolfgang.wyskovsky@meduniwien.ac.at

herbert.plass@meduniwien.ac.at

huber.wiener@meduniwien.ac.at

thorsten.sigmund@meduniwien.ac.at

thomas.link@gmx.at

richard.maerz@meduniwien.ac.at

Working with a computer has become an important part of our students' life. Although many students use computers for everyday activities, searching the web for information is too often done with little critical attention to the reliability of the source. The web is rarely searched for scientific content or used for collaborative work.

In a practical training session medical students had to find specific information about a given topic, compile an overview, and discuss the outcome. Teams of 2 or 3 students, chose one of eight topics. Every student then had to do their own search and document the findings. Finally the team had to submit a written summary. A collaborative working environment was developed for this purpose.

Topics for search and discussion were somewhat controversial medical issues which are also broadly discussed by the public such as the "morning after pill" (table 1).

It appears that students prefer common medical problems like alcoholism and contraception. Ethically controversial (scientific) topics like the use of stem cells or prenatal screening are not favored although they are heavily discussed in the public. Interestingly, preventive medicine was not of interest.

Table 1: Relative interest in the topics provided for discussion

1	alcohol dependence	62
2	emergency contraception: 'morning after pill'	56
3	renal transplantation	40
4	smoking and ban on smoking	40
5	vaccination	27
6	stem cells	15
7	prenatal screening	12
8	preventive medical checkup	1

UNIVERSITY OF MICHIGAN
1115 S. ZEEB RD.
ANN ARBOR, MI 48106-1115

Konzept

Geschlechtsspezifische Fragestellungen und Unterschiede wahrnehmen und sichtbar machen

Verwendung geschlechts-spezifischer Sprache und visueller Darstellungen

Checkliste Gender & Medizin



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN

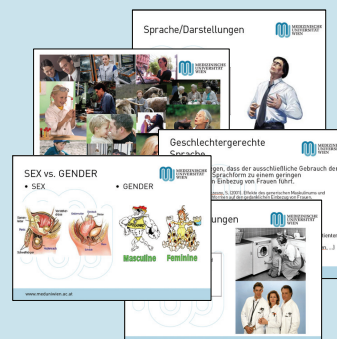
Geschlechtssensible Methodenwahl

- Sind die Methoden, die dargestellt/angewandt werden, dazu geeignet, geschlechtsspezifische Unterschiede auch in das Blickfeld zu rücken? Wenn nicht, warum nicht bzw. warum ist das nicht notwendig?

Verwendete Literatur

- Werden im beschriebenen/untersuchten Forschungsgegenstand genderspezifische Zugänge bzw. Theorien berücksichtigt?
- Wenn der beschriebene/untersuchte Forschungsgegenstand beide Geschlechter betrifft: Wird ein daraus resultierender allfälliger Geschlechtsunterschied in der Literatur entsprechend thematisiert? Und wird diese Literatur auch herangezogen?

Verbreitung der Checkliste an der MUW

[illegible]



Poster 4

Checkliste Gender & Medizin**Sandra Steinböck¹, Susanna Pichler¹, Heide Hammer²**¹Abteilung Gender Mainstreaming,²Besondere Einrichtung für Medizinische Aus- und Weiterbildung

Medizinische Universität Wien

Spitalgasse 23, 1090 Wien

sandra.steinboeck@meduniwien.ac.at

susanna.pichler@meduniwien.ac.at

heidelinde.hammer@meduniwien.ac.at

Entstehungsgeschichte der Checkliste

Die nachhaltige Implementierung nicht nur der Bereiche “Frauenförderung” und “Gleichstellungspolitik”, sondern auch des Bereichs Gender-Lehre stellt ein hochschulpolitisches Ziel der Medizinischen Universität Wien (MUW) dar. Inhaltlich gibt es zwei prinzipielle, einander nicht ausschließende Möglichkeiten: entweder “Gender-Blöcke” als abgegrenzte Bereiche in das Studienkonzept zu integrieren oder “Gender” als Querschnittsthema in die Unterrichtseinheiten einzubeziehen und so zu verankern. Zur Erreichung dieses Ziels, der Verankerung von “Gender” als Querschnittsmaterie, wurde im Rahmen von Strategieworkshops von den teilnehmenden BlockkordinatorInnen der MUW ein Maßnahmenpaket erarbeitet, das die Integration von “Gender” in die Lehre der MUW unterstützen soll. Als ein Arbeitswerkzeug wurde auch die Ausarbeitung einer kurzen “Checkliste”, die einen Überblick zu den möglichen Themen und Handlungsfeldern im Komplex “Gender” und “Lehre” angeregt. Diese Checkliste wurde an die Workshops anschließend von der Abteilung Gender Mainstreaming der MUW in Kooperation mit der Koordinationsstelle für Frauenförderung, Gleichstellung und Geschlechterforschung der Medizinischen Universität Innsbruck ausgearbeitet. In diesen Ausarbeitungsprozess waren wiederum die TeilnehmerInnen der Workshops eingebunden, deren kontinuierliches Feedback die Entwicklung begleitete.

Inhalte der Checkliste

Die Verknüpfung der Kategorie “Geschlecht” mit dem Kontext “Medizin” soll durch die Checkliste “Gender&Medizin” für ForscherInnen und Lehrende entlang bestimmter Kristallisationspunkte nachvollziehbar und in die eigene Arbeit integrierbar gemacht werden. Dementsprechend soll die Checkliste als Gedankenanstoß für eine erste Auseinandersetzung mit der Kategorie “Geschlecht” dienen. Berücksichtigt werden unterschiedliche Ebenen – die Ebene der Darstellung und Sichtbarmachung von Frauen sowie die Einbindung und Thematisierung inhaltlicher geschlechtsspezifischer Unterschiede. Folgende Themenkomplexe werden in der Checkliste dargestellt und mit Beispielen und Literaturangaben ergänzt:

- Verwendung geschlechtsspezifischer Sprache und visueller Darstellungen
- Geschlechtsspezifische Fragestellungen und Ungleichheiten wahrnehmen und sichtbar machen
- Geschlechtssensible Methodenwahl
- Geschlechtssensibler Umgang im Forschungsprozess/der Ergebnisinterpretation
- Verwendete Literatur

Verbreitung der Checkliste

Die fertig gestellte Checkliste wird von den MitarbeiterInnen der Abteilung Gender Mainstreaming

an den einzelnen Organisationseinheiten im Rahmen einer aufsuchenden Betreuung vorgestellt und in ihrer Handhabung konkret an einzelnen Beispielen vorgestellt. Zudem erfolgt eine Vorstellung der Checkliste im Kontext von “Medical Education an der MUW”, einem Seminar im Rahmen des Faculty Development Programms. MitarbeiterInnen aus dem Bereich Methodik & Entwicklung integrieren zentrale Aspekte der Checkliste in das bestehende Weiterbildungsangebot, eine Beteiligung an der Distribution erfolgt bei Redaktionskonferenzen und entlang der Kommunikation zu Prüfungsfragen mit Lehrenden.



Ways of improvement of practical skills study in medical university

Kovalchuk L.Ya., Lisnychuk N.Ye., Sakharova I.Ye, Oleshchuk O.M.
Ukraine, Ternopil State Medical University
named after I.Ya. Horbachevsky



Practical skills study that makes the real professionals from the students and prepares them to the work in modern hospitals is very important part of medical education. Medical universities should be always in the way of educational process improvement to achieve the optimal combination between theoretical and practical students' knowledge. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is one of the interesting modern methods which allow performing control for practical skills. We were interested in OSCE presented at 11th Graz Conference and decided to implement it at our university.



We offered it for the students of the 3rd, 4th, and 5th years of studies. In computer database all OSCE tasks were divided in four groups: focused cases history taking, focused physical examination, interpretation of diagnostic materials (such as labs, microscopic, ECGs, X-rays, CT etc.) and performing of practical skills (such as venepuncture, vaginal bimanual exam, rectal digital exam, performing urinary catheterisation, mixing and injecting drugs etc). Question card consisted from 12 practical tasks from different clinical disciplines. Student had to pass 12 OSCE stations. At every station student could get 1 or 0 for the performing of the task. The necessary requirements were for example minimal comments and maximal actions, execution of the task according standard algorithm. For performing of practical skills were used manikins, also for OSCE were involved real hospital patients and in some situations we used special trained actors.



It is clear that we need more time to make some conclusions, but we guess to achieve improvement of practical and communicative skills of our medical students due to OSCE.





Poster 5

Ways of improvement of practical skills study in medical university**Kovalchuk L.Ya., Lisnychuk N.Ye., Sakharova I.Ye, Oleshchuk O.M.**

Ternopil State Medical University
Maydan Voli 1, Ternopil Ukraine 46001

university@tdmu.edu.te.ua
nlisnichuk@yahoo.com
inna_sakharova@yahoo.com
lesyaoleh@yahoo.com

Practical skills study that makes the real professionals from the students and prepares them to the work in modern hospitals is very important part of medical education. Medical universities should be always in the way of educational process improvement to achieve the optimal combination between theoretical and practical students' knowledge. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is one of the interesting modern methods which allow performing control for practical skills. We were interested in OSCE presented at 11th Graz Conference and decided to implement it at our university. We offered it for the students of the 3rd, 4th, and 5th years of studies. In computer database all OSCE tasks were divided in four groups: focused cases history taking, focused physical examination, interpretation of diagnostic materials (such as labs, microscopic, ECGs, X-rays, CT etc.) and performing of practical skills (such as venepuncture, vaginal bimanual exam, rectal digital exam, performing urinary catheterisation, mixing and injecting drugs etc). Question card consisted from 12 practical tasks from different clinical disciplines. Student had to pass 12 OSCE stations. At every station student could get 1 or 0 for the performing of the task. The necessary requirements were for example – minimal comments and maximal actions, execution of the task according standard algorithm. For performing of practical skills were used manikins, also for OSCE were involved real hospital patients and in some situations we used special trained actors.

It is clear that we need more time to make some conclusions, but we guess to achieve improvement of practical and communicative skills of our medical students due to OSCE.

Poster 6

Prüft die Prüfer! Zum Effekt von selbstverfassten MC-Fragen-Verbesserungen auf Beantwortbarkeit und Trennschärfe in einem MC-Fragen-Bewertungssystem für HabilitationswerberINNen

Wolfgang M. Proding¹, Walter Rabl², Hans-Georg Kraft³, Erich Brenner⁴

¹Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie,

²Institut für Gerichtsmedizin

³Sektion für Humangenetik

⁴Sektion für Klinisch-funktionelle Anatomie

Medizinische Universität Innsbruck

Christoph-Probst-PLatz 1, 6020 Innsbruck, Austria

wolfgang.proding¹@i-med.ac.at

walter.rabl²@i-med.ac.at

hans-georg.kraft³@i-med.ac.at

erich.brenner⁴@i-med.ac.at

Seit 2007 überprüft die Medizinische Universität Innsbruck die MC-Autorqualitäten von HabilitationswerberINNen. Ziel ist letztlich die Qualitätsverbesserung hausinterner Jahresabschlussprüfungen, die vor sechs Jahren eingeführt wurden. Bisher wurden 41 BewerberINNen anhand eines Sets von 10 eigenen MC-Fragen von einem Prüfersteam mittels Scoringsystems bewertet. Da 75% des Maximalscores erforderlich ist, mussten 25 von 41 BewerberINNen in Folge eine verbesserte Fragenversion (V2) einreichen.

Die Reliabilität (Inter-Rater-Reliabilität (IRR)) und Validität (Lösung und Bewertung der Fragen durch Studierende) sollten nach dem ersten Durchführungsjahres überprüft werden. Die IRR wurde anhand von 6 neuen Fragensets untersucht. Zur Validitätsbeurteilung wurden 30 Fragen mit V1 und V2 nach inhaltlichen Aspekten ausgewählt (durchschnittliche Verbesserung von V2: 3,5 Punkte von max. 10). Daraus wurden für Studierende zwei Testversionen (A, B) zu je 30 Fragen in einem Cross-over-Design erstellt, sodass jede Testversion jede Frage als V1 oder V2 erhielt. Nahe dem Termin ihrer summativen Jahresprüfung wurden 270 Studierende eingeladen, die für sie inhaltsrelevanten 30 Testfragen geblindet gegenüber dem Testdesign in einer prüfungsartigen Situation zu lösen und anschließend „Klarheit der Fragestellung“ sowie „fehlendes Cueing“ zu bewerten (4-er Likert Skala).

Der Mittelwert der IRR für 4 Bewerter betrug $0,77 \pm 0,13$; Spearman Rho). An der anonymen Testung beteiligten sich 145 Studierende, 117 ganz ausgefüllte Bögen (m:w = 53:64) wurden ausgewertet. Für A und B waren mittlere Scores (19,3 und 18,7; Max. = 30) und Score-Range (11–26 und 13–26) nicht signifikant unterschiedlich, ebenso nicht die mittlere Richtigbeantwortung (MW insg. $0,73 \pm 0,28$) und die Trennschärfe der besten vs. schlechtesten 27% der Kandidaten (MW insg. $0,23 \pm 0,17$). Fragenversionen zeigten jedoch keinen wesentlichen Unterschied hinsichtlich Richtigbeantwortung (mittlere Differenz V1 - V2: 0,03; SD=0,13) und Trennschärfe (mittlere Differenz V1 - V2: -0,02 (SD=0,11)). Ein nicht signifikanter Trend zeigte eine schlechtere Richtigbeantwortung von V2 bei Männern mit niedrigem Gesamtscore. Die Studierenden bewerteten für V1 und V2 „Klarheit“ (MW = $3,53 \pm 0,26$; n.s.) und „fehlendes Cueing“ (MW = $3,67 \pm 0,16$; n.s.) sehr ähnlich.

Die Bewertung der Qualität von MC-Fragen der Habilitationswerber durch ein Prüfersteam ist erscheint zufriedenstellend reliabel. Die Validität der eingeforderten und gewerteten Fragenverbesserun-



gen ist bei Studierenden in diesem Ansatz aber nicht nachweisbar. Mögliche Gründe: (1) die zu geringe Verbesserung des Items bzw. gegenläufige Wirkung multipler Änderungen in einer Frage, (2) die niedrige Zahl an Fragen im Experiment, (3) Kontamination, da Diskussionen zwischen Nachbarn über die Versionsunterschiede nicht wirklich verhindert werden konnten). Eine stärker differenzierende Bewertung von sehr guten und mäßig guten MC-Fragen in diesem System muss überlegt werden.

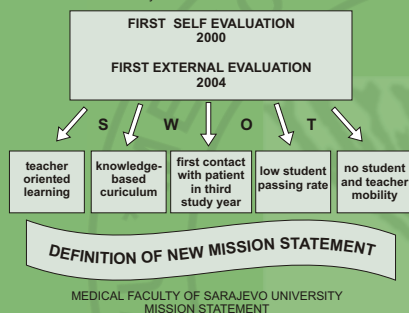
PROCESS OF SARAJEVO MEDICAL FACULTY CURRICULUM REFORM

Bakir Mehić, Senija Rašić, Damir Aganović, Almira Hadžović-Džuvo, Maika Rakanović-Todić, Benjamin Vojniković



Short history of Sarajevo Medical Faculty

Sarajevo Medical Faculty as one of the oldest high education institutions in Bosnia and Herzegovina, represents cradle which started many health oriented faculties in Bosnia and Herzegovina. First attempt to form a Medical Faculty in Sarajevo was during the war year 1944, but in 1945 Faculty stop to work. In 1946 Medical Faculty in Sarajevo was officially opened. In the period until 1954 curriculum corresponded to the classic Central European curriculum, with the special focus in clinical part of studies in the manner that clinical part tend to follow theoretical and practical education. Duration of studies was 6 years, and in 1954 a "block system" is introduced to education, which lasted until 1956. This way of education prove as good in clinical group of subjects, but in case of basic medical training, mono-course teaching did not produce good results. Due to lack of physicians in Yugoslavia, from 1956 a 5 years studies were introduced, and at this Faculty were in use until the academic year 1990/91. The Medical Faculty of Sarajevo University cherishes the 60 years tradition of successful work. Until now more than 16.000 students started their education on Medical Faculty in Sarajevo and more than 7.000 students completed their education successfully.



This mission statement covers the following areas:

- I. Education
- II. Scientific research
- III. Provision of treatment and health care at highest level
- IV. Medical care in the community
- I. Education

Medical Faculty will assure comprehensive under and postgraduate studies which will produce the best professionals for the needs of community health care.

a) In the area of undergraduate studies

Medical Faculty and the students will have active cooperation in order to build a strong community, which will:

Educate students to the level of high quality physicians responsible to the needs of patients and the community;
Enable students to express their talents and criticism;
Prepare the students for the lifetime learning;
Familiarize students with the new medical technologies and systems;
Enable integration of the basic sciences with the clinical disciplines.....

PROPOSAL OF NEW COMPETENCE BASED CURRICULUM

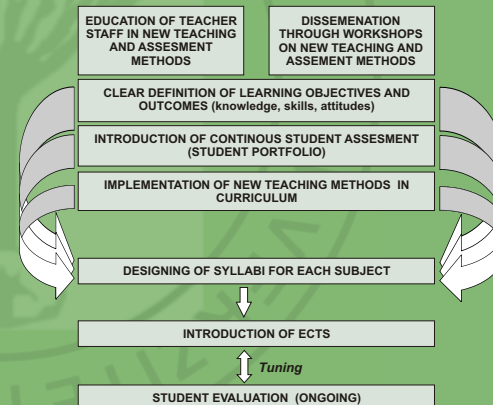


FIRST STUDY YEAR (example)

I semester						II semester					
COURSE	Lessons	Practical work	Seminars	Total	ECTS	COURSE	Lessons	Practical work	Seminars	Total	ECTS
Human anatomy 1	45	30	15	120	9	Human anatomy 2	45	30	15	120	9
Histology I	15	28	28	70	6	Histology 2 (histology)	25	25	25	75	7
Cell biology and human genetics	45	15	15	75	4.5	Social medicine and organization of medical health 1	25	25	25	75	7
Medical ethics and sociology	30	15	15	45	2.5	Introduction in clinical practice	15	20	15	50	3
Urgent medicine	15	20	15	50	3	Introduction in laboratory	15	15	15	45	2.5
Introduction in scientific work	15	15	15	45	2.5	Physical education	15	30	15	60	3
Elective subjects	15	15	15	45	2.5	Elective subjects	15	15	15	45	2.5
Total 480 36						Total 480 36					

Elective subjects:
Medical english
Before we were born
History of medicine

Elective subjects:
Legal aspects of medical practice
Practical epidemiology
Clinical anatomy



FUTURE STRATEGY

The Medical Faculty will be characterized by:

- a) Humanistic approach, empathy and high ethical standards in provision of health care to the individuals and families;
- b) By participating in the promotion of healthy living principles, as well as understanding the special challenges and demands of the pluralist society;
- c) Ability to solve complex social and medical issues by systemic, multidisciplinary and collaborative approach.

Philosophy and concept:

In order to reach all the goals listed in the "Mission" Medical Faculty will:

- have all activities focused on students;
- integrate goals into the education process;
- use contemporary technologies;
- combine various teaching methodologies which will encourage students creativity;



Poster 7

Process of Sarajevo Medical Faculty Curriculum Reform

Bakir Mehić, Senija Rašić, Damir Aganović, Almira Hadžović-Džuvo, Maida Rakanović-Todić, Benjamin Vojniković

Sarajevo Medical Faculty, University Sarajevo
Sarajevo, Bosnia and Herzegovina
almhad@yahoo.com
maida@dic.unsa.ba

Medical Faculty of Sarajevo was established as an independent educational institution at 1946. It's one of the oldest high education institutions in Bosnia and Herzegovina, and represents cradle of many health oriented faculties in the country. At first its' curriculum corresponded to the classic Central European curriculum, with the special focus on clinical part of studies, and with six years study duration. From year 1954 to 1956, a "block system" with mono-course teaching was introduced. That way of teaching proved as good in clinical subjects, but within basic medical subjects didn't produce good results. Afterwards, a five-year study was introduced and implemented for full 34 years. In academic year 1990/91 six-year study was introduced again. More than 16.000 students started their education on Medical Faculty in Sarajevo and more than 7.000 students completed it successfully.

The first self evaluation on this faculty was done in year 2000, while first external evaluation was done in year 2004. As main weakness were identified: mainly subject oriented learning, knowledge-based curriculum, and first contact with patient in third study year, low student passing rate, no students' and teachers' mobility. The need for changes was noticed and with inputs gained mainly through different Tempus projects, the reform started. New mission statement was defined that covers areas of education, scientific research, provision of treatment and health care at highest level, as well as medical care in the community. In the area of undergraduate studies, the active cooperation is proposed in order to educate students to the level of high quality physicians, responsible to the needs of patients and the community.

Proposal of new competence based curriculum focused on: introduction of elective subjects, bedside teaching in first study year, shift to practical skills education and introduction of interactive learning. Workshops in new teaching and assessment methods for teaching staff were introduced, to make the switch towards student oriented teaching approach. Three main aspects of curriculum reform were: clear definition of learning objectives and outcomes (knowledge, skills, and attitudes), introduction of continuous assessment (student portfolio) within designs of syllabi for each subject and introduction of ECTS. The plan is to do evaluation of new curriculum and tuning of ECTS.

Future strategy of Medical Faculty will be characterized by humanistic approach, empathy and high ethical standards in provision of health care to the individuals and families, participating in the promotion of healthy living principles, as well as understanding the special challenges and demands of the pluralist society, ability to solve complex social and medical issues by systemic, multidisciplinary and collaborative approach.

Ethikunterricht an der Medizinischen Fakultät von der Universität Szeged

Dr. Erzsébet Kapocsi PhD

Universität Szeged, Fakultät für Medizin,
Institut für Verhaltenswissenschaften



Einleitung:

Die Thematisierung ethischer Fragen im Gesundheitswesen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Für die kommenden Ärztinnen und Ärzte ist es sehr wichtig, die berufliche Identität auch durch Ethikausbildung zu fördern und eine adäquate ärztlich-ethische Einstellung und Grundhaltung einzunehmen.

Das Fach Bioethik / Medizinische Ethik ist fester Bestandteil des „Core-Curriculums“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Szeged. Gemeinsam mit anderen Fachgebieten der „medical humanities“ (Medizingeschichte, Medizinische Anthropologie, Psychologie, Soziologie) wird sie von den Mitarbeitern des Instituts für Verhaltenswissenschaften für Studenten der Humanmedizin und der Zahnmedizin unterrichtet – sowohl in dem ungarischen als auch in dem englischsprachigen Kurs.



Aufbau des Studiums Bioethik / Medizinische Ethik

- Bioethik / Medizinische Ethik wird im dritten Studienjahr (Semester 6) als Pflichtfach unterrichtet
- Insgesamt 45 Stunden; 15 (7x2) Stunden Vorlesungen, 30 (15x2) Stunden Seminare.
- **Themen:** Medizinische Ethik, Bioethik, ethische Wertkonzepte und Grundprinzipien; ethische Relevanz der Definitionen von Gesundheit und Krankheit; Arzt – Patient Beziehung; Patienten-Autonomie; ethische Fragen am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens (Abortion, In Vitro Fertilisation, Embryonenforschung, Sterbehilfe); Humanexperimente; Organtransplantation; Fragen der gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen.
- **Methodik:** Vorlesungen für das ganze Studienjahr; Seminare in Kleingruppen (12-16 Studenten). Interaktive Seminargespräche, Kurzreferate von Studenten; Fallbesprechungen, Videofilme
- **Dozenten:** Ärzte, Ethiker, Theologe



Lernziele:

- Unterschied erkennen zwischen fachlicher und ethischer Dimension von medizinischen Fällen
- Ethische Konflikte erkennen und analysieren
- Eigene Werte sowie Wertvorstellungen von anderen reflektieren
- Methoden der ethischen Entscheidungsfindung kennen und anwenden können
- Kommunikative Kompetenz fördern
- Kooperation und Konsensfindung üben
- **Leistungsnachweis:** Am Ende des Semesters mündliche Prüfung mit fünfstufiger Beurteilung; im vierten Studienjahr komplexes Rigorosum in den Fächern von „medical humanities“.

Erfahrungen:

- **Probleme:** Konkurrenzsituation naturwissenschaftlicher und psychosozialer Fächer; Wirkung des sog. „hidden curriculum“ (heimlichen Lehrplans); Prüfungsdruck.
- **Erfolge:** Ethikunterricht in das Medizinstudium integriert; Interesse und positive Rückmeldungen von Studenten; Wichtigkeit der Ethik im Berufsleben wird erkannt und anerkannt
- **Aufgaben:** ständige Weiterbildung von Lehrenden; die praktische Erfahrungen der Studenten in den Unterricht integrieren; Ärzte und Experte zum Unterricht einladen.

Unterricht der Bioethik / medizinischen Ethik an der Medizinischen Fakultät in Szeged





Poster 8

Ethikunterricht an der Medizinischen Fakultät von der Universität Szeged**Erzsébet Kapocsi**

Institut für Verhaltenswissenschaften, Fakultät für Medizin, Universität Szeged
Szentháromság u. 5, 6722 Szeged, Hungary
kapocsi@nepsy.szote.u-szeged.hu

Einleitung: Die Thematisierung ethischer Fragen im Gesundheitswesen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Für die kommenden Ärztinnen und Ärzte ist es sehr wichtig, mit Hilfe von Ethikausbildung eine adäquate ärztlich-ethische Einstellung und Grundhaltung einzunehmen und die berufliche Identität zu fördern.

Das Fach Bioethik / Medizinische Ethik ist fester Bestandteil des „Core-Curriculums“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Szeged. Gemeinsam mit anderen Fachgebieten der „medical humanities“ (Medizingeschichte, Medizinische Anthropologie, Psychologie, Soziologie) wird sie von den Mitarbeitern des Instituts für Verhaltenswissenschaften für Studenten der Humanmedizin und der Zahnmedizin unterrichtet – sowohl in dem ungarischen als auch in dem englischsprachigen Kurs.

Aufbau des Studiums Bioethik / Medizinische Ethik: Bioethik / Medizinische Ethik wird im dritten Studienjahr (Semester 6) als Pflichtfach unterrichtet in insgesamt 45 Stunden; 15 (7x2) Stunden Vorlesungen, 30 (15X2) Stunden Seminare.

Themen: Medizinische Ethik, Bioethik, ethische Wertkonzepte und Grundprinzipien; ethische Relevanz der Definitionen von Gesundheit und Krankheit; Arzt – Patient Beziehung; Patienten-Autonomie; ethische Fragen am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens (Abortus, In Vitro Fertilisation, Embryonenforschung, Sterbehilfe); Humanexperimente; Organtransplantation; Fragen der gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen.

Methodik: Vorlesungen für das ganze Studienjahr; Seminare in Kleingruppen (12-16 Studenten). Interaktive Seminargespräche, Kurzreferate von Studenten; Fallbesprechungen, Videofilme

Dozenten: Ärzte, Ethiker, Theologe

Lernziele: Unterschied erkennen zwischen fachlicher und ethischer Dimension von medizinischen Fällen Ethische Konflikte erkennen und analysieren Eigene Werte sowie Wertvorstellungen von anderen reflektieren Methoden der ethischen Entscheidungsfindung kennen und anwenden können Kommunikative Kompetenz fördern Kooperation und Konsensfindung üben/

Leistungsnachweis: Am Ende des Semesters mündliche Prüfung mit fünfstufiger Beurteilung; im vierten Studienjahr komplexes Rigorosum in den Fächern von „medical humanities“.

Erfahrungen: *Probleme:* Konkurrenzsituation naturwissenschaftlicher und psychosozialer Fächer; Wirkung des sog. „hidden curriculum“ (heimlichen Lehrplans); Prüfungsdruck.

Erfolge: Ethikunterricht in das Medizinstudium integriert; Interesse und positive Rückmeldungen von Studenten; Wichtigkeit der Ethik im Berufsleben wird erkannt und anerkannt *Aufgaben:* ständige Weiterbildung von Lehrenden; die praktische Erfahrungen der Studenten in den Unterricht integrieren; Ärzte und Experte zum Unterricht einladen.

12. Grazer Konferenz, 18. – 20. 9. 2008

„Qualität der Lehre“

 „Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende
Erhebung in Österreich, Deutschland und der Schweiz“
Katharina Roch, Angela Trubrich, Gerald Haidinger, Lukas Mitterauer, Claudia Kiessling¹⁾, Oskar FrischenschlagerAlle: Medizinische Universität Wien, ¹⁾Medizinische Fakultät der Universität Basel

Relevanz des Themas: Nach Dr. C. Buddeberg [1] herrschen folgende Defizite in der ärztlichen Kommunikation vor: Das Gespräch läuft ohne Strukturierung ab, Patienten werden in ihren Ausführungen unterbrochen, geschlossene Fragen schränken Patienten in Schilderungen ihrer Befindlichkeit und Symptome stark ein, emotionale Äußerungen der Patienten werden nicht weiter in das Gespräch integriert, Diagnosen/ Befunde/ Therapieempfehlungen werden von Seiten des Arztes missverständlich formuliert.

Mittels Definition von Lernziel- bzw. Unterrichtsstandards (Toronto Consensus 1991 [2], Calgary Cambridge Modell 1998 [3], Kalamazoo Consensus 2002 [4], Basler Consensus Statement 2008 [5]) wurde versucht Mindestanforderungen an AbsolventInnen medizinischer Studiengänge zu definieren.

Ziel dieser Erhebung ist der Vergleich des Ist – Zustandes des Unterrichts in „ärztlicher Gesprächsführung“ in deutschsprachigen Universitäten (Österreich, Deutschland, Schweiz).

Stichprobe: 4 österreichische, 3 Schweizer und 36 deutsche medizinische Universitäten

Methodik: telefonisches (teils schriftliches) Interview anhand eines strukturierten Fragebogens mit den für die Planung verantwortlichen Personen.

Zum Vergleich der Ausbildungsprogramme wurden zu jeder Frage Punkte vergeben. In den Tabellen sind die Summen der erhaltenen Punkte dargestellt.

Tabelle 1: Ranking der Gesamtpunkte mit absteigender Punkteanzahl und Darstellung des Medianes der Universitäten, von denen zum jetzigen Zeitpunkt (Anfang September 2008) bereits ein vollständiger Datensatz vorliegt.

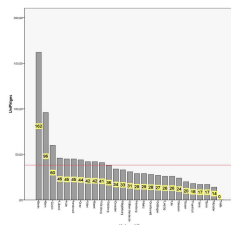
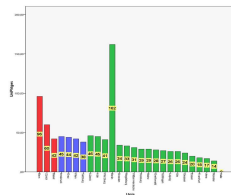


Tabelle 2: Reihung der Universitäten im Ländervergleich

**Punktevergabe:**

Gibt es LV zum Thema: Ja (1) / Nein (0)

Art der LV: PR (3) / SE (2) / VO (1)

 PRaktikum/ Übung: reine Praxiseinheiten
SEminar/ Kurs: Theorie- und Praxiseinheiten
VOlesung: nur Theorieeinheiten

Sind Lernziele definiert? Ja (1) / Nein (0)

 Je strukturierter und definierter der Unterricht von einer
Universität gefordert wird, desto eher besteht die Möglichkeit,
ein Qualifikationsprofil erfüllen zu können

Gruppengröße: 1-10 (3) / 11-20 (2) / >20 (1)

 Je kleiner die Gruppe, desto höher der mögliche Übungseffekt
für den einzelnen Studierenden

Anwesenheitspflicht: Ja (1) / Nein (0)

 Durch Anwesenheitspflicht wird zumindest das zeitweise
Auseinandersetzen mit dem Thema gefordert
Explizite Beurteilung
der Mitarbeit:

Ja (1) / Nein (0)

„Was nicht beurteilt wird, wird nicht gelernt“

Kernkompetenz
Lehrende:

Ja (1) / Nein (0)

Schulungen:

Ja (1) / Nein (0)

 Durch Schulungen kann ein einheitlicher Standard für den
Unterricht erzielt werden.

Didaktik:

reale Patienten (4)
 Schauspieler können die Vielfalt der Symptome und
emotionalen Äußerungen eines realen Patienten nicht absolut
realistisch nachstellen. Außerdem zeigt der Einsatz von
Realpatienten an einer Universität die Bereitschaft zu
erhöhtem Lehraufwand.
standardisierte/simulierte Patienten (3)
 Schauspieler (auch studentische Lehrende), die eine
Patientenrolle erlernen, nahe am Lerneffekt mit realen
Patienten
Rollenspiele (2)
 Die StudentInnen nehmen nacheinander die Rolle des Arztes
als auch die der/des Patienten ein. Problem der
Ernsthaftigkeit und Akzeptanz bei Studierenden.
Lehrfilme (1)
 Bloßes Beobachten führt zu größerem Inhaltsbewusstsein,
jedoch nicht zu erweiterten Fertigkeiten.

Prüfung:

Ja (1) / Nein (0)

„Was nicht geprüft wird, wird auch nicht gelernt“

Achtung: An einigen Universitäten ist die Punkteanzahl deshalb geringer, da zwar ein großes Angebot an Veranstaltungen zu diesem Thema vorhanden sein kann, einige LV davon aber als Wahlfächer angeboten werden. Die Erhebung bezieht sich jedoch nur auf die Pflichtveranstaltungen!

Ergebnis: es besteht eine beträchtliche Heterogenität im Ausmaß des Unterrichts, den Zielen, der Prüfungsrelevanz sowie des didaktischen und methodischen Anspruchs zwischen den untersuchten medizinischen Studiengängen.



Poster 9

Unterricht in Ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende Erhebung in Österreich, Deutschland und der Schweiz

Katharina Roch¹, Angela Trubrich¹, Gerald Haidinger¹, Claudia Kiessling², Oskar Frischenschlager¹

¹Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 38, 1090 Wien

katharina.roch@gmx.at

angela_trubrich@hotmail.com

gerald.haidinger@meduniwien.ac.at

oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at

²Medizinische Fakultät der Universität Basel Klingelbergstr. 23, CH-4031 Basel,

claudia.kiessling@unibas.ch

Relevanz des Themas: Nach Dr. C. Buddeberg [1] herrschen folgende Defizite in der Ärztlichen Kommunikation vor: Das Gespräch läuft ohne Strukturierung ab, Patienten werden in ihren Ausführungen unterbrochen, geschlossene Fragen schränken Patienten in Schilderungen ihrer Befindlichkeit und Symptome stark ein, emotionale Äußerungen der Patienten werden nicht weiter in das Gespräch integriert, Diagnosen/ Befunde/ Therapieempfehlungen werden von Seiten des Arztes missverständlich formuliert

Erhebungsziel: Überblick und Erhebung des Ist-Zustandes des Unterrichts in ‘„Ärztlicher Gesprächsführung” im Vergleich zwischen den Ländern Österreich, Deutschland und Schweiz. Aufzeigen eines Goldstandards für die Lehre.

Standardvorstellungen: wurden geprägt durch folgende Arbeiten: Toronto Consensus 1991 [2], Calgary Cambridge Modell 1998 [3], Kalamazoo Consensus 2002 [4], Basler Consensus Statement 2008 [5].

Stichprobe: 4 Österreichische, 3 Schweizer und 36 deutsche medizinische Universitäten

Kontaktpersonen: Lehrbeauftragte für den Unterricht kommunikativer Kompetenzen

Methodik: Erste Kontaktaufnahme mittels Email, folgend strukturiertes telefonisches Interview anhand eines Fragebogens mit offenen und geschlossenen Fragen.

Vergleichbarkeit: Schaffung eines Punktesystems für die medizinischen Universitäten, Ranking in Bezug auf Standardvorstellungen

Punktevergabe:

Gibt es LV zum Thema:	Ja (1) / Nein (0)
Art der LV:	PR (3) / SE (2) / VO (1) Praktikum/ Übung: reine Praxiseinheiten Seminar/ Kurs: Theorie- und Praxiseinheiten Vorlesung: nur Theorieeinheiten
Sind Lernziele definiert:	Ja (1) / Nein (0) Je strukturierter und definierter der Unterricht von einer Universität gefordert wird, desto eher besteht die Möglichkeit, ein Qualifikationsprofil erfüllen zu können
Gruppengröße	1-10 (3) / 11-20 (2) / >20 (1) Je kleiner die Gruppe, desto höher der Übungseffekt für den Einzelnen
Anwesenheitspflicht:	Ja (1) / Nein (0) Durch Anwesenheitspflicht wird zumindest das zeitweise Auseinandersetzen mit dem Thema gefordert
Explizite Beurteilung der Mitarbeit:	Ja (1) / Nein (0) „Was nicht beurteilt wird, wird nicht gelernt“
Kernkompetenz Lehrende:	Ja (1) / Nein (0)
Schulungen:	Ja (1) / Nein (0) Durch Schulungen kann ein gewisser einheitlicher Standard für den Unterricht erzielt werden.
Didaktik:	<i>reale Patienten</i> (4) Kein Schauspieler kann die Vielfalt der Symptome und emotionalen Äußerungen eines realen Patienten restlos nachstellen. Außerdem zeigt der Einsatz von Realpatienten an einer Universität die Bereitschaft zu erhöhtem Lehraufwand. <i>standardisierte/simulierte Patienten</i> (3) Schauspieler, die eine bestimmte Patientenrolle erlernen, nahe am Lerneffekt mit realen Patienten <i>Rollenspiele</i> (2) Die StudentInnen nehmen nacheinander die Rolle des Arztes als auch die der/-s Patienten ein. Problem der Ernsthaftigkeit und Akzeptanz bei Studierenden. <i>Lehrfilme</i> (1) Bloßes Beobachten führt zu größerem Inhaltsbewusstsein, jedoch nicht zu erweiterten Fertigkeiten.
Prüfung:	Ja (1) / Nein (0) „Was nicht geprüft wird, wird auch nicht gelernt“

Achtung: An einigen Universitäten ist die Punkteanzahl deshalb relativ gering, da zwar ein großes



Angebot an Veranstaltungen zu diesem Thema vorhanden sein kann, einige LV davon aber als Wahlfächer angeboten werden -> die Erhebung bezieht sich jedoch nur auf die Pflichtlehrveranstaltungen!

Tabelle 1: Ranking der Gesamtpunkte mit absteigender Punkteanzahl der Universitäten, von denen zum jetzigen Zeitpunkt (Anfang September 2008) bereits ein vollständiger Datensatz vorliegt.

Tabelle 2: Reihung der Universitäten im Ländervergleich

(Tabellen werden nachgereicht)

Ergebnis: Zum derzeitigen Forschungsstand konnte kein Goldstandard innerhalb der Universitäten im Unterricht der ärztlichen Gesprächsführung gefunden werden.

Literatur:

- [1] JH Schultz, J Schönemann, H Lauber, C Nikendei, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven. Gruppendynamik und Organisationsberatung. 2007;38(1):7-23
- [2] Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991 Nov 30;303(6814):1385-7
- [3] Harrison C, Hart J, Wass J. Learning to communicate using the Calgary-Cambridge framework. The clinical teacher. 2007;4:159-164
- [4] Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic Medicine. 2001;76:390-393
- [5] Kiessling C, A Dieterich, G Fabry, H Hölzer, W Langewitz, I Mühlinghaus, S Pruskil, S Scheffer, S Schubert, Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. GMS Z Med Ausbild 2008;25(2):Doc83



CASE REPORTS EIN NEUES SEMINARKONZEPT ZUR FÖRDERUNG DES WISSENSCHAFTLICHEN NACHWUCHSES



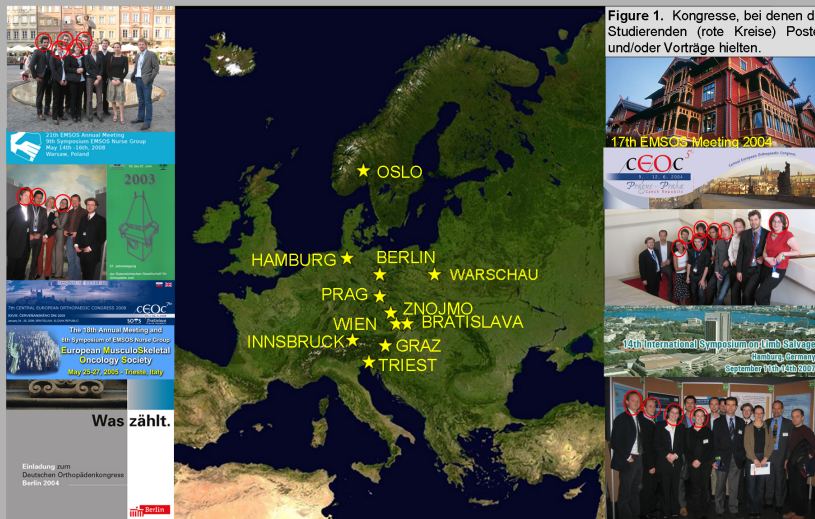
Leithner A, Radl R, Glehr M, Windhager R.
 Univ. Klinik für Orthopädie, Medizinische Universität Graz,
 Auenbruggerplatz 9; A-8036 Graz;
 e-mail: andreas.leithner@meduni-graz.at;

Einleitung

Die Universitätsklinik für Orthopädie der Medizinischen Universität Graz gilt als eines der drei österreichischen Zentren der Behandlung von gut- und bösartigen Tumoren des Bewegungsapparates. Aufgrund der resultierenden Anzahl an sich sehr seltener Tumore sind fallweise in der Literatur wenig oder selten beschriebene Entitäten und/oder Phänomene zu beobachten – sogenannte Case Reports. Obwohl Case Reports in ihrer Bedeutung für die „scientific community“ weit hinter Studien liegen, stellen sie dennoch gerade bei seltenen Erkrankungen einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag dar. Da Studentinnen und Studenten immer mehr dazu aufgerufen sind, wissenschaftlich zu arbeiten, stellen diese Fallberichte den idealen Einstieg in die Auseinandersetzung mit diesem Teilaspekt der ärztlichen Ausbildung dar.

Ergebnisse

Die Vorlesung wurde drei Mal mit sehr guten Ergebnissen durch die Abteilung für Qualitätssicherung der MUG bzw. die Stabstelle für Lehrentwicklung und Evaluierung der Uni Graz evaluiert. Manuskripte: Vier Fallberichte wurde bisher publiziert, und zwei case reports befinden sich gerade im Reviewprozess. Die meisten anderen Fälle befinden sich im Stadium der Manuskriptausarbeitung. Obwohl Fallberichte bei Kongressen nur selten mündlich präsentiert werden können, wurden bei 7 internationalen und 3 nationalen Kongressen 10 Einreichungen als Vortrag und 17 als Poster akzeptiert (27 Abstracts).



Methode

1. Im Rahmen von 11-14 jeweils einstündigen Vorlesungen sollten den Studentinnen und Studenten die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens näher gebracht werden. 2. Jede/r Teilnehmer/in konnte sich einen Fallbericht oder eine einfache retrospektive Studie aussuchen. Dieser war zu bearbeiten und optional als Erstautor/in (ab WS 2006 verpflichtend): a) im Rahmen der Vorlesung als 5-7 minütiger Vortrag zu präsentieren, idealerweise auf Englisch; b) der case report war als Poster bzw. Vortrag bei einem nationalen Kongress auf Deutsch und einem internationalen Kongress auf Englisch einzureichen und bei Annahme zu präsentieren; c) der Fallbericht sollte als Manuskript ausgearbeitet und zur Publikation eingereicht werden. Bei all diesen Schritten standen die Vorlesungsverantwortlichen außerhalb der Vorlesungszeiten beratend zu Verfügung.

Diskussion und Zusammenfassung

Die Studenten/innen waren mit dem Konzept der Vorlesung sehr zufrieden – einerseits lernten sie im Rahmen der Vorlesung die theoretischen Grundzüge wissenschaftlichen Arbeitens, andererseits hatten sie die Möglichkeit, Erfahrungen bei der Ausarbeitung eines Fallberichtes zu sammeln und diesen auch als Erstautor/in zu präsentieren bzw. publizieren. Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Vorlesungskonzept „case reports“ sowohl für die Studierenden (Erstautorschaften) wie für die Klinik (Publikationen) deutliche Vorteile gebracht hat. Das Ziel der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zur Erreichung früher Selbständigkeit scheint erreicht worden zu sein.



Poster 10

Case Reports – Ein neues Seminarkonzept zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses**Leithner A, Radl R, Glehr M, Windhager R.**

Univ. Klinik für Orthopädie, Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 5, A-8036 Graz.
andreas.leithner@meduni-graz.at

Einleitung: Die Universitätsklinik für Orthopädie der Medizinischen Universität Graz gilt als eines der drei österreichischen Zentren (die beiden anderen in Wien) der Behandlung von gut- und bösartigen Tumoren des Bewegungsapparates. Aufgrund der resultierenden Anzahl an sich sehr seltener Tumore sind fallweise in der Literatur wenig oder selten beschriebene Entitäten und/oder Phänomene zu beobachten – sogenannte Case Reports. Obwohl Case Reports in ihrer Bedeutung für die „scientific community“ weit hinter Studien liegen, stellen sie dennoch gerade bei seltenen Erkrankungen einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag dar. Da Studentinnen und Studenten immer mehr dazu aufgerufen sind, wissenschaftlich zu arbeiten, stellen diese Fallberichte den idealen Einstieg in die Auseinandersetzung mit diesem Teilaspekt der ärztlichen Ausbildung dar.

Methode: 1. Im Rahmen von 11-14 jeweils einstündigen Vorlesungen sollten den Studentinnen und Studenten die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens näher gebracht werden. 2. Jede/r Teilnehmer/in konnte sich einen Fallbericht oder eine einfache retrospektive Studie aussuchen. Dieser war zu bearbeiten und optional als Erstautor/in (ab WS 2006 verpflichtend): a) im Rahmen der Vorlesung als 5-7 minütiger Vortrag zu präsentieren, idealerweise auf Englisch; b) der case report war als Poster bzw. Vortrag bei einem nationalen Kongress auf Deutsch und einem internationalen Kongress auf Englisch einzureichen und bei Annahme zu präsentieren; c) der Fallbericht sollte als Manuskript ausgearbeitet und zur Publikation eingereicht werden. Bei all diesen Schritten standen die Vorlesungsverantwortlichen außerhalb der Vorlesungszeiten beratend zu Verfügung.

Ergebnisse: Die Vorlesung wurde drei Mal mit sehr guten Ergebnissen durch die Abteilung für Qualitätssicherung der MUG bzw. die Stabstelle für Lehrentwicklung und Evaluierung der Uni Graz evaluiert. Manuskripte: Vier Fallberichte wurde bisher publiziert, und zwei case reports befinden sich gerade im Reviewprozess. Die meisten anderen Fälle befinden sich im Stadium der Manuskriptausarbeitung. Obwohl Fallberichte bei Kongressen nur selten mündlich präsentiert werden können, wurden bei 7 internationalen und 3 nationalen Kongressen 10 Einreichungen als Vortrag und 17 als Poster akzeptiert (27 Abstracts).

Diskussion und Zusammenfassung: Die Studenten/innen waren mit dem Konzept der Vorlesung sehr zufrieden – einerseits lernten sie im Rahmen der Vorlesung die theoretischen Grundzüge wissenschaftlichen Arbeitens, andererseits hatten sie die Möglichkeit, Erfahrungen bei der Ausarbeitung eines Fallberichtes zu sammeln und diesen auch als Erstautor/in zu präsentieren bzw. publizieren. Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Vorlesungskonzept „case reports“ sowohl für die Studierenden (Erstautorschaften) wie für die Klinik (Publikationen) deutliche Vorteile gebracht hat. Das Ziel der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zur Erreichung früher Selbständigkeit scheint erreicht worden zu sein.



Informationen zum Tagungsort Venue Information

Anreise zum Neuen Hörsaalzentrum

Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz

Mit der Bahn:

- Von der Haltestelle Graz Hauptbahnhof mit der Straßenbahnlinie 7 bis zur Endstation Graz St. Leonhard/LKH. In Richtung Eingangszentrum gehen, beim Supermarkt vorbei, über die Stiege hinauf, die Hauptstraße am Klinikgelände entlang gehen, die erste Straße rechts abbiegen und gleich rechts befindet sich das neue Hörsaalzentrum.

Mit dem Flugzeug:

- Von der Haltestelle Flughafen Graz-Feldkirchen mit dem Zug (Richtung Graz Hauptbahnhof) bis zur Haltestelle Graz Hauptbahnhof, mit der Straßenbahnlinie 7 bis zur Endstation Graz St. Leonhard/LKH fahren. In Richtung Eingangszentrum gehen, beim Supermarkt vorbei, über die Stiege hinauf, die Hauptstraße am Klinikgelände entlang gehen, die erste Straße rechts abbiegen und gleich rechts befindet sich das neue Hörsaalzentrum.

Mit dem PKW:

- Über die A2 bis zur Abfahrt Graz-Ost, die Ausfahrt nach Raaba nehmen, weiter in Richtung Zentrum, LKH, immer den LKH-Schildern folgen. Parkmöglichkeiten: Besucherparkgarage LKH oder Tiefgarage direkt unter dem Eingangsgebäude.
- Über die A9 bis zur Abfahrt Graz-Andritz, weiter in Richtung Zentrum, LKH, immer den LKH-Schildern folgen. Parkmöglichkeiten: Besucherparkgarage LKH oder Tiefgarage direkt unter dem Eingangsgebäude.



How to get to the Lecture Center (Neues Hörsaalzentrum)

Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz

by train:

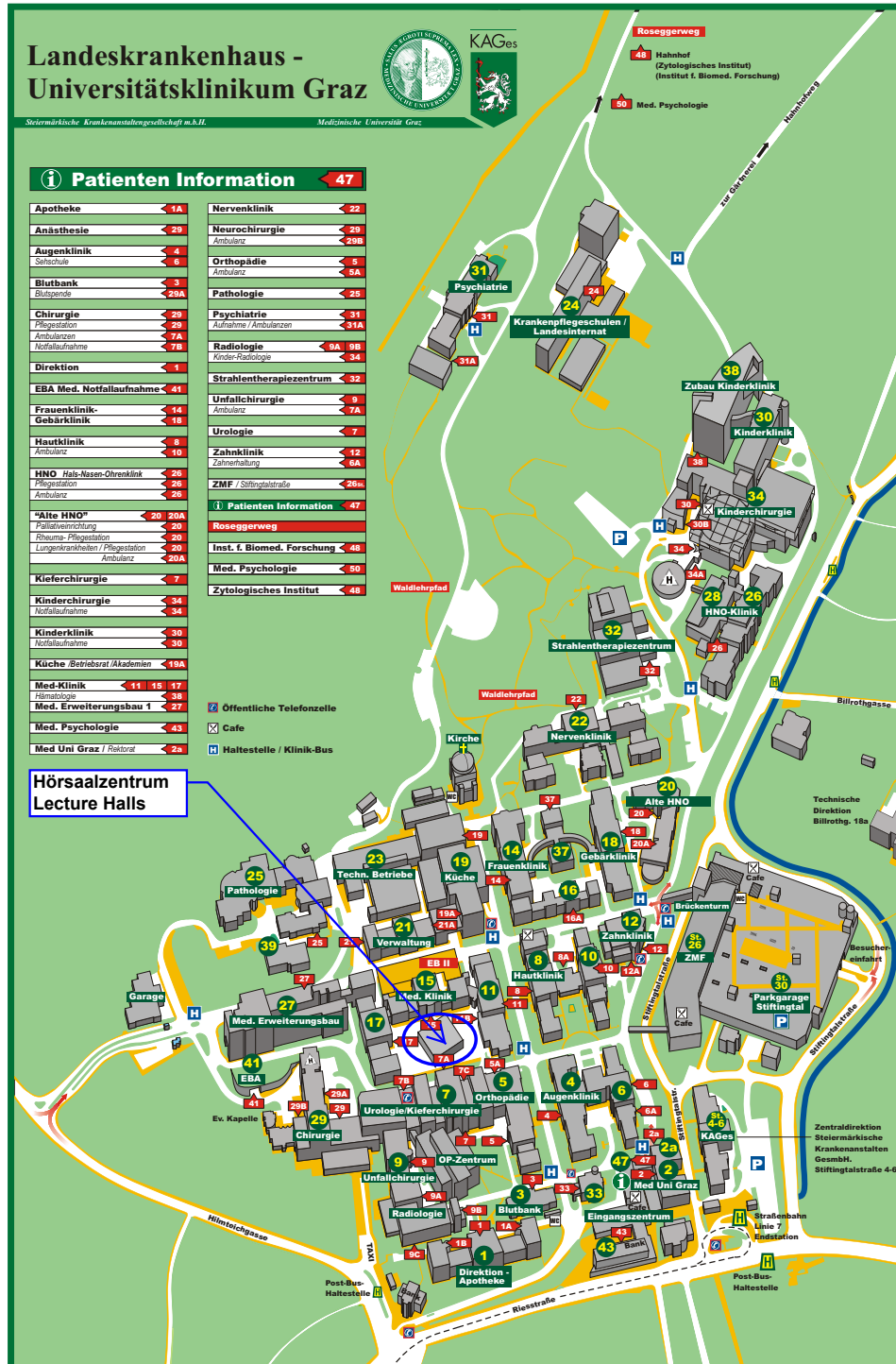
- From Graz Central Station take tram no. 7 (direction Graz St. Leonhard/LKH-Univ.-Klinikum). Get off at terminal stop and proceed toward the square next to the “Eingangszentrum”. Pass the supermarket, take the main stairs up and turn left. Go straight ahead to the main road of the hospital’s area. Then turn right, go straight ahead and take the first street left. On the right-hand side is the new “Hörsaalzentrum” (Lecture Center).

by plane:

- From the airport train station “Graz-Feldkirchen” take the train to “Graz Central Station”, change to tram no. 7. Get off at terminal stop and proceed toward the square next to the “Eingangszentrum”. Pass the supermarket, take the main stairs up and turn left. Go straight ahead to the main road of the hospital’s area. Then turn right, go straight ahead and take the first street left. On the right-hand side is the new “Hörsaalzentrum” (Lecture Center).

by car:

- Take freeway A2 in direction Graz-Ost, exit at “Raaba” and proceed toward the city center, LKH (hospital), keep on following the LKH-signs.
- Take freeway A9, exit at “Graz-Andritz” and proceed toward the city center, LKH (hospital), keep on following the LKH-signs.
- Parking facilities: Visitors car park “LKH-Univ.-Klinikum” or basement garage below the “Eingangsgebäude”.





Teilnehmer der 12. Grazer Konferenz in Salzburg
 Participants of the 12th Graz Conference, Graz
 (as of September 5, 2008)

Name	Forename	Country	email
Albegger	Klaus	Austria	klaus@albegger-gruen.at
Čavaljuga	Semra	Bosnia & Herzegovina	scavaljuga@gmail.com
Binder	Alexander	Austria	alex.binder@meduni-graz.at
Böck	Andreas	Austria	ndreas.boeck@meduniwien.ac.at
De Lepeleer	Geert	Belgium	Geert.delepeleer@kahosl.be
Eder	Waltraud	Austria	w.eder@salk.at
Egger	Josef	Austria	josef.egger@meduni-graz.at
Eric	Zelimir	Bosnia & Herzegovina	zelimir_e@yahoo.com
Fandler	Martin	Austria	martin.fandler@oeh.meduni-graz.at
Fazekas	Christian	Austria	christian.fazekas@meduni-graz.at
Frischenschlager	Oskar	Austria	oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at
Golaszewski	Stefan M.	Austria	s.golaszewski@salk.at
Govaert	Andre	Belgium	andre.govaert@kahosl.be
Griesbacher	Thomas	Austria	thomas.griesbacher@meduni-graz.at
Großschädl	Ulrike	Austria	ulrike.grossschaedl@meduni-graz.at
Gruber	Christian	Austria	christian.gruber@vu-wien.ac.at
Haas	Josef	Austria	josef.haas@meduni-graz.at
Heinz	Renate	Austria	renate.heinz@chello.at
Himmelbauer	Monika	Austria	monika.himmelbauer@meduniwien.ac.at
Hofer	Angelika	Austria	angelika.hofer@meduni-graz.at
Hofhansl	Angelika	Austria	angelika.hofhansl@meduniwien.ac.at
Holzer	Ulrike	Austria	ulrike.holzer@meduni-graz.at
Howorka	Kinga	Austria	kinga.howorka@meduniwien.ac.at
Höfler	Reinhild	Austria	reinhild.hoefler@meduni-graz.at
Huic	Mirjana	Croatia	mhuic@mef.hr
Ibrahimovic	Lejla	Bosnia & Herzegovina	lejlaibrahimovic@hotmail.com
Ithaler	Daniel	Austria	daniel.ithaler@meduni-graz.at
Ivankovic	Monija	Bosnia & Herzegovina	monija.ivankovic@sve-mo.ba
Jamer	Elke	Austria	elke.jamer@meduni-graz.at
Jejcic	Kristijan	Slovenia	kristijan.jejcic@guest.arnes.si
Juch	Herbert	Austria	herbert.juch@meduni-graz.at
Kapocsi	Erzsébet	Ungarn	kapocsi@nepsy.szote.u-szeged.hu
Kieslinger	Klaus-Dieter	Austria	k.kieslinger@salk.at
Kiessling	Claudia	Switzerland	claudia.kiessling@unibas.ch
Krajnc	Ivan	Slovenia	ivan.krajnc@uni-mb.si
Kremser	Karl	Austria	karl.kremser@meduniwien.ac.at
Krzan	Mojca	Slovenia	mojca.limpel@MF.UNI-LJ.SI
Lalic	Nebojsa	Serbia & Montenegro	nmlalic@eunet.yu
Leber	Klaus	Austria	klaus.leber@meduni-graz.at
Leithner	Andreas	Austria	andreas.leithner@meduni-graz.at
Lischka	Martin	Austria	martin.lischka@meduniwien.ac.at
Lisnychuk	Nataliya	Ukraine	nlisnichuk@yahoo.com



Teilnehmer der 12. Grazer Konferenz in Graz, Fortsetzung
Participants of the 12th Graz Conference, Graz, continued

Name	Forename	Country	email
Manhal	Simone	Austria	simone.manhal@meduni-graz.at
März	Richard	Austria	Richard.maerz@meduniwien.ac.at
Merl	Patrick	Germany	patrick_merl@t-online.de
Mitterauer	Lukas	Austria	lukas.mitterauer@univie.ac.at
Muhr	Carin	Sweden	carin1010@hotmail.com
Neges	Heide	Austria	heide.neges@meduni-graz.at
Neubauer	Sabine	Austria	sabine.neubauer@meduni-graz.at
Oleshuk	Oleksandra	Ukraine	lesyaoleh@yahoo.com
Oroz	Milena	Slovenia	milena.oroz-cresnar@uni-mb.si
Ott	Erwin	Austria	erwin.ott@meduni-graz.at
Öttl	Karl	Austria	karl.oettl@meduni-graz.at
Pecovnik-Balon	Breda	Slovenia	breda.balon@ukc-mb.si
Peintinger	Michael	Austria	michael.peintinger@meduniwien.ac.at
Plass	Herbert	Austria	herbert.plass@meduniwien.ac.at
Pranjič	Nurka	Bosnia & Herzegovina	pranicnurka@hotmail.com
Prodinger	Wolfgang	Austria	wolfgang.prodinger@i-med.ac.at
Puchinger	Markus	Austria	markus.puchinger@meduni-graz.at
Punter	Joachim Fritz	Austria	joachim.punter@meduniwien.ac.at
Quitterer	Josef	Austria	Josef.Quitterer@uibk.ac.at
Rakanović-Todić	Miada	Bosnia & Herzegovina	maida@dic.unsa.ba
Rakova	Marie	Czech Republic	marie.rakova@upol.cz
Reibnegger	Gilbert	Austria	gilbert.reibnegger@meduni-graz.at
Rinofner-Kreidl	Sonja	Austria	sonja.rinofner@uni-graz.at
Roch	Katharina	Austria	katharina.roch@gmx.at
Sakharova	Inna	Ukraine	inna_sakharova@yahoo.com
Schönbacher	Christina	Austria	christina.schoenbacher@meduni-graz.at
Schmidts	Michael	Austria	michael.schmidts@meduniwien.ac.at
Schwarz	Gerhard	Austria	gerhard.schwarz@meduni-graz.at
vanSchravendijk	Chris	Belgium	chrisvs@vub.ac.be
Steinböck	Sandra	Austria	sandra.steinboeck@meduniwien.ac.at
Strohscheer	Imke	Austria	imke.strohscheer@meduni-graz.at
Šuput	Dušan	Slovenia	dekanat@mf.uni-lj.si
Trapp	Michael	Austria	michael.trapp@meduni-graz.at
Tritthart	Hans	Austria	hans.tritthart@meduni-graz.at
Trubrich	Angela	Austria	angela_trubrich@hotmail.com
Werner-Felmayer	Gabriele	Austria	gabriele.werner-felmayer@i-med.ac.at
Wiener	Hubert	Austria	hubert.wiener@meduniwien.ac.at
Wimmer	Gernot	Austria	gernot.wimmer@meduni-graz.at
Wisiak	Ursula Viktoria	Austria	Ursula.Wisiak@klinikum-graz.at
Wolschner	Rainer	Austria	rainer_wolschner@hotmail.com
Wyskovsky	Wolfgang	Austria	wolfgang.wyskovsky@meduniwien.ac.at
Zlabinger	Gerhard	Austria	gerhard.zlabinger@meduniwien.ac.at

