

Leserbriefe

Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden
Tel./Fax 0351/2687896

Herrn
Prof. Dr. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für Fort- und Weiterbildung
Schützenhöhe 16

01099 Dresden

Dresden, den 28.5.03

Hochgeschätzter, lieber Herr Kollege Bach, in der vorigen Woche und bis jetzt war ich mit meinen Gedanken oft bei Ihnen. Dies ergab sich aus Ihrem Beitrag „Entschließung zur Rezerifizierung in der ärztlichen Fortbildung“ (Ärztblatt Sachsen 5/2003, S. 164). Er hat mich bewogen, das Problemfeld „Qualität der medizinischen Betreuung und ärztlichen Fortbildung“ für mich wieder einmal zu bedenken. Natürlich sind wir völlig übereinstimmend gegen staatlichen Dirigismus – was ja wohl ein über das Notwendige hinausgehendes, allumfassendes staatliches Bestimmen meint –, dürfen aber die Realitäten auch nicht beschönigen. Die durch Sie bekannt gegebene Resolution hält zutreffend unter 4. fest, dass die Fragen nach der angemessenen Nutzung der Fortbildungsangebote durch die Ärzte und deren Umsetzung in Kompetenzerhöhung im Einzelfall schwer zu beantworten sei. Den Argumenten für eine vernünftige und fachbezogene wirksame Fortbildung kann man aber einiges entgegenhalten:

- die Überzeugung vom hohen Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens relativiert sich, wenn man das Gutachten des Sachverständigenrates „Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen“ und eigene Beobachtungen im Verwandten- und Bekanntenkreis entgegenhält,
- die Feststellungen zum Ärzteimage in der Bevölkerung, wie sie der Artikel von Prof. Dr. Donsbach in unserem Ärzteblatt ausgesagt hat, – der Annahme einer intensiven Nutzung der gewiss „in unübersehbarer Fülle Tag für Tag angeboten(en)“ Fortbildungsveranstaltungen sowohl seitens der Ärztekammer wie auch durch Fachgesellschaften, Kliniken, Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmaindustrie und spezielle Bildungseinrichtungen die Frage nach der Beweiskraft von Zahlen und nach dem Problem des Verhältnisses von Quantität und Qualität der Fortbildungsveranstaltungen. Es ist eben m. E. keineswegs so einfach-überzeugend, wie es unter 6. in der Resolution heißt: „Wenn jährlich tausende von Fortbildungsangeboten nutzbar sind und entsprechend vieltausende Nutzer registriert werden, muss naturgemäß ein Effekt erwartet werden dürfen“.

In beeindruckender Beharrlichkeit wird hingewiesen auf „die inzwischen bundesweit eingeführten Fortbildungszertifikate, die einen demonstrablen Ausweis für Fortbildungsbestrebungen der Ärzteschaft darstellen“. Dazu habe ich mich schon früher geäußert und jetzt mit großem Interesse den neuerlichen Appell des Ärztlichen Geschäftsführers, Dr. S. Herzog, zur Kenntnis genommen. Dieser hat abermals den enttäuschend geringen Erwerb des Fortbildungszertifikates – 1999 – 2002 bei ca. 17.000 Ärzten 718 Zertifikate, d. h. etwa 4 %! – mit lebhaftem Bedauern festgestellt und erfreulich-amerkenenswerterweise zugleich hinterfragt, wobei er die Freiwilligkeit, die Gebührenerhebung und die Unerheblichkeit bzw. Folgenlosigkeit des Zertifikaterwerbes erörtert.

Nun möchte ich ja nicht nur die Haltung und Verlautbarungen der maßgeblichen Vertreter der – in diesem Fall Sächsischen Landesärztekammer angehen oder gar bemerken, sondern mich der damit verbundenen Frage nach guter – weil erfolgreicher – ärztlicher Fortbildung zuwenden. Zunächst: „Entscheidend ist, inwieweit der Patient davon profitiert, dass seine Ärztin oder sein Arzt sich fortbildet. Fortbildung ist also kein Selbstzweck. Sie dient primär nicht dem, der sich fortbildet, oder dem, der fortbildet. Das Ergebnis der Fortbildungsbemühungen soll einer sorgfältigen Berufsausübung dienen.“ (J.-D. Hoppe: Fortbildung mit Qualität, Münch. med. Wschr. 143 (2001), CME-Sonderheft S. 1). So dann: „Fortbildung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Inhalte einerseits dem subjektiv empfundenen Bedürfnis des Arztes entsprechen, also praxisrelevant sind, und andererseits objektive Wissens- und Handlungsdefizite aufgreifen und sie in einen für die Patientenversorgung relevanten Kontext zu setzen vermögen“ (H. Eckel u. P. C. Scriba: Von „continuing medical education“ zu „continuing professional development“, Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 721) und auf frühere Rückfrage meinerseits „Eine Fortbildungsveranstaltung ist dann gut, wenn sie inhaltlich kompetent auf den Handlungsrahmen des Fortzubildenden abgestimmt geeignet ist, die Versorgungsleistung durch den Arzt zu verbessern“ (Brief von P. C. Scriba vom 27.4.2001).

Insofern wäre manche Kritik an Vorträgen – auch des fachübergreifenden Fortbildungssemesters der Ärztekammer – anzubringen.

Ein anderes Beispiel erlebte ich bei einer durchweg äußerst prominent besetzten Ganztagsveranstaltung einer Pharmafirma, bei welcher mich u. a. ein außerordentlich inhaltsreicher Vortrag besonders interessierte, den der Moderator sehr zutreffend als „Parforceritt“ charakterisierte. Leider gab es davon aber weder das vorgesehene „Handout“ noch – trotz dreimaliger schriftlicher Bitte – eine Kurztantwort auf die simple Frage nach Literaturangaben zu

einem dabei abgehandelten, mich besonders interessierenden speziellen Sachverhalt. Dies ist – jedenfalls für mich – auch kein konstruktiv wirksamer Fortbildungsbeitrag.

Leider zeigen viele Beispiele bei den landläufigen Fortbildungsveranstaltungen, jedenfalls nach meiner Erfahrung, dass „Wissen“ nicht gleichbedeutet mit „Können“ ist und „dass der überwiegende Teil ärztlicher Fortbildung auf eine Vermehrung von Wissen und nicht etwa auf die Erhöhung von praktischer Handlungskompetenz ausgerichtet ist. Es konnte noch nicht nachgewiesen werden, dass die Anwesenheit bei traditionellen Fortbildungsvorträgen eine Verbesserung in der Praxis bewirkt“. (J. Szecsenyi u. F. M. Gerlach: „Wissen versus Handeln – Qualitätszirkelarbeit unterscheidet sich von der traditionellen Fortbildung“ Zschr. ärztl. Fortb. 89 (1995), 439-440). Naturgemäß gilt dies eben auch für das Fortbildungszertifikat! Jedenfalls ist „Die Herausforderung der Zukunft besteht nur, wer sich mit Wissen wappnet“ (H. S. Füeßl: „Immer am Ball durch CME“, Münch. med. Wschr. 143 (2001), CME-Sonderheft S. 1) nur die eine – zwar notwendige, aber keineswegs ausreichende – Seite erfolgreich-wirksamer Fortbildung. „Fortbildung ist erst erfolgreich, wenn die (Be-)Handlungskompetenz des Arztes verbessert wird und nicht schon, wenn lediglich ein Wissenszuwachs nachweisbar sein sollte. Darum kann auch nicht verwundern, wenn die einschlägige Fortbildungsliteratur alles in allem der als Frontalvorlesung gestalteten Fortbildungsveranstaltung geringere Effizienz bescheinigt als einer interaktiv angelegten, bei der eben auch die Einbeziehung des erworbenen Wissens in das Handlungsrepertoire des Arztes konkret erprobt werden kann. Fraglich ist allerdings, ob sich alle Fortbildungsthemen für eine solche Herangehensweise eignen.“ (J. Neuser: „Grundbedingungen in der Erfolgskontrolle in der ärztlichen Fortbildung“, Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 759 – 762). So auch: „Aus einer Frontalveranstaltung, bei der die Teilnehmer sich nicht beteiligen werden und die sich nicht am Lernbedarf orientiert, wird sich nur sehr schwer ein Nutzen für die Versorgung der Patienten ergeben“ (P. C. Scriba: „Gute ärztliche Fortbildung – in Deutschland – zu selten!“, Dtsch. med. Wschr. 126 (2001), 385). Insofern ist sehr zu begrüßen, dass „Durch die unterschiedliche Bewertung der Veranstaltungsarten soll besonders die Fortbildung gefördert werden, die die aktive, problemorientierte Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers vorsieht“ (H. Eckel u. J. Engelbrecht: „Zertifizierte Fortbildung in Deutschland – das freiwillige Fortbildungszertifikat der Ärztekammern“ Dtsch. med. Wschr. 128 (2003), 757 – 758).

Dies führt naturgemäß zu einem hohen Stellenwert problemorientierter Fallbesprechungen, ob

man sie nun als eine wegweisende Variante der Arbeit von Qualitätszirkeln ansieht oder wie verschiedene andere Gruppengestaltungen von den bestimmten Kriterien entsprechenden Qualitätszirkeln unterscheidet. Jedenfalls bieten sie zweifellos einzigartige Chancen, die insbesondere über die Möglichkeiten konventioneller Fortbildung hinausgehen. Von daher wird auch verständlich, dass der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem – wegen der „Fortbildungs-Schelte“ von maßgeblichen Vertretern auch der Sächsischen Landesärztekammer leider ohne Anflug selbstkritischer Gedanken gerügten – Sondergutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dem interkollegialen Erfahrungsaustausch mit konkreter Hilfestellung für die Praxis Priorität einräumt und problem- bzw. fallorientierten Vorgehensweisen in Qualitätszirkeln gefördert sehen möchte (Kurzfassung Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, S. 78). „Als Anreize wirken insbesondere Zugänglichkeit, Praxisrelevanz, Unabhängigkeit und Qualität sowie geringe Kosten der Fortbildungsangebote selbst“ (ebendort S. 52/3).

Wenn man daraufhin das in der Beilage – sog. Grüne Seiten – des „Ärztblatt Sachsen“ veröffentlichte Fortbildungsangebot durchsieht, muss man nüchtern feststellen, dass im Zeitraum September 2001 – Juli 2003 nur zwischen 30 % – 45 % der Angebote Fallseminare sind; es sind dies ziemlich regelmäßig abgesehen von unseren eigenen Erfahrungsaustauschen und Problemseminaren hauptsächlich interdisziplinäre Schmerzkonferenzen, Qualitätszirkel Homöopathie und gynäkologisch-pathologische Konferenzen sowie die fallbezogene internistische Stationsvisite im St. Georg-Klinikum Leipzig und die neurologisch-psychiatrische Falldiskussion im Sächsischen Krankenhaus Hubertusburg. Freilich ist dies eben nur ein Teil des Gesamtangebotes, denn beispielsweise die Qualitätszirkel i. e. S. werden von der Kassenärztlichen Vereinigung etabliert und betreut, ohne dass sie im Angebot der Landesärztekammer erscheinen.

Die Gedanken und Gesichtspunkte zu einer guten – weil auch möglicherweise wirksamen – Fortbildung sind nur ein kleiner, aber wesentlicher ja am Ende womöglich entscheidender Punkt auf dem weiteren Feld „Qualitätsmanagement/Qualitätsförderung/Qualitätssicherung“. Dieses hat sich ja zu einem eigenen Wissenschafts- und Aktionsgebiet entfaltet mit einer Flut von Literatur und entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen sowie zeit- und kostenintensiven Evaluations- und Zertifizierungsmaßnahmen. Natürlich kann und will ich mich in diesem Zusammenhang nicht weiter darauf fortbewegen, möchte aber gern festhalten, dass wohl ganz zu Recht das bereits erwähnte Sondergutachten es für wichtig hält, „die bishe-

rigen Erfahrungen mit qualitätssichernden Verfahren kritisch zu überprüfen“, wobei „es insbesondere auch um die Frage (geht), ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt und wie qualitätssichernde Verfahren zielgerichtet umgesetzt werden können, um tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu leisten“ (a. a. O. S. 58). Sie selbst, lieber Herr Kollege Bach, haben bei Einführung des Kurses „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ in der Ihnen eigenen Offenheit und Trefflichkeit geäußert: „Im Grund geht es dabei gar nicht so sehr um die Bewertung direkter ärztlicher Leistungen ... sondern um eine Methodologie der Qualitätsbewertung auch, aber nicht ausschließlich unter wirtschaftlichen Aspekten“ (Ärztblatt Sachsen 5/1998, Grüne Seiten S.10). Übrigens würde mich bei dieser Gelegenheit außerordentlich interessieren, welche Erfahrungen mit der Durchführung dieses – gerade jetzt in Neuaufgabe angekündigten – Kurses gemacht wurden! Nun muss ich zum Schluss kommen und danke Ihnen, lieber Herr Bach, für die Geduld der Lektüre bis hierher. Mein Kernanliegen bringt besonders trefflich eine Sentenz zum Ausdruck, welche ich bei einem Mumenthaler-Vortrag aufgeschnappt habe:

Tell me something and I'll forget it, show me and I'll remember, involve me and I'll learn (Benjamin Franklin).

Damit sei es nun genug, aber dazu kommen herzliche kollegiale Grüße von Ihrem Detlef Müller

Herrn Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller Heideflügel 3

01324 Dresden

Ihr Schreiben vom 28. Mai 2003

Lieber, sehr geehrter Herr Müller, ich beeile mich, Ihren Brief vom 28. Mai 2003 zu beantworten. Erstens, weil ich damit meine Sympathie Ihnen und Ihrem Anliegen gegenüber zum Ausdruck bringen will und weil die von Ihnen aufgeworfenen Fragen bzw. charakterisierten Probleme mich bewegen.

Ich bitte Sie, alle die Argumentationen um die Fortbildung wie die Qualitätssicherung speziell um unser Zertifikat auch auf dem berufspolitischen Hintergrund zu sehen, dass zurzeit von der Politik aus durchschaubaren Gründen eine Kultur des Misstrauens den Ärzten gegenüber gepflegt wird und Eingriffe in die Standespolitik erwogen und zum Teil schon beschlossen wurden, die die Rolle des Arztes in die eines gegängelten Medizinische-Leistungen-Verwal-

ters verändern wollen. Dies betrifft die Budgetdeckelungen, die Eingriffe in die Facharztstrukturen (z. B. Hausarztprinzip), die Leistungseinschränkungen und schließlich auch die Fortbildung. Unser hilflos erscheinendes Bemühen mit den Fortbildungszertifikaten ist zunächst einmal der Versuch, ärztlich-berufsständische Aktivität gegen staatlichen Dirigismus (bis zur regelmäßigen Wiederholung von Facharztprüfungen) zu setzen und die Ärzte zu animieren, selbst etwas zu tun, ehe mit ihnen etwas getan wird. Ich füge hier gleich ein, dass die von Ihnen aufgeführten Zahlen zwar stimmen – man kann aber auch eine andere Interpretation wählen gleichsam eine freundlichere Beleuchtung einschalten:

von den apostrophierten 17000 Ärzten stehen etwas 5000 nicht mehr im Berufsleben, ein großer Teil der in Ausbildung stehenden Ärzte sind nicht die originäre Zielpopulation – weil sie ja einem Ausbildungsplan folgen müssen, den die Weiterbildungsordnung vorschreibt und schließlich hatten wir seit 1999 – 2002 eine Modell- und Einführungsphase. Erst der Ärztetag in Köln Ende Mai diesen Jahres hat die Modellphase für nunmehr beendet erklärt. Wenn Sie nun noch hinzunehmen, dass neben den inzwischen 750 Zertifikaten, die vergeben werden konnten, etwa – genau ist das nicht erfassbar – 1500 Kolleginnen und Kollegen sich um Punkte für das Zertifikat bemühen, dann sieht die Bilanz plötzlich freundlicher aus.

Es liegen inzwischen Erfahrungsberichte aus Kanada, Neuseeland und anderen Ländern vor, die erwiesen haben, dass der Versuch, aller 5 Jahre Facharztprüfungen zu wiederholen, im unbezahlbaren bürokratischen Chaos enden würde, weswegen die Versuche aufgegeben wurden. Die Tragik der gegenwärtigen Gesundheitspolitik in Deutschland scheint zu sein, dass fehlende fachliche Kompetenz durch eine gewisse Arroganz ersetzt wird, die wir hier im Osten eigentlich mit ausgesprochener Idiosynkrasie erleben bzw. erleben müssen. (Beispiel der fehlenden Klasse die Tabaksteuer von 1 EUR, die nun relativiert wird, weil befürchtet wird (man lasse es sich auf der Zunge zergehen), die Leute könnten erschreckt den Nikotinkonsum reduzieren).

Meine Argumentation in dem von Ihnen zitierten Beitrag war, dass der Arzt aus vielen vernünftigen Gründen was für seine Fortbildung tun muss: aus ethischen Erwägungen, aus dem Interesse, dass Patienten ihn als kompetent registrieren und weiter frequentieren (denn die Patienten in Mitteleuropa wissen wohl einen guten Arzt von einem Pfuscher zu unterscheiden), aus legitimer Furcht vor juristischen Konsequenzen und weil er sich dem Fortschritt verpflichtet fühlt.

Im Grunde ist es für mich nicht einsehbar, warum ein Kollege, der sich z. B. Mittwoch für

Mittwoch abends zum fachübergreifenden Fortbildungssemester bewegt, nicht auch Handlungsanweisungen mit nach Hause nehmen sollte, die er in der Praxis umsetzt, egal ob der Referent eloquent-überzeugend ist oder etwas linkischer in seiner Darstellung.

Das eigentliche Problem der ärztlichen Kompetenz neben Wissen und Fertigkeiten, nämlich sozialkommunikative Fähigkeiten, eine vom kulturellen Hintergrund geprägte bürgerliche Geisteshaltung, entzieht sich unserer Erfassung völlig. Hier kann nur der Patient durch seine Arztwahl entscheiden.

Wie versuchen wir, den Nutzen der Fortbildungsveranstaltungen zu erhöhen? Indem wir viele Veranstaltungen von den Teilnehmern evaluieren lassen (oft nutzen diese Möglichkeit nur wenige), indem wir bzw. andere Anbieter interaktive Angebote (Workshops – Gruppenarbeit – Fallkonferenzen, Üben an Puppen in der Notfallmedizin u. v. a. m.) machen. Der viel geschmähte Frontalvortrag bleibt aber trotzdem ein wichtiges Mittel, aktuelle Informationen an den Mann zu bringen. Völlig unklar ist heute noch, in welchem Umfang der Zugang zum Internet und die da auffindbaren weltweiteren Informationen Einfluss auf die ärztliche Kompetenz-erhöhung haben.

Lieber Herr Müller, unser Themenbereich, auf den wir uns in diesem Briefwechsel eingelassen haben, ist ein schillernd-vielfältiger. Im Grunde kann jeder Einzelne an seiner Stelle nur versuchen, sein Bestes zu tun. Ich glaube, dass es im Grunde auch geschieht, denn der Mensch ist – hofft man doch – auf das Vernünftig-gute hin angelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Prof. i. R. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3
01324 Dresden
Tel./Fax 0351/2687996

Herrn
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Postfach 10 04 65

01074 Dresden

Dresden, den 14.6.03

Sehr geehrter, lieber Herr Bach,
Ihre Reaktionsgeschwindigkeit und der Umfang Ihres Schreibens haben mich verblüfft, und so danke ich Ihnen herzlich für Ihre Rückäußerung

vom 11.6.03. In Fortsetzung unseres Meinungsaustausches möchte ich gern folgende Bemerkungen machen:

Natürgemäß hat der berufspolitische Hintergrund unserer Bemühungen für mich einen hinter die fachliche Seite der Fortbildung zurücktretenden Stellenwert, aber beides konkurriert ja auch nicht miteinander, sondern ergänzt sich notwendigerweise.

Was Sie zu den Zahlen im Zusammenhang mit dem Zertifikat zu bedenken geben, hat mich äußerst interessiert und halte ich für sehr wichtig; ich denke, dass es auch keineswegs eine Sache der Interpretation und Beleuchtung, sondern eine Frage des Umganges mit Fakten ist. Es ist leider wieder ein eindrucksvolles Beispiel dafür, dass ungenaue Informationen oder Halbwahrheiten wie allenthalben sonst zu Missverständnissen und Fehlannahmen führen. Die so ungenau-irreführende Argumentationsbasis der Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer ist für mich unverständlich-ärgerlich, zumal sie eben für das berufspolitische Anliegen m. E. ganz „kontraproduktiv“ im wahrsten Sinn des Wortes ist!! Nun frage ich mich und Sie, auf wie viele Ärzte – nach Abzug der nicht mehr und noch nicht berufstätigen, eigentlich nicht angezielten – beziehen sich letztendlich konkret die 750 vergebenen Zertifikate (die darum sich noch Bemühenden würde ich, weil zu unsicher, zunächst ausklammern)??

Die Wiederholung der Facharztprüfung halte auch ich für zu aufwendig und nicht zweckdienlich.

Fortgebildet werden können tatsächlich nur Wissen und Fertigkeiten, nicht aber sozialkommunikative Fähigkeiten und ärztliche Haltung; freilich ist diesbezüglich der Zug bereits mit der Aufnahme des Medizinstudiums weitgehend – jedenfalls hinsichtlich einer späteren Tätigkeit nicht in der theoretischen, sondern eben in der praktischen Medizin – abgefahren.

Zweifellos kann auf den sog. Frontalvortrag nicht grundsätzlich verzichtet werden, weil sich vieles Wissen nur so und nicht interaktiv-seminaristisch vermitteln lässt. Der Frontalvortrag müsste aber nicht nur fachlich-inhaltlich, sondern auch didaktisch gut – d. h. nicht zu überladen und mit Thesen/Merksätzen/Zusammenfassungen („Handouts“) gestützt – sein, was ich leider auch bei prominenten Dauer-Vortragsreisenden immer wieder vermisse (Beispiele verfügbar). Es fragt sich m. E. nachdrücklich, ob wirklich – wenn schon nicht immer, so doch wenigstens meistens – das Beste getan wird.

Der besondere Stellenwert von krankenzugehörigen problemorientierten Seminaren sollte stärker deutlich gemacht und gefördert werden.

Zum Schluss gilt jedenfalls: Der Mensch lebt von der Hoffnung; diese ist aber leider ziemlich oft trügerisch! So sollen und wollen wir auch glauben, dass der Mensch auf das Vernünftig-

tige/Gute hin angelegt ist; zugleich zeigt uns aber leider die Alltagserfahrung in der Welt, wie in der eigenen Seele, dass er dieser Anlage/Bestimmung viel zu wenig – so gut wie nicht? – gerecht wird. Geben wir trotzdem die Hoffnung nicht auf!

Damit genug für diesmal, dazu stets kollegial-herzliche Grüße
von Ihrem
Detlef Müller

Herrn
Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller
Heideflügel 3

01324 Dresden

Ihr Schreiben vom 14. Juni 2003

Lieber Herr Kollege Müller,
lassen Sie mich auf Ihr neuerliches Schreiben nur insofern reagieren, dass ich Ihnen mitteile, welche Kollegen bisher unser Zertifikat erworben haben.

Es sind mit dem Tag genau 897 Ärzte.
Nach Facharztbereichen aufgeschlüsselt entfallen (Angabe der ersten fünf der Rangreihe):

- Allgemeinmedizin 25,90 %
- Innere Medizin 18,80 %
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe 6,68 %
- HNO-Heilkunde 5,71 %
- Chirurgie 5,71 %

Mit 70,1 % stehen niedergelassene Kollegen im Vordergrund, die ja auch sicher mehr auf Außenangebote von Fortbildung angewiesen sind, als Kollegen in klinischen Betrieben.

Insofern ist eine wichtige Zielpopulation natürlich der niedergelassene Kollege bzw. der sonstige als ausgebildeter Facharzt tätige Mediziner.

Herzlichen Dank für Ihr großes und förderliches Interesse!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung