

# Ärztliche Pflichtfortbildung und Fortbildungsnachweis – Beiträge zur Qualitätssicherung in der Medizin?\*)

Günter Ollenschläger und Justina Engelbrecht

Bundesärztekammer, Köln

## Zusammenfassung

Fortbildung wird als eines der wichtigsten Instrumente der medizinischen Qualitätssicherung angesehen. Aus diesem Grund wurde die ärztliche Fortbildungspflicht 1976 in der Berufsordnung festgeschrieben. Daß sich die überwiegende Mehrheit der Ärzte an diese Berufspflicht hält, ist mehrfach gezeigt worden. Trotzdem wird immer wieder diskutiert, ob die Motivation der Ärzte zur Fortbildung ausreicht oder ob die Einführung eines obligatorischen Fortbildungsnachweises notwendig ist. In der vorliegenden Übersicht wird analysiert, inwieweit die Wirksamkeit von ärztlicher Pflichtfortbildung und Fortbildungsnachweispflicht wissenschaftlich belegt ist. Weiterhin werden verschiedene Instrumente vorgestellt, mit deren Hilfe der ärztlichen Fortbildung eine größere Verbindlichkeit eingeräumt werden kann.

Das der Diskussion zugrunde liegende Datenmaterial entstammt einer Medline Recherche unter den Schlagwörtern „Continuing Medical Education“ und „Quality Assurance“ für den Zeitraum 1984–1993. Ausgewählt wurden Studien, die über Erfahrungen mit Pflichtfortbildung und Berücksichtigung von Standards berichten. Berücksichtigt wurden weiterhin Präsentationen des 7. Internationalen Kongresses der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung (EAMF), Köln, 4. bis 5. 3. 1994 sowie Publikationen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Fort- und Weiterbildung aus den Jahren 1993 bis 1995.

**Sachwörter:** Ärztliche Fortbildung, Pflichtfortbildung, Fortbildungsnachweis, Lehr-Curricula, Qualitätssicherung

Die ärztliche Berufsordnung verpflichtet in Deutschland jeden Arzt „zur Fortbildung in dem Umfang, wie es die zur Erhaltung und Entwicklung der Ausübung des Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig machen“ und „zum Nachweis einer entsprechenden Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form“ (6). Diese berufsrechtliche Auflage für alle praktizierenden Ärzte ist in Europa einmalig (30) und wird

mehrheitlich befolgt (26). Trotzdem wird in gesundheitspolitischen Kreisen an eine Verschärfung dieses Obligatoriums durch Festlegung einer Fortbildungsnachweispflicht in den Heilberufsgesetzen gedacht (Entwurf für ein Heilberufsgesetz für das Land Bremen, 1994).

Diese Diskussion um Vor- und Nachteile der ärztlichen Pflichtfortbildung und des Fortbildungsnachweises sind weder auf Deutschland beschränkt (2, 13, 22–24), noch neu: 1931 lehnte der 50. Deutsche Ärztetag den Antrag auf Einführung einer Fortbildungspflicht ab, ebenso wie die Ärztetage 1953, 1972, 1974,

1975. 1976 wurde die Fortbildungspflicht und die Möglichkeit des Fortbildungsnachweises in die Berufsordnung der deutschen Ärzte aufgenommen. 1990 wurde der Antrag auf Einführung einer quantifizierbaren Fortbildungsnachweispflicht vom 93. Ärztetag abgelehnt.

Seit 1991 verlangt die Ärztekammer Schleswig-Holstein von ihren Mitgliedern eine schriftliche Jahresübersicht über die Fortbildungsaktivitäten. 1993 führte die Ärztekammer Hamburg eine Fortbildungsnachweispflicht ein, nach der die Teilnahme an mindestens 6 Fortbildungsveranstaltungen dokumentiert werden muß. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verabschiedete 1993 Richtlinien zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung, nach denen in Einzelfällen ein Fortbildungsnachweis geführt werden muß (20). 1994 beschloß der 97. Deutsche Ärztetag, daß zur Qualitätssicherung der Fortbildung die Überprüfbarkeit des Fortbildungserfolges – und zwar die Kontrolle des Fortbildungserfolges im Sinne einer Selbstkontrolle, aber auch in Form einer Überprüfung durch die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung – möglich sein muß (7). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob eine – die ärztliche Berufsordnung ergänzende – gesetzliche Auflage zum obligatorischen Fortbildungsnachweis die Qualität der Patientenversorgung sichert bzw. verbessert. ▶

\*) Nach einem Vortrag auf dem 7. Internationalen Kongreß der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung (EAMF), Köln – 4.–5. 3. 1994

## Fortbildung und ärztliches Verhalten – Fortbildung und Qualität der Patientenversorgung

Permanentes Lernen ist die Voraussetzung dafür, daß ein Arzt ein Mindestmaß an fachlicher Kompetenz bewahrt (28), die Veränderungen des medizinischen Erkenntnisstandes wahrnimmt, Informationen und Methoden, die für sein Fach von Bedeutung sind, qualifiziert nutzen und anwenden kann. Ein Arzt, der in diesen Tagen am Ende seines aktiven Berufsleben steht, blickt auf dramatische Veränderungen in Wissenschaft und Technik zurück, wie sie für ihn zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit unvorstellbar waren: Sie reichen von der Entschlüsselung des genetischen Codes und der Geburt der Molekularbiologie hin bis zur vollständigen Veränderung der Alltagsmedizin mit all den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (z. B. Ultraschalldiagnostik, Endoskopie,

Thrombolyse, Koronarangiographie, Transplantationsmedizin). An einem fortbildungsunwilligen Mediziner wären diese Entwicklungen weitgehend spurlos vorbeigegangen. Das kontinuierliche Weiterlernen während des Berufslebens – die Fortbildung – ist somit für jeden praktizierenden Arzt unabdingbar, um seine fachliche Kompetenz zu behalten und zu entwickeln.

Damit ist allerdings nicht gesagt, daß jede Fortbildungsaktivität auch automatisch die Qualität der Patientenversorgung günstig beeinflusst. Wie die Metaanalyse von Davis und Mitarbeitern (12) zeigt, lassen sich durch randomisierte kontrollierte Studien zwar positive Effekte qualifizierter Fortbildungsmaßnahmen auf das ärztliche Verhalten belegen; eine direkte Beziehung zwischen Fortbildungsqualität und Qualität der Patientenversorgung konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden. Dabei hängt der Erfolg einer Fortbildungsmaßnahme ganz we-

sentlich davon ab, daß sie direkt auf die Motivation und das Verhalten des einzelnen Arztes abzielt (21). Ausschließliche Informationsübermittlung, z. B. in Form von Informations- und Lernbroschüren (15) aber auch als Ergebnisbericht von Konsensuskonferenzen (31) haben offensichtlich nur mäßigen Einfluß auf ärztliches Verhalten.

## Ziele eines obligatorischen Fortbildungsnachweises

Welche Gründe sprechen für die Einführung eines obligatorischen Fortbildungsnachweises?

Hier stehen folgende Argumente im Vordergrund:

- *Die Verantwortung des Arztes gegenüber dem Patienten und der Gesellschaft:* „The medical profession has a responsibility to society to show that it is efficient, knowledgeable, and up to date.“ (2).

Das Vertrauen des einzelnen Patienten gegenüber seinem Arzt gründet sich wesentlich darauf, daß die medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können orientiert ist (6). Da es bisher keinen Beleg dafür gibt, daß Wissen und Verhalten eines Arztes automatisch miteinander gekoppelt sind, ist die Frage nach dem Sinn eines obligatorischen Fortbildungsnachweises der Heilberufe nicht wissenschaftlich sondern gesellschaftspolitisch („Vertrauen oder Mißtrauen der Gesellschaft gegenüber den Heilberufen“) zu beantworten.

- *Die Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung* (1), da Fortbildung eines der wichtigsten Instrumente der medizinischen Qualitätssicherung ist.

Spezifische Qualifikationsnachweise, welche die Teilnahme an definierten Fortbildungsmaßnahmen zertifizieren, sind in Deutschland allgemein üblich. So werden in der ver-

**Tabelle 1.** Einfluß von Fortbildungsmaßnahmen auf ärztliches Verhalten und auf ärztliche Behandlungserfolge – Analyse von 50 randomisierten kontrollierten Studien (nach 12).

Fortbildungsmethode	Anzahl der Studien mit/ohne Einfluß auf ärztliches Verhalten		Anzahl der Studien mit/ohne Einfluß auf Behandlungserfolge	
	Einfluß	kein Einfluß	Einfluß	kein Einfluß
• Ausschließliche Informationsvermittlung <sup>1)</sup>	7	4	1	5
• Informationsvermittlung ergänzt durch Arbeitshilfen für die Berufspraxis <sup>2)</sup>	9	1	2	4
• Informationsvermittlung ergänzt durch verstärkende Maßnahmen <sup>3)</sup>	18	8	6	3
• Kombination des Vorstehenden oder einzelne multifaktorielle Maßnahmen <sup>4)</sup>	14	0	5	4

<sup>1)</sup> z. B. in Form von Vorlesungen, Lektüre, Konsultationen, Wissenstests, interaktiven Medien u. a.;

<sup>2)</sup> z. B. in Form von Betreuungsstandards und Handlungsleitlinien, Schulungsmaterial für Patienten, Informationsmaterial für Patienten, Dokumentationsformulare u. a.;

<sup>3)</sup> z. B. Erinnerung, Feedback u. a.;

<sup>4)</sup> z. B. Fallbesprechung mit einem Experten, Vortrag oder Intervention eines „Opinion Leader“.

tragsärztlichen Versorgung bestimmte Betreuungsmaßnahmen von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur dann zugelassen und von den Kostenträgern honoriert, wenn eine spezielle Fortbildung nachgewiesen werden kann (Beispiele: Diabetiker-Schulung, Methadon-Substitution, Rettungsdienst, Ultraschall-Diagnostik). Bei allen diesen Qualifikationen handelt es sich überwiegend um Kenntnisse und Fertigkeiten, die eines Trainings bedürfen, welches während der Aus- und Weiterbildung häufig nicht oder nicht ausreichend vermittelt wurde.

Die speziellen Fortbildungsnachweise sind angemessene Instrumente der Strukturqualität. Sie belegen eine definierte Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenz.

Im Gegensatz dazu ist der Beweis, daß ein unspezifischer obligatorischer Fortbildungsnachweis die Qualität der ärztlichen Versorgung sichert oder verbessert, nach wissenschaftlichen Kriterien bisher nicht erbracht (siehe Tab. 1). Auch die Vorstellung, daß man die sogenannten „schwarzen Schafe“ über eine solche Fortbildungsregelung kontrollieren könne, ist unrealistisch (3).

- *Die Motivation zur Fortbildung:* der Fortbildungsnachweis soll die Ärzte an die Einhaltung ihrer Fortbildungspflicht mahnen (1).

Das Argument, daß ein Fortbildungsnachweis notwendig ist, um die Ärzte an die Einhaltung ihrer Fortbildungspflicht zu mahnen, wird durch das über Jahrzehnte unveränderte Antwortmuster der Ärzteschaft auf die Frage nach dem Fortbildungsverhalten widerlegt (26): Nahezu 100% aller Ärzte geben an, Fortbildung zu betreiben. Die Bedeutung der Fortbildung ist also allen Ärzten bewußt.

Eine administrativ verordnete, obligatorische und routinemäßige externe Überprüfung der Fortbildung, und zwar ohne Berücksichtigung der individuellen Lernbedürfnisse, demotiviert den Lernenden eher und ist dadurch ineffizient (4).

## Argumente gegen eine obligatorische Fortbildungsnachweispflicht

Zusätzlich zu den eben genannten Argumenten sprechen weitere gegen eine undifferenzierte obligatorische Fortbildungsnachweispflicht. Die Teilnahmedokumentation allein läßt keine Schlußfolgerung über den Wissenszuwachs zu, dies ist nur möglich durch eine gleichzeitige Lernkontrolle. Es sind aber gerade die einfach evaluierbaren Fortbildungsmaßnahmen – insbesondere die Frontalvorlesung – die einen besonders geringen Einfluß auf das ärztliche Verhalten haben (12, 17, 18).

Dementsprechend machte Manning (22) vor allem zwei Faktoren dafür verantwortlich, daß dem administrativ verordneten Fortbildungsnachweis in den USA der Erfolg – die Verbesserung des ärztlichen Handelns – verwehrt blieb, nämlich

- den demotivierend großen bürokratischen Aufwand für den Fortbildungsnachweis, sowie

- die Formalisierung der Fortbildung zu Kontrollzwecken, das heißt ihre weitgehende Gleichsetzung mit Unterricht im Vorlesungsstil.

Somit besteht die Gefahr, daß bei einer obligatorischen externen Evaluation des Fortbildungserfolges sowohl das eigenständige, problemorientierte Lernen – die am häufigsten praktizierte Bildungsmethode des Arztes – als auch der individuelle Fortbildungsbedarf nicht angemessen berücksichtigt werden. Indem staatliche Reglementierung wesentliche Standardkriterien für gute ärztliche Fortbildung (4, 14, 25) nicht berücksichtigen kann, beeinträchtigt sie die Fortbildungsqualität.

Darüber hinaus hat nach Manning gerade die Fortbildungspflicht in den USA einen boomenden kommerziellen Fortbildungsmarkt ausgelöst und unterhalten. Die Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen kümmern sich primär um das Marketing. Die Entwicklung und Verbreitung weit

effektiverer Fortbildungsmethoden als der Frontalvorlesung sind über Jahre behindert worden.

Zusammenfassend sind die Argumente gegen einen obligatorischen Fortbildungsnachweis Demotivation des Fortzubildenden, Ineffizienz der Maßnahme, Verhinderung effizienterer Fortbildungsformen.

## Die Alternative zum obligatorischen Fortbildungsnachweis – Motivation zur Teilnahme an effizienten Fortbildungsmaßnahmen

Die aktive, motivierte Teilnahme an effektiven Fortbildungsmaßnahmen muß auf anderem Wege dauerhaft sichergestellt werden als durch administrative Reglementierung.

In den letzten zwei Jahren wurden die Bildungsangebote der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland im Sinne der von Bloch (3) vorgeschlagenen vier Schritte konsequent weiterentwickelt.

- *Festlegung von Normen für gute ärztliche Fortbildung*

1993 wurden in den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung Standards für gute ärztliche Fortbildung (4) verabschiedet. Veranstalter von Fortbildungsmaßnahmen, die diese Standards berücksichtigen, erhalten die Möglichkeit, ihre Veranstaltungen im Fortbildungskalender der Bundesärztekammer anzukündigen. Anfang 1995 haben sich die Ärztekammern auf ein einheitliches Vorgehen zur Qualitätssicherung von Fortbildungsangeboten Dritter geeinigt (Empfehlung der Bundesärztekammer zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen anderer Institutionen durch die Ärztekammern vom 20.1.1995).

- *Bereitstellung von Fortbildungstagebüchern für Ärzte*
- *Erarbeitung von Hilfsmitteln zur Selbstbewertung*



Dokumentationshilfen für Ärzte im Sinne von Fortbildungstagebüchern sind allgemein üblich. Instrumente zur Selbstbewertung – aber auch zur Bewertung der Fortbildungsdozenten werden bereits vielerorts verwendet.

• *Bereitstellung eines vielfältigen Angebots an Lernhilfsmitteln*

Ende 1994/Anfang 1995 wurden von der Bundesärztekammer detaillierte methodische Empfehlungen für Bildungsmaßnahmen in Allgemeinmedizin, Umweltmedizin und im Rettungsdienst verabschiedet (8–10, 14), die die Erkenntnisse der modernen Erwachsenenbildung berücksichtigen und in „Train-the-Trainer-Kursen“ ärztlichen Dozenten vermittelt werden. Für die Kursweiterbildung Allgemeinmedizin – und damit auch für die allgemeinmedizinische Fortbildung – verfügt die Bundesärztekammer mittlerweile über einen Lehrmittel-Pool von mehr als 600 Folienvorlagen, der von allen Ärztekammern angefordert wurde.

Alle diese Maßnahmen bauen darauf, daß durch ein flächendeckendes Angebot an „guten“ (d. h. bedürfnis- und bedarfsgerechten) Fortbildungsmaßnahmen die Motivation der Ärzteschaft zum permanenten berufsbegleitenden Weiterlernen besser gestärkt wird als durch eine externe Kontrolle.

Eine noch größere Verbindlichkeit, als dies bisher bereits der Fall ist, kann der ärztlichen Fortbildung in folgender Weise eingeräumt werden: – Ärztinnen und Ärzte müssen kontinuierlich auf die Vorteile einer selbstbestimmten, effektiven Fortbildung (Professionalität, Sicherheit, berufliche Zufriedenheit) hingewiesen werden; hierzu bieten sich z. B. auch freiwillige Fortbildungsnachweise und Zertifizierungen an (19, 29).

– Fortbildung muß als Kernbestandteil der Bemühungen um die Erhaltung und Weiterentwicklung beruflicher Kompetenz herausgestellt werden. Von Beginn der ärztlichen Ausbildung an müssen deshalb Arbeits-

techniken für effektives, lebenslanges, berufsbegleitendes Lernen vermittelt werden (11, 27).

– Die Grundlagen für effektives selbstbestimmtes Lernen (Erfassung von Lernbedarf und -bedürfnis, Entwicklung und Verbreitung von Lern- Curricula, Bereitstellung eines vielfältigen Angebotes an Lernhilfsmitteln) müssen ausgebaut werden (3, 19).

Eine administrative Überprüfung des Fortbildungserfolges durch Dritte ist abzulehnen. Qualitätssicherung ist nur dann effektiv, wenn sie auf freiwilliger Basis erfolgt.

### Schlußfolgerungen

*Die vorliegenden Analysen lassen den Schluß zu, daß zwar die Fortbildungspflicht, nicht aber der administrativ verordnete Fortbildungsnachweis die Patientenbetreuung verbessern kann. Die Motivation zur effektiven Fortbildung wird durch einen obligatorischen Nachweis beeinträchtigt. Als Alternative werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen, um die Teilnahme an effektiven Fortbildungsmaßnahmen sicherzustellen: Festlegung von Normen für gute Fortbildung, verstärkte Berücksichtigung des individuellen ärztlichen Lernbedürfnisses, Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Dokumentation der Fortbildung und zur Selbstbewertung des Fortbildungserfolges.*

### Abstract

#### Compulsory CME and proof of continuing education – contributions to the quality assurance in medicine

Continuing education is seen as one of the most important instruments of medical quality assurance. Therefore, the duty of continuing medical education was put down in the professional rules of German physicians in 1976. It has been demonstrated many times that most of the physicians keep this professional duty. However, it has been repeatedly

discussed whether the physician's motivation for continuing education is sufficient or whether it is necessary to introduce a compulsory proof of CME. It is analyzed in this article how the efficacy of compulsory and compulsory proof of is verified scientifically. Further, different tools are introduced which may help to admit a greater obligation. The discussion is based on data from Medline search using the keywords 'Continuing medical education' and 'Quality assurance' for the years 1984–1993. Studies reporting experiences with compulsory CME and considerations of standards were chosen. Further, presentations of the 'European Academy of Medical Education' (EAMF), Cologne March 4–March 5, 1994 as well as the publications of the German Medical Association regarding quality assurance of CME from the years 1993 to 1995 have been taken into account.

**Key words:** continuing medical education, compulsory continuing education, proof of continuing education, teaching curriculum, quality assurance

### Literatur

1. Ärztekammer Hamburg (1993) Antrag des Fortbildungsausschusses an die Kammerversammlung zur Einführung eines Fortbildungsnachweises, unveröffentlichtes Manuskript
2. Anonymous (1993) Editorial: Continuing medical education. *Lancet* 342: 1497–1498
3. Bloch R: Quo vadis CME? (1994) Berichtband des 7. Intern. Kongresses der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung. Köln, S. 19–24
4. Brundage DH, MacKeracher D (1993) Adult learning principles and their application to program planning. Ontario 1990. In Klimsa P. Neue Medien und Weiterbildung. Anwendung und Nutzung in Lernprozessen der Weiterbildung. Weinheim:Deutscher Studienverlag, S. 255 ff
5. Bundesärztekammer (1993) Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung, Band 1, Köln: Bundesärztekammer
6. Bundesärztekammer (1994) Berufsordnung für die deutschen Ärzte. *Dt Ärztebl* 91: A-53–A-58
7. Bundesärztekammer, Deutscher Ärztetag (1994) Gesundheitspolitisches Pro-

- gramm der deutschen Ärzteschaft. Köln: Bundesärztekammer
8. Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (1994) Kursbuch Allgemeinmedizin, Teil 1: Lehr- und Lernziele für die theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Allgemeinmedizin nach den Richtlinien der (Muster-) Weiterbildungsordnung. 2. Aufl. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung, Band 2 Köln: Bundesärztekammer
  9. Bundesärztekammer (1994): Kursbuch Arzt im Rettungsdienst. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 4. Köln: Bundesärztekammer
  10. Bundesärztekammer (1995): Kursbuch Umweltmedizin : Lehr- und Lernziele für die theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Umweltmedizin. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 6, Köln: Bundesärztekammer
  11. Coles C, Holm HA (1993) Learning in Medicine. Oslo: Scandinavian University Press
  12. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B (1992) Evidence for the effectiveness of CME. JAMA 268: 1111–1117
  13. Deschenaux FX (1993) Berichte über die Sitzungen der Schweizerischen Ärztekammer vom 10. 12. 1992 und 24. 6. 1993. Schw ÄrzteZtg 74: 165–170 und 1321–1328
  14. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Bundesärztekammer (1995) Kursbuch Allgemeinmedizin, Teil 2: Methodische Empfehlungen und Literaturhinweise für die theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Allgemeinmedizin. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung, Band 5, Köln: Bundesärztekammer
  15. Edlich RF, Wilder BJ, Silloway KA, Nichter LS, Bryant CA (1986) Quality assessment of tetanus prophylaxis in the wounded patient. Am Surg 52: 544–547
  16. Greco PJ, Eisenberg JM (1993) Changing physicians' practices. N Engl J Med 329: 1271–1274
  17. Grimshaw JM, Russell IT (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 342: 1317–1322
  18. Haynes RB, Davies DA, McKibbon (1984) A: A critical appraisal of the efficacy of continuing education. JAMA 251: 61–64
  19. Holm HA (1995) Ärztliche Fortbildung im Europa von Morgen: Strukturierte und kontrollierte Fortbildung am Beispiel Norwegens. Z ärztl Fortbild 89: 69–72
  20. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dt Ärztebl 90: A, 1611–1614
  21. Linver MN, Paster SB, Rosenberg RD, Key CR, Stidley CA, King WV (1992) Improvement in mammography interpretation skills in a community radiology practice after dedicated teaching courses: 2-year medical audit of 38.633 cases. Radiology 184: 39–43
  22. Manning PR, Petit D (1987) The past, present and the future of continuing medical education. JAMA 258: 3542–3546
  23. Odenbach P (1979) Ärztliche Fortbildung. Dt Ärztebl 76: 1643–1658
  24. Odenbach P (1990) Ärztliche Fortbildung zwischen Motivation und Kontrolle. Internist 31: M164–M167
  25. Ollenschläger G, Engelbrecht J (1993) Vorschläge zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildung anhand von Standard-Kriterien. Z ärztl Fortbild 87: 681–686
  26. Ollenschläger G, Thust W, Pfeiffer A, Engelbrecht J, Birker T, Ratschko K-W (1995) Das Fortbildungsverhalten der Ärzteschaft, dargestellt am Beispiel von Schleswig-Holstein. Ergebnisse einer Befragung. Z ärztl Fortbild 89: 75–80
  27. Ollenschläger G, Hupe K, Stiegler I, Falck-Ytter Y, Linden J, Mayer K, Quellmann T, Wahle K, Wilm S, Wunderlich H (1995) Problemorientiertes Lernen (POL) in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung – erste Erfahrungen mit der POL-Methode im Rahmen der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin. Z Allgemeinmed 71: 479–484
  28. Ramsey PG, Carline JD, Inui TS (1991) Changes over time in the knowledge base of practicing internists. JAMA 266: 1103–1107
  29. Rosof AB, Felche WC (1992) Continuing Medical Education – A Promer. 2. Aufl. New York: Praeger Publishers
  30. Salzberg R (1994) Stand der ärztlichen Fortbildung in den Ländern Europas – Umfrage EAMF 1993. Berichtband des 7. Intern. Kongresses der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung. Köln, S. 27–31
  31. Troien M, Rastam L, Selander S (1991) Dissemination and implementation of guidelines for lipid lowering. Fam Pract 8: 223–228

**Korrespondenzadresse:** PD Dr. Dr. G. Ollenschläger, Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung, Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln.

## Ankündigung

### 2. Fachsymposium der Bundesärztekammer für ärztliche Dozenten „Qualität und Qualitätssicherung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“

22.–23. September 1995 in Würzburg

#### Tagungsablauf:

- *Plenarveranstaltung* (Freitag 22. 9., 9.00–13.00 Uhr)
  - „Qualität und Qualitätssicherung im ärztlichen Bildungssystem – was können Aus-, Weiter- und Fortbildung voneinander lernen?“ (Moderation: K. Knorpp, Gießen)
  - Einführungsstatements und Podiumsdiskussion: J. Koebke, Köln (Vorklinische Ausbildung)  
R. Wiedersheim, Witten-Herdecke (Klinische Ausbildung), N. Schäfer, Köln (Studierende), H. Heimpel (Weiterbildung), R. Bloch, Bern (Fortbildung), D. Davis, Toronto (Aus-, Weiter-, Fortbildung in Kanada)
- *Workshops in Kleingruppen:* Freitag 22. 9., 14.30–18.30 Uhr und Samstag 23. 9., 8.30–12.00 Uhr
- *Resümè im Plenum* (Samstag 23. 9., 12.15–13.30 Uhr)
  - „Qualitätssicherung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung durch Kleingruppenarbeit“ (Moderation: H. Koch, Nürnberg – angefragt –)