MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Ausbildungsplan
Klinisch-Praktisches Jahr (KPJ)
an der Medizinischen Universität Wien

KPJ-Tertial C

Innere Medizin und Rheumatologie

Gültig ab Studienjahr 2016/17

Für den Inhalt verantwortlich

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Stephan Blüml

In Zusammenarbeit mit

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Klaus BOBACZ

Assoc. Prof. Dr. Georg Stummvoll

Dieser Ausbildungsplan ist gültig für die Absolvierung des Faches „Innere Medizin und Rheumatologie“ im Rahmen des KPJ-Tertials C „Wahlfächer“. Wird „Innere Medizin und Rheumatologie“ im Rahmen des Pflicht-KPJ-Tertials A „Innere Medizin“ absolviert, können zusätzlich zu den Lernzielen des KPJ-Tertiales A die in diesem Ausbildungsplan unter Punkt 3 genannten Lernziele als optionale Lernziele im Logbuch beim Pflicht-KPJ-Tertial A ergänzt werden.

Die Ausbildungspläne für die Wahlfächer in KPJ-Tertial C sind jeweils für die Dauer von 8 Wochen ausgelegt. Bei einer 16-wöchigen Absolvierung des Faches im KPJ-Tertial C sind die vorgegebenen Inhalte zu vertiefen.

© 2026, Medizinische Universität Wien

Allgemeine Ziele des klinisch-praktischen Jahres

Eckpunkte der Ausbildung im Klinisch-Praktischen Jahr sind:

1. Das KPJ findet im 6. Studienjahr statt und umfasst 48 Wochen.
2. Das KPJ dient dem Erwerb und der Vertiefung der im österr. Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten und gemäß europäischer Vorgaben (EU Richtlinie-Grundstudium) aufgeführten Kompetenzen.
3. Das Anwenden und Vertiefen des Erlernten im Lernkontext muss an einer klinischen Station, in einer Ambulanz bzw. in einer Lehrpraxis (Allgemeinmedizin) an Patient:innen unter Supervision stattfinden. Eine Ausnahme bilden Wahlfächer in nicht-klinischen Facharztbereichen, sofern diese als Wahlfachmöglichkeit im KPJ vorgesehen sind.
4. Den Schwerpunkt bildet selbstgesteuertes Lernen durch reale Aufgabenstellungen im klinischen Alltag (task based learning).
5. Im Vordergrund steht die Betreuung von Patient:innen unter Anleitung (siehe § 49 Abs. 4 und 5 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, idgF)[1]. Eine reine Beobachter:innenrolle (passive Teilnahme an Visiten, Tumorboards, etc.) ist nicht ausreichend.
6. Die aktive Teilnahme am klinischen Alltag (z.B. Patient:innenvorstellung durch den:die Studierende:n, Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen, Visiten, Tumorboards) ist essentieller Teil der Ausbildung. Eine eigenständige Vertiefung des Wissens zu den dabei auftretenden Problemstellungen soll dabei – auch im Sinne des lebenslangen Lernens – geübt werden.
7. Üben von klinisch-problemorientiertem wissenschaftlichem Denken und evidenz-basiertem ärztlichem Handeln bei der Führung von Patient:innen.
8. Integration in ein Behandlungsteam und Übernahme von Aufgaben entsprechend dem Ausbildungsstand. Studierende sind Auszubildende, die in dem für das Erreichen der Ausbildungsziele notwendigen Ausmaß zu klinischen Tätigkeiten herangezogen werden. Dabei muss gewährleistet sein, dass das Klinische Praktikum als Teil des Studiums die geforderte Breite der klinischen Ausbildung sicherstellt.
9. Üben eines professionellen Verhaltens sowohl gegenüber Patient:innen und deren Angehörigen wie gegenüber verschiedenen Berufsgruppen und öffentlichen Stellen.
10. Förderung der Eigeninitiative und der Eigenverantwortung für die eigene Aus- und Weiterbildung.

[1] Laut § 49 Abs. 4 und 5 Ärztegesetz 1998 und Novelle 2009 sind Medizinstudierende „zur unselbstständigen Ausübung“ der folgenden Tätigkeiten „unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte“ berechtigt:

1. Erhebung der Anamnese
2. einfache physikalische Krankenuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung,
3. Blutabnahme aus der Vene,
4. die Vornahme intramuskulärer und subkutaner Injektionen und
5. einzelne weitere ärztliche Tätigkeiten, sofern deren Beherrschung zum erfolgreichen Abschluss des Studiums der Medizin zwingend erforderlich ist und die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin nachweislich bereits über die zur gewissenhaften Durchführung erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad dieser Tätigkeiten verfügen.

© 2026, Medizinische Universität Wien

Fachspezifische Informationen

1. Ziele des Fachs Innere Medizin und Rheumatologie im KPJ

Die Rheumatologie umfasst die Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von Krankheiten des rheumatischen Formenkreises. Dazu zählen insbesondere die entzündlichen und degenerativen Erkrankungen der Gelenke und des Achsenskeletts sowie die systemischen Autoimmunerkrankungen, die typischerweise auch einen entzündlichen Befall der inneren Organe aufweisen (dazu zählen unter anderem die Kollagenosen und Systemvasculitiden).
Die Rheumatologie ist ein Fach, das von der korrekten (Differential-) Diagnose lebt und die Tätigkeit an der Abteilung für Rheumatologie umfasst sinngemäß die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen (Radiologie, Nephrologie, Mikrobiologie, Virologie, Hämatologie, etc).
Studierende im KPJ-Tertial C werden in die Untersuchung, Diagnosefindung und Behandlung der Patient:innen eingebunden.

2. Klinische Tätigkeitsbereiche im Fach

Die hier angeführten Inhalte sollen insbesondere bei Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise), DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) und den KPJ-Aufgabenstellungen berücksichtigt werden und dienen als Empfehlung, Anregung und Erläuterung zur Gestaltung des KPJ-Tertials.

<u>Bereiche/Problemfelder (Problems as starting point of training), Beispiele:</u>

- Atemnot
- Gelenksschmerz
- Muskelschmerz
- Gewichtsabnahme
- Fieber
- Bein- und Lidödeme
- Dysurie/Urinverfärbung
- Lymphknotenschwellung
- Anämie, Leukopenie, Thrombopenie

© 2026, Medizinische Universität Wien

3. Lernziele (Kompetenzen)

Die folgenden Fertigkeiten müssen im Fach „Innere Medizin und Rheumatologie“ während der KPJ-Zeit erworben bzw. vertieft werden.

3.1 Zu erreichende Kompetenzen (Pflicht)

A) Anamnese erheben (history taking)
   1. Erheben einer korrekten internistischen Anamnese
   2. Erheben einer systematischen rheumatologischen Anamnese
   3. Erheben einer zielgerichteten berufs- und arbeitsplatzbezogenen Anamnese

B) Durchführung von Untersuchungstechniken (examinations)
   4. Prüfen der Vitalfunktionen (Körpertemperatur, Atmung, Puls, Blutdruck, venöser Druck)
   5. Bestimmen: Körperlänge, Gewicht, BMI, Schädelumfang, Bauch- und Hüftumfang
   6. Perkussion und Auskultation von Herz und Lunge
   7. Untersuchung des Abdomens (Palpation, Perkussion, Auskultation)
   8. Prüfen der Nierenlager auf Klopfempfindlichkeit
   9. Untersuchen der Gelenke und des Achsenskeletts
   10. Untersuchen der Wirbelsäule, Mobilität der Wirbelsäule und der paravertebralen Muskeln im Stehen und in Rückenlage (Kyphose, Skoliose, Seitenneigung, Schober Test, positionsabhängiger Schmerz)
   11. Überprüfen von Spannungsschmerz und Schmerz durch Palpieren, Perkutieren und axiales Komprimieren der Wirbelsäule
   12. Untersuchen des Iliosakralgelenks und des Beckens (Mobilität, Schmerz, Atrophie)
   13. Beurteilen der Form, Funktion, Beweglichkeit und Schmerzempfindlichkeit der oberen Extremitäten (Ellbogen, Handgelenk, Fingergelenke sowie relevante Strukturen und Muskeln)
   14. Beurteilen der Form, Mobilität, Stabilität und Schmerzempfindlichkeit der unteren Extremitäten sowie relevanten Strukturen und Muskeln (Knöchel und Knie, Meniskus, Position der Patella, Patellafunktion, Ballottement)
   15. Untersuchen der Achsen des Beines im Stehen (Genu valgum, Genu varum)
   16. Beurteilen des Fußes im Stehen (Pes planus, Pes valgus)
   17. Untersuchen der Lymphknotenregionen
   18. Beschreiben der Nägel, Haut und sichtbaren Schleimhäute
   19. peripherer Pulsstatus
   20. Erhebung von Scores für rheumatologische Erkrankungen
   21. Scores für die rheumatoide Arthritis (CDAI, DAS28)
   22. Scores für Kollagenosen (SLEDAI, ECLAM, SIS)
   23. Scores für Systemvasculitiden (BVAS)

C) Durchführung von Routinefertigkeiten (procedures)
   24. Durchführen geeigneter Händehygienemaßnahmen am Arbeitsplatz
   25. Blutabnahme aus der Vene
   26. Subcutane und intramuskuläre Injektionen

27. Vorbereiten einer Infusion
28. Setzen einer intravenösen peripheren Venenverweilkanüle
29. Durchführen und Bewerten eines Harnstreifentests
30. Schreiben eines Ruhe-EKG

D) Therapeutische Maßnahmen (therapy)

31. Erstellen eine spezifischen Therapieplans für Rheumapatient:innen auf Basis des Wissens um die Einsatzbereiche und Wirkmechanismen der modernen rheumatologischen Therapie (Immunmodulation mit synthetischen und biologischen Therapeutika (disease modifying antirheumatic drugs, DMARDs)
32. Erstellen eines Therapieplans zur medikamentösen Schmerztherapie
33. Anwendung von rheumatologischen Richtlinien; Quellensuche und Anwenden von internen, nationalen und internationalen Protokollen, Richtlinien und Guidelines im Bereich der Rheumatologie
34. Antizipation & Erkennen von Nebenwirkungen und Interaktionen rheumatologischer Therapiestrategien und deren Prävention und Management

E) Kommunikation mit Patient:innen/Team (information/management)

35. Kommunizieren im multidisziplinären Team in Diagnostik und Therapie rheumatologischer Erkrankungen (z.B. Abklärung Gelenkschmerz/-schwellung, Fieber unklarer Genese, multidisziplinäres Erstellen von Therapiekonzepten bei Systemerkrankungen)
36. Aufklären von Patient:innen für eine Einverständniserklärung zu diagnostischen Eingriffen

F) Dokumentation (information/management)

37. Abfassen von rheumatologischen und internistischen Entlassungs- und Begleitschreiben
38. Fachspezifische Dokumentation in der Patient:innenakte
39. Abfragen Patient:innen spezifischer Informationen im Krankenhausinformationssystem
40. Erkennen und Kommunizieren meldepflichtiger Erkrankungen

3.2 Optionale Kompetenzen

Zusätzlich zu den verpflichtend zu erreichenden Kompetenzen können fakultativ Kompetenzen aus der unten angeführten Auslistung erworben werden.

1. Mikroskopische Diagnostik des Gelenkpunktats
2. Mikroskopische Analyse des Harnsediments
3. Assistenz bei Gelenkspunktionen
4. Lokale Infiltration von Gelenken

© 2026, Medizinische Universität Wien

4. Informationen zur Leistungsüberprüfung, Begleitende Beurteilungen

4.1 Folgende Problemstellungen können im Mini-CEX beurteilt werden:

1. Rheumatologische Anamnese
2. Planung des diagnostischen Vorgehens (inklusive geeigneter laborchemischer Methoden)
3. Planung des therapeutischen Vorgehens unter besonderer Berücksichtigung von Komorbidität, Medikamenten-Interaktionen und -Nebenwirkungen, Epidemiologie
4. Aufklärung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
5. Patient:innenvorstellung anhand der Krankenakte

Die Liste kann situationsgerecht erweitert werden.

4.2 Folgende Fertigkeiten können im DOPS beurteilt werden:

1. Klinisch-physikalischer Status
2. Gelenkstatus
3. Diagnose-Codierung

Die Liste kann situationsgerecht erweitert werden.

5. Literatur

Dunky, Graninger, Herold, Smolen, Wanivenhaus (2012): Praktische Rheumatologie, 5. Auflage 2012, Springer Verlag.

© 2026, Medizinische Universität Wien