

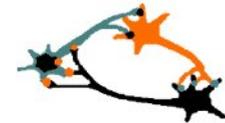


Medizinische Universität Innsbruck
Innsbruck Medical University

ÖGH
Österreichische Gesellschaft
für Hochschuldidaktik

13. Grazer Konferenz

Innsbruck | 24. - 26. September 2009



Teaching Medicine - an Interprofessional Agenda





| | |
|--|--|
| Tagungsort Conference Venue | Kinder-Herz-Zentrum Medizinischen Universität Innsbruck Anichstraße 35 6020 Innsbruck, Austria |
| Veranstalter Organized by | Medizinische Universität Innsbruck (MUI) Österreichische Gesellschaft für Hochschuldidaktik (ÖGHD) |
| Leitung Chair | Richard März, MUW ¹ , ÖGHD Jörg-Ingolf Stein, MUI, ÖGHD |
| Organisation Organizing Committee | Jörg-Ingolf Stein, MUI, ÖGHD Karen Pierer, MUI Gabriele Werner-Felmayer, MUI Hans-Georg Kraft, MUI Wolfgang Prodinger, MUI Herbert Plass, MUW, ÖGHD |
| Kontakt Contact | Mrs. Karin Martin, Mobile +43 676 3022189 |

¹ Medical University of Vienna

| | |
|----------------------|---|
| Ankündigung: | 14. Grazer Konferenz, Qualität der Lehre 22. – 24. April 2010 in Wien |
| Announcement: | 14. Graz Conference, Teaching Quality April 22 – 24, 2010, Vienna |

Programm-Übersicht - Program Overview

Mittwoch/Donnerstag - Wednesday/Thursday
23./24. September 2009

Mittwoch - Wednesday

14:00 Preconference Workshop: Schubert
Prüfungen schreiben/ Written Tests

Donnerstag - Thursday

09:00 Preconference Workshop continued

Donnerstag - Thursday
24. September 2009

Topic 1: Ethics in Medical Curricula

| | | |
|-------|----------------------------------|------------------------------|
| 14:00 | Begrüßung/Welcome | Stein, März |
| 14:30 | Short Lectures | Werner-Felmayer (Moderation) |
| 16:00 | Coffee Break | |
| 16:30 | Workshops | a) Mauron b) Beyer |
| 18:00 | Posterparty: Food and Science | |



Freitag - Friday
25. September 2009

Topic 2: Interprofessional Approach

| | | |
|-------|-------------------------------|------------------------|
| 09:00 | Short Lectures | Stein (Moderation) |
| 10:30 | Coffee Break | |
| 11:00 | Workshop | Prodinger (Moderation) |
| 13:00 | Lunch and GMA - Working Lunch | |

Topic 3: Role Modelling

| | | |
|-------|---|------------------------------------|
| 14:15 | Lecture and Workshop | Hulsman |
| 16:15 | Coffee Break | |
| 16:30 | Workshops | a) Lichtenwagner b) Campus Tour |
| 18:30 | Eine anrühige Geschichte: Führung, Beitrag 5€, s.S. 65 A fishy story: Guided Tour, fee 5 €, c.f. p65 | |
| 20:00 | Conference Dinner, à la carte, not included in the registration fee c.f. p66 | |

Samstag - Saturday
26. September 2009

Topic 4: Faculty development

| | | |
|-------|----------------|--------------------------|
| 09:00 | Lecture | Stosch |
| 09:45 | Short Lectures | März/Pierer (Moderation) |
| 10:30 | Coffee Break | |

Topic 5: Accreditation

| | | |
|-------|----------------------------|-------------------|
| 11:00 | Short Lectures | März (Moderation) |
| | Panel Discussion | |
| 12:30 | Abschluß / Closing Remarks | März |
| 12:45 | End of Conference | |



1 Lectures, Short Lectures, Panel Discussion

Alle Veranstaltungen im Seminarraum 1, Erdgeschoß
All events in "Seminarraum 1", Ground Floor

| | Tag Day | Zeit Time |
|---------------------|---------------------|--------------|
| Welcome | Donnerstag/Thursday | 14:00 |
| Werner-Felmayer (M) | Donnerstag/Thursday | 14:30 |
| Stein (M) | Freitag/Friday | 09:00 |
| Hulsman | Freitag/Friday | 14:15 |
| Stosch | Samstag/Saturday | 09:00 |
| März/Pierer (M) | Samstag/Saturday | 09:45 |
| März (M) | Samstag/Saturday | 11:00 |
| Panel Discussion | Samstag/Saturday | |
| März | Samstag/Saturday | 12:30 |

(M) Moderator(s)

24. 9. 2009, 14:30

Ethics in Medical Curricula

Short Lectures

chaired by Gabriele Werner-Felmayer (Medical University of Innsbruck)

contributions by

- Alexandre Mauron; University of Geneva
- Willibald J. Stronegger, Christin Schmölzer; Medical University of Graz



Ethics in the medical curriculum: the Geneva experiment

Alexandre Mauron

Institut d'éthique biomédicale Centre Medical Universitaire,
Medical Faculty of the University of Geneva, Switzerland
Rue Michel-Servet 1, CH-1211 Geneva
Alexandre.Mauron@unige.ch

The Faculty of medicine of the University of Geneva was the first in Switzerland to introduce explicit bioethics teaching into the core undergraduate medical curriculum (1995). Insights gained from this experience include the following: Bioethics teaching is easier to introduce in a context of general curricular reform, which is friendly to didactic innovation and emphasizes problem-based learning. The main obstacle to overcome is that bioethics has many different “natural” partners (medical leaders, philosophers, theologians, social scientists, etc.) who have conflicting agendas and who may have given little thought to the transformative effect of interdisciplinarity on their own teaching practices. To become sustainable in the long run, bioethics teaching has to persistently avoid two extremes: on one hand, the sort of theory-shy casuistry that often ends up in platitudinous moralizing discourse, and on the other hand, the theory-heavy ethical speculation that puts students and medical practitioners in the position of spectators of abstract philosophical controversy. Bioethics teaching is best conceived of as one component of a medically-oriented humanities and social science "package" that has a legitimate place in the medical curriculum. The secular character of bioethics teaching in a non-religiously affiliated medical school must be asserted uncompromisingly.

Bioethics education in the health professions still poses many unanswered questions that should be researched systematically. These include the link between teaching bioethics and changing practices, the goals of continuing bioethics education for practitioners, the feasibility of a common bioethics curriculum for students of medicine and other health care professions, and many more.

Ärztliche Sterbehilfe - Einstellungen bei Grazer Medizinstudierenden zwischen Ethik und Patientenautonomie

Christin Schmoelzer, Willibald J. Stronegger

Institut f. Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Universitätsstrasse 6, 8010 Graz

willibald.stronegger@medunigraz.at

christin.schmoelzer@gmx.at

1. Hintergrund

Die aktive direkte Sterbehilfe mit dem Ziel, den Sterbeprozess eines Kranken durch dessen Tötung abzukürzen, war in den europäischen Rechtsordnungen bis ins 20. Jahrhundert in der Regel verboten. Die zugrundeliegende Rechtsauffassung sieht das menschliche Leben als ein unveräußerliches Rechtsgut, das grundsätzlich unabhängig vom Willen des Trägers um Interessen der Gesamtheit willen zu schützen ist. Seit dem 2. Weltkrieg befindet sich die Einstellung der Bevölkerung zur Zulässigkeit von aktiver Sterbehilfe in den meisten europäischen Staaten in einem deutlichen Wandel. Die Ausführung der Sterbehilfe wird fast ausnahmslos als eine Aufgabe des ärztlichen Berufs gesehen. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, welche Einstellung zur Sterbehilfe angehende Ärzte und Ärztinnen einnehmen.

2. Methoden und Studienpopulation

Grazer Studierende der Humanmedizin wurden im Rahmen der „Übungen aus Sozialmedizin“ mittels eines anonymen Fragebogens über ihre Einstellungen zur Sterbehilfe und ihre Erfahrung in Pflege- sowie Sterbebegleitung befragt. Durch die Beantwortung des Fragebogens in Präsenz wurde eine Rücklaufquote von über 95% erzielt. Aus drei Erhebungswellen (Jahre 2001, 2003/04 und 2008/09) stehen die Angaben von 757 Medizinstudierenden zur Verfügung. Zusätzlich wurden in der 2. Welle 68 Personen in Pflegeausbildung befragt.

3. Resultate

Die erhobenen Einstellungen zeigen keine oder nur geringfügige Abhängigkeit von Alter oder Geschlecht der Studierenden, sodass auf eine Alters- oder Geschlechtsskorrektur zumeist verzichtet werden konnte. Die Befürwortung der aktiven direkten Sterbehilfe zeigte in der abstrakten Frage eine deutliche Zunahme über die drei Erhebungswellen (16% - 29% - 50%). In einem Fallbeispiel, das für die Anwendung der aktiven Sterbehilfe charakteristisch ist, nimmt die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe weniger stark zu. In der im Fallbeispiel angeführten Begründung der eigenen Einstellung zeigen sich ebenfalls deutliche Verschiebungen in den drei Wellen. Argumente, die auf Patientenautonomie und Fürsorge Bezug nehmen, werden in der 3. Welle mehr als doppelt so oft angeführt als in der ersten.



4. Diskussion

Im Erhebungszeitraum der Jahre 2001-2009 zeigt sich eine massive Veränderung in der Einstellung zur ärztlichen Sterbehilfe bei den Medizinstudierenden. Diese Veränderung ist bei der Beantwortung einer abstrakten Frage markanter ausgeprägt als bei der Beurteilung eines konkreten Fallbeispiels. Ethische Überzeugungen und ein ethisch geprägtes ärztliches Rollenverständnis scheinen zugunsten einer höheren Bewertung von ärztlichem Fürsorgeverhalten als auch der Autonomie des Patienten in den Hintergrund zu treten. Die Resultate legen zudem in methodischer Hinsicht nahe, dass Einstellungen zur Sterbehilfe nicht mittels einfacher „abstrakter“ Fragen gemessen werden sollten, sondern anhand von validierten Skalen, welche z.B. auf ausgewählten Fallbeispielen basieren.

25. 9. 2009, 09:00

Berichte über Erfahrungen mit Studiengängen für Medizinische Berufe in Österreich

Short Lectures

chaired by Jörg-Ingolf Stein (Medical University of Innsbruck)

contributions by

- Maria Magdalena Schreier; Paracelsus Medical University, Salzburg
- Eva Rasky; Medical University of Graz
- Christa Them; Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i.Tirol



Maria Magdalena Schreier

Institut für Pflegewissenschaft, Paracelsus Medizinische Privatuniversität - Privatstiftung,
Salzburg
Strubergasse 21, A-5020 Salzburg
magdalena.schreier@pmu.ac.at

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist ohne enge Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen nicht denkbar. Instrumente zur Qualitätssicherung sind entsprechend nützlich, wenn sie alle Berufsgruppen einbeziehen, die für die Umsetzung der Ziele ausgewählter Themenbereich zuständig sind. Dennoch haben mono- und multidisziplinäre Instrumente ihren Platz und können sich sinnvoll ergänzen. Der Vortrag zeigt am Beispiel des Qualitätsniveaus II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“ (Auftrag der BUKO-QS unter Förderung des deutschen Seniorenministeriums, Projektverbund des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und des Instituts für Lebensmittel und Ernährungswissenschaften der Universität Bonn), wie multiprofessionelle Zielsetzungen gemeinsam in ein Instrument festgelegt werden können. Chancen und Grenzen mono- und multidisziplinärer Instrumente zur Qualitätssicherung sollen beispielhaft zur Diskussion gestellt werden.

Éva Rásky

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
8010 Graz, Universitätsstrasse 6/I
eva.rasky@medunigraz.at

Herausgefordert ist das Gesundheitswesen vielfältig. Integrative Versorgung ist ein möglicher Lösungsansatz. Erst wenn die Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe Kompetenzen lehren, die solche Veränderungen ermöglichen, können PatientInnen effektiv integrativ versorgt werden. Interprofessionelles Lernen der Expertinnen ist hierfür ein wesentliches Element. Erste Schritte der Medizinischen Universität Graz in diese Richtung werden angeführt.



Die Zukunft der Pflege – Pflegewissenschaftliche Studien des Institutes für Pflegewissenschaft der UMIT

Christa Them

Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT-Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Hall i. Tirol

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, A-6060 Hall in Tirol

Christa.Them@umit.at

Das Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT trägt mit der Ausbildung wissenschaftlich qualifizierten Personals im Gesundheits- und Pflege-sektor dazu bei, dass evidenzbasiertes Pflegewissen in der österreichischen Pflegepraxis Einzug hält und konsekutiv, „Evidence based Nursing“ pflegerischer Standard wird. Um der Gefahr „einer Wissenschaft im Elfenbeinturm“ zu entgehen, ist neben dem erfolgreichen Wissenstransfer das Feedback der AbsolventInnen und Pflegenden vor Ort essentiell, als dadurch die inhaltliche Abstimmung der Studien-Curricula handlungs- und systemorientiert erfolgen kann und antizipativ, die Anforderungen des Pflegealltags nicht aus den Augen verloren werden. Im Rahmen des Vortrages wird zunächst der pflegewissenschaftlichen IST-Zustand in Österreich betrachtet und davon ableitend, auf die Historie der Universität UMIT und dem neugegründeten Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT übergeleitet. In den Vordergrund treten hierbei die Studienangebote des Institutes für Pflegewissenschaft gemäß Bologna mit Darstellung der Studiencurricula, inhaltlicher Schwerpunktsetzung sowie Überlegungen zu den Chancen und Berufsperspektiven zukünftiger PflegeakademikerInnen. Abschließend wird auf den Aspekt „Was leistet die Pflegewissenschaft für die Zukunft?“ eingegangen. Hier soll sich der Kreis schließen und Überlegungen angestellt werden, welche adäquaten Rahmenbedingungen für Pflegenden zu gestalten sind, die sie befähigen, bedürfnisorientierte Pflegeansätze und -konzepte zu entwickeln und im pflegerischen Alltag zu realisieren.

25. 9. 2009, 14:15

Role modelling and other determinants in making professional doctors

Robert Hulsman

Dept. of Medical Psychology, Academic Medical Centre of the University of Amsterdam
P.O.Box 22660, NL-1100 DD Amsterdam
R.L.Hulsman@amc.uva.nl

In a medical curriculum often a discrepancy exists between the preaching and practice of good clinical behaviour. For example, whereas training of communication skills is focussed nowadays on patient-centredness, this is not always observed in clinical practice on a ward or in an outpatient clinic. Since students in their desire to become professionals are very sensitive to clinical experiences and examples, this discrepancy and inconsistency in the curriculum can have a detrimental impact on their attitudes and behaviour. Role models are powerful in imparting professional values, attitudes, and behaviours in medical education. Positive role-models are a very powerful means of illustrating theoretical issues in clinical practice. However, role-models can also broadcast implicit values that interfere with the explicit values in the curriculum about professional behaviour. Students, who are not always able to distinguish between positive and negative examples, can easily become receptive to negative role-models as they are receptive to positive role-models. These implicit, often interfering messages about good conduct students receive in medical education are referred to as the 'hidden curriculum'. Role models will always be there and exert impact on student learning. It is a challenge for the official curriculum to design learning opportunities that oppose the hidden curriculum and its leading proponents.

In this session two examples will be presented about how in the Academic Medical Centre Amsterdam the teaching and assessment of professional behaviour is organized. Since 1998, all 5th year students are assessed during their first major clinical clerkship on their communication and professional behaviour. This assessment is done in collaboration between a physician and a medical psychologist. In 2009 the assessment procedure has been slightly revised. In the preclinical years a teaching and assessment program for professional behaviour was initiated in 2006 for the 1st to 4th year students. Starting with the new bachelor-master program in 2009, all students will be summatively assessed on their professional behaviour. It will be interesting to explore how these Dutch programs compare to programs in the Austrian medical schools.



26. 9. 2009, 09:00

Faculty Development in Cologne - How to Improve Learning and Teaching

Christoph Stosch

University Cologne
Joseph-Stelzmann-Str. 20 - Geb. 42 - 50931 Köln
c.stosch@uni-koeln.de

As a matter of fact, the Medical Faculties in the German speaking countries indeed have a huge problem: The burden of history. Evolved from a centre of a movement, called the development of scientific medicine in Europe, there is a strange leak in perception: The development of education.

In the last decades there were some major changes, which have to be considered:

- Large group to small group
- Teaching to learning
- Input to outcome
- Knowledge to attitudes

The way to involve the faculty members into these major findings could be a faculty development programme based on the idea of “human resource management”. The Lecture will focus on the Cologne faculty development programme, its connection to the LAMA (Landesakademie für Medizinische Ausbildung in NRW) and their compatibility to other Faculty Development Programmes.

26. 9. 2009, 09:00

Personalentwicklung - Was ist los in Österreich?

Short Lectures and Discussion

chaired by Richard März (Medical University of Vienna) and Karen Pierer (Medical University of Innsbruck)

contributions by

- Jane Zeller, Medical University of Innsbruck
- Gilbert Reibnegger, Medical University of Graz



**MAW - „Medizindidaktische Aus- und Weiterbildung“: Didaktische Personalentwicklung Qualitätssicherung und -entwicklung der Lehre an der Medizinischen Universität Innsbruck
„Exzellente Lehre ist kein Zufall“**

Janne Zeller

Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten, Medizinische Universität Innsbruck
Speckbacherstrasse 31-33, A-6020 Innsbruck
janne.zeller@i-med.ac.at

Der Vortrag wird in kurzen Worten darüber berichten, welche Maßnahmen an der Medizinischen Universität Innsbruck im Rahmen des „Faculty Developments“ durchgeführt werden. Die „Medizindidaktische Aus- und Weiterbildung“, kurz MAW, dient den Lehrenden der Medizinischen Universität Innsbruck, die pädagogischen und didaktischen Fähigkeiten der Fakultätsmitglieder sicherzustellen und zu erweitern.

Die Weiterbildungsmaßnahmen richten sich dabei an alle an der Medizinischen Universität Innsbruck in der Lehre tätigen Personen, alle in den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Universität Innsbruck tätigen Personen, die die Lehre von Studierenden und Postpromotionellen Lernenden durchführen, alle Personen, die Studierende im Rahmen von Famulaturen begleiten und alle Personen, die sich an der Medizinischen Universität habilitieren wollen.

Bei den zweimal jährlich stattfindenden Workshops werden dabei die Inhalte Lehrkonzepterstellung, Prüfungswesen und Gender Kompetenz behandelt. Als Referenten werden u.a. Herr Sebastian Schubert von der Berliner Charité - Universitätsmedizin Berlin, sowie ExpertInnen der Medizinischen Universität Innsbruck mit der Ausbildung eines MME (Master of Medical Education) geladen.

Didactic Faculty Development Programme at the Medical University of Graz

Gilbert Reibnegger

Medical University of Graz,
Harrachgasse 21/2, 8010 Graz
gilbert.reibnegger@medunigraz.at

Quality in teaching requires – among other constituents – qualified teachers. While this requirement seems obvious and has clear consequences in primary and secondary education, in teaching at the level of universities hitherto there have been little or no formal didactic qualification premises at all.

In order to improve this deplorable state of affairs, the Medical University of Graz has launched a tripartite didactic faculty development programme in 2008. Step one is obligatory for all new teaching staff and consists of a two-day workshop offering didactic basics. Step two offers several modules presenting advanced topics in teaching and assessment. All staff striving for achieving a postdoctoral lecture qualification (“Habilitation”) is urged to take part in at least some of these offerings. As the most advanced step, the Medical University of Graz has started in 2008 to choose by a competitive procedure particularly engaged teachers to participate in one of the international “Master of Medical Education” study programmes. These people are supposed to become – after completion of their studies – particularly active multipliers of good and innovative methods of teaching and assessment at our university.

In addition to this formal programme, excellent and highly engaged teachers are given more weight and visibility by awarding them the more informal title of “Head of a Teaching Unit for xyz”. A similar programme with informal “Research Units” has demonstrated that such an instrument of recognition of extraordinary achievements is able to exert a tremendous stimulative and inspiring impact.

As a consequence of the new wage agreement regulating future careers at Austrian universities, also the instrument of performance agreement has been started to be used to improve the engagement and qualification of academic staff in teaching as well as in research: academic staff striving to obtain permanent employment at the university has to fulfil certain requirements in research, teaching and personal qualification. These requirements are negotiated between the candidate, his or her head of organizational unit and a newly established “Staff Development Committee” on an individual basis. All candidates are supported by a newly developed mentoring programme during this important phase of their career.

Finally, in recognition of the strong impact of excellent teaching in addition to excellent research, the Medical University of Graz has started, and will extend the creation of a limited number of new professorships with a special focus on teaching.



26. 9. 2009, 11:00

Accreditation

Short Lectures

chaired by Richard März (Medical University of Vienna)

contributions by

- Sabine Neubauer (Medical University of Graz)
- Martin Lischka (Medical University of Vienna)

Panel Discussion

chaired by Richard März (Medical University of Vienna)

Participants:

- Sabine Neubauer (Medical University of Graz)
- Martin Lischka (Medical University of Vienna)
- Rudolf Mallinger (Medical University of Vienna)
- Gilbert Reibnegger (Medical University of Graz)

Akkreditierung oder Zertifizierung von Studium und Lehre? Erfahrungsbericht der Medizinischen Universität Graz

Sabine Neubauer

Stabstelle für Qualitätssicherung in der Lehre, Organisationseinheit für Studium und Lehre
Medizinische Universität Graz
Universitätsplatz 3/EG, 8010 Graz, Austria
sabine.neubauer@medunigraz.at

Die Medizinische Universität Graz ist bestrebt, dem Auftrag des Universitätsgesetzes 2002 in Bezug auf den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems, insbesondere für den Leistungsbereich „Studium, Lehre und Weiterbildung“, nicht nur in umfassender Weise nachzukommen, sondern auch in der Umsetzung eine Vorreiterrolle einzunehmen. Aus diesem Grund wird eine Vielzahl von Instrumenten, wie Evaluierung, Peer Reviews, Audits, Zertifizierung, Akkreditierung, etc., für den Aufbau, die Überprüfung der Wirksamkeit und die Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems genutzt. Diese externen und internen Verfahren ergänzen sich und beleuchten bzw. hinterfragen unterschiedliche Aspekte des Qualitätsmanagements.

Programmakkreditierung mit inhaltsbezogenem Fokus

Nach intensiver Vorbereitung auf die Akkreditierung der beiden Diplomstudien Humanmedizin und Zahnmedizin im Jahr 2006 wurde 2007 das Verfahren des deutschen Akkreditierungsinstitutes ACQUIN (Akkreditierungs-, Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsinstitut) erfolgreich durchlaufen. Das Verfahren entspricht mit der Erstellung eines Selbstberichts, dem Vor-Ort-Audit, dem GutachterInnenbericht und dem darauf folgenden Akkreditierungsbeschluss der üblichen Vorgehensweise. Ziel dessen ist der Nachweis von unabhängiger international anerkannter Stelle, dass bei der Konzeption und der Umsetzung der Studien wesentliche Qualitätskriterien eingehalten werden. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Validität der gesetzten Studienziele, die Stimmigkeit der Ziele und der entwickelten Konzepte sowie auf die konsequente Umsetzung der Studienpläne gelegt. Weiters wird begutachtet, ob die Tauglichkeit von Zielen, Konzepten und deren Umsetzung systematisch überprüft wird und Rückkoppelungsprozesse zur Optimierung der Studien implementiert wurden. Die Medizinische Universität Graz ist die erste und einzige österreichische medizinische Universität, die sich einem externen Prozess dieser Art im Sinne der Qualitätssicherung unterzogen hat. Der Akkreditierungsprozess der Diplomstudien Humanmedizin und Zahnmedizin hat einen beachtlichen Anstoß zur Weiterentwicklung der Curricula sowie der umfassenden Qualitätssicherung in der Lehre gegeben. Seit dem Audit ist an der Universität eine außerordentliche Dynamik in Bezug auf die Optimierung der Lehre wahrzunehmen, die sich in zahlreichen laufenden Projekten dazu, beschlossenen Vorgabedokumenten und neu mod-



ellierten qualitätssichernden Prozessen manifestiert.

Zertifizierung mit prozessbezogenem Fokus

Im Sinne einer Prozesssupervision hat die Medizinische Universität Graz im Jahr 2009 ein Verfahren zur Zertifizierung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit des internen Qualitätsmanagements im Leistungsbereich Studium, Lehre und Weiterbildung von AQA (Austrian Agency for Quality Assurance) durchlaufen. Hierfür wurde eine allgemeine Qualitätsdokumentation erstellt. Zusätzlich muss die Leistungsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems mittels zweier Schlüsselprozesse nachgewiesen werden. Die Begutachtung erfolgt anhand von sechs Auditstandards, die wesentliche Anforderungen an die interne Qualitätssicherung und an das eingeführte Qualitätsmanagement in Studium und Lehre beschreiben und den Europäischen Standards und Guidelines der ENQA (European Association for Quality Assurance in Higher Education) zur Qualitätssicherung im Hochschulwesen entsprechen. Diese sind knapp zusammengefasst: Qualitätsstrategie, Leitungsverantwortung, Zuständigkeiten und Transparenz, Verfahren der internen Qualitätssicherung, Monitoring und Darlegung der Anspruchsgruppen. Die GutachterInnen nehmen beim Audit eine Einschätzung darüber vor, inwieweit die Universität die vorgegebenen Auditstandards erfüllt. Die Zertifizierungsentscheidung durch AQA soll Oktober 2009 vorliegen.

Akkreditierung des MedizinCurriculumWien (MCW) – Erfahrungen aus dem Pilotprojekt

Martin Lischka

Core Unit Medical Education, Medical University of Vienna
Spitalgasse 23, 1090 Wien
martin.lischka@meduniwien.ac.at

Ein freiwilliges Akkreditierungsprojekt hat in Europa erstmals 1999/2000 stattgefunden, und zwar für alle medizinischen Fakultäten der Schweiz. Der zuständige Unterstaatssekretär der USA hatte die europäischen Wissenschaftsverwaltungen offiziell wissen lassen, dass es – mittelfristig – mit der Anerkennung von Absolventen des Medizinstudiums Probleme geben könnte, wenn die ausbildenden Institutionen nicht akkreditiert sind. Dies fand zunächst aber nur in der Schweiz Beachtung – auf freiwilliger Basis.

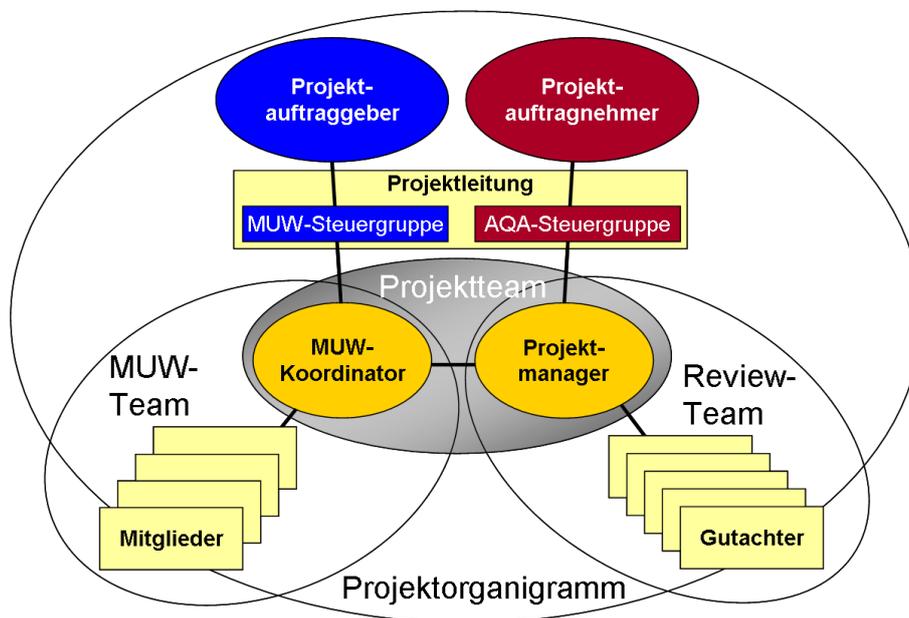
Ein Blick auf die mittlerweile in den Mitgliedstaaten der EU und des Bologna-Raums eingetretene Entwicklung zeigt, dass die „Qualitäts-Bewegung“ in der Medizinausbildung in ganz Europa angekommen ist. Zentrale Elemente einer derartigen Qualitätsbewertung sind die Orientierung an einem „Maßstab“, die Einbeziehung kollegialer, externer Experten („Peers“) und die Abwicklung der Projekte durch eigenständige Qualitätssicherungsagenturen.

Bekanntlich war das „alte“ Medizinstudium in seinen Grundzügen mehr als 100 Jahre in Kraft. Die MedUniWien hat schon bei der Beschlussfassung zum MCW festgehalten, dass nur ein sich weiter entwickelndes, lebendiges Curriculum ein gutes Curriculum ist. Es lag daher nahe, aus Anlass des Studienabschlusses der ersten regulären Kohorte (2002 – 2008) die Qualität des MCW eingehender zu untersuchen und über Weiterentwicklung nachzudenken.

Auf Empfehlung des Advisory Board für das MCW wurde in Kooperation mit der Österreichischen Qualitätssicherungsagentur (www.aqa.ac.at) das „Pilot-Projekt Akkreditierung“ (PPA) aufgesetzt. Als Maßstab wurden die „Global Standards for Quality Improvement in Medical Education, European Specifications“ der World Federation for Medical Education (www.wfme.org) gewählt. Die für ein Evaluationsverfahren typischen Projektschritte folgten einem ehrgeizigen Zeitplan: Projektplanung und Einladung von Fachleuten für medizinische Ausbildung als Gutachter (März 2008), Erstellung des Selbstreports der MUW (Juni bis Oktober 2008), anschließend Beurteilung des Selbstreports durch die externen Gutachter unter dem Vorsitz von Tom Aretz (Harvard Medical School), Vor-Ort – Besuch der fünf Peers (12. – 14. Jänner 2009), Bericht der Gutachter (April / Mai 2009) und Projektabschluss in der Auswertenden Konferenz (Juni 2009).

Im Rahmen des Vor-Ort-Besuchs haben die Gutachter Gesprächstermine mit rund 60 Angehörigen der MUW (inkl. der Studierenden) absolviert. Die Arbeitsatmosphäre wurde von allen Beteiligten als sehr gut bezeichnet.

Der Endbericht wurde zeitgerecht übermittelt und in der Abschlussveranstaltung in verschiedenen Arbeitsgruppen vertieft. Die Überreichung der Akkreditierungsurkunde durch die aqa an den Rektor der MUW fand am 17. Juli 2009 statt. Eines der wichtigsten Ergebnisse ist wohl, dass aus der EU kommende Impulse (Thema „Approbation“) eine Überarbeitung des MCW notwendig machen. Im Zuge dieser Weiterentwicklung des MCW werden aber auch andere, auf Ergebnissen des Projekts PPA basierende Maßnahmen zu setzen sein.





2 Workshops

| Workshop | Facilitator | Ort/location |
|---------------------------|---------------|--------------------------------|
| Mittwoch/Wednesday 14:00 | | |
| | Schubert | 1. Stock/1 st Floor |
| Donnerstag/Thursday 16:30 | | |
| a | Mauron | 1. Stock/1 st Floor |
| b | Beyer | 1. Stock/1 st Floor |
| Freitag/Friday 11:00 | | |
| | Prodinger | 1. Stock/1 st Floor |
| Freitag/Friday 14:15 | | |
| | Hulsman | 1. Stock/1 st Floor |
| Freitag/Friday 16:30 | | |
| a | Lichtenwagner | 1. Stock/1 st Floor |
| b | Campus Tour | – |

rooms will be announced

Workshop 24. 9. 2009, 16:30

Ethics in Medical Curricula

Alexandre Mauron

Medical Faculty of the University of Geneva
Laarbeeklaan 103, B1090 Brussels, Belgium
chrisvs@vub.ac.be

Participants will explore experiences and/or expectations for bioethics teaching in a medical school context, both in terms of subject priorities, skills, and teaching methods.



Workshop 24. 9. 2009, 16:30

Gender Aspekte im Curriculum der Medizin Gender-aspects in Medical Curricula

Claudia Beyer

Coordination Office for Gender Equality, Women's Advancement and Gender Studies,
Medical University of Innsbruck
claudia.beyer@i-med.ac.at

Inhalt

Die Medizinische Universität Innsbruck hat als bislang einzige medizinische Hochschule in Österreich das Thema Gender Medizin in der Pflichtlehre des Curriculums verankert. Die TeilnehmerInnen des Workshops erhalten eine Übersicht der vielfältigen Angebote im Bereich von Pflicht- und Wahllehrveranstaltungen sowie einen Ausblick der zukünftig, auch international geplanten Aktivitäten, die von der Koordinationsstelle organisiert werden. Nach einer Vorstellung der an der MUI implementierten Maßnahmen und Instrumente soll in Interaktion mit den TeilnehmerInnen der Status quo von Gender Medizin Angeboten an den anderen österreichischen, eventuell auch ausländischen Medizinuniversitäten beleuchtet werden.

Didaktik

Vortrag, Interaktion mit den TeilnehmerInnen

Zielsetzung

- Status quo von Gender Medizin in der Lehre am Beispiel der Medizinischen Universität Innsbruck
- Diskussion weiterer Best Practice Beispiele aus dem österreichischen und eventuell auch internationalen Raum im Plenum

Workshop 25. 9. 2009, 11:00

Introductory lecture and Workshop “Interprofessionality in Undergraduate Education”

Wolfgang Prodinger¹, Fadil Citaku², Felix Nohl³, Renee de Ruijter⁴, Martin Perrig⁵, Sandra Trachsel⁶, Lukas Lochner⁷

¹Medical University of Innsbruck

²Centre for Health Profession Education, Aarau, Switzerland

³Spitalnetz Bern (SNB), Switzerland

⁴Muskuloskelettale Physiotherapie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Switzerland

⁵Inselspital, Bern, Switzerland

⁶Medical Faculty University of Bern, Switzerland

⁷Landesfachhochschule Claudiana, Bozen, Italy

wolfgang.prodinger@i-med.ac.at

Fadil.Citaku@ag.ch

felix.nohl@spitalnetzbern.ch

r.deruyter@bluewin.ch

martin.perrig@insel.ch

sandra.trachsel@iml.unibe.ch

Lukas.Lochner@claudiana.bz.it

The workshop will be held together with members of the MME Bern cohort 8, who have enjoyed a two years' highly interdisciplinary education together, and colleagues from Austrian Universities.

Parallel groups or one single group in the workshop may want to elaborate on e.g. the topics below: The doctor-of-tomorrow as a medical student: What does she/he usually know - what should she/he learn to know about other health professions? Discuss a pilot seminar for students of diverse health professions (e.g. nursery, midwifery, physiotherapy, medicine) in their first year: what would be your goals, contents, forms of teaching (and examining)? Discuss a practical for students of diverse health professions (e.g. nursery, midwifery, physiotherapy, medicine) in the last years of studies: what would be your goals, contents, forms of teaching (and examining)? Think about your experience with other health professions: How can interprofessional education in medicine contribute to better patient treatment?



Workshop 25. 9. 2009, 16:30

„Status und Statuen“ - das Bild des Arztes

Astrid Lichtenwagner

Institut für Fort- und Weiterbildung, Pädagogische Hochschule Tirol,
Adamgasse 22, A-6020 Innsbruck

Machtprozesse, Konflikte, falsche oder nicht vorhandene Kommunikation - daran scheitern viele gute Projekte. In diesem kurzen theaterpädagogischen Workshop wird mit Hilfe des Mediums Theater das eigene Verhalten am Arbeitsplatz und dessen Wirkung auf andere reflektiert.

Denn

„Theater ist die menschliche Fähigkeit, sich selbst im Handeln zu betrachten. Die Selbsterkenntnis, die der Mensch auf diesem Weg erwirbt, erlaubt ihm, sich Variationen seines Handelns vorzustellen und Alternativen zu erproben.“

(Augusto Boal, Der Regenbogen der Wünsche, 1999, S.24)

Workshop 25. 9. 2009, 16:30

Campustour

Wolfgang Prodingner

Medical University of Innsbruck

The Innsbruck Medical University Campus encompasses the clinical and preclinical institutions within short distances. Co-walkers on this tour held in English will visit few (approx. 4) locations to gain insight into the university structure and history, and particularly teaching and the curricula in Human Medicine, Dental Medicine, and PhD studies.



3 Posters

Donnerstag, Thursday, 18:00
Erdgeschoß/Ground Floor

- 01 **„Exam drives Learning” – Reproduktion und Rekognition unter MC-Lernbedingungen im Wiener Medizinstudium**
Oskar Frischenschlager, Gerald Haidinger, Burcu Coskun, Lukas Mitterauer
- 02 **Das Arztbild von deutschen und ungarischen Medizinstudenten**
Erzsébet Kapocsi, Katalin Barabás
- 03 **Results of New Curriculum Implementation**
L. Kovalchuk, Oleksandra Oleshchuk, Nataliya Lisnychuk, Inna Sakharova
- 04 ***Hands on* Übungen am humanen Präparat als Vorbereitung auf ein klinisch oralchirurgisches Praktikum**
Michael Payer, Robert Kirmeier, Petra Rugani, Andreas Weiglein, Norbert Jakse
- 05 **Interaktive Leistungsbeurteilung von Zahnmedizinstudenten in einer Oralchirurgischen Ambulanz.**
Michael Payer, Astrid Truschnegg, Stephan Acham, Robert Kirmeier, Norbert Jakse
- 06 **How do students learn from powerpoint-slide handouts? Qualitative analysis of a common phenomenon.**
Wolfgang M. Prodinger, Elisabeth Wickenhauser
- 07 **Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden - Folge eines Verlustes ethischer Überzeugungen?**
Willibald J. Stronegger & Christin Schmölzer
- 08 **Deriving constructional rules for a Knowledge on Skills Test**
Michaela Wagner-Menghin, Ingrid Preusche, Joachim Punter and Michael Schmidts
- 09 **Benefits of team-based learning for students in a traditional medical curriculum**
Hubert Wiener, Herbert Plass, Richard Marz
- 10 **Risikomanagement und Qualität der Lehre**
Zacherl M., Gruber G., Glehr M., Maurer-Ertl W., Windhager R.

13. Grazer Konferenz, Qualität der Lehre, Innsbruck 2009

„Exam drives Learning“ – Reproduktion und Rekognition unter MC-Lernbedingungen im Wiener Medizinstudium.

Frischenschlager O¹, Haidinger G², Coskun B^{1,2}, Mitterauer L³

Fragestellung: Wie bereits nachgewiesen werden konnte (Haidinger et al. 2008), ist der Erfolg bei der SIP (summative integrative MC-Prüfung über den Stoff des Studienjahres) wesentlich von strategischer Ausrichtung des Lernverhaltens abhängig, das u. a. durch oberflächliches Lernen charakterisiert ist. Ein auf Verstehen ausgerichtetes Lernen hat keinen Einfluss auf den Prüfungserfolg. Es wird angenommen, dass das Lernen auf eine mündliche Prüfung (früheres Curriculum), in der das Wissen sprachlich formuliert werden muss, sich von einem Lernen, das auf das Wiedererkennen der richtigen Antwort im MC-System ausgerichtet ist, unterscheidet.

Material und Methoden: Im Rahmen einer Diplomarbeit wurden Studierende zuerst mit open-ended-questions (OE), danach mittels Multiple Choice-Fragen (MC) auf idente Wissensbestandteile ihres Medizinstudiums geprüft, die sie bereits absolviert haben und die als zu behaltendes Standardwissen erachtet wurden. Die Fragen wurden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen FachexpertInnen der MUW entwickelt. 128 Studierenden wurden 18 Fragen (neun OE und neun MC) zur Beantwortung vorgelegt.

Ergebnisse: Durchschnittlich konnten die Studierenden 3,6 OE-Fragen (40%) und 4,7 MC-Fragen (52,%) richtig beantworten ($p < 0,001$). Bei beiden Geschlechtern treten diese Differenzen im gleichen Ausmaß auf ($p < 0,001$). Wenn man eine Bestehensrate von 60% richtiger Antworten zugrunde legt, würden 17 Studierende (13%) die OE-Prüfung bestehen und 46 Studierende (36%) die MC-Prüfung. Von jenen 46, die unter MC-Bedingungen bestanden hätten, hätten lediglich 14 Studierende (30%) die OE Prüfung bestanden. Umgekehrt, von jenen 17, die die OE-Prüfung bestanden hätten, hätten 14 (82%) auch die MC-Prüfung bestanden. Geschlechtsunterschiede wurden keine gefunden.

Tabelle 1: Anzahl und relativer Anteil der Personen, die bei einer Bestehensgrenze von 60% die beiden Prüfungsformen (MC und OE) bestanden bzw. nicht bestanden hätten.

| | | Multiple Choice Fragen | | Gesamt |
|-------------------|--------------------|------------------------|-----------|--------|
| | | nicht bestanden | bestanden | |
| Open Ended Fragen | Anzahl | 79 | 32 | 111 |
| | % von OE bestanden | 71,2% | 28,8% | 100,0% |
| | % von MC bestanden | 96,3% | 69,6% | 86,7% |
| bestanden | Anzahl | 3 | 14 | 17 |
| | % von OE bestanden | 17,6% | 82,4% | 100,0% |
| | % von MC bestanden | 3,7% | 30,4% | 13,3% |
| Gesamt | Anzahl | 82 | 46 | 128 |
| | % von OE bestanden | 64,1% | 35,9% | 100,0% |

Diskussion: Eines der Argumente für die Einführung der SIP war eine zu erwartende längere Behaltdauer des Lernstoffes, wenn die Anzahl der Prüfungsereignisse verringert wird und der Stoff integrativ vermittelt wird. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch eine auffällig geringe Behaltensleistung. Bereits nach einem Jahr kann von der überwiegenden Zahl der Studierenden grundlegender Stoff nicht mehr rekogniert (MC), geschweige denn reproduziert (OE) werden.

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

¹ Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Institut für Medizinische Psychologie

² Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Epidemiologie

³ Universität Wien, Besondere Einrichtung für Qualitätssicherung



Poster 1

„Exam drives Learning“ – Reproduktion und Rekognition unter MC-Lernbedingungen im Wiener Medizinstudium.

Oskar Frischenschlager¹, Gerald Haidinger², Burcu Coskun^{1,2}, Lukas Mitterauer³

¹Zentrum für Public Health, Institut für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Wien,

1090 Wien

²Zentrum für Public Health, Abteilung für Epidemiologie, Medizinische Universität Wien, Währinger Straße 13a, 1090 Wien

³Besondere Einrichtung für Qualitätssicherung, Universität Wien,

Doktor Karl Lueger Ring 1, 1010 Wien

oskar.frischenschlager@medununiwien.ac.at

gerald.haidinger@medununiwien.ac.at

abcd_burcu@hotmail.com

lukas.mitterauer@unive.ac.at

Es wird über eine Studie berichtet, die sich mit der Folgen eines auf eine bestimmte Prüfungsstruktur ausgerichteten Lernens (summative-integrative Prüfung mit multiple-choice Fragen) auf Reproduktion und Rekognition des gelernten Wissens befasst. Studierenden wurden zuerst open-ended-questions (OE), danach multiple choice-Fragen (MC) vorgelegt, die auf idente Wissensbestandteile ihres Medizinstudiums abzielten. Diese hatten sie bereits im Jahr zuvor absolviert und werden als ein zu behaltendes Standardwissen erachtet. Die Fragen wurden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen FachexpertInnen der MUW entwickelt. 128 Studierenden wurden 18 Fragen (neun OE und neun MC) zur Beantwortung vorgelegt. Durchschnittlich konnten die Studierenden 3,6 OE-Fragen (40%) und 4,7 MC-Fragen (52,%) richtig beantworten ($p < 0,001$). Bei beiden Geschlechtern treten diese Differenzen im gleichen Ausmaß auf ($p < 0,001$). Die höhere Behaltensleistung, die durch seltenere Prüfungsereignisse mit integrativem Ansatz erreicht werden sollte, scheint nicht gegeben zu sein, die freie Reproduktion noch weniger.

Das Arztbild von deutschen und ungarischen Medizinstudenten

Dr. Erzsébet Kapocsi PhD, Dr.habil. Katalin Barabás, MD, PhD
Universität Szeged, Fakultät für Medizin, Institut für Verhaltenswissenschaften
H - 6722 Szeged Szentháromság u. 5.
kapocsi@nepsy.szote.u-szeged.hu; bar@nepsy.szote.u-szeged.hu



Einleitung

Persönliche Auseinandersetzung mit den Berufserwartungen und Vorbilder sind für die Sozialisation des Arztes von eminenter und unverzichtbarer Wirkung. Während der Studienjahre werden wichtige Zielvorstellungen zum Beruf entwickelt. Die Vorstellung vom „guten Arzt“ / „idealen Arzt“ und die Erfüllung dieser Ideale beeinflusst spätere berufliche Zufriedenheit sowie Arbeits- und sogar Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte. Die Idealbilder erscheinen in Form von Erwartungen, Wünschen und Hoffnungen, die sowohl subjektive als auch gesellschaftliche Faktoren enthalten.



Hintergrund

Im Rahmen des Kurses „Einführung in die Medizin“ (1. Semester) werden ungarische Studenten; im Rahmen des „Praktikums der Berufsfelderkundung“ (2. Semester) deutsche Studenten darum gebeten, ein Essay über ihre persönliche Vorstellungen zum Thema „Der gute Arzt“ / „Der ideale Arzt“ zu schreiben. Als repräsentatives Beispiel haben wir die Arbeiten von 50 – 50 Studenten vom Studienjahr 2008/2009 analysiert. Im Folgenden werden nur einige der von uns untersuchten Aspekte präsentiert.

Methodik:

Deutschsprachiger Studiengang: insgesamt 100 Studenten; Essays von 3 Seminargruppen wurden analysiert (n=50). Lebensalter: 19-21 Jahre; 26 Frauen, 24 Männer.
Ungarischer Studiengang: insgesamt 196 Studenten; Essays von 4 Seminargruppen wurden analysiert (n=50). Lebensalter: 19-22 Jahre; 28 Frauen, 22 Männer.
Qualitative Inhaltsanalyse (Inhalte, Schwerpunkte, Kategorien)



Ergebnisse:

Arztsein wird als Beruf betrachtet, der eine besondere Lebenseinstellung, eine Art Berufung bedeutet:
D (deutsche Studenten):54% U (ungarische Studenten):76%
Heilen und helfen sind die wichtigsten Aufgaben von Ärzten
D: 38% U: 66%

Der Arzt / die Ärztin ist allzeit bereit und jederzeit verfügbar
D: 10% U: 30%

Arzt – Patient – Beziehung

Sie wird von der Perspektive der Patienten betrachtet:
D: 50% U: 20%
von der Perspektive des Arztes betrachtet:
D: 30% U: 52%

Was macht einen guten Arzt aus?

Fachkompetenz D: 88% U: 66%
ständige Weiterbildung, Fortbildung
D: 52% U: 30 %

Soziale Kompetenzen:

Empathie, Einfühlungsvermögen
D: 24% U:32%
Kommunikation
D: 24% U: 26%
gute Teamfähigkeit
D: 22% U: 26%
ethische Kompetenz D: 14% U: 18%

Vorbilder Eltern / Großeltern (ebenfalls Ärzte)

D: 12% U: 18%
Einfluß von Fernsehserien (sowohl positiv als auch negativ)
D: 26% U: 18%



Konklusion:

Der Arztberuf wird von der Mehrzahl der befragten Studenten als eine besondere Profession betrachtet, die ausgeprägte Fachkompetenz und hohe soziale Kompetenzen erfordert. Wichtiger Unterschied ist in der Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Beziehung und damit in der Beurteilung des Arztbildes zu beobachten: 50 % der deutschen Studenten beschreiben das von der Perspektive der Patienten; 52% der ungarischen Studenten von der Perspektive des (angehenden) Arztes.



Literatur:

Paice E., Heard S, Moss, F.: How important are role models in making good doctors? BMJ 2002;325:707-710.
Öchsner W, Forster J.: Approbierte Ärzte – kompetente Ärzte? GMS Z Med.Ausbild. 2005;22(1):Doc04.
Csabai M, Barta K.: Az orvos identitás alakulása. LAM 2000;10(7-8):638-644.



Poster 2

Das Arztbild von deutschen und ungarischen Medizinstudenten

Erzsébet Kapocsi, Katalin Barabás

Universität Szeged, Fakultät für Medizin, Institut für Verhaltenswissenschaften

H - 6722 Szeged Szentháromság u. 5.

kapocsi@nepsy.szote.u-szeged.hu

Einleitung

Persönliche Auseinandersetzung mit den Berufserwartungen und Vorbilder sind für die Sozialisation des Arztes von eminenter und unverzichtbarer Wirkung. Während der Studienjahre werden wichtige Zielvorstellungen zum Beruf entwickelt. Die Vorstellung vom "guten Arzt" / "idealen Arzt" und die Erfüllung dieser Ideale beeinflusst spätere berufliche Zufriedenheit sowie Arbeits- und sogar Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte.

Hintergrund

Am Ende des ersten Studienjahrs werden die deutschen und die ungarischen Studenten darum gebeten, ein Essay über ihre persönliche Vorstellungen zum Thema "Der gute Arzt" / "Der ideale Arzt" zu schreiben. Als repräsentatives Beispiel haben wir die Arbeiten von 50 – 50 Studenten vom Studienjahr 2008/2009 analysiert. Im Folgenden werden nur einige der von uns untersuchten Aspekte präsentiert.

Methodik

| | n | Lebensalter | Frauen | Männer |
|--------------------------------|----|-------------|--------|--------|
| Deutschsprachiger Studiengang: | 50 | 19-21Jahre | 26 | 24 |
| Ungarischer Studiengang: | 50 | 19-22 Jahre | 28 | 22 |

Qualitative Inhaltsanalyse (Inhalte, Schwerpunkte, Kategorien).

Ergebnisse

Arztsein wird als Beruf betrachtet, der eine besondere Lebenseinstellung, eine Art Berufung, bedeutet:

Teilnehmer:

Deutsche Studenten (D): 54%

ungarische Studenten (U): 76%

| Statement | D (%) | U (%) |
|---|-------|-------|
| Heilen und helfen sind die wichtigsten Aufgaben von Ärzten | 38 | 66 |
| Der Arzt/ die Ärztin ist allzeit bereit und jederzeit verfügbar | 10 | 30 |
| Die Arzt – Patient - Beziehung wird | | |
| von der Perspektive der Patienten betrachtet: | 50 | 20 |
| von der Perspektive des Arztes betrachtet: | 30 | 52 |
| Was macht den guten Arzt aus? | | |
| Fachkompetenz: | 88 | 66 |
| ständige Weiterbildung, Fortbildung | 52 | 30 |
| Soziale Kompetenzen: | | |
| Empathie, Einfühlungsvermögen | 24 | 32 |
| Kommunikation | 24 | 26 |
| gute Teamfähigkeit | 22 | 26 |
| ethische Kompetenz | 14 | 18 |
| Eltern / Großeltern als Vorbilder (ebenfalls Ärzte) | 12 | 18 |
| Einfluß von Fernsehserien (sowohl positiv als auch negativ) | 26 | 18 |

Schlußfolgerungen

Der Arztberuf wird von der Mehrzahl der befragten Studenten als eine besondere Profession betrachtet, die ausgeprägte Fachkompetenz und hohe soziale Kompetenzen erfordert. Wichtiger Unterschied ist in der Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Beziehung und damit in der Beurteilung des Arztbildes zu beobachten: 50 % der deutschen Studenten beschreiben das von der Perspektive der Patienten; 52% der ungarischen Studenten von der Perspektive des (angehenden) Arztes.

Literatur

Paice E., Heard S, Moss, F.: How important are role models in making good doctors? BMJ 2002;325:707-710.

Öchsner W, Forster J.: Approbierte Ärzte – kompetente Ärzte? GMS Z Med.Ausbild. 2005;22(1):Doc04.

Csabai M, Barta K.: Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. LAM 2000;10(7-8):638-644.



RESULTS OF NEW CURRICULUM IMPLEMENTATION

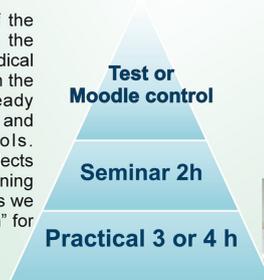
**L. Kovachuk, O. Oleshchuk, N. Lisnychuk, I. Sakharova
Ukraine, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University**



The mission of new curriculum in Ternopil State Medical University (TSMU) that has been started in 2007 is to offer an adequate educational program, as well as the organizational structure, qualified academic, administration and technical staff, adequate physical, technical and informational support necessary to provide high quality teaching and program learning

**Curricular reform in the University:
Why?
What?**

Educational program of the TSMU is unique within the field of Ukrainian medical education. It is based on the learning method already tested in the European and USA medical schools. Curriculum design reflects the way in which learning occurs. During last years we used "whole day system" for Curriculum design.



Basic Science learning stands on the practical-oriented learning (PBL) method that enables to integrate learning programs. Theoretic knowledge acquired by this method supports in learning the fundamentals of clinical science and promotes clinical thinking, the latter being the essential basis for successful medical career. Implementation of OSCE gives our students great opportunity to improve their communication and practice skills. The greatest emphasis is made on communicative skills, competences, and the ability to implicate knowledge.

One complex test is performed at the end of each semester in order to provide more objective estimation of students' knowledge. Computer support of the learning process is also a priority for the TSMU; this goal will be achieved by creating an Education and Assessment Computer Center and new design and facilities of university web-portal. Implementation of Credit-module system gives the possibility to estimate grades of students and increase mobility of our students.



Positive results of New Curriculum implementation are proved by the 3 range in the Top of Ukrainian medical schools, top ranges of our students in STEP-1, STEP-2 assessment and good professional level of our graduates .



Poster 3

Results of New Curriculum Implamentation**Leonid Y. Kovalchuk, Oleksandra Oleshchuk, Nataliya Lisnychuk,
Inna Sakharova**I. Horbachevsky Ternopil State Medical University,
m.Voli, 1, Ternopil, 46001, Ukraine

The mission of new curriculum in Ternopil State Medical University (TSMU) that has been started in 2007 is to offer an adequate educational program, as well as the organizational structure, qualified academic, administration and technical staff, adequate physical, technical and informational support necessary to provide high quality teaching and program learning. Educational program of the TSMU is unique within the field of Ukrainian medical education. It is based on the learning method already tested in the European and USA medical schools. Curriculum design reflects the way in which learning occurs. During last years we used “whole day system” for Curriculum design. Basic Science learning stands on the practical-oriented learning (PBL) method that enables to integrate learning programs. Theoretic knowledge acquired by this method supports in learning the fundamentals of clinical science and promotes clinical thinking, the latter being the essential basis for successful medical career. Implementation of OSCE gives our students great opportunity to improve their communication and practice skills. The greatest emphasis is made on communicative skills, competences, and the ability to implicate knowledge. One complex test is performed at the end of each semester in order to provide more objective estimation of students’ knowledge. Computer support of the learning process is also a priority for the TSMU; this goal will be achieved by creating an Education and Assessment Computer Center and new design and facilities of university web-portal. Implementation of Credit-module system gives the possibility to estimate grades of students and increase mobility of our students. Positive results of New Curriculum implementation are proved by the 3 range in the Top of Ukrainian medical schools, top ranges of our students in STEP-1, STEP-2 assessment and good professional level of our graduates.



Interaktive Leistungsbeurteilung von Zahnmedizinstudenten in einer Oralchirurgischen Ambulanz

Michael Payer, Astrid Truschneegg, Stephan Acham, Petra Rugani, Robert Kirmeier,
Angelika Wildburger, Norbert Jakse

Univ. Zahnklinik, Department für Orale Chirurgie und Röntgenologie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Hintergrund:

Eine objektive und standardisierte Leistungsbeurteilung von erbrachten oralchirurgischen Leistungen stellt eine große Herausforderung an Lehrende dar. Klassisches Modell und eigentlich eher eine Minimalvariante der Beurteilung klinisch erbrachter Leistungen ist die reine Erfüllung eines Leistungskataloges. Große Schwachstelle bei einer rein Leistungskatalog orientierten Bewertung ist die nicht standardisierbare klinische Situation. Ziel unseres interaktiven Modells ist es neben der Erfüllung eines Leistungskataloges klinische Standardsituationen anhand diagnostischer Methoden zu beschreiben und den/die Studierenden darüber zu prüfen.

Material und Methode:

Die Beurteilung erfolgt anhand am Computer vorbereiteter Fälle. Folgende Punkte werden bewertet:

1) Beurteilung radiologischer Befunde (OPTG, KB, CT u. DVT):

- Herdbefundung von Risikopatienten
(z.B. vor Organ-Transplantationen, Herzklappen-OP, Chemotherapie, Radiatio etc...)
- Erkennen von Pathologien: Karies, Parodontitiden, Zysten, Tumore, Frakturen, Nischenlagen... (Abb. 1-2)
- Beurteilung physiologischer und anatomischer Strukturen
(Zahnstatus, NNH-Befund, Kiefergelenk, Kochensituation)
- Arten und Indikationen für bildgebende Untersuchungen

2) Beurteilung klinischer Befunde anhand von enoralem Fotostatus und Studienmodellen

- Beurteilung physiologischer Strukturen (Zahnstatus u. -stellung, SH-Typ, Kieferrelation)
- Erkennen von Zahn und Schleimhaut Pathologien (Entzündungen/Abszessen, Tumoren, Kieferdefekten...)

3) Bewerten weiterer diagnostischer / therapeutischer Maßnahmen

- welche oralchirurgische Maßnahme soll bei den jeweiligen Befund durchgeführt werden (Abb. 3)
- welche weiterführenden diagnostischen Mittel sollten angewendet werden

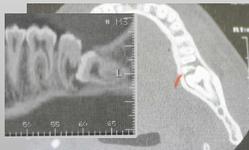


Abb. 1

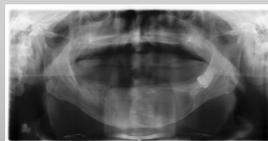


Abb. 2



Abb. 3

Ergebnisse:

- Erste Ergebnisse zeigen positives Feedback von Lehrender Seite.
- **Ziel:** bessere Noten der Studierenden bei Praktikumsabschluss durch standardisierte Vorbereitungsmöglichkeit

Konklusion:

Die interaktive Bewertung oralchirurgischen Wissens anhand aufbereiteter klinischer Standardsituationen erscheint als ein vielversprechendes Modell in der zahnmedizinischen Lehre. Ergebnisse der nächsten Semester werden über routinemäßige Integration dieses Pilot-Modells entscheiden.



Poster 4

Hands on Übungen am humanen Präparat als Vorbereitung auf ein klinisch oralchirurgisches Praktikum

Michael Payer¹, Robert Kirmeier¹, Petra Rugani¹, Andreas Weiglein², Norbert Jakse¹

¹Univ. Zahnklinik MedUni Graz, Department für Orale Chirurgie & Röntgenologie
Auenbruggerplatz 12, A-8036 Graz

²Institut für Anatomie, MedUniGraz Vorklinik Harrachgasse 21 A-8010 Graz

mi.payer@medunigraz.at

robert.kirmeier@gmx.de

petra.rugani@??

andreas.weiglein@medunigraz.at

norbert.jakse@medunigraz.at

Schwachstelle aller praeklinischen Vorbereitungskurse, vor allem im operativen Bereich, ist die meist mangelnde Möglichkeit am Nativpräparat chirurgische Techniken zu erlernen. Ein Sezierkurs am Humanpräparat zum Studium und zur Darstellung anatomischer Strukturen ist zwar in der Regel fester Bestandteil jeder (Zahn-)medizinisch studentischen Ausbildung, ein Erlernen und Üben spezifischer chirurgischer Techniken am Humanpräparat jedoch nicht. Ziel unseres vorklinischen Studentenkurses ist es daher dem/der Studierenden chirurgische Techniken am Humanpräparat in Theorie und Praxis unter ruhigen Bedingungen vor Beginn ihrer klinischen Tätigkeit zu vermitteln. Erste Ergebnisse bei der interaktiven Leistungsbeurteilung und Feedback-Bewertung zeigen positive Ergebnisse.



Hands on Übungen am humanen Präparat als Vorbereitung auf ein klinisch-oralchirurgisches Praktikum

Michael Payer, Robert Kirmeier, Petra Rugani, Georg Maier, Andreas Weiglein, Norbert Jakse

Univ. Zahnklinik, Department für Orale Chirurgie und Röntgenologie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Hintergrund:

Schwachstelle praeklinischer Vorbereitungskurse, vor allem im operativen Bereich, ist die meist mangelnde Möglichkeit am Nativpräparat chirurgische Techniken zu erlernen. Ein Sezierkurs am Humanpräparat zum Studium und zur Darstellung anatomischer Strukturen ist zwar in der Regel fixer Bestandteil jeder (Zahn-)medizinisch studentischen Ausbildung, ein Erlernen und Üben spezifischer chirurgischer Techniken am Humanpräparat jedoch nicht. Ziel unseres vorklinischen Studentenkurses ist es daher dem/der Studierenden chirurgische Techniken am Humanpräparat in Theorie und Praxis unter ruhigen Bedingungen vor Beginn ihrer klinischen Tätigkeit zu vermitteln.

Material und Methode:

1) Erlernen ergonomischer Aspekte

- enorale Positionierung von Instrumenten: Zangen, Bein'schem Hebel, Raspatorium, Haken... (Abb.1)
- korrekte Positionierung des Behandlers
- korrekte Positionierung des "Patienten"

2) Erlernen des korrekten Einsatzes chirurgischer Instrumente am Patienten:

- Schnittführung
- gewebeschonende Lappenpräparation (Abb. 2)
- Darstellung anatomischer Strukturen

3) Durchführung und Üben Chirurgischer Techniken

- Durchführen der für das oralchirurgische Praktikum relevanten Eingriffe am Humanpräparat (Zahnextraktionen (Abb. 3), operative Zahnentfernungen, Kieferhöhlenverschluss, Weisheitszahnentfernung....)
- Durchführen aller relevanten Naht- und Knotentechniken



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Ergebnisse:

- Erste Ergebnisse zeigen durchwegs positives Feedback von Studierender Seite.
- bessere „Performance“ der Studierenden im klinischen Praktikum
- Besseres Abschneiden der Studierenden bei Erfüllung des Leistungskataloges

Konklusion:

Hands on Übungen am Humanpräparat scheinen ein geeignetes Mittel zur besseren klinischen Vorbereitung von ZahnmedizinstudentInnen zu sein.

Univ. Ass. DDr. Michael Payer, Department für Orale Chirurgie und Röntgenologie, Medizinische Universität Graz, Österreich , mi.payer@meduni-graz.at



Poster 5

Interaktive Leistungsbeurteilung von Zahnmedizinstudenten in einer Oralchirurgischen Ambulanz.

Michael Payer, Astrid Truschnegg, Stephan Acham, Robert Kirmeier, Norbert Jakse

Univ. Zahnklinik MedUni Graz Department für Orale Chirurgie & Röntgenologie
Auenbruggerplatz 12, A-8036 Graz
mi.payer@medunigraz.at;
astrid.truschnegg@medunigraz.at;
stephan.acham@medunigraz.at,
robert.kirmeier@gmx.de;
norbert.jakse@medunigraz.at

Eine objektive und standardisierte Leistungsbeurteilung von erbrachten oralchirurgischen Leistungen stellt eine große Herausforderung an Lehrende dar. Ein klassisches Modell und eigentlich eher eine Minimalvariante der Beurteilung klinisch erbrachter Leistungen stellt die Erfüllung eines Leistungskataloges dar.

Große Schwachstelle bei einer rein Leistungskatalog orientierten Bewertung ist jedoch die nicht standardisierbare klinische Situation vor allem bei operativen Leistungen.

Ziel unseres interaktiven Modells ist es neben der Erfüllung eines Leistungskataloges anhand standardisiert aufgezeichneter (Röntgen, DVT, CT / Foto/ Studienmodelle) klinischer Fälle, Standarddiagnostik und therapeutische Kompetenz des/der Studierenden objektiv bewerten zu können. Erste Ergebnisse zeigen gutes Feedback von Lehrender und Studierender Seite.

How do students learn from lecture-slide handouts ("Powerpoint-handouts")? A qualitative analysis.

Wolfgang M. Prodingler, MD, MME (Unibe)

Division of Hygiene and Medical Microbiology, Innsbruck Medical University, Austria



Introduction

Lecture-slide presentations ("Powerpoint-presentations") are ubiquitous in lectures and a type of knowledge communication of their own (Ref. 1, Tab. 1). Rather incidentally, however, the slide-presentation's little brother, the **lecture-slide handout** ("lecho"), has become the echo of knowledge transfer in lectures and a learning aid for medical students (Fig. 1).

Lechos have become a hot topic in course evaluations, and gross preconceptions prevail among students and teachers. Are lechos simply a modern chimera of (the old) handouts and notes, learning aids that have been extensively studied and found to support learning (Ref. 2)?

Is there anything we should know about lechos beyond good layout & timeliness? → RESEARCH QUESTION...

Table 1: "Who cares" about lechos?
Background data - worldwide and at Innsbruck Med. Univ. (IMU).

| | | |
|---|------------|------------|
| Powerpoint lectures performed worldwide daily (estimate 2002): | 30.000.000 | Ref. 1 |
| Lecho-sets on the www (estimate 2007): | 14.000.000 | Ref. 1 |
| Lecho-sets from lectures online at IMU per year (2008): | 1.000 | this study |
| Lecho-sets sold in print at the IMU per month (2007-08): | 45.000 | this study |
| Rank order of critical topics in course evaluations (IMU 2008): | - number 1 | this study |



Fig. 1: "Exam Stress 1"
In exam preparation, lechos in large folders (yellow arrows) or on PC (*) seem to hold the centre, whereas textbooks (blue arrows) appear at the periphery. Unsolicited portrait of an IMU student made by his colleague.

METHODS:

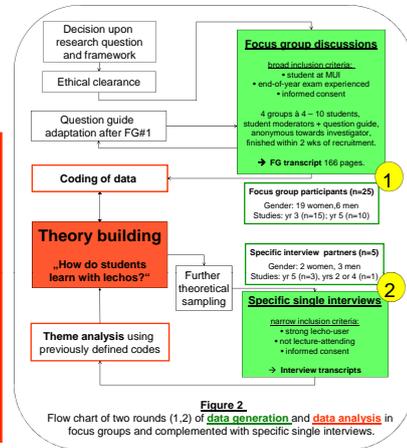
Focus-group discussions (FG; Ref. 3) with students were chosen as the first and primary data source (Fig. 2). FG were run by a student to maximise anonymity of participants towards the investigator. Data analysis was by stepwise coding using ATLAS.ti® (Scientific Software Inc.) following procedures in Ref. 4. Approx. 30 specific codes were defined and controlled by a separate round of open coding on paper. The final grounded theory was evaluated (and consented) by participants in a brief anonymous questionnaire. To developed category "Pure lecho learning", **single interviews** (Ref. 4) were performed by students with subjects meeting a narrow profile (extensive lecho learning, no lecture visits). The transcript was theme-analysed using the same codes.

Research Question:

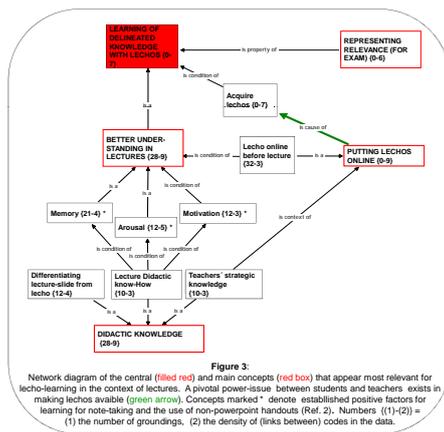
→ Despite the ubiquitousness of lechos (lecture-slide handouts), a **clear understanding of how students actually learn with lechos is absent**.

To answer, the question, how medical students learn with and from lechos, a qualitative design was chosen as a first approach with **Grounded theory** as the conceptual framework.

Methods



Results & Discussion



Theoretical concept of learning from lechos:

A grounded theory aims to meaningfully explain the actions of people handling a phenomenon. It is represented by a hierarchy of concepts (categories and their relations) that are grounded in qualitative data.

"Learning of delineated knowledge with lechos" (core category):

A complete representation of knowledge is not intended in lechos - neither formally nor regarding content. Lechos help to rephrase and structure knowledge. The core category relates to more specific categories (Fig. 3; below):

"Putting lechos online": The *conditio sine qua non* for learning with lechos and a central power issue between students and teachers: (When) are lechos put online? *Primary target of humour during FG*

"Representing relevance (for exams)" Values attributed to lechos: (1) follow the primacy of lectures in knowledge transfer, (2) define/refine the syllabus, (3) reflect of the teacher's point of view. *Pivotal category to interpret the role of lechos in the local IMU curriculum reform context (shift from discipline-based to integrated exam)*

"Better understanding in lectures": the particular learning effect during lectures involves *memory* (enhanced), *arousal* (diminished), and *motivation* (enhanced) - similar to effects of note-taking and (classical) handouts.

"Didactic knowledge" of teachers is (1) *technical skill*, (2) *strategic know-how* of students' actual use of lechos. Students are gratified by differentiating between (presented) slides and (printed) lecho.

Lechos in exam preparation are used individually and creatively - in contrast to a widespread belief!

two gross strategies prevail which principally include other learning aids:
(1) "Using lecho as (thematic) orientation guide" (for textbooks, "the internet", MCQ test-items etc.).
(2) "Transforming lechos" (mark, annotate rewrite, extract) to form individual "executive summaries" for rehearsal. Students' age and/or the properties of lectures in clinical vs. preclinical years influence the use of these strategies: strategy (1) seems to prevail with higher semester students, strategy (2) in the first years.

"Pure lecho learning" was not found in FG data, therefore additional interviews were specifically directed to such presumed learners (s. Fig. 2). These data confirmed that lechos had to be combined with at least one other learning aid to be regarded as a feasible strategy for exam preparation.

Conclusions and two „memos“:

- A qualitative design was chosen as first approach to a common, but unstudied phenomenon.
 - **Saturation:** concepts found repeatedly in focus group were corroborated in targeted interviews.
 - **Validity:** supported by sampling of participants, their anonymity and consent to the final theory.
 - **Generalisability:** subject to systemic factors (assessment system, reliance on presentation media).
- Based on this theory, further studies may explore lecho-learning qualitatively (e.g. document analysis), quantitatively (e.g. questionnaires in different settings), or experimentally (e.g. learning during presentations).
- ✓ "Pure lecho learning" appears to be an **untrusted strategy among students** - in contrast to common beliefs!
 - ✓ **Lechos are helpful, when given before lectures.** There is no didactical reason to withhold or release later!



Poster 6

How do students learn from powerpoint-slide handouts? Qualitative analysis of a common phenomenon.

Wolfgang M. Prodinger, Elisabeth Wickenhauser

Dept. Hygiene und Med.Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck
Fritz-Pregl-Str.3, 6020 Innsbruck, Österreich
wolfgang.prodinger@i-med.ac.at
elisabeth.wickenhauser@i-med.ac.at

Research Question:

In lectures with Powerpoint-presentations (PPP) and thereafter during exam preparation, lecture-slide handouts (here termed “lechos”) have become a frequently encountered learning aid. A clear understanding of how students actually learn with lechos is missing, however. A qualitative design was chosen to answer the research question of this study: how do medical students learn from lechos? Grounded theory was selected as the conceptual framework.

Methods:

Focus-group discussions (FG) with medical students were employed for data acquisition. Participants were eligible, if they ever had taken a summative, integrated end-of-year exam at the study place and gave their informed consent. Four FG with 25 students (19 women, 6 men) were run by a student colleague, taped, and transcribed by the investigator. The data were analysed with ATLAS.ti.

Results:

“Learning of delineated knowledge with lechos” was chosen as the core category. Several subcategories related to the core-category were defined. The availability of lechos (subcategory “Putting lechos online”) was found as the causative condition for learning with lechos. In the local context, this constitutes a pivotal power issue as students depend on their lecturers in this regard. “Representing relevance (for exams)” summarizes relevant concepts of values that students hold: the primacy of lectures for knowledge transfer, the exclusive position of lechos for informally defining the syllabus in the study place, and the emphasis that comes from the teacher’s making his point in lectures. This category was particularly important in the local curriculum reform context. “Didactical knowledge” of lecturers comprises concepts of layout-skills, elocution, and the teacher’s understanding of how students go about lechos. “Better understanding in lectures” explains how memory, arousal, and motivation, ideally become activated by use of lechos in lectures. Two learning strategies regarding exam preparation prevailed: “Using lecho as orientation guide” (e.g. for textbook studies) and “Transforming lechos” on the way to composing individual “executive summaries”. Older and younger students tended to use these strategies differently.

Conclusions:

Although motivated students may have been overrepresented in the FG, the cliché of lechos as a mere substitute for attending to lectures was not apparent. Nevertheless, “Pure lecho learning” appears as a category that requires more and specific sampling. Lechos appear to function as a hybrid of note-taking and handout under specific (powerpoint) conditions. The properties and conditions of learning with lechos described here appear as general traits, whose expression is likely to differ according to context, particularly curriculum. It will be interesting to compare the characteristic of lecho-learning in such different contexts.



**Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden –
Folge eines Verlustes ethischer Überzeugungen?**

Willibald J. Stronegger & Christin Schmöler
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

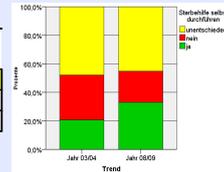
Hintergrund

Die vorliegende Studie analysiert die Einstellung zu unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Graz. Die Erhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von neun Jahren, sodass insbesondere Trends untersucht werden konnten.

| Berufsgruppe | Fallzahlen | | | Gesamt |
|--------------|---------------|------------------|------------------|--------|
| | Welle 1: 2001 | Welle 2: 2003/04 | Welle 3: 2008/09 | |
| Mediziner | 270 | 297 | 190 | 757 |
| Pflege | - | 68 | - | 68 |
| Gesamt | 270 | 365 | 190 | 825 |

Frage: „Würden Sie selbst als Arzt/Ärztin den Sterbewunsch einer/s Patient/in erfüllen?“

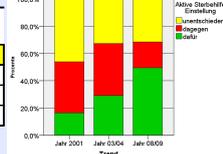
| Welle | Sterbehilfe als Arzt/Ärztin selbst durchführen (p=0.005) | | |
|---------|--|-------|---------------|
| | ja | nein | unentschieden |
| 2003/04 | 20,7% | 31,4% | 47,9% |
| 2008/09 | 33,0% | 21,8% | 45,2% |



Einstellung zur aktiven direkten Sterbehilfe: abstrakte Frage

Frage: „Sind Sie persönlich dafür oder dagegen, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zum Sterben erfüllt wird, indem diesen Kranken ein Mittel verabreicht wird, das ihren Tod herbeiführt.“

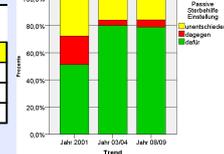
| Welle | Aktive Sterbehilfe - Einstellung (p<0.001) | | |
|---------|--|---------|---------------|
| | dafür | dagegen | unentschieden |
| 2001 | 16,3% | 37,5% | 46,2% |
| 2003/04 | 29,1% | 38,2% | 32,8% |
| 2008/09 | 49,5% | 18,9% | 31,6% |



Einstellung zur passiven direkten Sterbehilfe: abstrakte Frage

Frage: „Sind Sie persönlich dafür oder dagegen, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zum Sterben erfüllt wird, indem eine medizinisch noch mögliche lebensverlängernde Behandlung abgebrochen wird?“

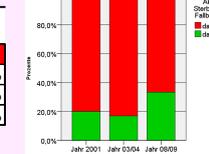
| Welle | Passive Sterbehilfe – abstrakt Frage (p<0.001) | | |
|---------|--|---------|---------------|
| | dafür | dagegen | unentschieden |
| 2001 | 51,3% | 21,0% | 27,7% |
| 2003/04 | 80,1% | 4,0% | 15,8% |
| 2008/09 | 78,9% | 5,3% | 15,8% |



Einstellung zur aktiven direkten Sterbehilfe: Fallbeispiel

Fallbeispiel: „Ein/e Arzt/Ärztin behandelt einen krebskranken Patienten (79 Jahre) mit infauster Prognose (Situation aktive direkte Sterbehilfe): Der Patient hat starke Schmerzen und bittet den Arzt/die Ärztin, ihm so bald wie möglich eine Spritze zu verabreichen, die zu seinem sofortigen Tod führt. Soll der Arzt/die Ärztin den Patientenwunsch erfüllen?“

| Welle | Aktive Sterbehilfe – Fallbeispiel (p<0.001) | |
|---------|---|---------|
| | dafür | dagegen |
| 2001 | 20,0% | 80,0% |
| 2003/04 | 16,9% | 83,1% |
| 2008/09 | 33,3% | 66,7% |



Aktive Sterbehilfe: Vergleich Fallbeispiel mit abstrakter Frage

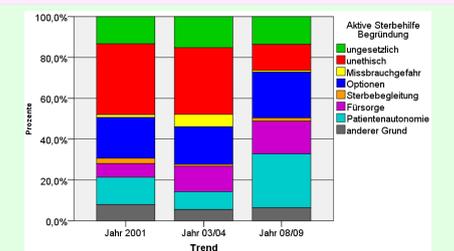
Im Vergleich des Antwortverhaltens in der Einstellung zur aktiven direkten Sterbehilfe zwischen der abstrakten Frage und dem Fallbeispiel zeigt sich eine erhebliche Verschiebung in Richtung Ablehnung der aktiven Sterbehilfe (p<0.001).

| Aktive direkte Sterbehilfe | Fallbeispiel | | |
|----------------------------|--------------|---------|------|
| | dafür | dagegen | |
| Abstrakte Frage | | | |
| dafür | 56,5% | 43,5% | 100% |
| dagegen | 1,1% | 98,9% | 100% |
| unentschieden | 12,0% | 88,0% | 100% |

Angeführte Gründe für Entscheidungen im Fallbeispiel

In der im Fallbeispiel angeführten Begründung der eigenen Einstellung zeigen sich ebenfalls deutliche Verschiebungen in den drei Wellen. Argumente, die auf Patientenautonomie und Fürsorge Bezug nehmen, werden in der 3. Welle mehr als doppelt so oft angeführt als in der ersten. Ethische Argumente hinsichtlich der Handlung selbst oder der Arztrolle, die 2001 noch von einem Drittel angegeben wurden, nennen 2008/09 nur mehr 12,8% der Studierenden (p<0.001).

| Welle | Handlung ungesetzlich | Handlung unethisch | Weitere Optionen | Fürsorge f. Patient | Respektierung der Patientenautonomie |
|---------|-----------------------|--------------------|------------------|---------------------|--------------------------------------|
| 2001 | 13,3% | 34,7% | 20,0% | 6,7% | 13,3% |
| 2003/04 | 15,2% | 32,7% | 18,4% | 12,4% | 8,8% |
| 2008/09 | 13,6% | 12,8% | 22,4% | 16,0% | 26,4% |
| Trend | - | ↓ | - | ↑ | ↑ |



Einstellung zur passiven direkten Sterbehilfe: Fallbeispiel

Fallbeispiel: „Ein/e Arzt/Ärztin behandelt einen krebskranken Patienten (79 Jahre) mit infauster Prognose (Situation: passive direkte Sterbehilfe): Der Patient hat starke Schmerzen und bittet den Arzt/die Ärztin, alle Therapiemaßnahmen abzusetzen, damit er sterben könne. Soll der Arzt/die Ärztin den Patientenwunsch erfüllen?“

| Welle | Einstellung zur passiven Sterbehilfe – Fallbeispiel | | | |
|---------|---|---------|---------------------|---------|
| | Altersgruppe <25 J. | | Altersgruppe >25 J. | |
| | dafür | dagegen | dafür | dagegen |
| 2001 | 63,9% | 36,1% | 69,6% | 30,4% |
| 2003/04 | 74,5% | 25,5% | 70,6% | 29,4% |
| 2008/09 | 80,0% | 20,0% | 68,0% | 32,0% |

| Berufsgruppe | Ärztliche Beihilfe zum Suizid (nur 2. Welle, p=0.002) | |
|--------------|---|-------|
| | ungesetzlich | legal |
| Mediziner | 63,4% | 36,6% |
| Pflege | 43,8% | 56,3% |

Ärztliche Beihilfe zum Suizid (PAS) im Fallbeispiel - Vergleich Medizinstudierende mit Pflegepersonal

Fallbeispiel: „Ein Arzt behandelt einen Patienten (75 Jahre), der chronisch krank aber schmerzfrei ist und sein Leben als sinnlos empfindet. Dieser Patient bittet den Arzt/die Ärztin nach reiflicher Überlegung, ihm zu helfen, damit er sterben könne. (Situation: ärztl. assistierter Suizid) Der Arzt/die Ärztin verschreibt dem Patienten aufgrund seines Wunsches nach Sterbehilfe ein potentes Schlafmittel, das der Patient selbst einnimmt und stirbt. Sollte der Arzt/die Ärztin strafbar sein?“

Diskussion

Im Erhebungszeitraum der Jahre 2001-2009 zeigt sich eine massive Veränderung in der Einstellung zur ärztlichen Sterbehilfe bei den Medizinstudierenden. Diese Veränderung ist bei der Beantwortung einer abstrakten Frage markanter ausgeprägt als bei der Beurteilung eines konkreten Fallbeispiels. Ethische Überzeugungen und ein ethisch geprägtes ärztliches Rollenverständnis scheinen zugunsten einer höheren Bewertung von ärztlichem Fürsorgeverhalten als auch der Autonomie des Patienten in den Hintergrund zu treten.

Adresse der AutorInnen:
8010 Graz, Universitätsstrasse 6
e-mail:
willibald.stronegger@medunigraz.at,
christin.schmoelzer@gmx.at



Poster 7

Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden - Folge eines Verlustes ethischer Überzeugungen?

Willibald J. Stronegger & Christin Schmölzer

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
Universitaetsstrasse 6, 8010 Graz
willibald.stronegger@medunigraz.at
christin.schmoelzer@gmx.at

Hintergrund

Am Übergang von Mittelalter zur Neuzeit treten erstmals vereinzelt Überlegungen zur Euthanasie Sterbenskranker (z.B. bei Thomas Morus 1516) oder missgebildeter Neugeborener (z.B. bei Martin Luther 1541) in Erscheinung. Jedoch erst zu Beginn des 20. Jh. werden zunehmend Forderungen nach der konkreten Zulassung der Vernichtung von als "unnützlich" beurteilten Lebens gestellt (insbesondere von Alfred Ploetz 1895, Adolf Jost 1895, Karl Binding und Alfred Hoche 1920). Seit dem 2. Weltkrieg befindet sich die Einstellung der Bevölkerung zur Zulässigkeit von aktiver Sterbehilfe in den meisten europäischen Staaten in einem deutlichen Wandel. In einem regelmäßig durchgeführten niederländischen Survey (Netherlands Institute for Social Research/SCP) sinkt die Ablehnung der Euthanasie von ca. 50% in den 60er-Jahren auf etwa 10% seit den 90er-Jahren. Die AusfUuuml;hrung der Sterbehilfe wird fast ausnahmslos als eine Aufgabe des ärztlichen Berufs gesehen. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, welche Einstellung zur Sterbehilfe angehende Ärzte und Ärztinnen einnehmen. Die vorliegende Studie analysiert die Einstellung zu unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Graz. Die Erhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von neun Jahren, sodass insbesondere Trends untersucht werden konnten.

Methoden

Grazer Medizinstudierende wurden im Rahmen der Übungen aus Sozialmedizin mittels eines anonymen Fragebogens über ihre Einstellungen zur Sterbehilfe und ihre Erfahrung in Pflege- sowie Sterbebegleitung befragt. Durch die Beantwortung des Fragebogens in Präsenz wurde eine Rücklaufquote von über 95% erzielt. Aus drei Erhebungswellen (Jahre 2001, 2003/04 und 2008/09) stehen die Angaben von 757 Medizinstudierenden zur Verfügung. Zusätzlich wurden in der 2. Welle 68 Personen in Pflegeausbildung befragt. Der Fragebogen enthielt sowohl die in Umfragen üblichen "abstrakten" Fragen zur Akzeptanz der Sterbehilfeformen ("Sind Sie persönlich dafür oder dagegen, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zum Sterben erfüllt wird, indem..."), als auch konkrete Fallbeispiele, zu welchen jeweils eine offen formulierte Begründung der Akzeptanz

oder Ablehnung anführbar war.

Resultate

Die Einstellungen zeigen keine oder nur geringfügige Abhängigkeit von Alter oder Geschlecht der Studierenden, sodass auf eine Alters- oder Geschlechtskorrektur zumeist verzichtet werden konnte. Die Befürwortung der aktiven direkten Sterbehilfe zeigte in der abstrakten Frage eine deutliche Zunahme über die drei Erhebungswellen (16% - 29% - 50%). In einem Fallbeispiel, das für die Anwendung der aktiven Sterbehilfe charakteristisch ist (sehr alter krebskranker Patient mit infauster Prognose, starken Schmerzen und explizitem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe), nimmt die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe weniger stark zu (20% - 17% - 33%). In der im Fallbeispiel angeführten Begründung der eigenen Einstellung zeigen sich ebenfalls deutliche Verschiebungen in den drei Wellen. Argumente, die auf Patientenautonomie und Fürsorge Bezug nehmen, werden in der 3. Welle mehr als doppelt so oft angeführt als in der ersten. Ethische Argumente hinsichtlich der Handlung oder der Ärzterolle, die 2001 noch von einem Drittel angegeben wurden, nennen 2008/09 nur mehr 12,8% der Studierenden.

Diskussion

Im Erhebungszeitraum der Jahre 2001-2009 zeigt sich eine massive Veränderung in der Einstellung zur Ärztlichen Sterbehilfe bei den Medizinstudierenden. Diese Veränderung ist bei der Beantwortung einer abstrakten Frage markanter ausgeprägt als bei der Beurteilung eines konkreten Fallbeispiels. Ethische Überzeugungen und ein ethisch geprägtes Ärztliches Rollenverständnis scheinen zugunsten einer höheren Bewertung von Ärztlichem Fürsorgeverhalten als auch der Autonomie des Patienten in den Hintergrund zu treten. Die Resultate legen nahe, dass Einstellungen zur Sterbehilfe nicht mittels einfacher "abstrakter" Fragen gemessen werden sollten, sondern anhand von validierten Skalen, welche z.B. auf ausgewählten Fallbeispielen basieren.



Deriving constructional rules for a Knowledge on Skills Test



Michaela Wagner-Menghin, Ingrid Preusche, Joachim Punter and Michael Schmidts

Core Unit for Medical Education, Medical University of Vienna, Spitalgasse 23; 81-87, Postfach 10, A-1097 Wien



Introduction

Clinical skills are usually not the main target of MC-choice exams, but MC-assessment and OSCEs have already been combined successfully^{1,2}. Detailed MC-item writing guides usually focus on technical aspects³, and suggest content specific templates for basic science and clinical problem solving^{3,4}. However, we could not find templates for "knowledge on skills" (KOS) items.

This study

- investigates the **application of available item writing guidelines** when constructing MC-items for a KOS-test.
 - How many items are submitted and accepted?
 - Are some authors more productive?
 - Are some authors' items rejected more often?
- proposes **templates** for constructing MC-items for a KOS-test.
 - by deriving constructional rules from submitted MC-items (using basic clinical procedures as example)

Method

- **Sample**
 - 26 + 14 junior teachers (basic clinical procedures + physical examination) with a minimum of one year teaching experience, but without previous experience in MC-item writing assigned to a 2hr item writing workshop
 - invited to submit MC-items (16 + 14 authors submitted items) and received financial reward for accepted items
 - items reviewed by experts and peers (criteria: practicing in the skills lab is sufficient for answering the item, relevance of content in light of the learning objectives, plausibility of intended correct answer, plausibility of distracters, formal characteristics)
- **Research methods:** Descriptive statistics, chi-square goodness-of-fit tests, content analysis

Example

You are applying an infusion using a butterfly and have just punctured the vein successfully. Which action has to be taken proximate?

- A) Secure butterfly with adhesive-tape.
- B) Check whether infusion has been deaerated appropriately
- C) Open tourniquet
- D) Connect infusion with butterfly and adjust dripping

(accepted; Course of procedure; Which action has to be taken proximate?)

References

- [1] Kramer AWM, Jansen JJM, Zuthoff P, et al. Predictive validity of a written knowledge test of skills for an OSCE in postgraduate training for general practice. *Med Educ.* 2002;36:812-819.
- [2] Verhoeven BH, Hamers J, Scherpier A, Hoogenboom RJ, van der Vleuten CPM. The effect on reliability of adding a separate written assessment component to an objective structured clinical examination. *Med Educ.* 2000;34:525-529.
- [3] Case S, Swanson DB. Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences. National Board of Medical Examiners, Philadelphia, 1998.
- [4] Smalle J. Klinische MC-Fragen rasch und einfach erstellen. *Ein Praxisleitfaden für Lehrende.* [Writing clinical MC-Items quick and easy. A teacher's guide.] Berlin DeGruyter; 2008.
- [5] Schmidts, M. personal communication; 2009.

Results

| MC-items | basic clinical procedures | physical examination |
|--|--|---|
| submitted | n=85 | n=59 |
| accepted | n=37 (44%) | n=32 (54%) |
| Statistical tests | | |
| Are some authors more productive? | Yes $\chi^2(df=14, N=85) = 25.93$, $p=0.035$, $w=0.57$ | No $\chi^2(df=13, N=59) = 21.92$, $p=0.057$, $w=0.67$ |
| Are some authors' items rejected more often? | No $\chi^2(df=11, N=37) = 7.74$, $p=0.740$, $w=0.82$ | No $\chi^2(df=10, N=32) = 1.302$, $p=0.999$, $w=0.87$ |

| Constructional rules derived for | submitted (column %) | accepted (column %) |
|--|----------------------|---------------------|
| basic clinical procedures | | |
| Course of procedure | | |
| Which action has to be taken proximate? | 13 (15) | 7 (19) |
| How do you perform the (announced) proximate step correctly? | 39 (46) | 21 (57) |
| Procedure mishap | | |
| Which action has to be taken proximate? | 8 (10) | 2 (6) |
| Why did the mishap happen? | 3 (4) | 1 (3) |
| Specific templates | | |
| Comprehensive Knowledge: e.g. Why is this done like that? | 3 (4) | 1 (3) |
| Materials & Assistance: e.g. Which material is needed? | 8 (10) | 3 (8) |
| Communicated: e.g. Advising patient about further treatment | 2 (2) | 2 (5) |
| Rules derived, but regarded unsuitable for KOS-test | | |
| Facts (not relevant for test) | 5 (6) | -- |
| Other | 4 (5) | -- |

Discussion

- about 50% MC-items accepted → did not meet our expectations (in other fields an acceptance rate of 80% was experienced⁵) & item writers were disappointed

→ available templates are not optimal for constructing MC-items for a KOS-test

- Although some item writers were more productive, they had a similar percentage of items accepted as the less productive → **Asking item writers to submit more items will not primarily increase the quality of submitted items.**

□ Constructional rules further discussion whether some topics are better assessed with other types of items

e.g. "Procedure Mishap": several items covering important topics submitted, nearly all items rejected mostly due to implausible distracters – Are short answer questions or true/false items better to assess these topics?

- **help to identify topics not covered by current MC-item pool** (e.g. for two procedures there are currently no "Course of procedure items" available)

- Further Research should focus on increasing authors efficiency by providing content specific templates for MC-items for a KOS-test.



Poster 8

Deriving constructional rules for a Knowledge on Skills Test

Michaela Wagner-Menghin, Ingrid Preusche, Joachim Punter and Michael Schmidts

Core Unit for Medical Education, Medical University of Vienna
Spitalgasse 23; BT-87, Postfach 10, A-1097 Wien
michaela.wagner-menghin@meduniwien.ac.at
ingrid.preusche@meduniwien.ac.at
joachim.punter@meduniwien.ac.at
michael schmidts@meduniwien.ac.at

Clinical skills are usually not the main target of MC-choice exams, but MC-assessment and OSCEs have already been combined successfully. Detailed MC-item writing guides usually focus on technical aspects and suggest content specific templates for basic science and clinical problem solving. However, we could not find templates for “knowledge on skills” (KOS) items. This study investigates the application of available item writing guidelines when constructing MC-items for a KOS-test and proposes templates for constructing MC-items for a KOS-test. Method: Junior teachers (basic clinical procedures + physical examination) with a minimum of one year teaching experience, but without previous experience in MC-item writing were assigned to a 2hr item writing workshop, and invited to submit MC-items. Items were reviewed by experts and peers (criteria: practicing in the skills lab is sufficient for answering the item, relevance of content in light of the learning objectives, plausibility of intended correct answer, plausibility of distracters, formal characteristics). Results: basic clinical procedures: submitted items= 85, accepted items=37; physical examination: submitted items=59, accepted items= 32. Ten different constructional rules could be derived, eight of them regarded relevant for a KOS-test. Discussion: As only about 50% of submitted MC-items have been accepted, which did not meet our expectations as in other fields an acceptance rate of 80% was experienced, we conclude that available templates are not optimal for constructing MC-items for a KOS-test. The constructional rules we derived out of the submitted KOS-material further discussion whether some topics are better assessed with other types of items. They also help to identify topics not covered by the accepted MC-item pool. Further research should focus on increasing authors’ efficiency by providing content specific templates for MC-items for a KOS-test.

References:

1) Kramer AWM, Jansen JJM, Zuithoff P, et al. Predictive validity of a written knowledge test of skills for an OSCE in postgraduate training for general practice.

Med Educ. 2002;36:812-819.

2) Verhoeven BH, Hamers J, Scherpbier A, Hoogenboom RJI, van der Vleuten CPM. The effect on reliability of adding a separate written assessment component to an objective structured clinical examination. Med Educ. 2000;34:525-529.

3) Case S, Swanson DB. Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences. National Board of Medical Examiners, Philadelphia, 1998.

4) Smolle J. Klinische MC-Fragen rasch und einfach erstellen. Ein Praxisleitfaden für Lehrende. [Writing clinical MQ-Items quick and easy. A teacher's guide.] Berlin DeGruyter; 2008.

5) Schmidts, M. personal communication; 2009.



Benefits of team-based learning for students in a traditional medical curriculum

Hubert Wiener, Herbert Plass, Richard Marz

Science and International Relations, Core Unit for Medical Education,
 Medical University of Vienna, Austria



Purpose Having established team-based learning (TBL) in the new curriculum at the Medical University of Vienna (Wiener H, Plass H, Marz R, *Croat Med J.* 50; 69-76, 2009) the present study examines the benefits of TBL in the traditional medical curriculum N201. These students are quite a bit older and have a different educational background (until 2002 the curriculum was lecture based and lacked a significant small group learning component).

Methods Students in the 2nd preclinical stage of the traditional curriculum were offered an elective pharmacology review course in an intensive TBL format. Expectations of students to TBL were evaluated with a pre-course open-ended survey and compared with responses to a program-evaluation questionnaire at the end of the course.

Table 1: Demographic data of participants in team-based learning (TBL) intensive course*

| Parameter | Participant |
|---------------|-------------|
| Gender | |
| Women | 43 (66%) |
| Men | 22 (34%) |
| Age | |
| 21-25 years | 5 (8%) |
| 26-30 years | 33 (51%) |
| > 30 years | 19 (29%) |
| not indicated | 8 (12%) |
| Employed | |
| 0% | 10 (15%) |
| 0 - 50% | 35 (54%) |
| 50 - 100% | 20 (11%) |

*65 (90%) participants responded to the demographic evaluation

Table 2: Pre-course open-ended survey of expectations of participants in team-based learning (TBL) intensive course*

| Expectations of participants ¹ | Times mentioned |
|---|-----------------|
| Knowledge acquisition | |
| Increase knowledge level | 40 (25%) |
| Assess present knowledge | 23 (16%) |
| Feedback by the expert | 21 (13%) |
| Motivational dimensions | |
| Positive impact on motivation | 16 (10%) |
| Learning attitudes | |
| Benefit of learning in teams | 20 (12%) |
| improve learning attitudes | 16 (10%) |

*65 (90%) participants responded to the demographic evaluation
¹Subjects emerged from open coding and frequency counts. The authors reviewed the answers independently and shared their results to verify conclusions and form consensus on issues of disagreement

Table 3: Students' questionnaire responses to team-based learning (TBL) intensive course (1 - strongly disagree, 6 - strongly agree)*

| Questionnaire item | Mean Score (±SD) |
|--|------------------|
| Knowledge acquisition | |
| TBL helps to assess present knowledge | 5.0 ± 0.9 |
| TBL helps to get me to a higher level of knowledge | 4.8 ± 1.2 |
| TBL reduces the amount of time needed for self-study | 4.0 ± 1.4 |
| Motivational dimensions | |
| TBL is an effective motivating learning strategy | 5.3 ± 0.7 |
| TBL challenged me to give my best | 5.1 ± 1.1 |
| Learning attitudes | |
| TBL had a positive impact on my learning attitudes | 5.0 ± 1.1 |
| I frequently study with colleagues | 3.1 ± 1.5 |
| General statements | |
| I will recommend TBL to other students | 5.6 ± 0.7 |
| Overall, I am very satisfied with this TBL approach | 5.6 ± 0.6 |

*38 (53%) participants responded to the questionnaire

Conclusion TBL had a highly positive impact on motivation and learning attitudes in students in a traditional medical curriculum lacking any experience in active small group learning.



Poster 9

Benefits of team-based learning for students in a traditional medical curriculum

Hubert Wiener, Herbert Plass, Richard Marz

Core Unit for Medical Education, Medical University of Vienna
Spitalgasse 23, A-1090 Vienna, Austria
hubert.wiener@meduniwien.ac.at
herbert.plass@meduniwien.ac.at
richard.maerz@meduniwien.ac.at

Purpose

Having established team-based learning (TBL) in the new curriculum at the Medical University of Vienna (Wiener H, Plass H., März R, *Croat Med J.* 50; 69-76, 2009) the present study examines the benefits of TBL in the traditional medical curriculum. These students are quite a bit older and have a different educational background. Unlike the new medical curriculum, the traditional curriculum (which is only offered to students who started their studies in this curriculum before 2002) is lecture based and lacks a significant small group learning component.

Methods

Students in the 2nd preclinical stage of the traditional curriculum were offered an elective pharmacology review course in an intensive TBL format with six 2-hour sessions over a 3-day period. Expectations of students to TBL were evaluated with a pre-course open-ended survey and compared with responses to a program-evaluation questionnaire at the end of the course.

Results

72 students enrolled in the TBL course. About 80% of the students responding in the pre-course survey (n = 65, 66% female) were older than 25 years and indicated that they are half-time or fully employed. The most frequently mentioned expectation in TBL referred to a positive impact on knowledge acquisition (54%) while aspects addressing learning attitudes (22%) and motivation (10%) were cited to a much lesser extent. Only 33 students (46%) qualified for a certificate of attendance, which compares with 57% for a similar course in the new curriculum. The response rate to the program-evaluation questionnaire at the end of the course was 53% (n = 38). Contrasting their expectations, students felt highly motivated and engaged with TBL activities. Using a 6-point rating scale, the item with the greatest mean score was "TBL is an effective motivating learning strategy" (5.3±0.7), closely followed by "TBL challenged me to give my best" (5.1±1.1), and "TBL had a positive impact on my learning attitudes" (5.0±1.1). In terms of knowledge acquisition the item with the largest mean score was "TBL helps to assess present knowledge" (5.0±0.9).

The response to the concluding statement, “Overall, I am very satisfied with the TBL approach” (5.6 ± 0.6), shows that students obviously appreciated TBL in the intensive course format.

Conclusions

Educationally most important is the conclusion that TBL had a highly positive impact on motivation and learning attitudes in students in a traditional medical curriculum lacking any experience in active small group learning.



**Universitätsklinik für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie**
**Risikomanagement
und Qualität der Lehre**
Zacherl M. Gruber G. Glehr M. Maurer-Ertl W. Windhager R.
Medizinische Universität Graz

Problemstellung: Die Ausbildung von Medizinstudent/innen an der Medizin Universität Graz hat in den letzten Jahren durch die Einführung des neuen Curriculum einschneidende Änderungen erfahren. War früher das Erlernen praktischer ärztlicher Fertigkeiten annähernd ausschließlich auf die Famulatur beschränkt, so gibt es heute viele verschiedene Möglichkeiten der praktischen Fertigkeiten für den Beruf als Arzt zu erlernen. Sie reichen von bed-side-teaching über Seminare mit dem Überbegriff „praktische ärztliche Fähigkeiten“ bis hin zur „klassischen“ Famulatur. Die von Student/innen mehr oder weniger selbstständig durchgeführten Tätigkeiten am Patienten beinhalten diverse Risiken. In diesem Poster sollen anhand eines umschriebenen Teilbereiches der praktischen Ausbildung Studierende zwei Risiken anhand einer nach Ö-Norm (4900) standardisierten Risikoanalyse exemplarisch bewertet werden und damit den Nutzen eines erprobten Managementwerkzeug für die Qualität der Lehre sichtbar machen.

Risikobeurteilung – Top-Down-Analyse

| | |
|--|--|
| LNH und Adresse | LNH Graz |
| Organisationsort | Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie |
| Tätigkeit / Stelle der Organisationseinheit | Centrale-orthopädische Versorgung der Region: Steiermark, Kärnten, Salzburg und Tirol Ausbildung: Studierende, Tutoren und Fachkräfte |
| Risikoowner | Med. Uni Graz, Kager und Kollegiale Führung, Vorstand der Klinik |
| Risikomanager | Dr. G. M. Zacherl |
| Anzahl der Betten | 45 |
| Stationäre Patienten | 1000 |
| Ambulante Patienten | 1000 |
| Anzahl der Mitarbeiter | 20 Ärzte |
| Inhaltlicher Umfang | Ausbildung Studierender der MU Graz im Rahmen des Praktikums „Chirurgie“ beschränkt auf den stationären Bereich |
| Stand der Risikobeurteilung | X: In Arbeit □: Gültig bis ... □: Aus der Gültigkeit gestrichelt am ... |

Risiko Nr. 1 Venenpunktion

Risikoowner: Medizinischer Leiter, Kollegiale Führung
Scenario: Studenten dürfen im Rahmen ihres Praktikums auf der Station Blutabnahmen durchführen. Hier kann es zu Fehlern kommen. Diese führen entweder zu fehlerhaften Laborbefunden bzw. zu einer Nichtauswertbarkeit der Labordiagnostik. Dadurch sind einerseits die laufende Therapie bzw. Überwachung von Patienten verzögert bzw. gegebenenfalls andererseits müssen diese Blutabnahmen wiederholt werden.
Ein weiteres Problem stellt das Legen von Venen (Venenkatheter) dar, weil hier (auch aufgrund des relativ hohen Durchschnittsalters der Patienten) gelegentlich mehrere Male probiert werden muss, bis eine „Leitung“ sitzt und andererseits diese durch ungeschickte Handhabung zu präventiver Verabreichung von Medikamenten führen kann.
Der Schaden besteht einerseits für den Patienten aber auch für die Abteilung, weil das Vertrauen der Patienten leidet und natürlich auch für den/die Studierende/n, weil eine Atmosphäre der Angst entstehen kann, welche dem Ziel des Erlernens grundlegender ärztlicher Fertigkeiten entgegen steht.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Gefahrenbereich | Stationäre Betreuung von Patienten |
| Gefahrenbereich | Station |
| Ursachen und Einflussfaktoren: | <ul style="list-style-type: none"> ○ mangelnde Einweisung der Studierenden ○ mangelnde Übungssituation der Studierenden ○ keine Unterweisung der Patienten nach Venenstatus ○ mangelnde Ausbildung der Patienten |
| Frühwarnindikatoren | <ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko vermeiden X Risiko vermindern ○ Risiko akzeptieren |

| Nr. | Bestehende Maßnahmen | Verantwortlich | regelmäßige Überprüfung | Kosten |
|-----|--|----------------------|-------------------------|--------|
| 1 | Informationsblätter für Studierende | Stationär | regelmäßig geplant | 0 |
| 2 | Praktische mit bestmöglicher Supervision | Stationär | regelmäßig geplant | 0 |
| 3 | Optimale Maßnahmen | Verantwortlich | umgesetzt bis | Kosten |
| 4 | Verpflichten der Seminar- und Ärzte des Praktikums | Stationär | 1.2.2010 | 0 |
| 5 | Unterstützung der Patienten nach Venenstatus in schriftl. Form | Stationär | 1.2.2010 | 0 |
| 6 | Erklärung der Praxis | Medi | 1.2.2010 | 0 |
| 7 | Erklärung der Patienten bei stationärer Aufnahme | Medizinischer Leiter | 1.2.2010 | 0 |

Beim Risikomanagement ist zu beachten, dass die Studierenden in einer geeigneten Umgebung - getrennt von den Patienten - die Fertigkeiten erlernen können.

Risiko Nr. 2 Mangelnde Ausbildung

Risikoowner: Medizinischer Leiter, Rektor

Scenario: Studierende üben sich im Rahmen des Praktikums gelegentlich als „Spritzenklaven“ misbraucht und haben Angst etwas falsch zu machen. Besonders der Umgang mit „schmerzigen“ Patienten wird von den Studierenden oft als große Herausforderung empfunden und erzeugt bei manchen das Gefühl, für den Beruf als Arzt nicht geeignet zu sein. Im Grunde handelt es sich in diesen Fällen aber meistens um eine Überforderung bzw. mangelnde Begleitung durch die Ärzte der Station.

Das Risiko besteht darin, dass in diesen Situationen Fehler passieren können, zu sich die Studierenden aus Angst für unqualifiziert erachtet zu werden. Tätigkeiten auszuüben, die sie noch nicht bzw. nicht richtig beibringt bekommen haben. Das schadet in erster Linie dem Patienten aber auch dem Ansehen der Abteilung bzw. der Universität.

Gefahrenbereich: Ausbildung Studierender

Gefahrenbereich: Station

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ursachen und Einflussfaktoren: | <ul style="list-style-type: none"> ○ Mangelndes Personal zur Ausbildung ○ Fehlende Vorbereitung auf die spezifischen Anforderungen des Praktikums ○ Falsche Erwartungshaltung der Studierenden ○ Praxis werden zu früh durchgeführt ○ Ärzte sind zu wenig in die Ausbildung miteinbezogen |
| Frühwarnindikatoren | <ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko vermeiden X Risiko vermindern ○ Risiko akzeptieren |

| Nr. | Bestehende Maßnahmen | Verantwortlich | regelmäßige Überprüfung | Kosten |
|-----|---|----------------------|-----------------------------------|--------|
| 1 | Seminarreihe „Lebende praktische Fertigkeiten“ | MUG | Evaluierung der Lehrveranstaltung | ? |
| 2 | Informationsblätter | Stationär | keine geplant | 0 |
| 3 | Optimale Maßnahmen | Verantwortlich | umgesetzt bis | Kosten |
| 4 | Zuweisung der Studierenden zu einzelnen Ärzten der Station | Medizinischer Leiter | 1.2.2010 | 0 |
| 5 | Mitteilungsblätter der Studierenden in die Vorles- und Mitsprachebereiche | Medizinischer Leiter | 1.2.2010 | 0 |
| 7 | Evaluierung des Praktikums | MUG | 1.9.2010 | ? |

Zusammenfassung – Management Summary

Ziel und Zweck der Risikobeurteilung
Beurteilt werden sollen ausschließlich Risiken im Zusammenhang mit der Ausbildung Studierender der MU Graz im Rahmen des Praktikums des Moduls 23 (Bewegungsapparat) auf der Station der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.
Zusammenfassung und Ergebnis
Die Ausbildung von Studierenden im Rahmen des Praktikums kann mit einfachen Mitteln entscheidend verbessert werden. Hierbei ergibt sich ein Nutzen für Patienten, für die Abteilung und natürlich für die Studierenden. Das Ziel sollte sein, die Studierenden angstfrei an die grundlegenden ärztlichen Fertigkeiten auf einer Station heranzuführen.

ZacherlM02009



Poster 10

Risikomanagement und Qualität der Lehre

Max Zacherl, Gerald Gruber, Glehr M. Maurer-Ertl W. Windhager R.

Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädisch Chirurgie, Medizin Universität Graz

Auenbruggerplatz 2-5, 8010 Graz

max_zacherl@hotmail.com

gerald.gruber@klinikum-graz.at

mathias.glehr@meduni-graz.at

werner.ertl@meduni-graz.at

reinhard.windhager@meduni-graz.at

Die Ausbildung von Medizinstudent/innen an der Medizin Universität Graz hat in den letzten Jahren durch die Einführung des neuen Curriculum einschneidende Änderungen erfahren. War früher das Erlernen praktischer ärztlicher Fertigkeiten annähernd ausschließlich auf die Famulatur beschränkt, so gibt es heute viele verschiedene Möglichkeiten praktische Fähigkeiten für den Beruf als Arzt zu erlernen. Sie reichen von bed-side-teaching über Seminare mit dem Überbegriff "praktische ärztliche Fähigkeiten" bis hin zur "klassischen" Famulatur. Die von Student/innen mehr oder weniger selbständig durchgeführten Tätigkeiten am Patienten beinhalten diverse Risiken. In diesem Poster sollen anhand eines umschriebenen Teilbereiches der praktischen Ausbildung Studierender zwei Risiken anhand einer nach Ö-Norm (49000) standardisierten Risikoanalyse exemplarisch bewertet werden und damit den Nutzen eines erprobten Managementwerkzeug für die Qualität der Lehre sichtbar machen.



4 More Events

GMA - Working Lunch

Guided Tour through Innsbruck

Conference Dinner

25. 9. 2009, 13:00

GMA - Working Lunch

Als Fortsetzung der Grazer Diskussion findet wiederum ein "Working Lunch" statt.

Ort:

Medizinische Universität Innsbruck, Neues Kinderzentrum - 1. Stock

Tagesordnung: Bericht zu

- Mitgliederstand Österreich, Kosten-Nutzen-Relation des Mitgliedsbeitrags
- Aktivitäten der GMA: „Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog“
- Qualitätssicherung von Prüfungen, Berichte von den vier Standorten und von der Arztprüfung
- Weitere Vorhaben

25. 9. 2009, 18:30

„Tollkühne Weiber und heldenhafte Mander” — “daredevil shrews and heroic menfolk”

Dr. Monika Frenzl

Kulturvermittlung Dr. Monika Frenzel, Innsbruck

Eine anrühige Geschichte
Innsbrucks Alltag im Mittelalter

Führung in englisch
Dauer bis etwa 20:00 Uhr

Von Festesfreude und Aberglauben, Handwerksberufen, Zünften und Hurenhäusern werden Geschichten aus dem Alltagsleben in amüsanter Weise aufbereitet.

Unkostenbeitrag: 5 €



A fishy story
Everyday life in medieval Innsbruck

Guided Tour in English
Duration approximately until 8 p.m.

Everyday life's stories about festivities and superstitions, professions, guilds and whore houses are presented in an amusing way.

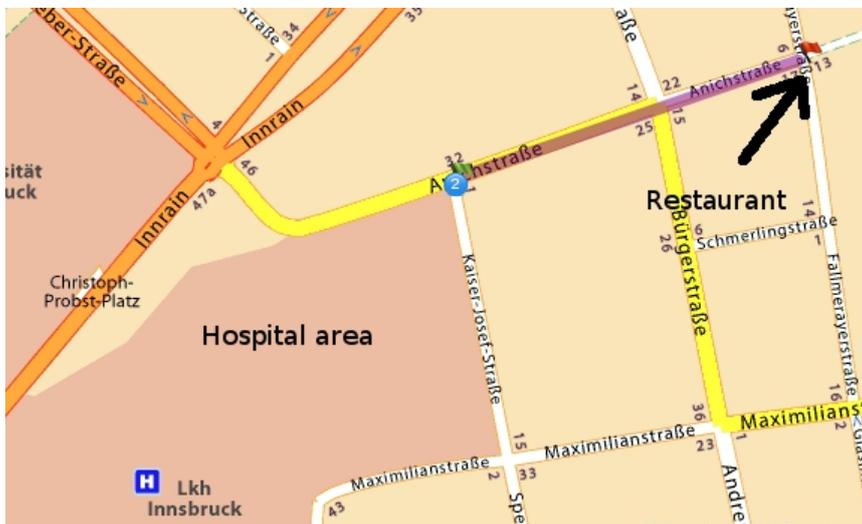
There will be a fee of 5 €

25. 9. 2009, 20:00

Conference Dinner

Das Dinner ist à la carte und nicht in der Konferenzgebühr inkludiert.
The Dinner will be à la carte and is not included in the registration fee.

Adresse/Address: Gasthaus Anich - Fichtenstube
Fallmerayerstraße 8
Ecke/Corner Anichstraße 15)





5 Participants

Teilnehmer der 13. Grazer Konferenz in Innsbruck
Participants of the 13th Graz Conference, Innsbruck

Stand 21. September 2009
as of September 21, 2009

Teilnehmer
 Participants

| Name | Forename | Country | email |
|------------------|-----------------|----------------|---|
| Albegger | Klaus | Austria | klaus@albegger-gruen.at |
| Beyer | Claudia | Austria | claudia.beyer@i-med.ac.at |
| Bock | Gerlis | Austria | bock@healthsite.at |
| Citaku | Fadil | Switzerland | fadil.citaku@ag.ch |
| De Ruijter | Renée | Switzerland | r.deruijter@bluewin.ch |
| Eder | Waltraud | Austria | w.eder@salk.at |
| Frischenschlager | Oskar | Austria | oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at |
| Gruber | Christian | Austria | christian.gruber@vu-wien.ac.at |
| Himmelbauer | Monika | Austria | monika.himmelbauer@meduniwien.ac.at |
| Holzer | Ulrike | Austria | ulrike.holzer@meduni-graz.at |
| Hulsman | Robert | Netherlands | R.L.Hulsman@amc.uva.nl |
| Juch | Herbert | Austria | herbert.juch@meduni-graz.at |
| Kalteis | Margit | Austria | margit.kalteis@pmu.ac.at |
| Kapocsi | Erzsébet | Ungarn | kapocsi@nepsy.szote.u-szeged.hu |
| Kraft | Hans-Georg | Austria | hans-georg.kraft@i-med.ac.at |
| Krajnc | Ivan | Slovenia | ivan.krajnc@uni-mb.si |
| Kremser | Karl | Austria | karl.kremser@meduniwien.ac.at |
| Lighezan | Daniel | Romania | dlighezan@hotmail.com |
| Lischka | Martin | Austria | martin.lischka@meduniwien.ac.at |
| Lisnychuk | Nataliya | Ukraine | nlisnichuk@yahoo.com |
| Lochner | Lukas | Italy | lukas.lochner@claudiana.bz.it |
| Manhal | Simone | Austria | simone.manhal@meduni-graz.at |
| März | Richard | Austria | Richard.maerz@meduniwien.ac.at |
| Mauron | Alexandre | Switzerland | Alexandre.Mauron@unige.ch |
| Melchart | Claudia | Austria | claudia.melchart@pmu.ac.at |
| Mitterauer | Lukas | Austria | lukas.mitterauer@univie.ac.at |
| Muntean | Valentin | Romania | valentin.muntean@gmail.com |
| Neubauer | Sabine | Austria | sabine.neubauer@meduni-graz.at |
| Nohl | Felix | Austria | felix.nohl@spitalnetzbern.ch |
| Oleshuk | Oleksandra | Ukraine | lesyaoleh@yahoo.com |
| Payer | Michael | Austria | mi.payer@medunigratz.at |
| Pecovnik-Balon | Breda | Slovenia | breda.balon@ukc-mb.si |
| Perrig | Martin | Austria | stefan.pilz@chello.at |
| Pilz | Stefan | Austria | stefan.pilz@chello.at |
| Plass | Herbert | Austria | herbert.plass@meduniwien.ac.at |
| Prodinger | Wolfgang | Austria | wolfgang.prodinger@i-med.ac.at |
| Punter | Joachim Fritz | Austria | joachim.punter@meduniwien.ac.at |

Teilnehmer, Fortsetzung
Participants, continued

| Name | Forename | Country | email |
|----------------|-----------------|----------------|--|
| Rasky | Eva | Austria | eva.rasky@medunigraz.at |
| Reibnegger | Gilbert | Austria | gilbert.reibnegger@meduni-graz.at |
| Ruzicka | Katharina | Austria | katharina.ruzicka@wienkav.at |
| Sakharova | Inna | Ukraine | inna_sakharova@yahoo.com |
| Schmoelzer | Christin | Austria | christin.schmoelzer@gmx.at |
| Schreier | Maria Magdalena | Austria | magdalena.schreier@pmu.ac.at |
| Stein | Jörg-Ingolf | Austria | Joerg.Stein@i-med.ac.at |
| Stosch | Christoph | Germany | c.stosch@uni-koeln.de |
| Strenger | Volker | Austria | volker.strenger@medunigraz.at |
| Stronegger | Willibald | Austria | willibald.stronegger@medunigraz.at |
| Them | Christa | Austria | christa.them@umit.at |
| Tomaschitz | Andreas | Austria | AndreasTomaschitz@gmx.net |
| Trachsel | Sandra | Switzerland | sandra.trachsel@iml.unibe.ch |
| Wagner-Menghin | Michaela | Austria | michaela.wagner-menghin@meduniwien.ac.at |
| Wiener | Hubert | Austria | hubert.wiener@meduniwien.ac.at |
| Wisiak | Ursula Viktoria | Austria | Ursula.Wisiak@klinikum-graz.at |
| Wyskovsky | Wolfgang | Austria | wolfgang.wyskovsky@meduniwien.ac.at |
| Zacherl | Max | Austria | max_zacherl@hotmail.com |
| Zech | Nicolas | Austria | n.zech@ivf.at |
| Zeller | Janne | Austria | Janne.Zeller@i-med.ac.at |

Wir danken folgenden Firmen und Institutionen für die Unterstützung

Österreichische Gesellschaft für Hochschuldidaktik

Hipp

Milupa

Nestlé
