

Ein Core-Curriculum für das Medizin-Curriculum Wien – Erste Ergebnisse zur Auswertung einer Symptomen- und Diagnoseliste

S. Hönigschnabl¹, C. Baumann¹, M. Maier¹, R. März², W. Firbas², P. Pokieser², R. Mallinger², M. Lischka¹

¹Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung, ²Studienkommission der Medizinischen Fakultät, Universität Wien

Zusammenfassung

Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass sich medizinische Erkenntnisse während des letzten Jahrhunderts nahezu explosionsartig vermehrt haben und die Spezialisierung im medizinischen Bereich ein immer größeres Ausmaß annimmt, liegt es auf der Hand, dass die Inhalte eines neuen Medizinstudiums nicht auf der Basis einer einfachen „Aufstockung“ um heutzutage in der Krankenversorgung relevante Fachbereiche ermittelt werden können. Mit der für das Wintersemester 2002/03 anberaumten Vollimplementierung präsentiert sich das reformierte Medizinstudium an der Universität Wien als fächerintegriertes Curriculum, in dem der Unterricht in Themenblöcken, die von POL- und Skills-Line-Elementen begleitet werden, abläuft. Für die organisatorische und inhaltliche Planung jeder dieser Einheiten ist ein Planungsteam, das sich aus für das jeweilige Thema relevanten Fachvertretern konstituiert, verantwortlich. Um die relevanten Lerninhalte des „Core-Curriculums“ und somit die Grundlage für die in der postgraduellen Weiterbildung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen festzulegen, wurden den Planungsteams Listen, bestehend aus 330 häufigen, dringlichen bzw. exemplarischen Diagnosen und 104 häufigen und typischen Symptomen, vorgelegt. Aus diesen sollten die Planungsteams die für das jeweilige Thema relevanten Aspekte auswählen bzw. die Listen nach den lokalen Gegebenheiten modifizieren und die erforderliche Wissenstiefe festlegen. Die vorliegende Untersuchung stellt ein Zwischenergebnis der Auswertung dieser Erhebung dar und konzentriert sich in erster Linie auf die von den Planungsteams der Themenblöcke zusätzlich für relevant befundene Symptome und Diagnosen. Dabei zeigte sich vor allem, dass die ausgegebenen Listen von den Planungsteams weitgehend als nicht ausreichend befunden wurden und die Aufnahme einer Vielzahl von zusätzlichen Lerninhalten beantragt wurde. Es gilt also weiterhin, diese Listen in einer für das Wiener Curriculum optimierten Form aufzuarbeiten. Dabei wird es sich in Zukunft nicht vermeiden lassen, die tradierte Tendenz zu fachlicher Tiefe zugunsten inhaltlicher Breite zu opfern.

Schlüsselwörter

Core-Curriculum · Fächerintegration · Diagnoselisten · Symptomenlisten · Curriculumreform

A Core Curriculum for the Medical Curriculum Vienna – First Results of Analyzing a Symptoms and Diagnosis List

Not least because medical knowledge during the last century increased almost explosively and specialization in medicine extends more and more it is clear that content of a new medical curriculum cannot be identified by simply adding to the old curriculum those new disciplines which are relevant for health care today. Starting its full implementation in winter semester 2002/03 the reformed Vienna medical curriculum will proceed as discipline-integrated, subject-oriented curriculum accompanied by problem-oriented and skills-line elements. Responsible for its organizational and content planning is in each case a planning team which will be constituted by experts of the disciplines involved in the subject matter of the respective block. To define relevant content of the Core Curriculum – consequently the base for knowledge, skills and attitudes for continuous postgraduate education – the planning teams were presented basic lists with 330 frequent, urgent or exemplary diagnosis and 104 frequent and typical symptoms. From these lists the planning teams should choose the relevant aspects for the respective theme or modify the lists according to local facts and define the depth of knowledge needed. The report presented here shows the intermediate results of this analyzing process. It concentrates primarily on those symptoms and diagnosis which were considered by the planning teams as additionally relevant. It will show particularly that the basic lists were concluded to be not satisfactorily by the planning teams; so a multiplicity of additional learning content was proposed. This process is ongoing, optimizing the symptom and diagnosis lists for the Vienna curriculum. It includes for the future to sacrifice the traditional tendency for discipline depth for the benefit of content breadth.

Key words

Core Curriculum · discipline integration · diagnosis lists · symptom lists · curricular reform

Einleitung

Mit der für das Wintersemester 2002/03 anberaumten Vollimplementierung präsentiert sich das reformierte Medizinstudium an der Universität Wien als fächerintegriertes Curriculum, in dem der Unterricht in Themenblöcken, die von POL- und Skills-Line-Elementen begleitet werden, abläuft. Für die organisatorische und inhaltliche Planung jeder dieser Einheiten ist ein Planungsteam, das sich aus für das jeweilige Thema relevanten Fachvertretern konstituiert, verantwortlich.

Die Lehrveranstaltungen, die die Grundlage für die in der postgraduellen Weiterbildung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen vermitteln sollen, sind für alle Studierenden verpflichtend zu absolvieren („Core-Curriculum“).

Um die Lerninhalte dieses Core-Curriculums zu ermitteln, wurden Listen, bestehend aus 330 häufigen, dringlichen bzw. exemplarischen Diagnosen und 104 häufigen und typischen Symptomen, erstellt. Diese Listen konstituierten sich aus publizierten Daten aus der Primärversorgung.

Tab. 1 Themenblöcke des zweiten Studienabschnitts

Block 8	Krankheit, Krankheitsursachen und -bilder (6 Wochen)
Block 9	Krankheit – Manifestation und Wahrnehmung, allgemeine Arzneimitteltherapie (6 Wochen)
Block 10	Endokrinologie und Stoffwechsel (3 Wochen)
Block 11	Ernährung und Verdauung (3,5 Wochen)
Block 12	Niere und Homöostase (3 Wochen)
Block 13	Herz und Kreislauf, Blut und Gefäße (5,5 Wochen)
Block 14	Respiration (3 Wochen)
Block 15	Bewegung und Leistung (4 Wochen)
Block 16	Sexualität, Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt (4 Wochen)
Block 17	Säugling, Kindheit und Jugend (4 Wochen)
Block 19	Haut und Sinnesorgane (4 Wochen)
Block 20	Gehirn, Nervensystem und Schmerz (6 Wochen)
Block 21	Die menschliche Psyche (5 Wochen)
Block 23	Arzt und Ethik, chronische Erkrankung, Behinderung, Der alte Mensch (4 Wochen)
Block 24	Gesundheit, Umwelt, Berufs- und Zivilisationskrankheiten, Rechts- und Gesundheitswesen, Strahlenschutz (4 Wochen)

Den in erster Linie mit der Vermittlung von medizinischem Grundlagenwissen beauftragten Blöcken des ersten Studienabschnitts wurde es in weiterer Folge freigestellt, ob sie tatsächlich mit den Diagnoselisten arbeiten wollten oder den systematischen Ansatz für den Unterricht wählten.

Daher beziehen sich die im Folgenden angeführten Auswertungen ausschließlich auf die Blöcke des zweiten Studienabschnitts (Tab. 1).

Vorgehensweise

Mit der Aussendung der Symptomen- und Diagnoselisten wurde von der Studienkommission die folgende Vorgehensweise zur Auswahl und Bearbeitung der Listen vorgegeben:

- Erstellung themenspezifischer Listen nach Abstimmung durch die Fachvertreter in den Blockteams,
- Erweiterungen nach Häufigkeit, Dringlichkeit bzw. Exemplarizität können beantragt werden,
- die so erstellten, blockspezifischen Listen werden von einer Arbeitsgruppe der Studienkommission auf Vollständigkeit überprüft,
- Mehrfachnennungen bei den Diagnosen werden von der Arbeitsgruppe dokumentiert und die betreffende Diagnose einem Block definitiv zur weiteren Ausarbeitung zugeteilt,
- Mehrfachnennungen bei den Symptomen wurden als zulässig erachtet.

Ursprüngliche Diagnoseliste

Bis auf zwei Diagnosen (Peritonitis und Narbenhernie) wurden alle der 330 Diagnosen mindestens einmal ausgewählt. Dabei wurden 269 Diagnosen (81,5%) von mehr als einem Block beansprucht (Abb. 1).

Pro Block ergab sich eine mittlere Anzahl von 42 gewählten Diagnosen, wobei die niedrigste Anzahl bei 13 (Block 12 – Niere und Homöostase), die höchste bei 179 für relevant erachtete Diagnosen (Block 17 – Säugling, Kindheit und Jugend) lag.

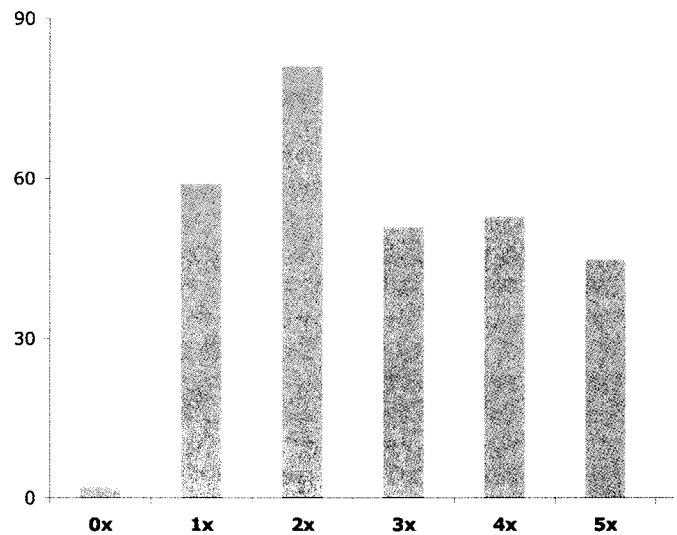


Abb. 1 Häufigkeit der Nennung einzelner Diagnosen.

Zusätzlich gewählte Diagnosen

Von den 15 Themenblöcken des zweiten Studienabschnitts wurden insgesamt 171 zusätzliche Diagnosen als Ergänzungen beantragt, wobei der Mittelwert bei 9 zusätzlichen Diagnosen/Block lag. Die meisten Diagnosen (n = 47) wurden hierbei von Block 20 (Gehirn, Nervensystem und Schmerz) eingereicht.

Zuteilung der Diagnosen auf die Blöcke

Im April 2000 wurden aus den eingegangenen Rückmeldungen vorläufige blockspezifische Diagnoselisten erstellt. Jede Diagnose wurde dabei jeweils nur einem Block des zweiten Studienabschnitts zugeteilt (Abb. 2).

Die so erstellten Themenlisten wurden den Koordinationsteams zur weiteren Ausarbeitung und Festlegung der Wissenstiefe entsprechend dem so genannten „Manchester-Modell (Tab. 2)“ rückübermittelt.

Die zusätzlich gewählten Diagnosen sollen erst dann in den Lernzielkatalog aufgenommen und ausgearbeitet werden, wenn sichergestellt wurde, dass die als Core-Curriculum zu verstehenden ursprünglichen Listen zur Gänze abgedeckt sind, und der zeitliche Rahmen des Blockes die Auseinandersetzung mit weiteren Themen erlaubt.

Symptomenliste

Aus den ausgegebenen 104 Symptomen wurden alle mindestens zweimal (Augenschmerzen, Hörverlust, orofazialer Schmerz, Schielen, Tinnitus) gewählt.

Spitzenreiter war das Symptom Schwindel (10 Blöcke), gefolgt von Übelkeit/Erbrechen, Bewusstseinsstörung und Gelenkschmerz (jeweils 9 Blöcke). Von 7 Blöcken wurde eine Erweiterung der Liste um insgesamt 39 häufige und dringliche Symptome gefordert.

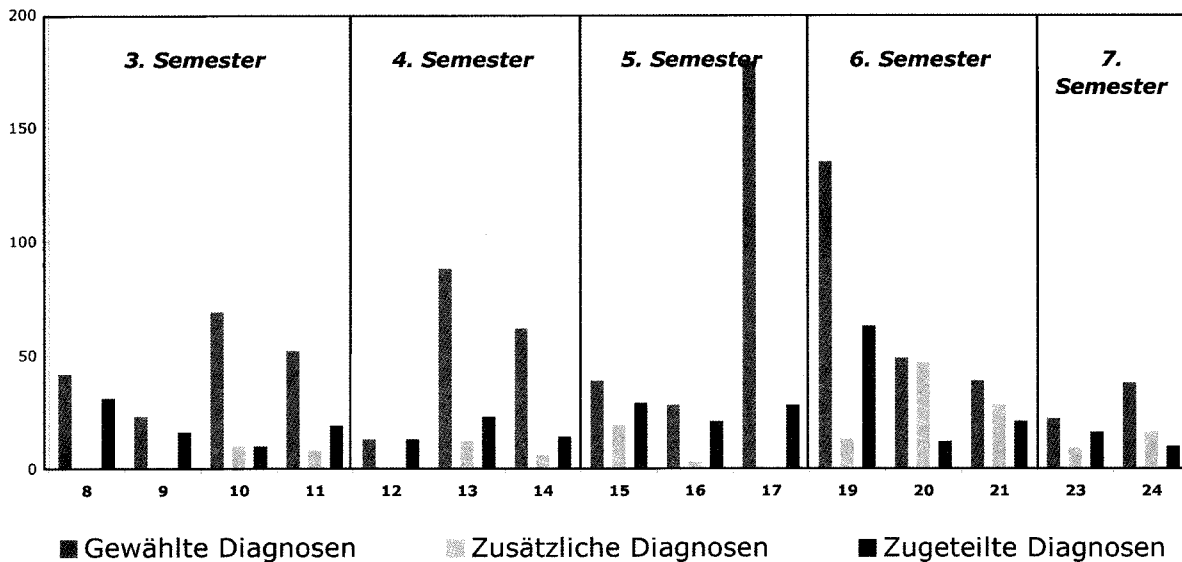


Abb. 2 Gegenüberstellung gewählte/zusätzlich erwünschte/tatsächlich zugeteilte Diagnosen.

Tab. 2 Beispiel zur Ausarbeitung einer Diagnose und Festlegung der Lerninhalte und -ziele nach dem Manchester-Modell

Diagnose: Asthma bronchiale klinische Situation			
Wissensbasis		Fertigkeiten/Fähigkeiten	
fachlich normale Struktur und Funktion	Zusammenhänge/Kontext gesellschaftlicher Kontext	intellektuelle Differenzialdiagnostik	praktische Anamnese
Anatomie, Histologie, Physiologie der Lunge	Prävalenz, Inzidenz, Mortalität	COPD, Formen des Asthma bronchiale, umschriebene Formen der bronchialen Obstruktion	Allergie, Rauchen, Beruf
abnormale Struktur und Funktion Bronchialobstruktion, Allergie, TH1-TH2-Balance, bronchiale Hyperreagibilität	persönlicher Kontext Schulung, Compliance, Lebensqualität	Beurteilung Schweregrad des Asthmaanfalls, Sauerstoffpflichtigkeit	physikal. Krankenuntersuchung Perkussion, Auskultation der Lunge
zellulär inflammatorische Vorgänge, Remodeling, Mediatoren		Beatmungspflichtigkeit	
Pathogenese	Management	Untersuchungen	kommunikative Fähigkeiten
Bronchialobstruktion, Allergie, zellulär inflammatorische Vorgänge, TH1-TH2-Balance, Remodeling, Mediatoren, bronchiale Hyperreagibilität	Hausarzt, Facharzt, Spital	PEF-Monitoring, Spirometrie, Bodyplethysmographie, Reversibilität, Blutgasanalyse, Thoraxröntgen, Nasennebenhöhlenstatus, Allergiestatus, GER	Patient-Arzt-Gespräche, Gespräche mit Familie
Verlauf		Management	klinische Vorgangsweisen
chronisch reversible Obstruktion, Status asthmaticus		akute Situation und ambulante Betreuung	Lungenfunktion, Allergiediagnostik, Venenpunktion, venöser Zugang, Arterienpunktion, Blutgasanalyse, Inhalationstherapie
Symptome			
Atemnot anfallsweise, Husten, Abhängigkeit der Beschwerden von Jahres- und Tageszeit			
Komplikationen			
respiratorische Insuffizienz			
Behandlungskonzepte			
medikamentöse Therapie in Anfall und ambulante Betreuung, Selbstbehandlungsplan, Allergenkarrenz			

Schlussbetrachtung

Die große Anzahl an Erweiterungswünschen zeigte, dass die nach vornehmlich epidemiologischen Faktoren gereihten Diagnosen- und Symptomenlisten von für die Erstellung der Lernin-

halte verantwortlichen Fachvertretern als nicht ausreichend erachtet wurden. Auch kam es bei beiden Listen kaum zu Streichungen, obwohl in einigen Fällen angemerkt wurde, dass manche der Themen der ursprünglichen Liste keinen besonders hohen Stellenwert in der medizinischen Grundausbildung haben

müssten. Einige der Themen aus den Listen sind sehr offen formuliert, so dass sich nicht nur deren Ausarbeitung (z. B. Verdauungsorgan KH, Neoplasien maligne), sondern auch die definitive Zuteilung zu nur einem Block (z. B. Fieber, Hypertonie) schwierig gestaltet. Hier muss auch berücksichtigt werden, dass es sich nicht bei allen Blöcken um „klassische Organblöcke“ handelt (z. B. Block 17), womit für diese eine große Zahl an Symptomen relevant wird.

Es gilt also weiterhin, diese Listen in einer für das Wiener Curriculum optimierten Form aufzuarbeiten, um einen die Inhalte des Medizincurriculums gültig beschreibenden Lernzielkatalog vorlegen zu können. Nicht zuletzt würde dadurch auch die inhaltliche Abstimmung unterschiedlicher Curriculumsabschnitte erleichtert.

Danksagung

Besonderer Dank ergeht an Univ.-Prof. Dr. Michael Zimpfer, Dr. Christian Sitzwohl und das gesamte Planungsteam von Block 14 für die Zurverfügungstellung der ausgearbeiteten Manchesterlisten.

Literatur

- O'Neill PA, Metcalfe D, David TJ. „The core content of the undergraduate curriculum in Manchester.“ *Medical Education* 1999; 33: 121 – 129
- Mader FH, Weißgerber H. *Allgemeinmedizin und Praxis*. Berlin: Springer-Verlag, 1997
- Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftliche Reihe, Band 39.1. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1989
- Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1991. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 3. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1997

Korrespondenzadresse: Dr. Selma Hönigschnabl · MCW c/o Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung · AKH-Universitätskliniken · POB-10 · 1097 Wien · Österreich · E-mail: selma.hoenigschnabl@akh-wien.ac.at

Das Pilotprojekt (mcw)150 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien

C. Baumann¹, S. Hönigschnabl¹, R. Mallinger², R. März², W. Firbas², P. Pokieser², M. Maier¹, M. Lischka¹

¹Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung, ²Studienkommission der Medizinischen Fakultät, Universität Wien

Zusammenfassung

Durch den Beschluss eines neuen Universitätsstudiengesetzes im Jahr 1997 wurde die Zuständigkeit für die Gestaltung eines neuen Studienplans an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien in den autonomen Kompetenzbereich der hiesigen Studienkommission verwiesen. Die Studienkommission hat sich im Januar 1999 für ein Curriculummodell entschieden, das der internationalen Entwicklung entsprechend durch folgende Leitlinien gekennzeichnet ist: Fächerintegration, Problemorientierung, methodengeleitetes Prüfen, Berechnung der Ausbildungskapazität, Evaluation und Qualitätskontrolle. Der Unterricht im ersten und zweiten Studienabschnitt findet in integrierten Themenblöcken statt. Die Blöcke werden von Lehrveranstaltungen begleitet, die sich durch das ganze Semester ziehen und den „Bezug zur Klinik“ herstellen („Line“). Im dritten Studienabschnitt finden klinische Praktika im Ausmaß von 10–20 vH statt. Das neue Medizin-Curriculum A202 muss spätestens ab Oktober 2002 voll implementiert werden. Zur Vorbereitung dieser großen Curriculumreform wird der erste Studienabschnitt des neuen Curriculums bereits ab Oktober 2001 im Rahmen des derzeit gültigen Studienplans als Pilotprojekt (mcw)150 für insgesamt 150 Studierende eingerichtet. Studierende, die bereits an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien zu der Studienrichtung Medizin zugelassen waren oder im WS 2001/02 erstmalig zugelassen wurden, konnten sich bis zum 14. September 2001 freiwillig zur Teilnahme am Pilotprojekt melden. Die Auswahl der 150 Studierenden erfolgte per Los, wobei 85% der Plätze an Studienanfänger und 15% an höhersemestrige Studierende vergeben wurden. Die positiven Absolventen des einjährigen Pilotprojektes können in den 2. Studienabschnitt des neuen Curriculums, der für diese im WS 2002/03 implementiert wird, eintreten und ihr Studium nach A202 fortsetzen und beenden. Die bei der Umsetzung des Pilotprojektes gesammelten Erfahrungen werden bei der vollen Implementierung des neuen Studienplans berücksichtigt. Die Auswertung von Anfragen, Anmerkungen und Problemdarstellungen, die von den Studierenden über eine E-mail-Hotline oder persönlich in den dafür angebotenen Sprechstunden der Blockkoordinatoren vorgebracht werden können, soll eventuelle Schwachstellen bei der Umsetzung des neuen Curriculums aufdecken, die noch vor der vollen Implementierung behoben werden können.

Schlüsselwörter

MCW 150 · Curriculumreform · Pilotprojekt · Medizin-Curriculum · Block-Line-Modell