

Wolfgang M. PRODINGER¹ (Innsbruck)

Studienreform Humanmedizin in Innsbruck

Zusammenfassung

Angestoßen durch ein liberales Rahmengesetz und veränderte Erwartungen der Gesellschaft an die Arztausbildung, und aufgenommen von einer Fakultät, die deutlichen Veränderungen zustimmte, erfolgte die Planung eines neuen Humanmedizincurriculums mit hoch gesetzten Zielen. Hier sollen Rekrutierung der Mitwirkenden, Auswahl und Abstimmung der Ausbildungsziele und deren Umsetzung in einer von wechselnden Rahmenbedingungen geprägten Implementierungsphase diskutiert werden. Zur Analyse der Stärken und Schwächen des Kontexts, Inhalts und Prozesses der Reform werden die von BLAND et al. definierten Erfolgskriterien für curriculare Reformprojekte in der Medizin herangezogen.

Schlüsselwörter

Curriculumreform, medizinische Ausbildung, Lernzielkatalog, Qualifikationsprofil, Zulassung

The Process of Medical Curriculum Reform in Innsbruck, Austria

Abstract

The curricular reform process in Innsbruck, Austria, was initiated by a liberal federal law and the altered expectations of society towards the medical profession in general. Large innovations were welcomed by the faculty and led to the planning of an ambitious new medical curriculum. Here, the process of recruitment of the participants in the reform and of the selection of goals and objectives, as well as the reform's implementation under changing basic conditions are discussed. Strengths and weaknesses with respect to context, scope and complexity, and process of the reform are analysed in comparison with factors for a successful curricular change, as defined by BLAND et al.

Keywords

Curriculum reform, medical education, learning objectives, mission statement, admission

¹ e-Mail: wolfgang.prodinger@i-med.ac.at

1 Einleitung: Curriculumreform mit wechselndem Rahmen

Ein „Bonmot“ an österreichischen medizinischen Universitäten sagt, dass man sich mit Forschung Prestige einhandelt, mit Patientenversorgung Geld, und mit Lehre Arbeit.

Wie die Herausgeber dieses Heftes richtig anmerken, lässt die Frequenz von Studienreformen in Österreich nicht erwarten, dass man an mehr als einer aktiv beteiligt ist. Schreiber dieses war unter den ersten von der Studienreform der 1970er Jahre – durchaus positiv – betroffenen Medizinstudierenden, um sich 20 bis 30 Jahre später an der Erstellung des derzeit neuen Studienplans an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck (MFI), nunmehr Medizinische Universität Innsbruck (MUI), zu beteiligen. Dieser Prozess dauerte vom Planungsbeginn 1998 über den Erlass des neuen Studienplans Humanmedizin (2002) bis zur Sponsion der ersten „Neuen“ (2008), also lange genug, um selbst zu evolvieren.

Auch der Rahmen der Reform hat sich seit 1998 mehrfach und gravierend geändert: (1) das UniStG² von 1997 wurde bald vom UG³ 2002 mit für die Lehre anders gelagerten Schwerpunkten ersetzt. Die Medizinischen Fakultäten gelangten damit in die Selbständigkeit, wobei dieser Schritt in Innsbruck vielleicht weniger glatt als anderswo verlief. (2) Im Jahr 2001 wurden Studienbeiträge für Studierende eingeführt – bis heute ein Dauerbrenner im politischen Diskurs und in Diskussionen mit unseren Studierenden. (3) Das österreichische Medizinstudium musste sich in Folge des EuGH⁴-Urteils vom 7.7.2005 BewerberInnen aus der EU öffnen. Der bis dahin unlimitierte Studienzugang wurde an einen Eingangstest mit Ranking⁵, etwas erleichtert durch die Festlegung einer Quote für ÖsterreicherInnen, geknüpft. (4) Letztlich fiel 2008 der Startschuss zu einer Weiterentwicklung der postpromotionellen Ausbildung. Die Reform der Mediziner Ausbildung wird also nicht bei der Sponsion zum Dr.med.univ. enden.

So viel zum Kontext. Im Folgenden sollen Planung, Implementierung, strategische Begleitmaßnahmen und das „change management“ am Standort Innsbruck diskutiert werden.

² Universitätsstudiengesetz

³ Universitätsgesetz

⁴ Europäischer Gerichtshof

⁵ In Innsbruck und Wien: „Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz (EMS)“ in der österreichischen Version, EMS-AT

2 Planungsphase (1998 – 2002)

2.1 Definition der Ausbildungsziele des Studiums und des Qualifikationsprofils

Das UniStG ermöglichte 1997 erstmals die Einrichtung standortunterschiedlicher Studienpläne, was von den drei österreichischen medizinischen Fakultäten begrüßt wurde (Bedenken über den Verlust nationaler Einheitlichkeit oder nationaler studentischer Mobilität wurden da weit nach hinten gestellt; Anm.). Formell war als erstes Dokument des zu schaffenden Diplomstudiums Humanmedizin von der Studienkommission ein Qualifikationsprofil der AbsolventInnen zu erstellen. Zeitgleich mit der Wahl eines neuen Studienkommissionsvorsitzenden begann *diese* Diskussion sowie die noch tiefer schürfende über Ausrichtung, Lehr- und Prüfungsformen und -inhalte des Studiums und den Vergleich mit internationalen Studienreformprojekten. Diese Planungsphase wurde mit dem Beschluss des neuen Studienplans 2002 und der erforderlichen Nichtuntersagung durch das BMBWK⁶ abgeschlossen.

2.1.1 Qualifikationsprofil

Das Qualifikationsprofil (QP) wurde im UniStG als „Kernstück der Dezentralisierung der Studienpläne“ und der „Sicherung von Zielorientierung und Qualität des Studiums“ angesehen (BAST & LANGEDER, 1997). Eine Reihe von Institutionen der Gesellschaft mussten im Rahmen des vorgeschriebenen Anhörungsverfahrens um Stellungnahme zum QP ersucht werden und diese nachweisbar behandelt werden.

Die Erstellung des QP-Dokuments selbst wurde in Innsbruck weitgehend von der Studienkommission (StuKo) und ihrem Vorsitzenden (StuKo-Vs) getragen, wobei man sich an Mission Statements und Studienplänen anderer Fakultäten im In- und Ausland, insbesondere auch am entstehenden QP der Medizinischen Fakultät Wien, orientierte. Die fünf kurzen Abschnitte (Wissen und Verständnis, klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten, kommunikative Kompetenzen, ärztliche Haltung, berufsrelevante Kompetenzen) sind klar Output-orientiert und damit anders strukturiert als die Input-orientierten Lernzielkataloge der Module des späteren Studienplans (s. 2.1.3). Das QP spiegelt aber auch die Schwerpunktlegung in der „Task Force neuer Studienplan“ (s. 2.1.2) wieder, z.B. auf Unterrichtsformen für klinisch-praktische und kommunikative Kompetenzen. Insofern ist das QP eine Schwester, nicht die Mutter des entstehenden Studienplans. Das QP wurde von der Studienkommission nach Zustimmung des Fakultätskollegiums einstimmig beschlossen und ist unverändert gültig.

Ein breiterer Ansatz, z.B. durch eine eigene Arbeitsgruppe, Abstimmung mit anderen österreichischen Fakultäten, Heranziehung universitätsexterner Personen (aus Gesundheitspolitik, PatientInnenvertretung, Alumni, praktizierenden ÄrztInnen, anderen Medizinberufen etc.) wurde im Hinblick auf das gesetzliche An-

⁶ Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst

hörungsverfahren nicht geführt. Mehrere einlangende Stellungnahmen unterstrichen den der Reform zugrunde gelegten Änderungsbedarf. In Retrospekt ist am QP weniger der (wie bei vergleichbaren Dokumenten anderer Institutionen) knapp und idealistisch formulierte Inhalt zu kritisieren, als vielmehr die nachfolgend nicht konsequente Verknüpfung mit detaillierten Lernzielen und Lehr- und Prüfungsmethoden (Itemisierung bzw. Operationalisierung), wie sie unter anderem die WFME⁷ einfordert (WFME, 2003). Dieses Versäumnis wird durch die geringe Kenntnis des QP vor allem unter den Lehrenden bestätigt.

2.1.2 Gestaltung des Diskussionsprozesses über Reformziele

Die Erkenntnis der „historischen Chance“ auf ein „eigenes“ Curriculum und das Abschneiden bisher fest sitzender „alter Zöpfe“ stand bei vielen am Beginn des Engagements im Reformprozess. Dazu war man mehrheitlich überzeugt, dass Ansprüchen der Gesellschaft an Fähigkeiten von ÄrztInnen (Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, praktische Handlungskompetenz) im Studium und in der postpromotionellen Ausbildung nicht ausreichend Rechnung getragen würde. Der curriculare Änderungsbedarf wurde entsprechend hoch gesehen und angesetzt (i.e., höher, als rein formal notwendig gewesen wäre: Erstellung eines Qualifikationsprofils und Hinzufügen der verpflichtenden Diplomarbeit).

Angedachte Änderungen waren z.B. vertikale (über die Semester hin als Lernspirale) und horizontale (die Fächer und auch Klinik mit Vorklinik verknüpfende) Integration von Lehrinhalten (Modulstruktur), ein Prüfungssystem mit nur wenigen schriftlichen (SIP, summative integrierte Prüfung) und praktischen Gesamtprüfungen (OSCE⁸), neue ressourcenintensivere Lehrformen (Problemorientiertes Lernen (POL), ärztliche Gesprächsführung, Kurse für manuelle Grundfertigkeiten), und die Intensivierung klinischer Praktika plus Schaffung eines „Klinisch Praktischen Jahres“ (KPJ) unter Einbindung von Lehrkrankenhäusern und der Allgemeinmedizin, wobei dieser damit anspruchsvollere und aufwändigere klinische Unterricht verbunden würde mit einer Fokussierung auf jährlich (nur) 275 Studierende nach der Studieneingangsphase. Die berechnete Ziffer 275 entsprach der mehrjährigen mittleren Promovendenzahl zuzüglich Drop-outs.

Damit assoziierte Ziele waren kurz gefasst: leichter mögliches Lehren und Lernen der Zusammenhänge von klinischen und theoretischen Inhalten, Verbesserung der klinischen, praktisch-manuellen und kommunikativen Kompetenz der AbsolventInnen, eine Reduktion der effektiven Studiendauer und der Drop-out Rate nach dem ersten Studienjahr (bei zumindest gleich bleibender Absolventenzahl).

Woher kamen diese „Reformer“, (wie) wurden sie gewählt, bestellt, rekrutiert? Am Beginn der Planungsphase wurde klar, dass vor allem eine internationale Ausrichtung und der Vergleich mit Reformuniversitäten fruchtbar wären. Für 1999 wurde daher vom StuKo-Vs ein externer Berater mit Erfahrung in „Medical Education“ und Curriculumreform gewonnen, um regelmäßig eine Gruppe von bis zu 15 freiwilligen Interessierten (Task Force neuer Studienplan, TF) zu coachen.

⁷ World Federation of Medical Education

⁸ objective structured clinical exam

Viele theoretische und (weniger) klinische Fächer waren darin vor allem mit Personen aus dem akademischen Mittelbau vertreten. Studierende waren praktisch nicht vertreten. Die TF stellte bis 2002 eine kollegial, freiwillig, intensiv und produktiv arbeitende, vom StuKo-Vs geleitete und über ihn mit dieser und der Fakultät verbundene Gruppe dar, die vor allem fächerübergreifende Kernprojekte (Modulstruktur, POL, KPJ) intensiver diskutierte, als dies in der StuKo je möglich gewesen wäre. Die Ausarbeitung geschah zusammen mit dem StuKo-Vs und der Curriculumleitstelle (CLS).

Die Grundstruktur eines zum Großteil, aber nicht vollständig integrierten Curriculums, mit einem kleinen POL-Anteil im Sinn eines Hybrid-Curriculums, entstand auf diese Weise. Als wichtiges pädagogisches Konzept wurde dabei das der „Lernspirale“ bzw. des „Lernens im Kontext“ angesehen. Der Prozess wurde unterstützt durch einschlägige Vorträge ausländischer Referenten, auf ein festes Beratungsgremium (advisory board) mit externen Experten wurde verzichtet. Zwei Fakultätsmitglieder begannen 1999 die Ausbildung zum MME⁹ in Bern. Als Gruppe von Freiwilligen war die TF nicht formell gewählt, sondern primär vom StuKo-Vs rekrutiert worden, was von manchen kritisch gesehen wurde und im Wechsel der TF-Mitglieder in die StuKo bzw. in neue, offizielle Koordinationsfunktionen bei Implementierung mündete.

2.1.3 Lernziele

KERN et al. (1998) beschreiben in “Curriculum Development for Medical Education” die Entwicklung eines Curriculums als iterativen Prozess, in dem Lernzielentwicklung zwischen „needs assessment“ (Analyse zu behebbender Defizite verglichen mit dem Ideal) und der Auswahl von dazu geeigneten Unterrichtsmethoden und Inhalten platziert ist. Ein möglicher, national oder lokal beschrittener Weg ist die Akkordierung von Lernzielkatalogen wie im deutschen Sprachraum u.a. für die Schweiz (BLOCH & BÜRGI, 2002) oder an der Medizinischen Fakultät in Wien (MERL et al., 2000) geschehen.

Im Reformprozess in Innsbruck wurde auf diesen Zugang verzichtet, obwohl die kurz davor erfolgte Etablierung des Zahnmedizinstudiums vor Ort diesen Weg versucht hatte. Die Definition der Lehrinhalte und die Aufstellung von Lernzielen erfolgten somit erst mit der schrittweisen (2002-2007) Implementierung der Module und gingen dieser nicht voran. Sie waren primär ausgerichtet an medizinischen Disziplinen und individuell koordiniert von der/dem ModulkoordinatorIn gemeinsam mit den spezifischen Lehrenden.

Der Prozess war für die integrierten Module der früheren Semester interessanterweise gründlicher als für die traditionell belassenen, nicht integrierten klinischen Disziplinen. Er war aber spät angesetzt. Eine Vernetzung an zentraler Stelle der so aufgestellten Lehrinhalte und Lernziele für das ganze Studium, de facto eine Operationalisierung des Qualifikationsprofils, wurde erst später durch Heranziehen des vergleichsweise knappen „core curriculum“ der University of Manchester (60 Erstpräsentationssymptome und 152 häufige Diagnosen) (O'NEILL, METCALFE

⁹ Master of Medical Education

& DAVID, 1999) begonnen. Trotz einiger Diskussion über die Beschränktheit und Andersartigkeit des Manchester-Modells erwies es sich letztlich als durchaus praktikabel. Die Gesamtaufstellung wirklich vernetzter messbarer Items ist aber noch ausständig.

(Wie) war dieses Vorgehen der Lernzielerstellung begründbar? Zum einen lagen beispielgebende, ausführlichere Dokumente wie die erste Fassung des Schweizer Lernzielkatalogs noch nicht vor, zum anderen wurde eine grundlegende Diskussion über Inhalte gegenüber der über Prüfungs- und Unterrichtsformen als nachrangig angesehen. Strategisch wurde den Fachvertretern so bewusst eine stärkere Mitsprache bei der Modul-Detailplanung eingeräumt, auch um die Reformkapazität der zentralen Stellen nicht zu überlasten und die gemeinsame Verantwortung für das neue Curriculum zu stärken (s. 2.3). Weiters wurde den Fächern mittels Studienkommissionsbeschluss eine gewisse Semesterstundenzahl *in toto* garantiert, was bei den vorklinischen Fächern fast immer eine nominelle Reduktion, bei den klinischen Fächern fast immer eine nominelle Erhöhung der Semesterstundenzahl gegenüber dem Vorcurriculum bedeutete. In Retrospekt gesehen wirkte sich dieser Zugang zum Teil auch nachteilig aus, weil die dafür benötigten personellen Ressourcen mit Implementierungsverlauf eher geringer wurden.

2.2 Planung der Ressourcen

Komplexität und Umfang der Reform erforderten Planung, Ausstattung und Finanzierung über Jahre. Formelle Planungspartner waren einerseits Fakultätsleitung (Dekan, Kollegium), Bundesministerium und Universitätsleitung, andererseits Studienkommission, Studiendekan und Curriculumleitstelle. Informell beteiligt waren TF und externe Experten. Bei allen diesen kam es in der kritischen Phase des Übergangs zum UG 2002 bzw. der Studienplanimplementierung zu personellen Wechseln.

2.2.1 Personalentwicklung (staff development)

Bedarf erwuchs im Reformprozess für dreierlei neue Kompetenzen: 1) neue didaktische Kompetenzen von Lehrenden, 2) Kenntnisse in Betriebswirtschaft und Projektmanagement, und 3) neue Führungsfunktionen.

2.2.1.1 Neue didaktische Kompetenzen von Lehrenden

Die Ausbildung von Lehrenden erfolgte bis dorthin eher zufällig bzw. je nach Interesse. Wenngleich das Angebot gut war (z.B. schriftlich/mündliche Prüfungsdidaktik, Feedback-Training, Stimmschulung, E-Learning mit Blackboard®), wurde es wenig nachgefragt. Verpflichtende Schulungen von Neuzugängen enthielten keine didaktischen Einheiten. Selbst für HabilitandInnen war der Nachweis der Lehrfähigkeit minimal aufwändig.

Dies zu ändern, formulierte man in Hinblick auf das neue Curriculum eine strukturierte Mindestausbildung. Dieser medizindidaktische Grundkurs¹⁰ umfasst

¹⁰ Medizindidaktischer Aus- und Weiterbildungskurs (MAW)

Lehrkonzepterstellung, Prüfungsdidaktik und MCQ¹¹ Erstellung, wurde durch einen MME-Absolventen aufgebaut und 2002 für HabilitandInnen verpflichtend. Zum zweiten wurde eine Workshopserie für POL-Coaches (Tutoren) und fachspezifischen POL-Fall-Erstellern mit Trainern aus einer deutschen Fakultät angeboten und gut angenommen (ca. 240 Ausgebildete, davon blieb die Hälfte regelmäßig im Einsatz, rund 100 Fälle wurden erstellt). Drittens wurden Studierende, klinische AssistentInnen und Schauspieler für Ihren Einsatz im Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“ ausgebildet. Bei Studierenden wird dieser TutorInnen-Job – neben dem des Sezierkursdemonstrators – sehr nachgefragt. Der Schauspielereinsatz blieb bisher auf diesen – kurzen – Einsatz beschränkt.

2.2.1.2 Kenntnisse in Betriebswirtschaft und Projektmanagement

Mit der Schaffung der Curriculumleitstelle (CLS) 1999 durch den Dekan wurde historisch erstmals eine hochqualifizierte Stelle für Curriculumentwicklung an der MFI/MUI¹² geschaffen. Geglückt besetzt wurde die CLS zu einem großen Pluspunkt für effektive Kommunikation, Vermittlung der „corporate identity“, Dokumentation und logistische Planung der Studienplanreform.

2.2.1.3 Neue Führungsfunktionen

Grundsätzlich wollte die MFI/MUI wenige neue Funktionen und Funktionsebenen für das Curriculum schaffen, zum einen unter Betonung der Stellung der FachvertreterInnen, zum anderen aus Transparenz- und wohl auch finanziellen Gründen. So wurde z.B. die Funktion des „studienrechtlichen Organs“ (§19(2) (UG 2002)) mit der des Vizerektorats Lehre verschmolzen. Einige neue Funktionen waren aber für die Implementierung unverzichtbar: Koordination und grundlegender Struktur- aufbau schriftlicher Gesamtprüfungen (SIP-Koordination), Koordination und Lehrzieleerstellung für integrierte Module (Modulkoordination) und Koordination der Semester-Stundenpläne (Semesterkoordination).

Um den Bedarf an Expertise in „Medical Education“ zu decken, begann die MUI (Vizerektorat Lehre) in der Implementierungsphase, die MME-Ausbildung von Fakultätsmitgliedern stärker zu fördern (derzeit sind 6 Personen mit MME-Hintergrund tätig). Entsprechend wurde die SIP-Koordinationsfunktion strategisch mit Personen mit MME-Hintergrund besetzt. Das informelle Gremium aus Vizerektorat Lehre, SIP-Koordinatoren und Stabsstellen der Studienabteilung wurde zu einem inhaltlich maßgebenden Forum für Prüfungssagenden. Um die angestrebte vertikale und horizontale Integration von Lehrinhalten in integrierten Modulen zu planen, zu implementieren und zu administrieren, wurden ModulkoordinatorInnen bestimmt. Der Prozess der Auswahl durch StuKo-Vs bzw. später VizerektorIn für Lehre verlief dabei nicht kompetitiv über Ausschreibung/Bewerbung, sondern berücksichtigte fachliche Zuordnung und Mitwirkung im Reformprozess (z.B. in der TF).

¹¹ multiple choice question

¹² Medizinische Fakultät Innsbruck bzw. (spätere) Medizinische Universität Innsbruck

Lehrorganisation im alten Studium Betraute) zurückgriff. So wurde zwar der Personenkreis der Reform erweitert, allerdings auf Kosten der einheitlichen Umsetzung von Konzepten (z.B. Erarbeitung fachspezifischer Lernzielkatalogen). Insofern sind sowohl Planung als auch Durchführung speziell des klinischen Curriculumteils vom Kompromiss mit der Vorläufercurriculumsstruktur und den limitierten Ressourcen für klinische Lehre geprägt.

2.2.2 Logistik

Die logistische Planung der Reform wurde dominiert durch die Diskussion um die „Kapazität“, d.h. die Möglichkeit, die Zahl der Studierenden in ressourcenintensiven Lehrveranstaltungen wie klinischen Praktika ab einem gewissen Zeitpunkt selbst zu bestimmen. Hier ergaben sich natürliche Differenzen mit dem politisch letztverantwortlichen BMBWK, welches sich in dieser Frage durchsetzte.

Initial wurde eine Kapazitätsberechnung für Praktika nach dem 1. Studienjahr und das KPJ von der CLS unter Zugrundelegung der bisherigen durchschnittlichen Promotionszahlen inklusive Drop-out Rate (= 275 Studierende jährlich) durchgeführt. Sie erbrachte, dass wegen der beschränkten Verfügbarkeit von PatientInnen die Kapazität für einen intensiveren klinischen Unterricht für 275 Studierende in einigen Fächern durch Heranziehen von Lehrkrankenhäusern ergänzt werden müsste.

Im Studienplan wurde weiters ein Ranking nach im ersten Studienjahr erzielten Punkten zur Vergabe dieser Praktikumsplätze an die besten 275 Studierenden eingeführt. Der mit dem Ranking erstmals vollzogene Paradigmenwechsel im Prüfungssystem (von „criterion-referenced“ zu „norm-referenced“) war nicht unerwartet Gegenstand vieler Konflikte mit den „Kunden“ (Studierenden, Eltern) und führte auch zu einem von Studierenden beschriebenen weniger solidarischen Umgang miteinander im ersten Studienjahr. Als Effekt der Nichtanwendung des Rankings (ab 2006) stieg die Studierendenzahl in zwei Jahrgängen über diese Kapazität. Längerfristig wird er aber durch den Effekt der vom EuGH-Urteil erzwungenen Zugangsregelung (ebenfalls „norm-referenced“, vgl. 1) antagonisiert bis neutralisiert.

2.2.2.1 Technische Implikationen

Gebäudetechnisch wurde die Schaffung von (fehlenden) Unterrichträumen für Kleingruppen, von Hörsaalkapazität für die erhoffte größere Studierendenzahl in den Vorlesungen und von Lokalitäten für SIPs notwendig. Die initialen Berechnungen wurden von CLS und TF gemeinsam mit der Fakultäts- und Klinikverwaltung angestellt. Die Pläne für den Umfang des POL wurden a priori durch die Raumsituation dominiert. Die Vorstellung von anderswo gängigen Massenprüfungen an angemieteten Orten war gedanklich rasch akzeptiert, bedeutete aber einen neuen finanziellen Aufwand.

Schwierig gestalteten sich Planung und vor allem Umsetzung der erforderlichen IT¹³ Entwicklungen (Study Guide, Software für Prüfungen, online Evaluation, PC-

¹³ Informationstechnologie

Ausstattung für Studierende, E-Learning). Die limitierte eigene Ausrüstung und Personalausstattung machte sich vor dem Hintergrund der Ausgliederung (Wegfall der Ressourcen der Stammuniversität) in der Implementierungsphase stark bemerkbar. In Retrospekt hätte bei der geringen kritischen Masse im Reformerteam ein externes advisory board wahrscheinlich früher Investitionen gefordert und durchgesetzt, da sich so ein Standortnachteil gegenüber Mitbewerbern vergrößerte. Seit Kurzem wird die E-Learning Entwicklung forciert.

2.2.2.2 Organisatorisch und administrativ

Die Schaffung einer den Reformprozess unterstützenden Planungs- und Administrationsstelle („Curriculumsleitstelle“) wurde vom StuKo-Vs gefordert und 1999 vom Dekan durchgeführt. Die CLS erwies sich als unabdingbar, da die Kommunikation des Prozesses und der Inhalte regelmäßiger, breiter, klarer und vielfältiger wurde und betriebswirtschaftliche Aspekte so abgedeckt wurden (s. 2.2.3). Bei fortschreitender Implementierung bekam die CLS zunehmend höhere administrative Aufgaben der Studienabteilung, ab 2005 wurden drei weitere Stabsstellen für Studierendenmobilität, E-Learning, Curriculum- und Lehrzielkatalogentwicklung geschaffen (vgl. Abb.1), was dennoch eine eher kleine organisatorische Basis darstellt.

A priori war klar, dass bei der generell abnehmenden Bereitschaft sich als PatientIn an der Universitätsklinik für den Studentenunterricht zur Verfügung zu stellen, die angestrebte Verbesserung der klinischen Praktika (z.B. durch kleinere Gruppengröße) und dazu die Einführung eines KPJ nur in Kooperation mit Lehrkrankenhäusern umsetzbar sein würde. Noch deutlicher galt dies für die angestrebte und auch erreichte Einbeziehung der Allgemeinmedizin. Mit Lehrenden in den im alten Studienplan aktiven Lehrkrankenhäusern bzw. gewählten Vertretern der Allgemeinmedizin wurden Kontakte gesucht und diese in die StuKo / Curricular-kommission (CuKo) kooptiert. Der Prozess mündete letztlich im Abschluss von Leistungsverträgen unter Federführung des Vizerektorates, wobei als inhaltliche Basis die an der MUI nach Vorbild der Universität Erlangen erstellten „Rahmen-Portfolios“ (Lernziele) herangezogen wurden.

2.2.3 Finanzielle Implikationen

Die CLS wurde vom Dekan mit der betriebswirtschaftlichen Planung des sich aus dem Curriculum ergebenden Lehrbudgets beauftragt, die auch die Mitarbeiterweiterbildung (z.B. MME-Ausbildungen) umfasste, vor allem aber die Kosten der Pflichtlehre. Die hohen Kosten der Zulassungsprüfung (EMS-AT) waren hier noch nicht absehbar. Eine grundsätzlichere Differenzierung im Lehrbudget im Sinne eines Belohnungssystems für „gute Lehre“ oder erfolgreiche Entwicklungsarbeit ist in Ansätzen mit der LOM¹⁴ Lehre erkennbar, obwohl diese rein institutionsbezogen und weder personenbezogen noch projektbezogen ist. Sie finanziert in der Regel Verbesserungen der Lehrinfrastruktur der Institutionen. Auch die bescheidenen Kosten für einen „teacher of the year (of the month)“ erspart sich die MUI noch.

¹⁴ leistungsorientierte Mittelvergabe (siehe dazu: ZFHE Jg.3/Nr.1;
[http://www.zfhe.at/index.php?id=172&no_cache=1&tx_ttnews\[cat\]=70](http://www.zfhe.at/index.php?id=172&no_cache=1&tx_ttnews[cat]=70))

Auf der Ebene von Einzelverträgen geregelt wird die Abgeltung der KoordinatorInnen-tätigkeit und des Unterrichts in Lehrkrankenhäusern und allgemeinmedizinischen Lehrpraxen.

2.3 Organisationspsychologische Strategien um Konsens und Identifikation, das neue Curriculum betreffend, zu schaffen

2.3.1 Leadership

BLAND (2000) unterstreicht in ihrer Metaanalyse geglückter Änderungen von Medizincurricula den Stellenwert von „Leadership“ als den wichtigsten der 13 Faktoren. „Leader“ ist meist der „Dean“ („Dekan“ ist nicht ganz korrekt in österreichische Organigramme übersetzt). BLAND sieht die wichtige Funktion des Reformführers im Einsatz von vier Stärken: (1) organisatorische Stärke (Mittelaufbringung und Mittelvergabe), (2) professionelles Prestige, (3) kollektiver Führungsstil („assertive-participatory governance“) und (4) Verkörperung der Werte der Reform. Sie streicht von den vier den kollektiven Führungsstil heraus, der bei Führern geglückter Projekte öfter zu finden war als bei Führern nicht geglückter Projekte.

Das Curriculum wurde in Innsbruck von einer überzeugenden Führungsperson initiiert und in der Planung koordiniert. BLAND hält fest, dass der Verlust der Führungsperson mit einem schweren Nachteil für das Projekt assoziiert ist. Das war genau zum Zeitpunkt der Implementierung in Innsbruck der Fall. Auch im Weiteren war ein Wechsel von Entscheidungsträgern am Standort häufig, was die Weiterentwicklung des Curriculums während der Implementierung zumindest verzögerte.

2.3.2 Organisationsstruktur und Beteiligung der MitarbeiterInnen

2.3.2.1 Stellenwert der medizinischen Disziplinen („Fächer“)

Umfang und Komplexität der im Fakultätskollegium einstimmig befürworteten Reform stellten eine hohe Anforderung an die FachvertreterInnen an der Fakultät. Im Vorläufercurriculum gab es eine klare Abfolge von 23 medizinischen Disziplinen, die Inhalt und Art (und Ziele) von Unterricht und Prüfung allein bestimmten. Der neue Studienplan sollte das Prüfungssystem komplett ändern (integrierte Gesamtprüfungen statt fachspezifischer Einzelprüfungen) und die Lehre thematisch nach abzustimmenden Lehrzielen koordiniert werden. Manche Inhalte sollten von den Disziplinen im Sinn der Lernspirale wiederkehrend (aber auf höherem Niveau) unterrichtet werden.

Den Vertretern der früh im Studium angesiedelten Grundlagenwissenschaften wurde die Akzeptanz trotz der Tatsache des „Semesterstundenverlusts“ erleichtert, da sie von einem stärkeren klinischen Bezug profitieren sollten und Erfahrung mit schriftlichem Prüfen mitbrachten. So wurde sogar eine Aufwandreduktion durch die koordinierten Gesamtprüfungen (SIP 1, 2) erwartet. Diese Disziplinen beteiligten sich relativ stark am Reformprozess. Die Herausforderung stellte die Integration theoretischer und klinischer Inhalte im mittleren Teil des Studiums und deren Abbildung in schriftlichen Gesamtprüfungen (SIP 3, 4) dar.

Kliniker sind generell und vielleicht besonders am Standort Innsbruck mehrfach belastet, zudem gab es keine persönliche/institutionelle Erfahrung mit schriftlichen klinischen Prüfungen. In Antizipation dieses Mankos wurden freiwillige MCQ-Kurse, eine MCQ-Schulung im Rahmen des für Habilitanden verpflichtenden Didaktikkurses unter Mitwirkung von SIP-erfahrenen Studierenden und eine Überprüfung der MCQ-Fähigkeiten von HabilitandInnen eingeführt, sowie nach SIPs Feedback über das Abschneiden gestellter Prüfungsfragen gegeben.

Obwohl auch alle klinischen Fächer durch das KPJ oder neue interdisziplinäre Praktika an Lehrveranstaltungsumfang „gewannen“, wurde dies von klinischen Fachvertretern nicht immer so gesehen, da vor allem (konventionelle) Fachvorlesungen und Fachpraktika, aber nicht Neues (wie KPJ, integrierte Modulvorlesungen) als „eigen“ angesehen werden. Hier gilt es in der Kommunikation vermutlich noch lange, den so gesehenen Verlust alter Werte anzuerkennen und auf das Potential neuer Strukturen hinzuweisen.

2.3.2.2 Neu am Curriculum Beteiligte

Eine Gruppe, ein Medizinbereich wurde in der Reform über einen gewundenen Prozess in die medizinische Grundausbildung eingebunden: die praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen (AM). Vorbehalte gegen die Selbstverwaltung der „akademischen Lehrpraxen“, die inhaltliche Autonomie der AM und ihre akademische Verankerung bargen Zündstoff über Jahre. Der Status als Pflicht- und Fachprüfungsfach im KPJ und die für Studierende sehr motivierende Mitwirkung der AM im Unterricht der ersten Semester ist dennoch inzwischen verankert.

2.3.2.3 Curriculumstage

Ab Implementierung wurde vermehrt an die Rekrutierung neuer Curriculumreform-Mitarbeiter unter den Lehrenden gedacht. Neuzugänge erfolgten in der Regel über eine fachspezifische KoordinatorInnenfunktion (Modul, Semester). Gegen Ende der Implementierung wurden thematische Curriculumstage für die gesamte Universität abgehalten, um wieder breiter zu informieren und den Status quo zu diskutieren, was sehr gut angenommen wurde. Hier beteiligten sich erstmals auch Studierende inhaltlich intensiv, während die Studierendenschaft in der Planungsphase kaum aktiv beteiligt war. Letzteres war sicher dadurch mitbedingt, dass von der Reform direkt Betroffene erst in die Studierendenvertretung nachrücken mussten.

2.3.3 Genderaspekt

Der Genderaspekt in der Medizin bekam während der Implementierungsphase für Unterricht und Prüfungen mehr Bedeutung. Zwei Module Gendermedizin wurden noch während der Implementierung aufgenommen, der MAW-Kurs um „Genderkompetenz“ erweitert. Den Reformprozess an sich war mehr von männlichen Personen geprägt, auch unter den KoordinatorInnen waren und sind nur vereinzelt Frauen.

3 Weiterentwicklung in der Implementierung (2002 – 2008)

3.1 Strukturelle und personelle Rahmen Änderungen

Die (ungeplant) mit dem Implementierungsbeginn zusammenfallenden Änderungen in der Führung der Reform und der Organisationsform der Universitäten wurden bereits angesprochen. Daraus folgte eine Verlagerung des Schwerpunkts vom planerischen in den administrativen Bereich (s. Abb. 1): für die Weiterentwicklung des Studienplans an sich stellte die Kooperation der CuKo mit dem Vizerektorat Lehre (mit der nun dort ressortierenden CLS) die wichtigste Achse der Kooperation dar. Mitglieder der TF wechselten in die CuKo und/oder fungierten nun als Koordinatoren.

3.2 Anpassungen während der Implementierung

Einschneidende Strategieänderungen erfolgten in dieser Zeit wenige, am Beschluss, erst eine gründliche Evaluation nach erstem Durchlauf abzuwarten, wurde festgehalten. Anpassungen, die sich mehr für den Alltag der Studierenden als auf die Grundkonzepte auswirkten, betrafen die Abwicklung der Diplomarbeit, die Abschaffung verpflichtender formativ-integrierter Prüfungen (FIPs), die Umfänge der SIP (Umstellung auf durchgehende Jahresintervalle) und die praktische Gesamtpflichtprüfung im KPJ. Diese als OSCE unter Heranziehen von Schauspielpatienten vorgesehene Abschlussprüfung fand nicht die notwendige Mehrheit, wofür eine Reihe von Gründen, von der persönlichen Anschauung über die Verbundenheit mit klinischen Fächern und der traditionellen mündlichen Einzelprüfung, bis hin zu organisatorisch-finanziellen Gründen ausschlaggebend waren. Der davor in Anlehnung, aber nicht völlig kongruent geplante nichtklinische Teil des Zahnmedizinstudiums wurde gleichgeschaltet und so eine gemeinsame, auch hinsichtlich möglicher Bakkalaureatsstudien relevante Schnittstelle geschaffen.

3.3 Erkennbare Stärken und Schwächen

Eine vorschnelle Evaluation nach gerade abgeschlossener Implementierung ist hier nicht angebracht, auch ist das Curriculum nicht einziger Auslöser von Effekten (siehe die lange Liste der grob geänderten Rahmenbedingungen unter 1). Sowohl eine Verminderung der mittleren Studiendauer und der Drop-out Rate nach dem 1. Studienjahr ist aber bereits erkennbar, ebenso die Annäherung an europaweit üblichere Prozeduren, was Prüfungen und Zulassung betrifft – mit allen Vor- und Nachteilen. Damit wird eine Forderung erfüllt, die Politik und Gesellschaft vor allem in den letzten 20-30 Jahren ständig erhoben.

Ob sich die Qualität der Absolventen wie erwartet gesteigert hat – und wenn, worin? –, ist schwieriger zu beantworten. Was vorgebrachte Schwächen betrifft – es werden typischerweise das SIP-Format, die unabgeschlossene Integration der Lehrinhalte oder die Nichtverbesserung mancher Praktika angeführt – so wurde einmal mehr klar, dass Änderungen nicht nur vorgelesen, sondern auch vorgelebt werden müssen.

4 Erfolgskriterien einer Curriculumreform

Carole J. BLAND und Mitarbeiterinnen haben in einer umfangreichen und oft zitierten Metaanalyse zum Thema „Curricular Change in Medical Schools“ Faktoren identifiziert, die mit einer erfolgreichen und dauerhaften Curriculumreform assoziiert sind (BLAND et al., 2000). Diese 13 Faktoren sollen im Zusammenhang mit dem Innsbrucker Reformprojekt diskutiert werden. BLAND unterscheidet dabei drei Entitäten von Faktoren: Kontext, (eigentliches) Curriculumprojekt (i.e., Notwendigkeit, Umfang und Komplexität) und Prozess. Nach BLAND sind die nach quantitativer Analyse wichtigsten sechs Faktoren (absteigend gereiht): „Leadership“, „Human resource development“, „Participation by organisation members“, „Politics“, „Cooperative climate“ und „Evaluation“.

4.1 Kontext der Reform

Mission/goals: Den gremialen Beschlüssen und Diskussionen folgend, wurde die Neuausrichtung des Studiums, speziell in der Planungsphase, ganz überwiegend begrüßt. Ein Verlust an Engagement und das Auftreten von Konflikten waren aber anzunehmen, daher wurde dem Interesseverlust oder „Enteignungsgefühl“ versucht entgegenzutreten (s. 2.3). Der Beschluss des Studienplans (Erstfassung) fiel gegen die Stimmen der Studierendenvertretung, trotz deren konstruktiver gremialer Mitarbeit und begründet mit der Ablehnung der „Kapazitätsbeschränkung“.

History of change in the organisation: die Personen in Leitungsfunktionen und die (junge) Task Force waren persönlich unerfahren im Curriculumreformprozess (s. 1), auch bestanden initial wenige Kontakte nach außen. Das wurde versucht durch einen externen Experten und informelle Kontakte zum Ausland zu kompensieren. BLAND betont nicht so sehr die Notwendigkeit bereits erfolgreicher Reformen in der Geschichte der Institution, als vielmehr den starken negativen Impakt einer einmal gescheiterten Reform.

Politics (internal, external): Die Verkörperung und Verbreitung der Agenda durch den StuKo-VS wurde ganz überwiegend als Pluspunkt registriert. Trotz „Freigabe“ der Planung durch das UniStG war der externe Einfluss durch das BMBWK im zentralen Punkt der Kapazität (Studierendenzahl) letztlich dominierend. Externe Berater spielten – abgesehen vom Start der TF – nie eine entscheidende Rolle.

Organisational structure: die MFI verfügte am Beginn über keine profunden organisatorischen Strukturen zur Abwicklung der Reform (z.B. entsprechend gewidmete Stellen). Durch Schaffung der TF und der CLS wurde dies verbessert (s. 2.1.2). In der Implementierungsphase wurden administrative und planerische Funktionen bei finanzieller Abgeltung und später auch Wirksamkeit für LOM Lehre an Fakultätsmitglieder vergeben.

4.2 Das Curriculumprojekt per se

Need for change: Dieser Faktor kann in Summe als großes Plus gesehen werden. Er ergab sich aus dem UniStG und den registrierten (z.B. im Anhörungsverfahren bekundeten) veränderten Erwartungen der Politik und Gesellschaft an Studium und Arztberuf. Er untermauerte u.a. die angestrebte Verkürzung der effektiven Studien-

zeit und Vermittlung von mehr praktischer und kommunikativer Kompetenz im Grundstudium. Diese Position von Gesetzgeber und Gesellschaft wurde von den Reformern stets betont.

Scope and complexity of the innovation: der Anspruch an die Innovation war – entsprechend der sehr grundlegenden Gesetzesänderung – sehr hoch angesetzt (s. 2.1.2). Die Umsetzung wurde ohne Pilot-Jahrgang und mit aufbauender Einführung auf sechs Jahre verteilt geplant. Ein Pilotjahrgang wird in der Literatur (KERN et al, 1998) als hilfreich bei komplexen Änderungen angesehen, was auch das Beispiel am Standort Wien zeigt.

4.3 Reformprozess

Scope and complexity of the innovation: der Anspruch an die Innovation war – entsprechend der sehr grundlegenden Gesetzesänderung – sehr hoch angesetzt (s. 2.1.2). Die Umsetzung wurde ohne Pilot-Jahrgang und mit aufbauender Einführung auf sechs Jahre verteilt geplant. Ein Pilotjahrgang wird in der Literatur (KERN et al, 1998) als hilfreich bei komplexen Änderungen angesehen, was auch das Beispiel am Standort Wien zeigt.

Participation by organisation members: siehe 2.3.2.

Communication: Durch interne Treffen, Protokollaussendungen, offizielle Informationsupdates, viele Zweiergespräche mit Fachvertretern und Führungspersonen, wiederholte Vorstellungen vor Gremien und Kliniken/Instituten wurde die Kommunikation zunehmend professioneller (s. CLS 2.2.2.2).

Human resource development (training support; reward structure): vgl. 2.2.1. Ein externer Experte wurde als Coach früh beigezogen. Ein MME Studium begannen 5 Personen, was einen langfristigen Zuwachs an Expertise bringt. Für Trainings (z.B. MAW-Kurs) wurden wertvolle Kooperationen zu Reformuniversitäten geknüpft.

Evaluation: Sie stellte am Standort einen Schwachpunkt dar: eine geplante Prozessevaluation fiel durch den UG 2002-bedingten Ausgliederungsprozess aus, zudem verlief die Evaluierung von Lehrveranstaltungen lange Zeit methodisch unbefriedigend und lückenhaft. Eine Blitzlicht-Evaluation des neuen Curriculums erfolgte einmalig an ca. 150 Studierenden und mit lang dauernder Auswertung. Eine freiwillige Akkreditierung wird dennoch für die Zukunft als positiv gesehen.

Performance dip: die in der Literatur bekannte Performance-Verschlechterung bei Reformbeginn wurde zwar von der Leitung erwartet, aber nur zurückhaltend kommuniziert.

Leadership: ein StuKo-Vs mit viel Motivations- und Eigenleistungsstrategie wurde als großes Plus breit anerkannt. Der Verlust dieser Führungsperson während des Prozesses stellte ein starkes negatives Gegengewicht dar.

5 Abschließende Bemerkungen, Danksagung

Zurück zum „Bonmot“ am Eingang: bringt Lehre nur Arbeit, kein Prestige und kein Geld? Wahrscheinlich noch nicht genug (aber immerhin schon mehr)

Möglichkeiten um sich auszuzeichnen; zumindest soviel Geld um nicht mit rotem Kopf eine schwarze Null zu bilanzieren; und ganz sicher noch sehr viel Arbeit in Zukunft- und die bleibt spannend!

Dank für ihre kritischen Kommentare zu diesem Artikel gebührt Hans-Georg Kraft (MME) und Michael Joannidis (beide MUI); für spannende, produktive Zusammenarbeit Jörg Strießnig, Maria Kalcsics und Martina Heidegger; für die Umsetzung vieler Ideen den VizerektorInnen für Lehre in der Implementierungsphase Helga Fritsch und Manfred Dierich.

6 Literaturverzeichnis

Bast, G., & Langeder, E. (1997) UniStG (Universitätsstudiengetz). Kommentar zu § 12 (S. 67-74). Wien. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Bland, C. J., Starnaman, S., Wersal, L., Moorhead-Rosenberg, L., Zonia, S. & Henry, R. (2000) Curricular Change in Medical Schools: How to Succeed. Acad. Med. 75, S. 575-594.

Bloch, R., & Bürgi, H. (2002) The Swiss catalogue of learning objectives. Med. Teach. 24, S 144-150.

Kern, D. E., Thomas, P. A., Howard, D. M. & Bass, E. B. (1998). Curriculum Development for Medical Education. Baltimore und London: The Johns Hopkins University Press.

Merl, P. A., Csanyi, G. S., Petta, P., Lischka M. & März R. (2000) The process of defining a profile of student competencies at the University of Vienna Medical School. Med. Educ. 34, S. 216-221.

O'Neill, P. A., Metcalfe, D., & David, P. J. (1999) The core content of the undergraduate curriculum in Manchester. Med. Educ. 33, S. 121-129.

World Federation for Medical Education (Büro an der Universität Kopenhagen, Dänemark). (2003) Basic Medical education: WMFE Global Standards for Quality Improvement.

<http://www2.sund.ku.dk/wfme/Activities/WFME%20Standard%20Documents%20and%20translations/WFME%20Standard.pdf>, Stand vom 18.7.2008

Autor



Wolfgang M. PRODINGER, Dr.med.univ. (M.D.), Ao.Univ.-Prof
|| Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie || Sektion Hygiene und
Medizinische Mikrobiologie || Medizinische Universität Innsbruck
|| Der Autor ist Vorsitzender der Curricularkommission der MUI ||
<http://www2.i-med.ac.at/hygiene>

Wolfgang.Prodingler@i-med.ac.at