

Beginn: 9:30 Uhr

Begrüßung durch den Studiendekan Univ.-Prof. Dr. S. Gründer

Der Studiendekan begrüßt alle Anwesenden zur 6. Klausurtagung der Medizinischen Fakultät und leitet ein mit einer Stellungnahme des Wissenschaftsrates zum Aachener Modellstudiengang Medizin. Hier wurde der MSG als positive Besonderheit gewürdigt, gleichzeitig erging der Appell nicht still zu stehen und die Lehre in der Medizin weiter zu verbessern. Daran anknüpfend hebt der Studiendekan hervor, dass Klausurtagungen als Instrument für Reflexion und Veränderungen in der Lehre an der Medizinischen Fakultät bereits eine Tradition haben, so wurde das erste Professorium bereits 1996 durchgeführt. Im Weiteren appelliert der Studiendekan daran, den MSG in der Begegnung mit stets neuen Herausforderung und neuen Studierendengenerationen weiterzuentwickeln.

Begrüßung durch den Dekan der Medizinischen Fakultät Herrn Univ.-Prof. Dr. S. Uhlig.

Der Dekan würdigt die Anstrengungen der Fakultät in die Lehre als beispielhaft. Da auch der Wissenschaftsrat der Lehre eine immer größere Bedeutung beimesse, sieht der Dekan die Medizinische Fakultät auf dem richtigen Weg.

Die Ergebnisse des Herbstexamens 2013 in der Humanmedizin werden präsentiert. Hier zeigt sich seit 2009 eine Verbesserung in den Ergebnissen, sowohl in der Referenz- als auch in der Gesamtgruppe. Ebenso liegt Aachen bei der Platzierung im Bundesvergleich seit vier Jahren unter den Top 10 bzw. Top 5. Gleichzeitig zeigt sich das Verhältnis von Referenz- zu Gesamtgruppe besonders ausgewogen.

Ebenso verzeichnet der Prozentsatz an Studierenden, die in Regelstudienzeit abschließen eine stetige Verbesserung. Aktuell liegt er bei über 50%. So gehört die Medizinische Fakultät mittlerweile im Bereich der Lehre deutschlandweit zu den Besten und die Absolventen des MSG sind u.a. wegen ihrer guten klinisch-praktischen Ausbildung sehr beliebt. Abschließend würdigt der Dekan die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Lehrenden und Lernenden und dankt allen für die Vorbereitung der Klausurtagung.

Der **Studiendekan** stellt anschließend den Tagesablauf der Klausurtagung vor inkl. einer Einführung in die SWOT-Analyse.

Begrüßung durch Prorektor Univ.-Prof. Dr. A. Krieg.

Der Prorektor würdigt das Engagement, welches die Medizinische Fakultät in die Lehre investiert. Durch das hohe Ansehen, welches der Modellstudiengang auch außerhalb der Fakultät genieße, sehe er die RWTH als Vorreiter für gute Lehre.

10.00 Uhr

Vortrag: Quo vadis Lernzielkatalog am Beispiel der Zahnmedizin (Univ.-Prof. Dr. S. Wolfart)

Herr Wolfart stellt zunächst kurz den Aufbau seines Vortrages und anschließend den Studienverlauf Zahnmedizin (ZM) sowie die beteiligten Zahnkliniken vor.

Gliederung des Vortrages:

1. Gegenüberstellung MSG Medizin und Studiengang Zahnmedizin
2. Aktuelle Entwicklungen in der Zahnmedizin
3. Lernzielkatalog

Grundlage für das Studium der ZM ist immer noch die alte Approbationsordnung Zahnmedizin (AppP ZM) von 1955. In den Überlegungen für eine neue zukünftige AppO ZM soll in den ersten 4 Semestern der Studienablauf der Zahnmedizin enger mit dem Studienablauf der Humanmedizin verknüpft werden. Aufgrund der vielen Besonderheiten im Aachener Modellstudiengang erscheint dies jedoch eine besonders hohe Herausforderung darzustellen, weshalb sich die ZM gefordert sieht, einen analogen Modellstudiengang ZM zu entwickeln.

Hieran anknüpfend erläutert Herr Wolfart die aktuellen Entwicklungen unter den Bedingungen der bisherigen alten AppO ZM, wie Curriculumsentwicklung Phantomkurs, Interdisziplinärer Kopfkurs sowie die Auszeichnung mit dem Dental Education Award 2013.

Anschließend erfolgt eine ausführliche Vorstellung des Lernzielkatalogs ZM, der als Grundlage für eine Umstrukturierung im Hinblick auf eine zukünftige neue AppO ZM gesehen werden kann. Dabei sind die einzelnen Abschnitte des Lernzielkataloges bereits im Sinne einer curricularen Struktur aufeinander abgestimmt.

Diskussion:

Hier erläutert Herr Wolfart, dass der Lernzielkatalog zwar durch eine AG vorbereitet wurde, sich die einzelnen Fachvertreter aber auch aktiv mit dem Aufbau und Inhalten auseinandersetzen mussten. Der Studiendekan erwähnt in diesem Zusammenhang, dass es für den Lernzielkatalog in der Humanmedizin sogar gezielte Dozentenschulungen gab. Gewürdigt wurde das Engagement für die Erarbeitung der Lernzielkataloge sowohl in der Zahnmedizin als auch Humanmedizin und hier insbesondere die Unterstützung durch Herrn Spreckelsen (Med. Informatik).

Weiter wird angemerkt, dass die Durchlässigkeit der Studiengänge Zahn- und Humanmedizin nur bei ähnlich strukturierten Studienabläufen möglich sei, so dass Anpassungen auf beiden Seiten erforderlich seien. Die Zukunft eines Modellstudiengangs Zahnmedizin bleibt vorerst ungewiss, da u.a. eine Grundvoraussetzung, die Neuerung der AppO ZM, nicht in Sicht ist.

Allerdings werde weiterhin versucht, die Möglichkeiten der alten AppO ZM auszuschöpfen um Änderungen im Curriculum im kleinen Umfang durchzuführen.

10.30 Uhr

Impulsvortrag „Ein Gang durch das Studium“ (Fachschaft Zahnmedizin Henrik Hölman, Julia Herold)

Trotz einer hohen Gesamtzufriedenheit mit dem Aachener Modellstudiengang Medizin, sehen die Studierenden in Teilbereichen noch Verbesserungsbedarf. Dies betreffe insbesondere die Etablierung konstruktiver Feedbackmechanismen beim Erlernen praktischer und kommunikativer Fähigkeiten. Zudem finde die Hinführung zu interprofessionellem Arbeiten im Studium zu wenig Berücksichtigung. Dabei werden Feedbackmechanismen als eine wichtige Grundvoraussetzung gesehen, um zu einer adäquaten Selbsteinschätzung zu gelangen und später ein guter Arzt/ eine gute Ärztin zu werden. Somit wird eine durchgehende Einbindung von Feedbackmechanismen in den Studienverlauf als unabdingbar angesehen.

Anschließend werden verschiedene Möglichkeiten für Feedbackverfahren vorgestellt. Hierzu zählen sowohl etablierte Verfahren wie Klausuren, Progress Test aber auch der „Prüfungsverbund Medizin“.

Um die vielseitigen Kenntnisse insbesondere in der ärztlichen Gesprächsführung zu vermitteln, seien jedoch weitergehende Verfahren erforderlich. Hierzu bestehen zwar bereits einzelne Angebote, wie beispielsweise die studentischen Anamnesegruppen oder auch Seminare mit Exploration von Schauspielerpatienten in der Psychiatrie, diese seien jedoch nicht ausreichend. Den Studierenden ist es besonders wichtig, dass sie auch in den vielseitigen Begegnungen mit Patienten im Stationsalltag, d.h. Untersuchungskurse, Blockpraktika, Famulaturen, Praktisches Jahr etc., durch die betreuenden Ärzte konstruktives Feedback erhalten.

Somit plädieren die Studierende für systematische Einbindung von weiteren Feedbackmechanismen wie beispielsweise das "360 Grad Feedback" oder das „Mini-Cex“, aber auch die Einführung innovativer Prüfungsformate. Dabei sei es ebenso wichtig, Lehrende flächendeckend hinsichtlich der Anwendung von Feedbackverfahren zu schulen und fortzubilden.

Diskussion:

Hier wird das Ted-System als eine Feedbackmethode angeführt. Diese werde derzeit insbesondere in Vorlesungen, Repetitorien, Seminaren etc. eingesetzt.

Von den Vertretern der Kliniken wird auf die Diskrepanz zwischen der großen Zahl an Studierenden einerseits und den geringen zeitlichen Ressourcen im Stationsalltag andererseits hingewiesen. Hier wenden die Studierenden ein, dass Feedbackverfahren in den praktischen Ausbildungsteilen gar nicht unbedingt umfangreiche bestehensrelevante „Prüfungen“ sein müssten, sondern bereits standardisierte Feedbackinstrumente (z.B. das Mini-Cex) und regelmäßige kurze mündliche Rückmeldungen der betreuenden Ärzte schon sehr wertvoll seien. Punktuelle fakultative Angebot zum Erlernen kommunikativer Fähigkeiten, wie z.B. im Rahmen eines Qualifikationsprofils, seien zwar auch wichtig, aber nicht ausreichend. Damit möglichst alle Studierende im Laufe ihres Studiums erreicht werden und profitieren, sei ein flächendeckender Einsatz der vorgestellten Feedbackverfahren unumgänglich.

Konsens bestand in jedem Fall darin, dass die Vermittlung kommunikative Fähigkeiten sowohl in der Ärztlichen Aus- und Weiterbildung verbessert werden sollte.

11.00 – 11.30 Uhr Pause

11.30 Uhr

Bedside Teaching – Lehren und Prüfen am Krankenbett - Tipps für den effektiven Unterricht am Krankenbett (PD Dr. med. M. Kadmon, MME, Heidelberg)

Herr Dr. Tenbrock leitet in den Vortrag ein und stellt Frau PD Dr. Kadmon vor. Sie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Themen Grundlagen des Lernens und Didaktik, Curriculumsentwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung in der Lehre und Studierendenauswahl. Im Rahmen des Fakultätsentwicklungsprogramms der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg übernimmt sie zentrale Verantwortung in der Durchführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des

Dozententrainingsprogramms der Fakultät. Seit 2002 ist sie als Dozentin im Bereich der Hochschuldidaktik tätig und führt Dozentenschulungen und Workshops durch.

Frau Kadmon leitet Ihren Vortrag damit ein, dass im Bereich bedside-teaching in den letzten Jahren viel erreicht wurde. In vielen Kliniken wird aber noch sehr traditionelles Bedside-Teaching durchgeführt. Da die Ein- und Durchführung neuer Lehr- und Prüfungsformate z.T. sehr aufwändig erscheint fragen viele Dozenten nach der Evidenz.

John Hattie, Visible learning, 2009: Wichtige Punkte der Top-10 Einflüsse aufs Lernen in Bezug auf Bedside-Teaching:

- die Glaubwürdigkeit der Lehrperson,
- formative Lehrevaluationen: nicht alles muss benotet werden,
- Lehrverhaltenstraining: Microteaching,
- Unterrichtsgespräch: alle Studierenden werden integriert! Dazu müssen vorab Rollen verteilt werden,
- Klarheit der Lehrperson: Briefing > was soll in der Unterrichtseinheit erreicht werden
- Feedback

Die Dozentin stellt Subha Ramani, "12 Tipps to improve bedside-teaching" vor:

- 1. Vorbereitung ist ein Schlüsselement um effektives bedside-Teaching zu erreichen, und den Komfort des Dozenten zu erhöhen:** Die Lernziele sind dafür wichtig, aber auch das Freistellen der Dozenten für die Lehre / deren Vorbereitung.
- 2. Mache dir einen klaren Plan was du zu erreichen planst für jeden Lehreinheit:** Diese Ziele müssen definiert werden (z.B.: Kritische Bewertung von Befunden), Dafür ist eine Planung notwendig:
 - a. Wen unterrichte ich,
 - b. Was unterrichte ich,
 - c. Wie unterrichte ich,
 - d. Wie überprüfe ich, ob die Studierenden verstanden haben?
- 3. Unterrichten Sie zu Beginn des Teachings die Studierenden darüber was sie geplant haben / über die Ziele die sie erreichen möchten:** Das bedeutet, die Studierenden / die Patienten werden vorab gebrieft. In einer Kurzeinweisung werden Rollen unter den Studierenden verteilt.
- 4. Dozenten und Studierenden sollen sich dem Patienten vorstellen und die Natur der Lehrsituation vorab klarstellen - Seien sie Vorbild in der Arzt-Patienten-Beziehung:** Z.B. in Bezug auf das Hygieneverhalten!
Schwierigkeiten: Gebrauch von Fachsprache vs. Umgangssprache.
Chefarztvisite = Chefarzt = Vorbild „Arzt“ für Studierende und Vorbild „Dozent“ für die Assistenzärzte.
- 5. Beobachtung ist ein essentieller Part von studierenden-zentriertem Bedside-Teaching**
- 6. Debriefing und professionelles Feedback:**
- 7. Feedback-geben ohne zu kompromittieren und durch konstruktive Korrekturen verstärken:** Hier sollten alle mit einbezogen werden (z.B. 360° Feedback).
 - a. Gutes Feedback: Wahrnehmung, Wirkung und Wunsch, möglichst beschreibend, konkret, sachlich richtig, rechtzeitig, brauchbar, neue

Informationen geben, Bereitschaft des Empfängers, Keine Änderungen FORDERN.

- b. Hier bieten sich die Encounter-Cards als Methode an, die das Feedback steigert weil sie es erzwingt. Dabei werden auf kleinen Kärtchen genaue Beobachtungen verzeichnet (von Studierenden und Dozenten) und die Bewertungen / Selbsteinschätzungen anschließend verglichen.

8. Den Lernenden sagen was ihnen beigebracht werden sollte:

Rekapitulation

9. Zeit für Fragen lassen, Klarstellungen, Literaturempfehlungen, offene Fragen: Außerhalb des Patientenzimmers nach dem Bedside-Teaching.

10. Herausfinden was gut gelaufen ist und was nicht.

11. Nachdenken über das vergangene Bedside-Teaching

12. Vorbereitung für das nächste Bedside-Teaching.

Diskussion:

Ein Feedback dürfe und solle durchaus Kritik enthalten, aber dabei auf das Verhalten abzielen und nicht auf die Person selbst („du bist so schüchtern“). Diese Wertung solle immer konstruktiv bleiben und könne gerne unmittelbar in der Situation gegeben werden.

Dieser Vortrag stützt das Anliegen der Studierenden, welches sie im vorangehenden Vortrag geäußert haben. Die Umsetzung in Heidelberg sei derzeit noch sehr „dozentenabhängig“, die Entwicklung des bedside-teachings wurde aber in das Fakultätsentwicklungsprogramm aufgenommen. Oftmals würde von Dozenten ein Zeitproblem geäußert; Gegenargument: „Weniger Zeit aufwenden aber qualitativ hochwertiger verwenden.“

Es sei besser alle Studierenden als Gruppe aufzufordern, offene Fragen zu diskutieren und dann zu äußern. Meist kämen dann mehr Fragen als wenn man den Einzelnen frage.

Wie könne man Feedback in einer Situation geben, wenn kein Lernfortschritt zu erkennen sei? Man könne die Frage stellen „warum“: Kann der Studierende nicht, will er nicht, wurde der Lehrinhalt falsch rübergebracht, war die Zeit zu knapp? Es sei jedoch niemals sinnvoll persönlich zu werden.

Wie könne man diese neuen Impulse in die Kliniken tragen? Es gäbe verschiedene Wege. Anreize / Anregungen können von oben herab z.T. nötig sein, aber auch aus der Studierendenschaft, dem Dekanat oder der Studienkommission kommen. Je nach Struktur des Standorts seien unterschiedliche Ansätze denkbar.

12.15 Uhr

Qualitätskriterien & Qualitätssicherung von MC-Fragen (PD Dr. med. M. Hofer, MPH, MME, Düsseldorf) – Erstellung guter MC-Fragen

Prof. Knüchel-Clarke leitet in den Vortrag ein; sie stellt Herrn PD Dr. Hofer vor. Der Referent ist Leiter der AG Medizindidaktik in Düsseldorf. Diese Arbeitsgruppe hat sich das Ziel gesetzt, den Studierendenunterricht methodisch und didaktisch zu professionalisieren. Dafür bietet der Referent verschiedene Didaktiktrainings für

Lehrende in der Medizin sowohl in Düsseldorf als auch extern, z.B. in Aachen an, in denen interessierte Kursbetreuer/innen, Habilitanden/innen und Dozenten ihr Spektrum effektiver Lehr- und Kommunikationsverhalten verbessern und erweitern können. Neben zweitägigen Intensivworkshops mit video-unterstützten Microteaching-Übungen werden außerdem individuelle Coachings im Anschluss an die Workshops angeboten. Themen der Coachings in Aachen sind z.B. Plenardidaktik, Kleingruppendidaktik und Clinical Teaching.

Es gibt vier Qualitätskriterien für gute MC-Fragen:

Validität, Itemschwierigkeit, Reliabilität, Trennschärfe.

Validität: Prüfungen seien das stärkste Rad an dem ich drehen könne, um zu triggern, was die Studierenden lernen. Daher sollten praktische Fertigkeiten nicht durch MC-Fragen abgeprüft werden. Die Arbeitsbelastung in den Kliniken sei oft zu hoch, so dass keine Zeit bliebe gute Prüfungsfragen zu erarbeiten. Es würden oft nur Teilbereiche des Stoffgebiets (eigenes Forschungsinteresse) als Hauptgegenstand der Prüfung abgefragt. Abhilfe schaffe hier ein interdisziplinäres Review-Board.

Reliabilität: Es sei nicht wichtig, wie genau ein Merkmal gemessen werde, sondern dass es überhaupt gemessen würde. D.h. gleiche Ergebnisse bei zwei Prüfungen! Die Ergebnisse sollten korrelieren.

Itemschwierigkeit: Es könne sinnvoll sein, dass 90 % der Kohorte eine Frage beantworten könnten oder auch nur 20-30%. Schwierigere Fragen seien für die Differenzierung der Noten nötig und sollten eher am Ende einer Klausur gestellt werden.

Trennschärfe: Ist die Fähigkeit einer Frage / Aufgabe = gute und schlechte Kandidaten korrekt differenzieren zu können.

Validität und Reliabilität müssen im Gleichgewicht stehen.

Was bewirken Fragen, selbst wenn sie einen langen Fragenstamm hätten und ein Transferdenken gefordert werde/abgeprüft würde. Wird „raten“ gefördert? Wollen wir solche Ärzte? Was für einen prägenden Effekt hätte das auf das klinische Handeln später im Beruf?

Beispielsweise sollten Antwortoptionen möglichst gleichmäßig lang sein. Absolutismen, Hinweise zum Raten und verbale Assoziationen sollten vermieden werden. Es sei auch nicht zweckmäßig übermäßig Antwort C und D als Lösung zu verwenden. Es müsse weiterhin vermieden werden, dass die Aufgabe ohne das Lesen der Fallvignette gelöst werden kann (Schlagworte).

Fragetypen:

1. Beste-Antwort:

- a. Positiv und negativ: Hier komme der Prüfling, z.B. bei Fallvignetten, ins Grübeln. Relevante Informationen müssten zunächst gefiltert werden. Es sollten oberflächlich betrachtet alle Antwortoptionen in Frage kommen! Es bestehe die Gefahr, dass die Studierenden darauf trainiert werden nur eine Antwort zu suchen, wenn es z.T. auch mehrere

- Krankheitsbilder in einem Patienten gibt. Zuordnungsfragen erschweren das Raten!
- b. Pick-N: Es besteht auch die Möglichkeit mehrere richtige Antworten zu erlauben.
 - c. Diese diversen Typen (Beste-Antwort positiv und PickN) sollten bevorzugt in MC-Klausuren verwendet werden.
2. Richtig-Falsch (z. B: 2 von 3 Antworten sind richtig):
- a. Erzieht zum Raten! Begünstigt lückenlernen. Sollte nur sehr selten in MC-Klausuren verwendet werden.

Diskussion:

Freitexte könnten bei kleineren Kohorten genutzt werden, wenn die Personaldecke zur Auswertung stimme. Eventuell könnten dann aber auch mündliche Prüfungen durchgeführt werden.

Nutzung des IMS-Prüfungsverbundes verstärken, um Zeitressourcen für die Erstellung guter Prüfungsfragen zu schonen. Bisher sei es nur für einzelne Dozenten freigeschaltet, dies solle aber demnächst ausgeweitet werden (Schulungen).

13.00 – 14.00 Uhr Mittagessen

14.00 – 15.30 Uhr Workshops

15.30 – 16.00 Uhr Kaffeepause

16.00 – 16.45 Uhr Analyse der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT- Analyse)

Der Studiendekan Prof. Dr. Gründer dankt allen Organisatoren für die gut gelungene Tagung.

Die SWOT-Analyse hat sich als sehr fruchtbar erwiesen. Die Einzelmeldungen wurden gruppiert und thematisiert. Dann wurden die Ergebnisse neu strukturiert und unter den vier Stichpunkten sortiert:

Stärken: Interdisziplinarität und Absprache der Fachbereiche, gute Zusammenarbeit zwischen Studierenden und Dozenten, Evaluation, etablierte Strukturen (Betreuung, Mentoring), AIXTRA, frühzeitige Schwerpunktsetzung (Qualifikationsprofile).

Schwächen: Mangelnde Vermittlung und Prüfung praktischer und kommunikativer Fertigkeiten, innerfakultäre Kommunikation suboptimal (unterschiedliche Wahrnehmung), Evaluation (Feedbackschleifen z. T. nicht ausgeprägt), Verschulung, Unausgewogenheit zwischen den Studienabschnitten, ressourcenintensiv (Personal Studiendekanat (Mentoring) und Dozenten).

Chancen: Vorbild für andere Fakultäten, Impulse für Weiterbildung und Forschung, nationale und internationale Vernetzung, Nachwuchsförderung (QPs, Mentoring)

Risiken: Vernachlässigung nicht-IMPP relevanter Kompetenzen = Überbewertung der IMPP-Ergebnisse, Stillstand (auf den Lorbeeren ausruhen), Wirtschaftlicher Druck auf die Kliniken

Konkrete Maßnahmen die daraus abgeleitet werden können:

Stärken und Chancen:

- Den Modellstudiengang als Vorbild für andere Fakultäten stärken = PR verbessern, den Modellstudiengang attraktiver als Modell für andere Fakultäten machen;
- Didaktikschulungen = Absprachen und die Interdisziplinarität intensivieren, um dann auch dort als Vorbild zu gelten;
- Nachwuchsförderung / Impulse für Weiterbildung und Forschung = Doktorandenbörse, Bonusfamulatur;

Stärken und Risiken:

- Stillstand vorbeugen= Evaluationen nutzen, Feedbackschleifen + Erarbeitung eines longitudinalen Curriculums praktischer Fertigkeiten = beugt der Vernachlässigung der nicht IMPP-relevanten Kompetenzen vor;
- Klausurtagung beibehalten = beugt Stillstand vor;
- Optimierte IT-Nutzung = um dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck auf die Kliniken begegnen, Ressourcen schonen;

Schwächen und Chancen:

- Etablierung von adäquaten Lehr- und Prüfungsformaten zur Abwendung von mangelnder Vermittlung und Prüfung praktischer und kommunikativer Fertigkeiten, z.B. Prüfung klinischer Fertigkeiten, Vorbild für andere Standorte sein;
- Vor- und Nachbereitung jeder Veranstaltungen = Nutzung von Evaluationen, Nutzung interfakultärer Kommunikation;
- Überprüfung der Lernspirale anhand des Lernzielkatalogs; Umstrukturierung einzelner Kurse (dritter Studienabschnitt) = Verminderung der Unausgewogenheit zwischen den Studienabschnitten;
- Schonung der Ressourcen durch Nutzung der internationalen Kontakte;

Schwächen und Risiken:

- Exemplarische Implementierung neuer Prüfungsformate: Peer-teaching ausweiten = schont Ressourcen, Nachwuchsförderung, Vernachlässigung der nicht IMPP Kompetenzen hört auf;
- Kommunikation zwischen Systemblockleitern = Stillstand vermeiden,
- Innenwerbung verbessern = wenn wir viele Ressourcen brauchen > Rechtfertigung vor steigendem Wirtschaftlichem Druck;
- Ressourcenallokation, Zuordnung zu einzelnen Bereichen = langfristig Ressourcen für die Lehre sichern.

Diskussion / Anregungen:

In Berlin funktioniere die Absprache der Module der klinischen Abschnitte. Dort herrsche eine andere Kultur der Trennungsrechnung aus der Zeit des Reformstudiengangs. Gelder / Stellen würden nach der Beteiligung an der Lehre

vergeben. Vor diesem Hintergrund sollten wir erneute Anstrengungen verfolgen LOM-Lehre bei uns zu stärken.

Aachen habe eine vergleichsweise dünne Personaldecke in den Kliniken.

Gütesiegel für Studium / Dozenten in Aachen?

Dozententrainings = Prädikatssiegel. (11 Tage Didaktiktrainings in Baden-Württemberg für die Habilitation) = Ergänzung der Habilitationsordnung anstreben.

Lehrkontinuität auch dann garantieren, wenn einzelne Dozenten die Fakultät verlassen.

16.45-17.00 Uhr Schlusswort

Wo sollten die Prioritäten bei den anzugehenden Maßnahmen liegen?

1. Förderung einer konstruktiven Interdisziplinarität und Verbesserung der Feedbackgabe an die Studierenden unter Berücksichtigung der Ressourcen.
2. Erarbeitung und Etablierung eines longitudinalen Curriculums praktischer Fertigkeiten mit der Etablierung neuer Prüfungsformate.
3. Die extrem positive Entwicklung in den letzten Jahren beibehalten. Innovative Prüfungsformate stärker integrieren (3. Studienabschnitt und PJ). Kommunikation zwischen den Disziplinen stärken. Fernziel: Einführung einer OSCE-Prüfung.
4. Neue Lehr- und Prüfungsformate. Anzahl und Auswahl der Didaktikschulungen / Teilnehmerzahlen steigern und Integration in die Habilitationsordnung.
5. Innenwerbung verstärken. Per Mundpropaganda über die Möglichkeiten und Tools die zur Verfügung stehen informieren. Dadurch Ressourcenschonung erreichen.
6. Institutionalisierung der Evaluationsauswertung = Feedbackschleifen der vielen Daten schließen.

Zu diesen Maßnahmen soll es im nächsten Jahr zu konkreten Ergebnissen kommen!

Insgesamt kann ein positives Fazit gezogen werden. Es gab interessante Vorträge und gute Diskussionen. Die Teilnehmer sollten nun als Multiplikatoren in Ihre Institute und Kliniken gehen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!