

Ärztliche Fortbildung aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt

Ferdinand M. Gerlach und Martin Beyer

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

Zusammenfassung

- Fragestellung: Welche Fortbildungsgewohnheiten und welche positiven wie negativen Erfahrungen mit verschiedenen Maßnahmen zur ärztlichen Fortbildung haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte?

- Methodik: Querschnittsstudien mit einem strukturierten Fragebogen als postalische Vollerhebung unter allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt (SA, n = 3139) und Bremen (HB, n = 1131).

- Ergebnisse: 2412 Antworten konnten in dieser bislang größten Erhebung ihrer Art ausgewertet werden (Rücklaufquoten: 61,8% in SA bzw. 41,7% in HB).

Die durchschnittliche Fortbildungszeit pro Woche wurde mit 4,6 Stunden angegeben; die Befragten nahmen durchschnittlich etwa 14 mal jährlich an Fortbildungsveranstaltungen teil. In einer Inhaltsanalyse wurden positive und negative Fortbildungserfahrungen untersucht. Anstelle praxisferner Fortbildung in herkömmlichen Großveranstaltungen wurde vor allem persönlicher Austausch in praxisnahen Kleingruppen gewünscht.

- Schlußfolgerungen und Empfehlungen: Regional angelegte Bedarfs- und Erwartungsanalysen erlauben es, Planungen zur ärztlichen Fortbildung stärker an den konkreten Gewohnheiten, Erfahrungen, Vorstellungen und Bedürfnissen der Gruppe auszurichten, die für eine Mitarbeit gewonnen werden soll. Kritische Äußerungen und Bedürfnisse der Niedergelassenen sollten in der Planung ärztlicher Fortbildung stärker berücksichtigt werden und könnten zu einer Steigerung von Qualität und Effizienz der Fortbildung führen. Dies wird um so wichtiger, wenn eine Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen sowie von individuellen Fortbildungsleistungen erwogen wird.

Sachwörter: Fortbildung, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Bedarf, Erwartungen, Fortbildungsgewohnheiten, Inhaltsanalyse

Keine Planungen allein am grünen Tisch – Hintergründe, Fragestellungen und Untersuchungsgebiete

Fortbildung ist eine berufslebenslange Aufgabe, zu der die Berufsordnung jeden Arzt und jede Ärztin verpflichtet (4). Die Bundesärztekammer hat 1993 'Empfehlungen für gute ärztliche Fortbildung' formuliert (3). Eine stichprobenhafte

Analyse von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Ärztekammer Nordrhein, in der das Ausmaß der konkreten Umsetzung dieser Empfehlungen untersucht wurde, kam jedoch zu äußerst ernüchternden Ergebnissen: Die Realität ärztlicher Fortbildung blieb hier weit hinter den Empfehlungen zurück (13).

Die Frage nach der Qualität bzw. Effektivität und Effizienz ärztlicher Fortbildung, aber auch nach den Fortbildungsgewohnheiten, -bedürfnissen und -erfahrungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte gewinnt ein besonderes Gewicht, wenn über die Zertifizierung sowohl 'guter' ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen wie auch individueller ärztlicher Fortbildungsaktivität (Deutscher Ärztetag 1999 in Cottbus) nachgedacht wird.

Weitgehend unklar war bisher, welche Fortbildungsgewohnheiten niedergelassene Ärzte haben und welche eigenen Erfahrungen diese mit den verfügbaren Fortbildungsangeboten gemacht haben. Auch darüber, welche Erwartungen die Zielgruppe selbst an Form und Inhalte ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen richtet, bestand mangels entsprechender Erhebungen weitgehende Unklarheit. Informationen, die als Entscheidungsgrundlage für eine an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientier-

Dieser Beitrag, der die „ärztliche Fortbildung“ behandelt, ist der erste Teil einer zweiseitigen Darstellung von Ergebnissen umfangreicher Bedarfs- und Erwartungsanalysen unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Sachsen-Anhalt. Der folgende zweite Teil geht auf die Aspekte „Qualitätsförderung und Qualitätszirkel“ ein.



te Planung dienen könnten, fehlten ebenfalls. Diese Defizite wurden zwar verschiedentlich beklagt, so z. B. wiederholt in den Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (12), führten aber nur zu vereinzelt Konsequenzen. Nur wenige Publikationen beschäftigten sich systematisch mit der bundesdeutschen Situation ärztlicher Fortbildung (z. B. 9, 10, 11) oder diskutieren z. B. Kriterien zur Beurteilung des individuellen Nutzens einer Fortbildung (z. B. 8).

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Bremen (HB) und in Sachsen-Anhalt (SA) die Etablierung von qualitätsfördernden Maßnahmen in der Praxis – insbesondere die Etablierung ärztlicher Qualitätszirkel – nicht am „grünen Tisch“ planen wollten, wurde (unabhängig voneinander) beschlossen, zukünftige Überlegungen an den konkreten Erfahrungen, Vorstellungen und Bedürfnissen der niedergelassenen Ärzteschaft selbst auszurichten. In diesem Zusammenhang sollte gleichzeitig eine gezielte Bestandsaufnahme und Defizitanalyse auch im Bereich ärztlicher Fortbildung erfolgen.¹⁾ Dabei wurde angenommen, daß die zu erwartenden Ergebnisse der Bedarfs- und Erwartungsanalysen sowohl für die praktische Umsetzbarkeit ärztlicher Fortbildung als auch für die Arbeit in den damals gerade entstehenden ärztlichen Qualitätszirkeln relevant sein würden.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden in Bremen und Sachsen-Anhalt umfangreiche Erhebungen durchgeführt, deren wichtigste Fragestellungen zum Bereich ärztlicher Fortbildung in Tabelle 1 zusammengefaßt sind.

¹⁾ Gerade der zu erwartende Erkenntnisgewinn im Hinblick auf praktizierte und gewünschte ärztliche Fortbildung, war schließlich ein wichtiger Gesichtspunkt für die Entscheidung der Ärztekammer Bremen, die Durchführung einer entsprechenden Bedarfs- und Erwartungsanalyse ebenfalls zu unterstützen.

Tabelle 1. Die wichtigsten Fragestellungen zur ärztlichen Fortbildung.

1. Wie sind die bisherigen Fortbildungsgewohnheiten **quantitativ** ausgeprägt? (Zeitaufwand in Stunden, Häufigkeit der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen) (insgesamt 2 Fragen)
2. Wie sind die bisherigen Fortbildungsgewohnheiten **qualitativ** ausgeprägt? (Informationsquellen, Veranstaltungstypen, eigene Erfahrungen mit ärztlicher Fortbildung in Kleingruppen bzw. mit der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen) (4 Fragen, davon 3 halboffen)
3. Welche positiven wie negativen Fortbildungserfahrungen bestehen? (2 offene Fragen)
4. Welchen Einfluß haben Variablen wie Alter, Geschlecht, Gebiets- bzw. Zusatzbezeichnung, Niederlassungsdauer, ausgeübte Praxisform, Praxisgröße? (7 Fragen)

Die beiden untersuchten KV-Bereiche (SA und HB) unterscheiden sich nicht nur durch ihre Größe und Lage in den neuen respektive alten Bundesländern, sondern ebenso in ihrem Charakter als Flächen- bzw. Stadtstaat sowie in der Zusammensetzung der Ärzteschaft nach Fachgruppen und Geschlecht ganz erheblich. Als unterscheidender Einflußfaktor kann auch der Systemwechsel in der medizinischen Versorgung der neuen Bundesländern gelten. In Bremen betrug das Verhältnis zwischen Allgemein- und Praktischen Ärzten gegenüber Fachspezialisten 1 : 2,23, in Sachsen-Anhalt dagegen lediglich 1 : 1,14. Nicht außer Acht zu lassen ist auch, daß in Bremen 28,2% der Vertragsärzteschaft weiblich war, während der Anteil der Ärztinnen in Sachsen-Anhalt 56% betrug.

Ein weiterer Unterschied ist, daß die Befragung in Bremen vor der breiteren Entwicklung von Qualitätszirkeln stattfand, während sie in Sachsen-Anhalt bereits in die Etablierungsphase fiel.

Auch wenn die direkte Vergleichbarkeit eingeschränkt ist, erscheint die Angabe von Vergleichszahlen an vielen Stellen sinnvoll, zumal entsprechende Werte in der Literatur bisher nicht verfügbar sind. Vergleichende Darstellungen können helfen, die Bedeutsamkeit der Daten auch über die Untersuchungsgebiete hinaus zu erkennen.

Wie lassen sich Gewohnheiten, Erfahrungen, Erwartungen und Bedarf feststellen? – Die Erhebung

Um ein möglichst umfassendes und repräsentatives Bild zu erhalten, wurden in beiden Untersuchungsgebieten alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (SA: 3139, HB: 1131) angesprochen.²⁾ Für eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Analyse, die gleichzeitig eine streng vertrauliche Behandlung der Daten gewährleistet, wurde das „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, AQUA“, Göttingen mit der Durchführung der schriftlich-postalischen Fragebogenerhebung beauftragt.³⁾

Insgesamt gingen 2412 Fragebögen ein (SA: 1940, HB: 472), die ohne

²⁾ Zur vertragsärztlichen Tätigkeit „ermächtigte“ (Klinik-)Ärztinnen und Ärzte wurden nicht befragt.

³⁾ Die Auswertung der (anonymen) Daten erfolgte im Arbeitsbereich Qualitätsförderung der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktorin: Prof. Dr. Gisela C. Fischer). Die Kosten der Erhebungen wurden von den KVen Bremen bzw. Sachsen-Anhalt getragen. Finanzielle Zuwendungen anderer Träger erfolgten nicht. Für wertvolle methodisch-statistische Hinweise danken wir Herrn Dipl.-Psych. Alfred Breull.



Ausnahme auswertbar waren.⁴⁾ Trotz eines insgesamt relativ umfangreichen (fünfsseitigen) Fragebogens (der neben den in Tabelle 1 genannten Fragen zur Fortbildung weitere Fragen zur Einstellung gegenüber einer Qualitätssicherung in der Medizin und der Teilnahmeabsicht an Qualitätszirkeln enthielt) wurden damit für postalische Erhebungen in dieser Zielgruppe vergleichsweise hohe Rücklaufquoten von 61,8% (SA) bzw. 41,7% (HB) erreicht. Damit sind diese Bedarfs- und Erwartungsanalysen die größten Erhebungen ihrer Art, die bislang in Deutschland durchgeführt wurden. Die gewählte Form der Vollerhebung bei allen niedergelassenen Vertragsärzten und die guten bis sehr guten Rücklaufquoten trugen dazu bei, daß in den meisten soziodemographischen Dimensionen eine sehr gute Repräsentativität für die jeweiligen Grundgesamtheiten der Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt bzw. Bremen gegeben ist.

Die Beteiligungsquote war innerhalb einzelner Fachgruppen unterschiedlich und schwankte zwischen 20 und 75% (SA) bzw. 7 und 58% (HB). Die Vielzahl von z. T. sehr ausführlichen handschriftlichen Zusatzantworten, Kommentaren und Anmerkungen sprach ebenfalls für die gute Resonanz, welche die Befragungen gefunden haben. Die Daten wurden im Datenbankprogramm dBase aufbereitet und mit dem Statistikprogramm SPSS-PC analysiert. Auf nominale und ordinale Daten in Kreuztabellen wurde der Chi²-Test angewandt. Mittelwertvergleiche (bei anzunehmender Normalverteilung der Merkmalsausprägung von kontinuierlichen Variablen) wurden mit

dem t-Test überprüft. Bei statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit *p* von 5% bzw. 0,1% zugrundegelegt.

Ein besonderes Vorgehen wurde zur Inhaltsanalyse von Klartextangaben der Befragten zu „positiven und negativen Fortbildungserfahrungen“ gewählt. Auf der Basis der konkreten Angaben in den Erhebungsbögen wurde ein Kategorienraster entwickelt, das es erlaubte, die Angaben der Befragten systematisierten Dimensionen zuzuordnen. Zu diesem Zweck wurden von drei unabhängigen Ratern initial jeweils einhundert Angaben ausgewertet und in Kategorien zusammengefaßt. Ein abschließender Abgleich der Zuordnungen, intensive methodische Diskussionen und wiederholte Intercoder-Reliabilitäts-Überprüfungen führten schließlich zu einer einheitlichen Unterscheidung definierter Dimensionen (vgl. Kästen).

Gewohnheiten, Erfahrungen, Erwartungen und Bedarf – Die Ergebnisse

Die umfangreichen Ergebnisse zum Themenbereich „ärztliche Fortbildung“ werden im folgenden zusammengefaßt. Für Interessierte sind die vollständigen Berichte verfügbar (6, 7).⁵⁾

Fortbildungsgewohnheiten

Die Analyse bisheriger *Informationsquellen zur medizinischen Fortbildung* (vgl. Abb. 1) zeigte,

⁵⁾ Die Berichte sind in der wissenschaftlichen Reihe des AQUA – Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen als „AQUA-Materialien“ (Band III bzw. Band IV) erschienen und können dort oder über den Buchhandel angefordert werden (ISBN: 3-9805177-3-X bzw. ISBN: 3-9805177-4-8, vgl. auch Literaturverzeichnis). Hier werden auf 96 bzw. 134 Seiten zahlreiche weitere inhaltliche und methodische Details dargestellt.

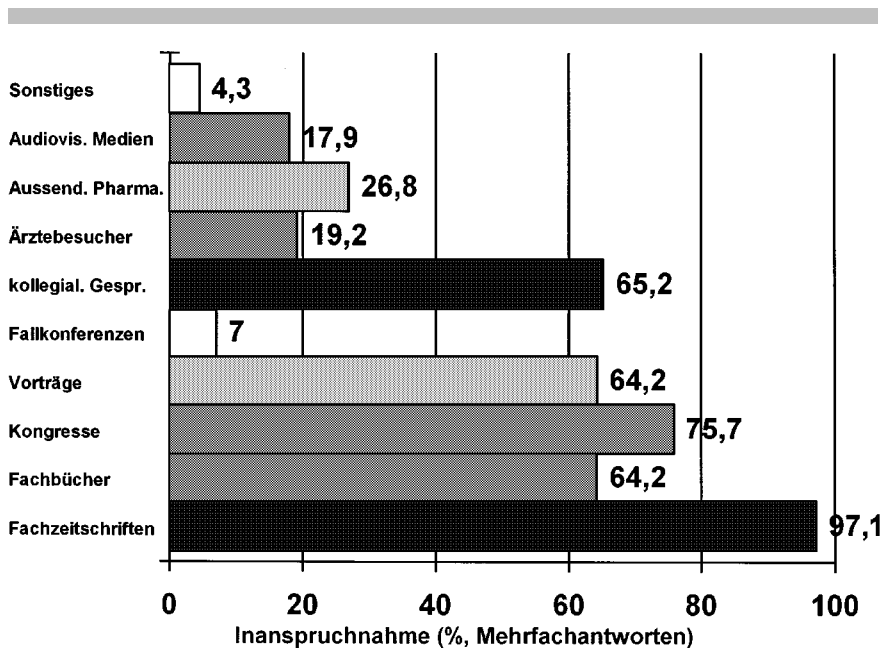


Abb. 1. Informationsquellen zur medizinischen Fortbildung⁶⁾ (n = 1927 von 1940 Befragten in Sachsen-Anhalt).

⁶⁾ Zur besseren Übersicht werden in Abbildung 1 nur die Ergebnisse aus Sachsen-Anhalt dargestellt. Die entsprechenden Ergebnisse aus Bremen werden im Text angegeben.

⁴⁾ Es wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis zum 01.11. 1996 (SA) bzw. 01.11. 1995 (HB) eingegangen waren. Obwohl die Befürchtung bestehen könnte, aufgrund der Angaben zu Fachgruppe und Person reidentifiziert werden zu können, haben lediglich 3,3% (SA) bzw. 3% (HB) der Antwortenden die Fragen zur Person nicht oder lückenhaft beantwortet.

daß das von 97,1% [HB: 95%]⁷⁾ der Befragten genutzte Selbststudium von Fachzeitschriften und der Besuch von Kongreßveranstaltungen (75,7%) [76,4%] als Informationsquellen bevorzugt wurden. Fachbücher sowie traditionelle Vortragsveranstaltungen wurden von je 64,2% [78,2 bzw. 77,1%] der Befragten als Informationsquellen angegeben. Der interkollegiale Erfahrungsaustausch, der auch in Qualitätszirkeln eine wichtige Rolle spielt, wurde von 65,2% [57,8%] der Befragten als Informationsquelle genannt. Fallkonferenzen, die eine dem Qualitätszirkel ähnliche Arbeitsform darstellen, werden hingegen nur von 7% [20,1%] genutzt. Nach eigenen Angaben wendeten die Befragten in Sachsen-Anhalt durchschnittlich 4,66 [HB: 4,37, Unterschied: $p < 0,05$] Stunden in der Woche für ihre Fortbildung auf. Fortbildungsveranstaltungen wurden im Durchschnitt 13,3 [18,3] mal im Jahr, d. h. etwa alle vier [drei] Wochen einmal, besucht. Lediglich 38,3% [56,5%] der Befragten gaben eigene Erfahrungen mit ärztlicher Fortbildung in Kleingruppen an: Unter den verschiedenen Formen standen mit 16,4% [8,5%] ärztliche Arbeitskreise zu allgemeinen, d. h. nicht fachgruppenspezifischen Themen – z. B. Arbeitskreise zur Praxis-EDV – in Sachsen-Anhalt an der Spitze. Es folgten fachärztliche Arbeitskreise (14,8%) [28,5%] und Balint-Gruppen (7,4%) [24,2%]. Je mehr eigene Erfahrungen mit der Arbeit in Kleingruppen bestanden, desto ausgeprägter waren die Absichten, an einem Qualitätszirkel teilzunehmen (SA: $p < 0,001$, HB: $p < 0,05$). Etwa zwei Drittel (68,5%) [66,5%] der Befragten mit Kleingruppenerfahrung waren zur Mitarbeit in einem Qualitätszirkel entschlossen. Unter

⁷⁾ Soweit nicht anders angegeben, werden im Text zunächst die Ergebnisse aus Sachsen-Anhalt genannt, die [in eckigen Klammern] eingefassten Zahlen beziehen sich auf die Bedarfs- und Erwartungsanalyse in Bremen.

den Befragten ohne Kleingruppenerfahrungen beabsichtigten hingegen nur etwas mehr als die Hälfte (52,5%) [ein Drittel, 37,4%] an einem Qualitätszirkel teilzunehmen. 1326 [283] Befragte (68,4%) [60,0%] nahmen an *regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen* teil. 306 [143] Befragte (15,8%) [30,3%] hatten *selbst schon Fortbildungsveranstaltungen organisiert*.

Durch Standardisierung der befragungsinternen Verteilungen erstens der wöchentlichen Fortbildungszeit und zweitens der Intensität des Veranstaltungsbesuches wurde ein Indikator erzeugt, mit dem sich ein 'selbststudiumsorientierter' und ein 'veranstaltungsorientierter' Fortbildungstyp unterscheiden ließen. Wir fanden hierbei deutliche Unterschiede in der Verteilung dieser Fortbildungstypen in den unterschiedlichen (Fach-)Arztgruppen. So gehörten z. B. nur 18,8% der Nervenärzte, jedoch 66,7% der Augenärzte und 52,6% der spezialistischen Internisten in Bremen zum 'selbststudiumsorientierten' Fortbildungstyp. Umgekehrt waren 48,1% der Nervenärzte, aber nur 5,6% der Augenärzte in Bremen ausgeprägt 'veranstaltungsorientiert'.⁸⁾

Von besonderer Bedeutung war hierbei der Befund, daß die Absicht, an einem Qualitätszirkel teilzunehmen, signifikant höher beim fortbildungsorientierten gegenüber dem selbststudiumsorientierten Typ war (in Bremen $p < 0,05$, in Sachsen-Anhalt sogar $p < 0,001$, jeweils im Chi-Quadrat-Test).

Der *Schwerpunkt bisheriger Fortbildungsaktivitäten* lag sowohl in Bremen als auch in Sachsen-Anhalt im Bereich medizinischer Probleme im

⁸⁾ Die Nennung dieser Fachgruppen erfolgt nur beispielhaft. Selbstverständlich ist jeweils das fachspezifische Veranstaltungsangebot zu bedenken. In der Gesamtgruppe der Befragten zählen definitionsgemäß je ein Drittel zum 'selbststudiumsorientierten' und zum 'veranstaltungsorientierten' Fortbildungstyp.

engeren Sinne (Krankheiten, Diagnostik, Therapie etc.). Die Vermittlung allgemeiner ärztlicher Kompetenzen (Kommunikation, Teamarbeit, Praxismanagement) wird hingegen im Rahmen konventioneller Fortbildungsangebote kaum berücksichtigt.

Fortbildungserfahrungen

Wichtige Erkenntnisse für die weitere Entwicklung ergaben die Fragen nach den bisherigen Erfahrungen mit konventionellen Angeboten zur ärztlichen Fortbildung: „Wenn Sie auf die Gesamtheit aller Fortbildungserfahrungen, die Sie selbst gemacht haben, zurückblicken: Was fanden Sie besonders gut (bzw. besonders schlecht)?“

Für die Inhaltsanalyse von Klartextangaben der Befragten wurde ein Kategorienraster entwickelt, das es erlaubte, die Angaben der Befragten definierten Dimensionen zuzuordnen (vgl. Kasten und Abb. 2).

Inhaltsanalyse von Fortbildungserfahrungen

Die von den Befragten frei formulierten Antworten zu 'guten' und 'schlechten' Fortbildungserfahrungen wurden mit einem System inhaltlicher Kategorien bestimmten Problembereichen zugeordnet. Die Kategorien wurden so formuliert, daß einerseits die entscheidenden Problemdimensionen in der Didaktik der Fortbildung und der Veranstaltungsorganisation abgebildet werden konnten, daß zugleich aber die speziellen Erfahrungen und Hinweise der Befragten soweit wie möglich ausgeschöpft werden konnten. Codierungseinheit war das einzelne angesprochene Item, welches dann einer Dimension zugeordnet wurde.

Die einzelnen Items wurden mangels eines voraussetzbaren Kriterienschemas zunächst induktiv aus einer Analyse der ersten hundert Befragungsbögen aus Bremen von



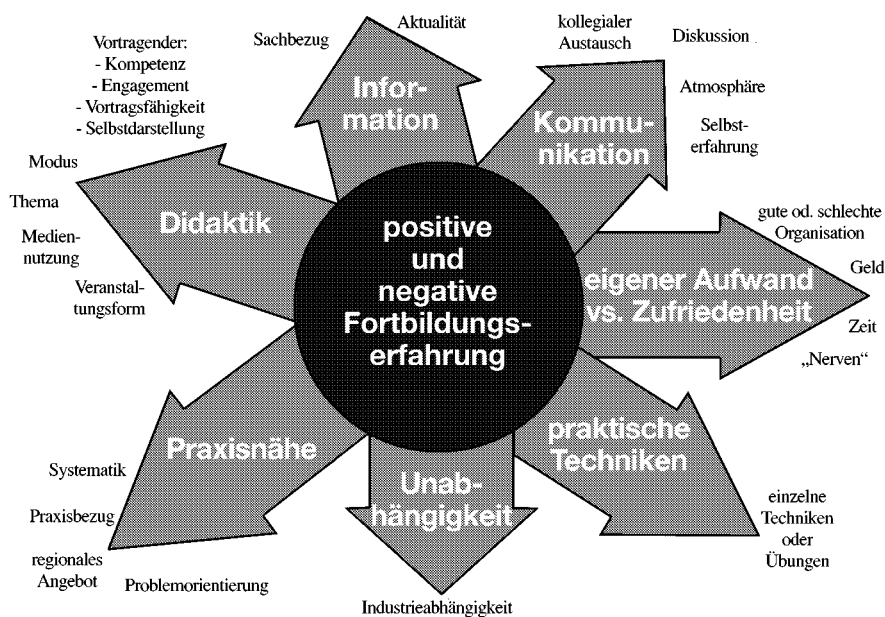


Abb. 2. Dimensionen positiver und negativer Fortbildungserfahrungen.

drei Ratern unabhängig voneinander identifiziert. Wir fanden insgesamt 31 Einzelitems⁹⁾, die teilweise einen positiven oder negativen Akzent erhalten konnten. Nach kritischer Diskussion über den Ausschöpfungsgrad der Klartextaussagen ließen sich die Items nach Dimensionen systematisieren, wobei sie in aller Regel einer Dimension vorrangig zugeordnet werden konnten, obwohl die Äußerungen häufig mehrere Dimensionen (z. B. Didaktik und Praxisnähe) gleichzeitig ansprechen. Die aus der Analyse von Fortbildungserfahrungen resultierenden Hauptdimensionen sowie einige Einzelitems sind in Abbildung 2 dargestellt.

⁹⁾ Für die Inhaltsanalyse der Befragung in Sachsen-Anhalt kamen 13 Items hinzu, weil teilweise spezifische Erfahrungen in den neuen Bundesländern zu berücksichtigen waren und teilweise Äquivokationen in den bisher identifizierten Items aufgefunden wurden. An der Zuordnung zu den Dimensionen änderte sich jedoch nichts.

Als wichtigste Dimensionen werden hier die „Didaktik“ der unterschiedlichen Fortbildungsveranstaltungen, die Übereinstimmung mit den Erwartungen der Teilnehmer an die kognitive Wissensvermittlung („Information“), die Möglichkeit (bzw. der Wunsch) nach „Kommunikation“ unter den Teilnehmern, die (gewünschte oder vermißte) „Praxisnähe“ sowie die Einschätzung des „eigenen Fortbildungsaufwands“ unterschieden. Ferner wurden zustimmende oder kritische Äußerungen zur Vermittlung „praktischer Techniken“ und zum Problem der „Interessenunabhängigkeit“ der jeweiligen Fortbildungsveranstaltung – hier insbesondere im Hinblick auf den Einfluß pharmazeutischer Unternehmen – erfaßt.

Einzelne Angaben der Befragten erschienen äquivok. So kann zum Beispiel mit dem Stichwort „Thema“ die Dimension „Didaktik“ gemeint sein (im Sinne themenorientierten Vorgehens), aber im Einzelfall auch die Dimension „Informa-

tion“ (im Sinne eines aktuellen, interessanten Themas) in Frage kommen. Ähnliches gilt für die Angabe „problemorientiertes Arbeiten“. Hier könnte sowohl die Förderung der Diskussion zwischen den Teilnehmern (Dimension: „Kommunikation“) als auch die mit einer Problemorientierung verknüpfte Dimension „Praxisnähe“ gemeint sein. Sowohl bei der Entwicklung des Kategorienschemas und der dazugehörigen Codes als auch bei der Codierung der Einzelaussagen wurde darauf geachtet, daß die Aussagen jeweils dem Item zugeordnet wurden, das in erster Linie angesprochen wurde.¹⁰⁾

Da gute und schlechte Erfahrungen zumeist unterschiedliche Pole ansonsten vergleichbarer Erwartungsdimensionen sind, wurden die beiden Fragen zu positiven und negativen Fortbildungserfahrungen im Zusammenhang analysiert. Wurde z. B. im Feld für „gute“ Erfahrungen ein überwiegend kritischer Eindruck vermittelt, so wurde dies der jeweils „negativen“ Kategorie zugeordnet¹¹⁾, und umgekehrt.

Von den Befragten, deren Angaben auswertbar waren, nannten 9,9% [5,1%] keine positiven und 27,6% [13,8%] keine negativen Erfahrungen. Die Motivation, den Stellenwert kontinuierlicher Fortbildung und damit verbundener positiver Erfahrungen zu erläutern, überwog demnach bei den Befragten deutlich. Die Übersicht in Abbildung 3 zeigt, wie sich die in Sachsen-Anhalt angegebenen positiven wie negativen Fortbildungserfahrungen

¹⁰⁾ Weitere Einzelheiten zur Codierung finden sich in den ausführlichen Ergebnisberichten (6, 7)

¹¹⁾ Wenn z. B. unter „positiven Fortbildungserfahrungen“ angegeben wurde: „wenn ein Referent akademisches Selbstdarstellungsbedürfnis vermeidet“ so ist der vorherrschende Eindruck offenbar negativ und wurde so auch codiert.

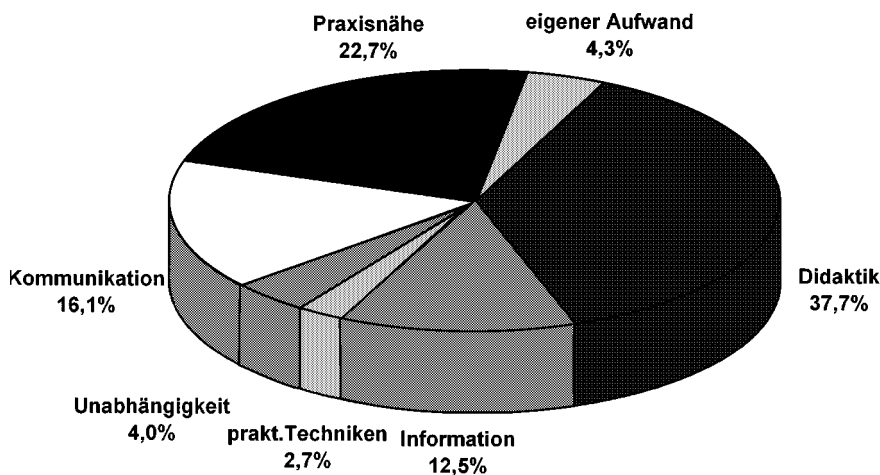


Abb. 3. Positive und negative Fortbildungserfahrungen der Befragten (n = 3516 Nennungen durch 1350 von 1940 Befragten in Sachsen-Anhalt).

auf die verschiedenen Dimensionen verteilen¹²⁾.

An der Spitze der Nennungen standen Fortbildungserfahrungen, die den Bereich der Didaktik betrafen: mehr als ein Drittel (37,7%) betrafen diese Dimension. Nächsthäufig wurden die Dimension Praxisnähe (22,7%), die interkollegiale Kommunikation (16,1%) und der kognitive Inhalt (12,5%) erwähnt.

Die von den Befragten in Sachsen-Anhalt angesprochenen Dimensionen waren mit weitgehend ähnlicher Häufigkeit auch von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Bremen genannt worden. Auffällig war jedoch, daß die Dimension „Praxisnähe“ in Sachsen-Anhalt mit 22,7% mehr als doppelt so häufig angesprochen wurde wie in Bremen (10,9%). Die Befragten in Bremen äußerten sich hingegen häufiger (47,0%) zu Fragen der Didaktik von Fortbildungsveranstaltungen als in Sachsen-Anhalt, wo diese Dimension nur von 37,7% der Befragten angesprochen wurde.

Mit Blick auf die positiven Fortbildungserfahrungen (Tabelle 2) wur-

de deutlich, daß in Sachsen-Anhalt die Praxisrelevanz einer Veranstaltung offenbar einen besonderen Stellenwert hat und am häufigsten genannt wird (13,8%).

Fast gleichauf liegt die Erfahrung eines intensiven persönlichen Austausches (2. Rang, 13,6%), der oft

mit der didaktisch als positiv erlebten Arbeit in Kleingruppen und dem auf diese Weise ermöglichten intensiven Erfahrungsaustausch zusammenhängt (3. Rang, 11,1%). Gerade diese kleingruppenbezogene Erfahrung wurde in Bremen mit Abstand am häufigsten genannt [1. Rang: 26,7%]. Außerdem zeigte sich, daß aus der Sicht der Befragten didaktisch gelungene Veranstaltungen¹³⁾, kognitive Wissensvermittlung mit unmittelbarem Sachbezug, die Gelegenheit zur intensiven Diskussion, die Vermittlung aktueller Informationen und ein problemorientiertes Vorgehen weitere Attribute guter Fortbildung sind. In Bremen wurde darüber hinaus die Themenzentrierung von Fortbildungsangeboten als positive Erfahrung hervorgehoben [10,0%].

Die Rangfolge der negativen Fortbildungserfahrungen (Tabelle 3) spiegelt zum Teil die enttäuschten Erwartungen der Befragten an gute Fortbildungsangebote wider. So ist

¹³⁾ in Bremen nicht kodiert

Tabelle 2. Positive Fortbildungserfahrungen (Nennungen durch 1334 von 1940 Befragten in Sachsen-Anhalt bzw. 315 von 472 in Bremen, Mehrfachnennungen möglich. Aufgeführt sind alle Items, die von mindestens 5% der Befragten angesprochen wurden).

Item [Dimension]	Befragte SA % (Rangplatz)	Befragte HB % (Rangplatz)
allgemeine Praxisnähe [Praxisnähe]	13,8 (1.)	9,3 (5.)
intensiver persönlicher Austausch [Kommunikation]	13,6 (2.)	14,8 (2.)
Kleingruppenarbeit und intensiver Erfahrungsaustausch [Didaktik]	11,1 (3.)	26,7 (1.)
Form der Veranstaltung positiv (ohne nähere Angaben) [Didaktik]	10,8 (4.)	
kognitive Wissensvermittlung, Sachbezug [Information]	10,2 (5.)	11,4 (3.)
intensive Diskussion [Kommunikation]	7,4 (6.)	8,1 (6.)
Aktualität der Information [Information]	6,7 (7.)	7,2 (7.)
problemorientiertes Vorgehen [Praxisnähe]	6,0 (8.)	5,7 (8.)
Person/Vortragsfähigkeit des Referenten [Didaktik]	5,8 (9.)	5,3 (9.)
interessant weil themenorientiert bzw. themenzentriert [Didaktik]		10,0 (4.)

¹²⁾ Zur besseren Übersicht werden in Abbildung 3 nur die Ergebnisse aus Sachsen-Anhalt dargestellt.



Table 3. Negative Fortbildungserfahrungen (Nennungen durch 1350 von 1940 Befragten in Sachsen-Anhalt bzw. 274 von 472 in Bremen, Mehrfachnennungen möglich. Aufgeführt sind alle Items, die von mindestens 5% der Befragten angesprochen wurden).

Item [Dimension]	Befragte SA % (Rangplatz)	Befragte HB % (Rangplatz)
Wunsch größerer Praxisnähe [Praxisnähe]	11,1 (1.)	
zu große Kongresse, unüberschaubares Angebot [Didaktik]	6,5 (2.)	11,2 (1.)
Zeitaufwand hindert [Aufwand]	6,2 (3.)	5,3 (6.)
Thematik ungünstig (alle Items) [Didaktik]	6,1 (4.)	6,8 (3.)
zu geringer Informationsgehalt [Information]	5,2 (5.)	4,7 (8.)
Person/Vortragsfähigkeit des Referenten [Didaktik]	5,2 (6.)	5,3 (6.)
mangelnde Unabhängigkeit (alle Items) [Unabhängigkeit]	5,1 (7.)	9,5 (2.)
schlechte Medienpräsentation, 'Diakurvensalat' [Didaktik]		5,7 (4.)
der eigenen Praxis zu eng verhaftet [Didaktik]		5,5 (5.)

die negative Erfahrung zu geringen Praxisbezugs, der in Sachsen-Anhalt den ersten Rangplatz belegt (11,1%), komplementär zu der auf seiten positiver Erfahrungen bereits als prioritär angegebenen allgemeinen Praxisnähe.

In Bremen wurde diesbezüglich eher eine zu enge Verhaftung mit der eigenen Praxis kritisiert. Besonders oft – vor allem in Bremen – kritisiert wurden darüber hinaus große Kongresse mit unüberschaubarem Angebot, zu hoher Zeitaufwand für Fortbildungsaktivitäten sowie ungünstige Thematik. Zu geringer Informationsgehalt der Veranstaltungen und mangelhafte Vortragfähigkeit der Referenten wurden ebenfalls moniert. Von 5,1% der Befragten in Sachsen-Anhalt [HB: 9,5%] wurde eine mangelnde Unabhängigkeit der Fortbildungsangebote von Anbieterinteressen kritisiert.

Diskussion

Ärztlicher Fortbildung wird zunehmende Beachtung geschenkt, so-

wohl was ihre 'intrinsische' Qualität betrifft, als auch was ihre Wirksamkeit zur Qualitätsförderung in der ärztlichen Praxis angeht (5). Den Motivationen, Bedürfnissen und Erfahrungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte kommt hier eine entscheidende intermediäre Bedeutung zu (1, 2). Fortbildung kann dabei nicht mehr – unabhängig von der Form der Vermittlung – allein als Repetitorium in der Vergangenheit erworbenen Wissens oder pure Vermittlung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes begriffen werden. In diesem Sinne sind die Fortbildungsteilnehmer auch nicht nur als selbst weitgehend passive 'Konsumenten' aufzufassen, denen lediglich die Auswahlmöglichkeit (bzw. -verpflichtung) im Rahmen eines a priori vorausgesetzten 'Angebots' überlassen bleibt. Boland als Initiator eines überaus erfolgreichen Fortbildungsprogramms für irische Allgemeinärzte spricht vielmehr sogar davon, daß eine durch die Fortbildungsteilnehmer empfundene 'ownership' die Voraussetzung dafür ist, daß Fortbildung überhaupt

effektiv zur Qualitätsförderung in der Praxis beitragen kann (1).

Den Bedürfnis- und Erfahrungsdimensionen niedergelassener Ärzte ist daher in den beiden Untersuchungen in Sachsen-Anhalt und Bremen – auch in einem qualitativen Studienteil – hohe Beachtung geschenkt worden.

Rein quantitativ gesehen war der Stellenwert der Fortbildung in beiden Untersuchungsgebieten mit über vier Stunden pro Woche überraschend hoch, wenn die Angaben hierzu evtl. auch nicht immer frei von Selbstüberschätzung waren. Die Befragten nutzen dabei teils selbststudiumsorientierte Fortbildungsangebote (Fachzeitschriften, Fachbücher), teils aber auch spezifische Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung. Der Anteil derer, die angeben, weniger als einmal pro Quartal eine Fortbildungsveranstaltung zu besuchen, lag in Sachsen-Anhalt unter 9% (in HB < 10%).

Welche der einleitend angesprochenen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgebieten (Facharztdichte, Geschlechterverhältnis, Angebotsbedingungen, Versorgungsstruktur) als konfundierende Variable anzusehen sind, müßte zukünftig geprüft werden.

In vielen, vor allem frei formulierten Antworten wurde auf die Schwierigkeiten hingewiesen, der Fortbildung angesichts beruflicher Belastung und entsprechender Verpflichtungen den eigentlich beabsichtigten Raum zu geben. In zahlreichen Antworten zeichnete sich jedoch auch der Schatten einer 'Motivationskrise' ab: bei einem erheblichen Teil der Befragten wurde ein Gefühl der Untergratifikation deutlich, daß sich im Hinblick auf zusätzliche Fortbildungsanstrengungen demotivierend auswirkte.

Im Bereich der Fortbildungsthematik gibt es eine Diskrepanz zwischen den absolvierten Fortbildungsthemen, die sich auf wissenschaftlich definierte medizinische Themen konzentrierten, und der gewünschten Thematik, in der 'Wis-



sen für die Praxis' bzw. Erfahrungsaustausch über das 'Know-how' akzentuiert wurden. Allerdings ergab sich auch in einer englischen Befragung von Allgemeinärzten (2) eine deutliche Differenz zwischen den Fortbildungsbedürfnissen im *Kompetenzbereich* ('skills'), bei denen patienten- bzw. beratungsorientierte Fähigkeiten die höchste Bedeutung beigemessen wurde, und solchen im *kognitiven Bereich* ('topics'), in dem eher klinische Themen interessierten.

Bei der Analyse bisheriger Fortbildungserfahrungen mit einer inhaltsanalytischen Methodik überwogen positive, die Beteiligung an Fortbildung motivierende Erfahrungen deutlich gegenüber negativen, kritisch formulierten Erfahrungen. Als motivierend wurden vor allem Erfahrungen der Praxisnähe, des interkollegialen Austauschs und einer kleingruppenorientierten Didaktik benannt. Kritisch werden demgegenüber Aspekte angemerkt, die insbesondere mangelhafte Frontalvortrags-Didaktik in wenig praxisorientierten und von den wissenschaftlichen Koryphäen des Faches bestimmten Großveranstaltungen betreffen.

Obwohl der Sinn von Kongreßvorträgen oder anderen referentenorientierten Veranstaltungen für begrenzte Fortbildungszielsetzungen nicht grundsätzlich infrage gestellt wird, richtet sich die Kritik hierbei auf häufige didaktische Defizite (ein Befragter prägte das Wort: 'Diakurvensalat') sowie gegen rein akademisch bestimmte Themenstellungen.

Leider konnten die vorgestellten Bedarfs- und Erwartungsanalysen nicht durch eine entsprechend fein differenzierte *Angebotsanalyse* ärztlicher Fortbildungsangebote flankiert werden. Diese hätte erhebliche forschungsmethodische Probleme aufgeworfen – Vorbilder liegen nicht vor. Dieser Umstand markiert einen zukünftigen Forschungsbedarf.

Nicht zuletzt angesichts der knappen, für Fortbildungszwecke ver-

fügbaren Zeit drückt sich in den Antworten der Befragten jedoch auch eine sehr kritische Gewichtung des Fortbildungsgewinns und des Anteils der Eigentätigkeit aus. Ärztliche Fortbildung wird daher insbesondere den Spagat zwischen 'Theorie' und 'Praxis' zukünftig besser als bisher lösen müssen. Dabei muß sowohl die kompetente Vermittlung aktuellen klinischen Wissens aus erster Hand (von klinischen Forschern selbst) gelingen als auch simultan der lokal verankerte Erkenntnistransfer in die Praxis. Letzterer kann an den Bedürfnissen nach praxisorientierter, fallbezogener und den Fortbildungsgewinn erfahrbar machender interkollegialer Arbeit anknüpfen.

Konsequenterweise wurde in den Bedarfs- und Erwartungsanalysen weiter nach der Einstellung zur Qualitätsförderung im allgemeinen und der konkreten Absicht, an einem Qualitätszirkel teilzunehmen gefragt (vgl. entsprechende Darstellung im zweiten Beitrag).

Schlußfolgerungen

- *Regional begrenzte Befragungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sind zweckmäßig, um die Fortbildungsbedürfnisse und -erwartungen der Ärzteschaft zu ermitteln. Abhängig vom bestehenden Fortbildungsangebot und der regionalen Fachzusammensetzung ergeben sich Planungsgrundlagen bzw. Hinweise auf Angebotsdefizite. Die so gewonnenen Erkenntnisse können vermeiden helfen, daß wertvolle Energien und Kosten in Aktivitäten, für die es keinen Bedarf und keine Akzeptanz gibt, investiert werden.*

- *Erforderlich sind gestufte – nicht völlig unverbunden nebeneinander stehende – Angebote, die vom internationalen Kongreß bis zur lokalen Anwendergruppe (die in Flächenstaaten für jeden erreichbar sein müssen) reichen.*

- *Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bewerten das zugängliche*

Fortbildungsangebot kritisch nach Maßgabe eigener Bedürfnisse und Erwartungen. Fortbildungsangebote werden dabei nur bedingt nach der wissenschaftlichen 'Erkenntnishöhe' bewertet. Explizit akademischer Wissenstransfer wird vielmehr im Hinblick auf die Realitätsnähe der Fragestellung und das Ausmaß der Praxisorientierung von Empfehlungen beurteilt.

- *Die Motivation zur Teilnahme ist bei den Befragten hoch; Zweck und Nutzen sind akzeptiert, allerdings werden die vertragsärztlichen Arbeitsbedingungen von einem nicht geringen Teil als demotivierend empfunden.*

- *Am deutlichsten wird der Mangel wahrgenommen, in regional zugänglichen Fortbildungsangeboten Umsetzungslösungen für die eigene Praxis zu erarbeiten. Die 'Theorie-Praxis-Lücke' in der Fortbildung erscheint einstweilen wichtiger als die umgekehrte 'Praxis-Theorie-Lücke'.*

- *Expliziter Bedarf besteht nach Angeboten, die gleichzeitig den interkollegialen Austausch durch die Aktivierung der Teilnehmer fördern, praxisorientierte Themen behandeln, und die außer einem Erkenntnisgewinn auch einen Kompetenzzuwachs ermöglichen (Veranstaltungstypus 'Workshop').*

- *Insbesondere Qualitätszirkel als die in Deutschland gebräuchlichste Form einer anwenderorientierten Umsetzung von Fortbildungsinhalten werden überwiegend begrüßt und gewünscht (s. Folgebeitrag).*

Abstract

Continuing medical education in the view of ambulatory care physicians – a survey of wants and needs in Bremen and Saxony-Anhalt

- Research question: To study the habits of ambulatory care physicians in CME, and to investigate the motivating and negative experiences with different types of CME in Germany.



• **Methods/setting:** Survey with a five-page questionnaire posted to all ambulatory care physicians in the German states of Saxony-Anhalt (n = 3139) and Bremen (n = 1131).

• **Results:** Response rates were 61.8% in Saxony-Anhalt and 41.7% in Bremen. 2412 questionnaires were available in this largest survey on that topic in Germany. Mean time devoted to CME was 4.6 hours per week, the respondents participated on the average at 14 CME-events per year. A content analysis was made to investigate positive and negative experiences. Practice orientation and personal exchange in small groups was appraised; criticism was mostly directed towards the efficiency and effectiveness of CME at large events (e.g. congresses).

• **Conclusions and suggestions:** Regionally performed surveys are able to guide the planning of CME about habits, wants and needs of the target group and may increase the attendance as well as the involvement. Motivating as well as critical experiences of the participants should be regarded more rigorously in the planning. Consideration can increase the quality and the impact of CME. This applies the more, when certification of the quality of CME and of individual CME-efforts are planned. This article will be followed in one of the next issues by a second from the same survey focusing on the attitudes of ambulatory care physicians towards quality improvement and their intentions to join quality circles (peer review groups).

Key words: continuing medical education, ambulatory care physicians, needs, wants, habits, content analysis

Wir möchten an dieser Stelle allen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Bremen und Sachsen-Anhalt danken, die bereit waren, den umfangreichen Erhebungsbogen auszufüllen und auf diese Weise die Bedarfs- und Erwartungsanalysen erst ermöglicht haben. Für Ihre Unterstützung danken wir darüber hinaus den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bremen und Sachsen-Anhalt sowie der Ärztekammer Bremen.

Literatur

1. Boland M (1996) Wants and needs in continuing medical education. *Allmän-Medicin – Swedish Journal of General Practice* 17:16–18, Supplement 18
2. Branthwaite A, Ross A, Henshaw A, Davie C (1988) Continuing Education for General Practitioners. London: The Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 38
3. Bundesärztekammer (1993) 'Fortbildungskonzept 1993' der Bundesärztekammer. Empfehlungen für 'gute' ärztliche Fortbildung. *Dt Arztebl* 90: B969–B970
4. Bundesärztekammer (1997) (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. *Dt Arztebl* 94: A2354–A2363
5. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B (1996) Einfluß der Fortbildung auf ärztliches Handeln. Ein systematischer Überblick über die Auswirkungen medizinischer Fortbildungsmaßnahmen. *Z ärztl Fortbild* 90: 371–381
6. Gerlach FM, Beyer M (1996) Qualitätssicherung in der Praxis – Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

in Bremen und Bremerhaven. Göttingen: AQUA-Materialien, Band III

7. Gerlach FM, Beyer M (1997) Qualitätssicherung in der Praxis – Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt. Göttingen: AQUA-Materialien, Band IV
8. Ollenschläger G, Engelbrecht J (1993) Vorschläge zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildung anhand von Standard-Kriterien. *Z ärztl Fortbild* 87: 681–686
9. Ollenschläger G, Thust W, Pfeiffer A, Engelbrecht J, Birker T, Ratschko KW (1995) Das Fortbildungsverhalten der deutschen Ärzteschaft – dargestellt am Beispiel der Schleswig-Holstein-Studie. *Z ärztl Fortbild* 89: 75–80
10. Renschler HE (1992) Methoden für professionelles Weiterlernen. Ergebnis orientierender Umfragen bei Ärzten. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 81: 1574–1585
11. Renschler HE (1995) Systematik des problemorientierten, fallbezogenen, praxisgebundenen, professionellen Weiterlernens. *Z ärztl Fortbild* 89: 392–396
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
13. von Reis O, Bott U, Sawicki PT (1999) Evaluation ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen in innerer Medizin. *arzt-telegramm* o Jg(3): 33–34

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Arbeitsbereich Qualitätssicherung, Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, D - 30623 Hannover

Nephrologisches Jahresgespräch 1998

Die Ergebnisse von Nieren-Lebendspenden sind mit einer mittleren Funktionszeit von 20 Jahren beträchtlich besser als die von verstorbenen Spendern. Darüber berichtet Professor Dr. Kirste (Freiburg) in der jetzt erschienenen Publikation Nephrologisches Jahresgespräch 1998, in der die Vorträge des Symposiums zusammengefaßt sind. Auf insgesamt 70 Seiten wird über die Nierentransplantation, Komplikationen der

chronischen Dialyse und neue Behandlungsmöglichkeiten sowie technische Neuerungen bei Nierenersatzverfahren berichtet. Außerdem wird die Arbeit des Bernd Tersteegen-Preisträgers 1998, Prof. D. Kriz (Heidelberg) über die Ursachen für die Progression von glomerulären Erkrankungen vorgestellt. Der Symposiums-Band kann kostenlos angefordert werden bei:

Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e. V. (Postfach 132304, 42050 Wuppertal, Fax 0202/2484560)



Berthold, H. (Hrsg.): *Klinikleitfaden Arzneimitteltherapie*

1243 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen. Gustav Fischer, Lübeck u. a. 1999. 78,00 DM. ISBN 3-437-41150-0.

Die kürzlich vorgelegte „Arzneimitteltherapie“ ergänzt die von G. Fischer herausgegebene Taschenbuchreihe zu den verschiedensten Teilgebieten der Medizin. An der Erstellung der Manuskripte waren zahlreiche Ärzte beteiligt, unter ihnen auch klinische Pharmakologen. Das Buch vermittelt in 17 Abschnitten die Grundlagen der medikamentösen Therapie, wobei die ersten drei Abschnitte den Grundlagen gewidmet wurden und ein zusätzlicher Abschnitt am Ende des Buches der Infektionsprophylaxe einschließlich den Impfungen. In diesen einleitenden Abschnitten werden zahlreiche Informationen zum Umgang mit Arzneimitteln, u. a. der Meldung von unerwünschten Wirkungen, aber auch zur Pharmakokinetik und -genetik sowie zur Behandlung während der Schwangerschaft und Stillperiode, zur Abhängigkeit und zum Doping gegeben. Nachfolgend werden die medikamentöse Therapie von kardiovaskulären, pulmonalen, gastroenterologischen, metabolischen, endokrinen, rheumatologischen, onkologisch-hämatologischen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie die Behandlung mit Analgetika, Diuretika, Antikoagulantien und Thrombolytika, Immunsuppressiva, Antibiotika und Chemotherapeutika abgehandelt. Ein Handels- und Freinamen-Register sowie ein Index beschließen den Band. Die Abschnitte 3 bis 17 sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut: Grundlagen, nicht-medikamentöse Therapie, Zusammenfassung der angewendeten Arzneistoffe, besondere Therapiesituationen und sog. Pharmaprofile, unter denen die Arzneimittel teilweise sehr eingehend beschrieben werden (Kinetik, Dosierung, UAW, Indikationen, Kontraindikationen, Interaktionen, vermeidbare Fehler bei der Anwendung). – Insgesamt gesehen stellt das sehr umfassende Taschenbuch eine

Bestandsaufnahme der derzeit geübten medikamentösen Therapie dar, ohne jedoch immer die Kriterien der „evidence based medicine“ zu berücksichtigen. Auch die aktualisierten Stufenschemata der chronischen Herzinsuffizienz und der Hypertonie wurden nicht berücksichtigt. Verschiedenen Empfehlungen in dem Buch ist nicht ohne weiteres zu folgen, so z. B. der Darstellung des therapeutischen Wertes von Nifedipin (S. 247) und Prazosin (S. 264), ACC und Bromhexin (S. 332), Butylscopolamin (S. 406), α -Liponsäure (S. 517), Orlistat (S. 530/1), Biphosphonaten (S. 617), Pyritinol und Ginkgo (S. 845/6). Die Antikoagulation mit Kumارين bis zu einem INR-Wert von 4,5 auszuweiten, ist wegen der unerwünschten Wirkungen nicht mehr zu folgen, allenfalls sind Werte zwischen 3,5 und 4,0 anzustreben. Die Darstellungen zum Rauchen und Nikotin sind nicht in allen Punkten korrekt (z. B. erhöhte Theophyllintoxizität durch Zigaretten- und nicht durch Nikotinentzug, S. 178; nikotinbedingte Vasokonstriktion (?) kann Insulinabsorption nach s. c. Gabe verlangsamen, S. 179). Die Behauptung, daß das Rauchen während der Therapie mit Nikotinersatzprodukten gänzlich eingestellt werden muß, ist falsch (S. 179). Es ist durchaus möglich, den täglichen Zigarettenkonsum durch Nikotinersatzprodukte zu vermindern! Trotz dieser angeführten Korrekturwünsche liegt mit diesem Buch ein praxisrelevantes Werk vor, welches die bereits vorhandenen Titel ergänzt. Sicherlich ist es ein Nachschlagewerk für die Praxis, dem an zahlreichen Stellen auch eine kritische Darstellung zugute kommt (z. B. AT₁-Blockern bei chronischer Herzinsuffizienz, S. 198, Antihypotonika, S. 274; Venenpharmaka, S. 282), die aber an zahlreichen anderen Punkten nicht durchgehalten wird. Damit ist das vorliegende Werk weniger als Taschenbuch für die Kitteltasche, aber als Nachschlagewerk in der klinischen und sicher auch ambulanten Praxis zu empfehlen. Die beiden Register stellen eine wertvolle Ergänzung des Werkes dar. Wer die inzwischen umfangreiche Medizin-Reihe des Fischer-Verlages nutzt, wird sich auch dieses Werk zulegen. K.-O. Haustein, Erfurt/Jena

Ratgeber – Allergien

mehr darüber wissen, weniger darunter leiden

Mit diesem Ratgeber möchte das UCB Allergie-Institut, das sich der Erforschung von Allergien und ihrer Behandlung verschrieben hat, allen Allergie-Patienten und ihren Familien helfen, sich über das Wesen dieser Erkrankung zu informieren. Der Erfolg einer Allergie-Behandlung hängt ganz wesentlich

von einem umfassenden Verständnis der Krankheit und ihren Behandlungsmöglichkeiten ab. Genauere und fallbezogene Auskünfte kann nur der Allergologe geben.

Die Broschüre (60 Seiten) kann kostenlos angefordert werden bei:
UCB Pharma GmbH, Zyrtec-Service,
Hüttenstraße 205,
50170 Kerpen-Sindorf

