



# Information

## INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

in Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 2/2005

vom 12. April 2005

Berufsbegleitende Fortbildung gehört zweifellos zum traditionellen Selbstverständnis der Ärzte- und Zahnärzteschaft. Nur über das Medium der Fortbildung lässt sich die große Dynamik, mit der sich das medizinische bzw. zahnmedizinische Wissen verändert, im Zuge der praktischen Berufsausübung nachhalten und die Erkenntnisse auf den jeweils gegebenen aktuellen Stand bringen. Von daher ist es wenig erstaunlich, dass sowohl seitens von Sachverständigengremien als auch seitens der Öffentlichkeit die Forderung immer wieder erhoben wird, ein Mehr an Transparenz und Qualitätsabschätzung auf dem vielfältigen Gebiet des ärztlichen/zahnärztlichen Fortbildungsgeschehens herzustellen.

Die vorliegende bundesweite Erhebung mit dem Titel

### **Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie –**

versteht sich als eine Bestandsaufnahme zu Art, Umfang und Bewertung von Fortbildungsaktivitäten aus dem Blickwinkel der praktischen Berufsausübung des niedergelassenen Zahnarztes. Als Bezugszeitraum für die schriftliche Befragung einer systematischen Zufallsstichprobe von über 1.000 zahnärztlichen Praxisinhabern wurde das 1. Halbjahr 2004 zugrunde gelegt; eine Reihe von allgemeinen Bewertungsfragen nach "guter" und "schlechter" Fortbildung einschließlich der subjektiven Motivationsstrukturen schloss sich den erfragten Inanspruchnahmемustern zahnärztlicher Fortbildungsangebote an.

Insgesamt zeigt sich, dass die Zahnärzteschaft offenbar in sehr breitem Maße Fortbildungsaktivitäten betreibt und sowohl Angebote der Zahnärztekammern (einschließlich zugeordneter Fortbildungsinstitute) wie auch die anderer Fortbildungsangebote intensiv nutzt. Auch wird deutlich, dass die befragten Zahnärzte sehr dezidierte bzw. klare Vorstellungen darüber haben, wie aus ihrer subjektiven Nutzersicht Fortbildungsangebote nach Thematik und didaktischer Struktur aussehen sollten.

Die vorliegende Studie wurde von der Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) als Eigenforschung durchgeführt. Die Autoren sind Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/Köln, Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis/Köln und Prof. Dr. med. dent. Winfried Walther/Karlsruhe.

Weitere Exemplare der IDZ-Information Nr. 2/2005 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Eine Downloadversion des Textes finden Sie unter: [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

## **Abstract**

Continuing education undoubtedly is part of the traditional self-understanding of the medical and dental profession. It is only by the medium of continuing education that the tremendous rate of new knowledge in medical and dental sciences can be kept pace with and can be put into the practice routine. Thus it is not surprising that both – expert boards and the public – claim greater transparency and more information on the quality with respect to the wide field of continuing professional development.

The purpose of the present survey entitled

### **Continuing education of dentists: Participation and assessment – Results of a nation-wide survey –**

was to explore the different forms, the amount and the assessment of continuing education activities seen under the aspects of dentists working in free practice.

The reference period for the questionnaire sent to a systematic random sample of more than 1.000 dental practice-owners were the first six months of 2004. The questionnaire dealt amongst others with the topics general assessment of “good” or “bad” continuing education, personal motives for and the different patterns of utilisation of continuing education.

The results show that dentists are engaged in continuing education activities to a very high degree; they intensively take part in continuing education organised by the Dental Chambers (including their relevant institutes), scientific societies and other institutions. Furthermore it becomes apparent that dentists – seen from their subjective point of view as users - have clear and explicit wishes and expectations regarding the topics and the didactic structure of the continuing education offered.

The present study was carried out by the Agency for Quality in Dentistry (zzq) and the Institute of German Dentists (IDZ). The authors of the IDZ-Information are: Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/Cologne, Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis/Cologne and Prof. Dr. med. dent. Winfried Walther/Karlsruhe.

Additional copies of the IDZ-Information No. 2/2005 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version see under [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de).

# Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie –

Barbara Bergmann-Krauss/Köln, Wolfgang Micheelis/Köln,  
Winfried Walther/Karlsruhe

## Gliederungsübersicht

<b>1</b>	<b>Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Studiendesign/Methode/Ausschöpfung .....</b>	<b>6</b>
2.1	Grundsätzliches .....	6
2.2	Ziehungsprozeduren .....	6
2.3	Entwicklung der Erhebungsinstrumente.....	7
2.4	Feldarbeit/Ausschöpfung .....	7
2.5	Methodische Validierungsprobleme .....	10
<b>3</b>	<b>Muster der Inanspruchnahme.....</b>	<b>10</b>
3.1	Umfang der Fortbildungsaktivitäten im 1. Halbjahr 2004 .....	11
3.2	Veranstaltungen.....	13
3.2.1	Häufigkeit/Formen.....	13
3.2.2	Träger/Formate .....	15
3.2.3	Fortbildungsthemen .....	18
3.2.4	Bedeutung der Fortbildung für das Praxisteam.....	19
3.3	Selbststudium .....	20
3.4	Fortbildungskosten.....	20
<b>4</b>	<b>Erwartungen, Erfahrungen, Nutzenbewertungen.....</b>	<b>22</b>
4.1	Erfahrungen mit „guter“ und „schlechter“ Fortbildung .....	22
4.2	Motivation zur Fortbildungsteilnahme .....	25
4.3	Subjektive Nutzenbilanzen.....	27
<b>5</b>	<b>Einstellungen zu aktuellen Fortbildungstendenzen .....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Schlussbemerkungen.....</b>	<b>33</b>
6.1	Bewertung der Ergebnisse.....	33
6.2	Vergleich der Ergebnisse von EFO-Z mit anderen Studien zum Fortbildungsverhalten .....	35
6.3	Ausblick .....	36
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>37</b>

## 1 Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund

Berufsbegleitende Fortbildung gehört zweifellos zum traditionellen Selbstverständnis der ärztlichen/zahnärztlichen Berufsausübung. Insbesondere in den letzten Jahren hat sich aber durch die große Verbreitung der Gedankenwelt und Prinzipien der Evidence-based Medicine (EbM) im internationalen Maßstab (vgl. Sackett et al., 1998; Clarkson et al., 2003; Walther und Micheelis, 2003) und durch die Aufnahme einer so genannten "Pflicht zur fachlichen Fortbildung" (§ 95d im SGB V) durch den deut-

schen Gesetzgeber im Zuge aktueller Neuregelungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung eine erhebliche Aufmerksamkeitssteigerung auf das gesamte Gebiet der ärztlichen/zahnärztlichen Fortbildung ergeben. Dabei darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass bereits der so genannte Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Jahresgutachten von 1988 u. a. Qualitätsmängel der ärztlichen Fortbildung beklagte und Übersichten bzw. Erhebungen über die faktischen Fortbildungsaktivitäten von Ärztinnen und Ärzten nach Art, Umfang und Erfolg zuschreibung anmahnte (vgl. SVR, 1988). Und in den SVR-Gutachten von 2000/2001 zum Spezialthema "Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege" wurde diese Kritik an der Intransparenz des ärztlichen Fortbildungsgeschehens nicht nur wiederholt, sondern mit einer Reihe von Kritikpunkten vertieft unterlegt, so beispielsweise im Hinblick auf eine unzureichende Praxisrelevanz, mangelnde Neutralität, unklare Evidenz oder auch Vernachlässigung des Trainings interpersoneller Kompetenzen (vgl. SVR, 2001).

Im Grunde genommen scheinen sich aus soziologischer Sicht hier zwei große Entwicklungstrends zu kreuzen und sich gegenseitig zu verstärken, nämlich auf der einen Seite fachpolitische Trends in der Wissensproduktion und Wissensbewertung medizinischer Gegebenheiten und auf der anderen Seite gesundheitspolitische Trends in dem Bemühen um eine öffentlich regulierte Qualitätssicherung medizinischer/zahnmedizinischer Dienstleistungen. Völlig offen bleibt dabei allerdings noch der Ausgang bzw. die langfristigen Effekte dieser neuen Fortbildungsdebatten auf das professionelle Selbstverständnis der ärztlichen Berufsausübung, sowohl Professionalisierungsschübe als auch Auflösungstendenzen der ärztlichen Autonomie scheinen hier berufssoziologisch durchaus möglich (vgl. Vogd, 2002). Insbesondere die Vehemenz, mit der sowohl im internationalen Raum als auch mittlerweile in Deutschland die Berücksichtigung von Prinzipien der evidenz-basierten Medizin für die ärztlichen/zahnärztlichen Entscheidungsprozesse in der alltäglichen Patientenversorgung eingefordert wird, dürfte langfristig erhebliche Veränderungen im ärztlichen Berufsverständnis auslösen. Die hier entscheidende Frage wird sein, inwieweit es der Ärzteschaft/Zahnärzteschaft als Freier Beruf gelingt, externes Wissen (aus Studien) mit der eigenen klinischen Erfahrung so in Einklang zu bringen, dass die fachliche Autonomie der praktischen Berufsausübung erhalten bleibt.

Die zahnärztliche Fortbildung zeigt strukturell einige Unterschiede gegenüber der ärztlichen Fortbildung, die vor allem damit zusammenhängen, dass die pharmazeutische Industrie naturgemäß nicht den Stellenwert im zahnärztlichen Arbeitssystem inne hat wie bei der Ärzteschaft. Insofern hat die Fortbildung bei Zahnärzten einen insgesamt geringeren Prägungsgrad durch Dritte, wenn auch selbstverständlich die Dentalindustrie in ihren Einflüssen hier keineswegs übersehen werden sollte. Darüber hinaus ist die zahnärztliche Fortbildung stärker nach Tätigkeitsbereichen strukturiert und deutlich synoptisch angelegt; praktische Übungsteile haben dabei einen sehr viel höheren Stellenwert als in der ärztlichen Fortbildung. Auch gibt es im Bereich der Zahnmedizin keine mögliche Aufspaltung von Fortbildungsangeboten und Fortbildungsaktivitäten zwischen "ambulanten" und "stationären" Formen, da die Zahnärzteschaft fast ausschließlich in freier Praxis ihrer Berufsausübung nachgeht (vgl. Brecht et al., 2004).

Bundesweite Erhebungen zur zahnärztlichen Fortbildung oder genauer, zum Fortbildungsverhalten der Zahnärzte in Deutschland, wurden bisher nicht durchgeführt, wenn auch regionale Erhebungen durchaus in der Literatur berichtet werden, so bei-

spielsweise die beiden gut dokumentierten Umfragen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern aus den Jahren 2000 und 2004 (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2002 und 2004). Diese Wissensdefizite über das zahnärztliche Fortbildungsgeschehen im repräsentativen Maßstab haben aber keineswegs verhindert, dass eine Vielzahl von Klischees und Mutmaßungen über dieses Themenfeld in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit kursieren, wobei vor allem immer wieder eine beträchtliche Schieflage in der Beteiligung von Zahnärzten an Fortbildungsaktivitäten behauptet wird.

Die vorliegende Studie zur Evaluation der zahnärztlichen Fortbildungsaktivitäten (**Kurztitel: EFO-Z**) sollte dieses Forschungsdesiderat beheben und im Sinne einer Bestandsaufnahme die Erfahrungen, Einstellungen und Nutzenbewertungen bei einem repräsentativen Querschnitt der niedergelassenen Zahnärzte in Deutschland abbilden. Der Fokus sollte hierbei auch auf die Fortbildungsfrequenzen, Kostenaufwendungen und nachgesuchten Trägerschaften gelenkt werden, wobei ein klar definierter Bezugszeitraum (1. Halbjahr 2004) gewählt wurde. Alle anderen Fragen zur Nutzungsbewertung, zu den Nutzungserwartungen und zu den Motivationen für die Fortbildungsaktivitäten wurden hingegen in generalisierter Form abgefragt, also ohne eine Eingrenzung auf einen bestimmten Zeitraum.

Um den definitorischen Rahmen zum Fortbildungsbegriff für die EFO-Z-Studie einheitlich zu setzen, wurden folgende Vorgaben als Begriffsanker gewählt:

1. Zur Definition von Fortbildung: Unter Fortbildung sollte die Aneignung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausfüllung der zahnärztlichen Berufstätigkeit durch Selbststudium oder den Besuch von Veranstaltungen verstanden werden.
2. Unter Fortbildungsveranstaltungen sollten hier alle Unterrichtsformen verstanden werden, gleichgültig ob es sich um Kongresse, Fachvorträge, Seminare, Kurse oder um Formen des systematischen kollegialen Erfahrungsaustausches in Form von Qualitätszirkeln, Study Groups, Hospitationen oder Falldemonstrationen handelt.
3. Es sollte nach der persönlichen Teilnahme und den persönlichen Erfahrungen mit fachlicher Fortbildung gefragt werden. Ausgeschlossen für diese Befragung sollten alle Veranstaltungen und/oder Informationsangebote zur Abrechnung GOZ, Bema oder Bema-Umstrukturierung sein.

Aufgrund der vorauslaufenden Projektplanung konnte die EFO-Z-Studie erst im 2. Halbjahr 2004 ins Feld gehen (vgl. hierzu auch Kap. 2). Entsprechend bezog sich der Beobachtungszeitraum für die Fortbildungsaktivitäten im Fragebogen auf das 1. Halbjahr 2004 hinsichtlich getätigter bzw. nicht getätigter Fortbildungsaktivitäten des gezogenen Stichprobenkollektivs. Dieser Zeitraum fällt aber mit dem Zeitpunkt des GMG-Regelwerkes zusammen, in dem u. a. der deutsche Gesetzgeber eine "Fortbildungspflicht" für die Vertragszahnärzteschaft verbindlich implementiert hat. Insofern ist davon auszugehen, dass das Fortbildungsverhalten, aber auch die Fortbildungseinstellungen sowohl faktisch als auch antizipatorisch von dieser Gesetzesinitiative geprägt sein könnten (vgl. hierzu auch Kap. 2).

## 2 Studiendesign/Methode/Ausschöpfung

### 2.1 Grundsätzliches

Grundsätzlich hat sich die Methodenauswahl und die Entscheidung für ein bestimmtes Studiendesign an den gewählten Forschungszielen auszurichten. Vor dem Hintergrund des hier gewählten Studienziels, nämlich eine empirische Bestandsaufnahme zu den Einstellungen, Erfahrungen und Nutzenerwartungen zum Gesamtkomplex zahnärztlicher Fortbildungsaktivitäten in Deutschland durchzuführen, erschien es angezeigt, eine bundesweite Querschnittserhebung unter niedergelassenen Zahnärzten in Gang zu setzen. Dieser Erhebungstypus wurde vor allem deswegen favorisiert, um quantitative Verteilungsbilder zu ausgewählten Merkmalen wie beispielsweise nach Art und Umfang von zahnärztlichen Fortbildungsaktivitäten zu erhalten, die repräsentative Rückschlüsse auf entsprechende Häufigkeitsverteilungen der Grundgesamtheit aller Zahnärzte erlauben. Mit dieser Designentscheidung war naturgemäß aber auch gleichzeitig die Entscheidung getroffen worden, den Erkenntnisschwerpunkt der EFO-Z-Studie auf die Ermittlung von zahlenmäßigen Größenordnungen zu legen und motivanalytischen Betrachtungen (beispielsweise zu den subjektiven Nutzungsmotiven und Hintergründen der zahnärztlichen Fortbildungsaktivitäten) erst in zweiter Linie einen methodischen Standort im Erhebungsdesign zu geben.

### 2.2 Ziehungsprozeduren

Als Grundgesamtheit für die Erhebung wurden alle Vertragszahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland in niedergelassener Praxis (Praxisinhaber) mit Adressstand 29.06.2004 definiert. Dabei konnte auf das Zahnärztere register der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)/Köln zurückgegriffen werden, das Updates im monatlichen Rhythmus zur Adresspflege sicherstellt und alle KZV-Bereiche in allen Teilen Deutschlands vollständig erfasst. Aus diesem Adressenbestand von  $N = 53.706$  Zahnärzten (in eigener Praxis mit Kassenzulassung) wurden nach dem Prinzip einer zweistufigen Zufallswahl zunächst alle Adressen nach KZV-Bereichen alphabetisch geordnet und in einem zweiten Schritt per Zufall jeweils 3 % des KZV-bezogenen Adressbestandes gezogen<sup>1</sup>. Der entscheidende methodische Vorteil in diesem zweistufigen Ziehungsverfahren ist darin zu sehen, dass Adressen aus kleineren KZV-Bereichen die gleiche Ziehungschance erhalten wie Adressen aus größeren KZV-Bereichen. Insgesamt konnte eine Bruttostichprobe von  $n_b = 1.630$  Zieladressen durch dieses Vorgehen gezogen werden. Diese 1.630 Adressen bildeten damit den Ausgangspunkt der empirischen Erhebungsarbeit von EFO-Z.

Von den 1.630 Zieladressen erwiesen sich insgesamt  $n = 7$  als postalisch nicht zu stellbar und weitere  $n = 7$  Adressen mussten als Ausfälle wegen Krankheit und Tod oder Praxisaufgabe deklariert werden. Damit reduzierte sich der Stichprobenansatz auf eine bereinigte Fassung von insgesamt  $n_{bb} = 1.616$  Zieladressen.

---

<sup>1</sup> Wir bedanken uns an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich bei der KZBV-Statistikabteilung für die tatkräftige Unterstützung bei der Ziehung der Bruttostichprobe.

## 2.3 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Sowohl aus Kostengründen als auch aufgrund guter Forschungserfahrungen des IDZ mit schriftlichen Erhebungsformen bei der Berufsgruppe der Zahnärzte (vgl. Schneller, Micheelis und Mittermeier, 1998; Schneller, Micheelis und Hendriks, 2001; Meyer et al., 2001) wurde die EFO-Z-Studie als schriftliche Befragung konzipiert, wobei ein durchgängig strukturierter Fragebogen mit vorwiegend geschlossenen, aber auch teilweise offenen Fragen zum Einsatz kam.

Die Fragebogengestaltung erfolgte zunächst auf der Grundlage einer Ideensammlung zu den interessierenden Themenkomplexen „Inanspruchnahmestruktur – Erfahrungen – Nutzenbewertungen – Nutzenerwartungen“, aus der sich ein Katalog von insgesamt 30 Fragekonzepten ergab; zusätzlich wurde die IDZ-Standarddemographie zu Alter, Geschlecht, Praxisgröße, Scheinzahl, Praxisorganisationsform usw. als "Statistik-Teil" angefügt.

Dieser Fragebogenrohentwurf wurde im Frühjahr 2004 bei insgesamt 15 Zahnärzten einem Pretest unterzogen und im Hinblick auf seine Verständlichkeit, Vollständigkeit der gewählten Antwortvorgaben und seiner zeitlichen Länge abgeprüft. Auf der Basis der Pretestergebnisse wurden einige Fragekonzepte überarbeitet, die Filterführungen im Fragebogen verbessert und insgesamt drei Fragen ersatzlos gestrichen, um eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro Fragebogen von maximal 20 Minuten nicht zu überschreiten.

Der endgültige Fragebogen von EFO-Z enthielt insgesamt 27 Fragen, wovon drei Fragen als vollständig offene Fragen (also ohne jede Antwortvorgabe) gestellt wurden; die Soziodemographie umfasste insgesamt sieben zusätzliche Fragen zur eigenen Person bzw. zu den Praxisbesonderheiten.

In seiner Endkonzeption gliederte sich der EFO-Z-Fragebogen in drei große Themenblöcke:

**Block A:** Charakteristika von realisierten Fortbildungsaktivitäten im 1. Halbjahr 2004 einschließlich aufgewendeter Kosten in Euro;

**Block B:** Veranstaltungserfahrungen ganz allgemein im subjektiven Bewertungsurteil einschließlich Bewertungskriterien und gezogener Erfolgsbilanz;

**Block C:** Einzelfragen zum "Freiwilligen Fortbildungsnachweis", zur Fortbildungsdokumentation und zu Veranstaltungsserien.

Auf der Deckseite des Fragebogens war u. a. auch eine definitorische Bestimmung der Schlüsselbegriffe "Fortbildung", "Fortbildungsveranstaltungen" und "fachliche Fortbildung" eingearbeitet worden.

## 2.4 Feldarbeit/Ausschöpfung

Die Feldarbeit wurde am 06.09.2004 aufgenommen, also unmittelbar nach Ende der Sommerferien in Deutschland, und erstreckte sich einschließlich von zwei Recallstufen bis zum 15.11.2004. Im Erstversand konnte eine Rücklaufquote von  $n_1 = 503$  Fragebögen (= 31,2 %) erreicht werden, in der ersten Recallstufe wurden zu-

sätzlich  $n_2 = 351$  Fragebögen (= 21,7 %) realisiert und in der zweiten Recallstufe  $n_3 = 173$  Fragebögen (= 10,7 %). Insgesamt wurde eine Nettoausschöpfung von  $n = 1.027$  vollständig ausgefüllter Fragebögen erreicht, was einer Ausschöpfungsquote von 63,6 % entspricht.

Dieser Wert von knapp 64 % ist gemessen an sonstigen Erfahrungen der empirischen Sozialforschung als zweifellos gut einzustufen (vgl. Scheuch, 1974; Schnell, 1997; Atteslander, 2003; Schneekloth und Leven, 2003). Dennoch bleibt natürlich die Frage bestehen, inwieweit die erzielte Nettostichprobe zum Projekt EFO-Z als repräsentativ für die obige Grundgesamtheit aller Vertragszahnärzte in eigener Praxis eingestuft werden kann. Immerhin wurden von rund 36 % aller Stichprobenteilnehmer keine Informationen erzeugt. Eine vergleichende Betrachtung der soziodemographischen Struktur zwischen der realisierten Stichprobe und der entsprechenden Grundgesamtheit im Sinne einer Nettovalidierung lässt erkennen, dass im Hinblick auf so wichtige Einflussgrößen wie Geschlecht (vgl. Tab. 1), Praxisform (vgl. Tab. 2), Altersgruppen (vgl. Tab. 3) und regionalem Kammer- bzw. KZV-Bereich (vgl. Tab. 4) keine durchgängig großen Abweichungen festgestellt werden können, wenn auch in der EFO-Z-Stichprobe der mittlere Altersbereich etwas mehr auf die jüngeren Altersjahrgänge ausgerichtet ist und vor allem im Hinblick auf die Praxisorganisationsform der Anteil von Zahnärzten in einer Gemeinschaftspraxis deutlich überproportional in der EFO-Z-Stichprobe erhöht ist. Im Hinblick auf das Merkmal Geschlecht und Kammer- bzw. KZV-Zugehörigkeit ist die statistische Übereinstimmung hingegen außerordentlich hoch. Mit Blick auf die statistischen Abweichungen zur Praxisorganisationsform (Einzelpraxis versus Gemeinschaftspraxis) war es allerdings erforderlich, die Datenpräsentationen zu EFO-Z bei den verschiedenen Ergebnisauswertungen durch Separatzählungen in der Stichprobe zu kontrollieren (vgl. hierzu Kap. 3 und 4), um mögliche Confounderwirkungen aufzudecken.

Tabelle 1: Geschlechterverteilung		
Geschlecht	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 1.027	N = 53.706
	%	%
Männlich.....	64,8	63,3
Weiblich.....	35,2	36,7
Summe.....	100,0	100,0

Tabelle 2: Verteilung nach Praxisform		
Praxisformen	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 1.027	N = 53.706
	%	%
Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft.....	69,0	82,8
Gemeinschaftspraxis.....	31,0	17,2
Summe.....	100,0	100,0



<b>Tabelle 3: Altersverteilung</b>		
Altersgruppen	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 1.027	N = 53.706
	%	%
Unter 35 Jahre .....	8,8	8,2
35 bis unter 45 Jahre .....	40,0	36,1
45 bis unter 55 Jahre .....	34,5	34,0
55 bis unter 65 Jahre .....	15,7	20,1
65 Jahre und älter .....	1,0	1,6
Summe.....	100,0	100,0

<b>Tabelle 4: Verteilung nach Kammer- bzw. KZV-Bereichen</b>		
Kammer- bzw. KZV-Bereiche	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 1.027	N = 53.706
	%	%
Baden-Württemberg .....	11,1	12,3
Bayern.....	15,9	14,8
Berlin .....	5,2	5,5
Brandenburg .....	2,9	3,1
Bremen.....	1,1	0,8
Hamburg .....	2,7	2,6
Hessen.....	8,4	7,7
Mecklenburg-Vorpommern.....	2,4	2,4
Niedersachsen .....	9,4	9,8
Nordrhein .....	10,8	10,8
Rheinland-Pfalz.....	4,2	4,0
Saarland.....	1,0	1,0
Sachsen .....	7,0	6,1
Sachsen-Anhalt.....	2,9	3,3
Schleswig-Holstein.....	3,5	3,5
Thüringen .....	3,4	3,5
Westfalen-Lippe .....	8,1	8,8
Summe.....	100,0	100,0

## 2.5 Methodische Validierungsprobleme

Selbstverständlich bietet ein soziodemographischer Strukturabgleich im Sinne einer Nettovalidierung der realisierten Stichprobe in Spiegelung der entsprechenden Grundgesamtheit keine vollständige Sicherheit gegenüber möglichen Verzerrungseffekten durch Stichprobenausfälle bzw. Teilnahmeverweigerungen. Andererseits weiß man aus der sozialwissenschaftlichen Methodenforschung, dass die Gruppe der "Verweigerer" (refusals) keineswegs (!) eine homogene und konstante Gruppe darstellt, die regelhaft ein konträres Informationsbild zur Teilnehmerstichprobe abgeben würde (vgl. Schnell, Hill und Esser, 1999). Entsprechend wird man auch bei der hier zu diskutierenden EFO-Z-Studie nicht davon auszugehen brauchen, dass das Ergebnismaterial durch den refusal-Anteil in besonderem Maße verzerrt wäre. Sowohl aus der hohen Ausschöpfung, aus Plausibilitätsüberprüfungen im Datenmaterial selbst, aus dem soziodemographischen Strukturausgleich als auch aus grundlegenden Methodenerkenntnissen heraus ist u. E. damit jedenfalls nicht zu rechnen.

Auf ein für die Ergebnisreichweite des Datenmaterials verwandtes Problem muss allerdings zusätzlich hingewiesen werden, nämlich das Problem der "sozialen Erwünschtheit". Die Abgabe sozial erwünschter Antworten – hier also eine Beschönigung des Antwortverhaltens der Zahnärzte hinsichtlich ihrer eigenen Fortbildungsaktivitäten im beruflichen Umfeld – ist selbstverständlich im Einzelfall nicht auszuschließen. Andererseits schafft gerade die schriftliche Befragungsform ein besonderes Maß an Anonymität (vgl. Atteslander, 2003), so dass situationale soziale Erwünschtheiten beispielsweise durch Einflüsse eines konkreten Interviewpartners hier wohl wegfallen dürften; und auch die wiederholte Versicherung einer völlig anonymen Auswertung des Datenmaterials durch den Projektträger dürfte hier kognitiv entlastend gewirkt haben. Wenn überhaupt, dann dürfte das Problem einer Anpassung des Antwortverhaltens an das gewählte Befragungsthema eher in einer – wenn man so will – strukturellen sozialen Erwünschtheit liegen. Immerhin hat der Gesetzgeber die Ärzte- und Zahnärzteschaft im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes – GMG von 2003 – mit einer "Pflichtfortbildung" belegt, die mit Sanktionsmitteln überprüft werden soll. Vor dem Hintergrund dieser speziellen Neuerung im deutschen Gesundheitssystem ist jedenfalls mutmaßlich davon auszugehen, dass auch in der EFO-Z-Befragung entsprechende Verhaltenseffekte zu den Fortbildungsaktivitäten ihren Niederschlag gefunden haben könnten. Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisdaten wird man diesen spezifischen Einflussfaktor nicht aus dem Auge verlieren dürfen.

## 3 Muster der Inanspruchnahme

Den Schwerpunkt des Themenblocks "Charakteristika von realisierten Fortbildungsaktivitäten" bildete die Erhebung der Inanspruchnahme von Fortbildungsveranstaltungen sowie der hierfür aufgewendeten Mittel. Ferner wurde evaluiert, welche Formen des Selbststudiums die Teilnehmer im Beobachtungszeitraum ausgeübt hatten. Der entsprechende Teil des Fragebogens weist zehn Fragen auf, die sowohl eine quantitative Einschätzung der Fortbildungsaktivitäten zum Ziel hatten, wie auch die Feststellung der Veranstaltungsarten, der jeweiligen Träger und der Fortbildungsthemen.

Um in erster Näherung eine quantitative Einschätzung der Fortbildungsaktivität zu erreichen, war es erforderlich, die Teilnehmer in Bezug auf ein definiertes Beobach-

tungsintervall zu befragen. Hierfür wurde das 1. Halbjahr 2004 gewählt. Da dieses Intervall zum Zeitpunkt der Befragung erst ca. drei Monate zurücklag, war davon auszugehen, dass die Befragten unmittelbar Auskunft zu den zu erhebenden Veranstaltungen geben konnten, ohne Dokumentationsunterlagen oder persönliche Aufzeichnungen hinzuziehen zu müssen. Um eine Beantwortung aus dem Gedächtnis zu ermöglichen, wurde auch darauf verzichtet, in den Fragen auf Details der Fortbildungsaktivität abzuheben. So wurde beispielsweise auf eine Evaluation der exakten Veranstaltungsdauer verzichtet. Eine Aussage über die eingesetzten Fortbildungsstunden ist deswegen nur approximativ unter Anwendung eines Zeitschlüssels möglich.

Die Fragen zu den besuchten Veranstaltungen waren mehrheitlich strukturiert formuliert. Die vorgegebenen Antworten berücksichtigten die wichtigsten Arten und Themen der zahnärztlichen Fortbildung. Nicht zuordnungsfähige Antworten konnten durch freien Texteintrag mitgeteilt werden.

### **3.1 Umfang der Fortbildungsaktivitäten im 1. Halbjahr 2004**

Die erste Frage zielte auf die individuelle Fortbildung, die der Teilnehmer insgesamt im 1. Halbjahr 2004 geleistet hatte. Hierbei war anzugeben, ob er keine (!) Fortbildungsaktivitäten ausgeführt hatte oder ob er durch Selbststudium, durch Fortbildungsveranstaltungen bzw. interkollegialen Erfahrungsaustausch sein fachliches Wissen und seine Fertigkeiten gepflegt hatte.

Eine Teilmenge von  $n = 39$  Zahnärzten gab an, im Beobachtungsintervall keine Fortbildung ausgeführt, also weder fachlichen Unterricht besucht noch ein Selbststudium vollzogen zu haben. Bezogen auf die Grundgesamtheit von 1.027 Respondenten handelt es sich hierbei um 3,8 % der Befragten. Der Anteil der Teilnehmer, die den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen verneinte betrug 7,2 %. Somit liegt der Anteil der Befragten, die anführen, im Beobachtungsintervall aktive Fortbildung betrieben zu haben, bei rund 90 %. Die Struktur dieses Ergebnisses soll hier gesondert diskutiert werden und zwar insbesondere mit der Fragestellung, ob das Antwortverhalten der Teilnehmer auf eine systematische Verzerrung des Befragungsergebnisses hindeutet (vgl. hierzu auch Kap. 2).

Im Abschnitt "Methodische Validierung" wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine Beschönigung der eigenen Fortbildungsleistung im Sinne einer "sozialen Erwünschtheit" als methodisches Problem der Befragung betrachtet werden kann. Gegen einen solchen Effekt spricht jedoch, dass tatsächlich ein ausgewiesener Anteil der Befragten sich explizit dazu bekannt hat, im Beobachtungsintervall keine Fortbildung in Anspruch genommen zu haben. Dieser Anteil wird in Tabelle 5 der Gesamtstichprobe gegenübergestellt (vgl. Tab. 5). Hierbei erfolgt eine Aufgliederung nach den Strukturmerkmalen "Geschlecht" und "Alter".

Der Vergleich läßt erkennen, dass Abweichungen zwischen den Gruppen allenfalls dahingehend feststellbar sind, dass die Teilnehmer unter 45 Jahre die Frage nach der eigenen Fortbildungsleistung besonders selten verneint haben. Insgesamt sind die Unterschiede in den ausgewiesenen Strukturvariablen, wie auch in den übrigen soziodemographischen Merkmalen, gering. Auch eine auffällige regionale Häufung der "Fortbildungs-Verneiner" kann nicht festgestellt werden. Entsprechend fällt die

Überprüfung der Gruppe aus, die den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen negiert hatten. Es gibt somit keinen Hinweis darauf, dass nur eine spezifische Gruppe der Befragten bereit gewesen wäre, entgegen einem Trend der "sozialen Erwünschtheit" die Aussage "keine Fortbildung im 1. Halbjahr 2004" zu treffen. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass die Teilnehmer die Befragung generell als anonym einschätzten und sich wohl keinen sozialen Zwängen bei den Fragebeantwortungen ausgesetzt fühlten.

Tabelle 5: Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Teilgruppe "Fortbildung verneint"			
Antwortvorgaben	Merkmal	Fortbildung verneint %	Gesamtstichprobe %
Geschlecht	Weiblich .....	38,5	35,2
	Männlich.....	61,5	64,8
Altersgruppe	Unter 35 Jahre .....	2,6	8,2
	35 bis unter 45 Jahre .....	38,5	36,1
	45 bis unter 55 Jahre .....	41,0	34,0
	55 bis unter 65 Jahre .....	15,4	20,1
	65 Jahre und älter .....	2,6	1,6
Insgesamt (n) .....		39	1.027

In der Gruppe, die im 1. Halbjahr 2004 Fortbildung betrieben hatte, wurde der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen und das Selbststudium etwa gleich häufig benannt. Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse, aufgegliedert nach "Alter" und "Praxistyp" (vgl. Tab. 6). Diese Variablen zeigen nur einen sehr geringen Einfluss auf das Antwortverhalten. Insgesamt haben die soziodemographischen Merkmale wenig Effekt auf die Auskünfte der Befragten. Das bedeutet, dass Unterschiede in den Subpopulationen der Gesamtstichprobe eher selten festzustellen sind.

Tabelle 6: Inanspruchnahme verschiedener Fortbildungsarten im 1. Halbjahr 2004							
Fortbildungsarten	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Selbststudium durch Fachliteratur oder elektronische Medien .....	89,6	88,2	88,7	95,1	90,5	88,9	86,1
Besuch von Fortbildungsveranstaltungen.....	90,3	90,9	90,5	87,8	90,1	90,8	89,1
Interkollegialer Erfahrungsaustausch .....	51,4	50,7	54,2	47,6	50,3	52,6	54,5
Sonstiges. ....	7,1	6,6	6,8	8,5	7,5	6,5	5,9
Insgesamt (n) .....	988	485	336	164	577	306	101

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Wie haben Sie im ersten Halbjahr 2004 Ihr fachliches Wissen und Ihre Fertigkeiten gepflegt?

## 3.2 Veranstaltungen

### 3.2.1 Häufigkeit/Formen

Die Häufigkeit des Veranstaltungsbesuchs im Beobachtungsintervall wird in Tabelle 7 wiedergegeben (vgl. Tab. 7). Am stärksten besetzt war das Item "5 und mehr Veranstaltungen". Die Tabelle weist aus, dass in der Gruppe "Gemeinschaftspraxis" ein etwas größerer Anteil von Teilnehmern enthalten ist, der eine hohe Fortbildungsaktivität aufweist. Dieser Trend wird bei der sich anschließenden Frage noch deutlicher, in der nach der Zeitdauer der besuchten Veranstaltung gefragt wurde. Unterschieden wurde hierbei zwischen Abendveranstaltungen, Halbtagesveranstaltungen, Ganztagesveranstaltungen und mehrtägigen Veranstaltungen. Tabelle 8 zeigt, dass Mitglieder von Gemeinschaftspraxen häufiger mehrtägige Veranstaltungen wahrnahmen als die übrigen Befragungsteilnehmer (vgl. Tab. 8).

Bei der Diskussion der methodischen Validierung (vgl. hierzu Kap. 2) wurde darauf hingewiesen, dass der Typ "Gemeinschaftspraxis" in der Gesamtstichprobe überrepräsentiert ist. Da in dieser Gruppe eine hohe Fortbildungsleistung zu verzeichnen ist, besteht im Blick auf die ermittelte Durchschnittsquote der Trend zu einer gewissen Überschätzung der Fortbildungsaktivität.

Zwischen den Gruppen "Gemeinschaftspraxis" und "Praxisgemeinschaft" besteht ein augenfälliger Unterschied in der Häufigkeit des Besuchs von Fortbildungsveranstaltungen. Die Befragten aus Praxisgemeinschaften sind in der Antwortgruppe "5 und mehr Fortbildungsveranstaltungen" deutlich unterrepräsentiert. Einfache Erklärungsmodelle können hierfür sicher nicht herangezogen werden. Die vorliegenden Ergebnisse stützen aber keinesfalls die These, dass der Erfahrungsaustausch innerhalb einer Praxis die persönliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ersetzen kann (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2004; Gerlach und Beyer, 1996).

Tabelle 7: Anzahl besuchter Fortbildungsveranstaltungen im 1. Halbjahr 2004							
Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Keine Fortbildungsveranstaltung.....	7,2	7,2	6,2	9,2	7,3	6,5	8,9
1-2 Fortbildungsveranstaltungen.....	29,1	26,4	29,7	36,2	30,8	24,5	32,7
3-4 Fortbildungsveranstaltungen.....	25,6	26,8	26,1	20,2	23,9	28,1	26,7
5 und mehr Fortbildungsveranstaltungen.....	38,1	39,6	38,0	34,4	38,0	40,8	31,7
Insgesamt (n).....	988	485	337	163	577	306	101

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Wie viele Fortbildungsveranstaltungen haben Sie im ersten Halbjahr 2004 besucht?

Tabelle 7 und 8 fokussieren beide einen quantitativen Aspekt der Fortbildungsleistung. Dies kann auch dazu genutzt werden, um die Plausibilität des ausgefüllten Erhebungsbogens zu überprüfen. Ein Maß für die von den Befragten aufgewendete Sorgfalt ist die Widerspruchsfreiheit zwischen den Ergebnissen dieser Fragen.

Eine entsprechende Überprüfung ergab, dass in 86 % der Fälle die Ergebnisse vereinbar waren. Dies spricht für eine befriedigende Zuverlässigkeit der Angaben. Auch die Fragen über den Besuch von Curriculum-Kursen, sowie die Korrelation zwischen Fortbildungskosten und besuchten Veranstaltungen wurden zur Kontrolle der Übereinstimmung der Angaben innerhalb des Fragebogens herangezogen, wobei entsprechend stimmige Ergebnisse erzielt wurden.

Tabelle 8: Formen der in Anspruch genommenen Fortbildungsveranstaltungen							
Formen der Fortbildungsveranstaltungen	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
<b>Anzahl Abendveranstaltungen</b>							
Keine.....	42,2	41,3	44,9	39,9	42,9	41,1	42,4
1-2 .....	38,9	41,3	33,9	41,9	38,6	40,7	34,8
3 und mehr.....	18,9	17,4	21,2	18,2	18,5	18,2	22,8
<b>Anzahl Halbtagsveranstaltungen</b>							
Keine.....	38,9	39,7	37,0	40,5	36,1	44,9	38,0
1-2 .....	49,9	50,4	50,9	45,3	52,3	43,8	52,2
3 und mehr.....	11,3	9,8	12,0	14,2	11,6	11,2	9,8
<b>Anzahl Tagesveranstaltungen</b>							
Keine.....	44,2	45,3	41,1	46,6	43,1	44,2	48,9
1-2 .....	45,9	45,3	47,5	45,2	48,1	42,8	44,6
3 und mehr.....	9,9	9,4	11,4	8,1	8,8	13,0	6,5
<b>Anzahl mehrtägige Veranstaltungen</b>							
Keine.....	55,0	52,0	56,6	60,1	58,2	48,8	53,3
1-2 .....	33,5	34,2	32,9	32,4	32,2	35,1	36,9
3 und mehr.....	11,6	13,8	10,4	7,4	9,6	16,1	9,8
Insgesamt (n).....	915	448	316	148	534	285	92

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxismgemeinschaft

Frage: Von den im ersten Halbjahr 2004 besuchten Veranstaltungen waren wie viele Abendveranstaltungen, Halbtagsveranstaltungen, Ganztagesveranstaltungen, mehrtägige Veranstaltungen?

Die ermittelten Angaben über die Form der besuchten Veranstaltungen können genutzt werden, um in erster Näherung die Anzahl der eingesetzten Fortbildungsstunden einzuschätzen. Folgender Schlüssel wurde hierbei angewandt, wobei die Umrechnung von Veranstaltungsformen in Stunden bewusst konservativ angesetzt wurde:

- Abendveranstaltung: 2 Stunden;
- Halbtagsveranstaltung: 3 Stunden;

- Ganztagesveranstaltung: 6 Stunden;
- Mehrtägige Veranstaltungen: 12 Stunden.

Bei einer Gliederung der so recodierten Fortbildungsleistung in fünf Gruppen ergibt sich, dass 11 % der Befragten 0 Stunden Fortbildung besucht bzw. keine Angaben dazu gemacht haben; 24 % haben eine bis neun Stunden Fortbildung im 1. Halbjahr 2004 absolviert, 25 % 10 bis 18 Stunden, 19 % 19 bis 30 Stunden und 22 % mehr als 30 Stunden. Somit haben 66 % der Befragten mehr als neun Stunden Fortbildung im 1. Halbjahr 2004 in Anspruch genommen.

Tabelle 9 stellt die Intensität der Fortbildungsteilnahme nach Altersgruppen dar (vgl. Tab. 9). Die Gruppe mit der höchsten Fortbildungsaktivität (mehr als 30 Fortbildungsstunden) weist einen höheren Anteil junger Teilnehmer aus. Es zeigt sich jedoch, dass erst in den Altersgruppen über 55 Jahre die Bereitschaft, einen hohen zeitlichen Aufwand für Fortbildung einzusetzen, nachlässt. Tabelle 9 zeigt auch, dass die Angabe von Mittelwerten bei der Einschätzung der erhobenen Fortbildungsleistung nicht sinnvoll ist, da die Streuung zu breit ist.

Tabelle 9: Altersgruppen in Abhängigkeit von Fortbildungsintensitäten						
Altersgruppe	Total %	Fortbildungsteilnahme in Stunden				
		0	1-9	10-18	19-30	über 30
		%	%	%	%	%
Unter 35 Jahre .....	8,8	8,9	6,5	7,4	9,4	12,3
35 bis unter 45 Jahre .....	40,0	37,5	38,0	39,8	44,5	40,0
45 bis unter 55 Jahre .....	34,5	33,0	32,2	39,8	29,3	35,9
55 bis unter 64 Jahre .....	15,7	18,8	21,6	12,1	15,7	11,8
65 Jahre und älter .....	1,0	1,8	1,6	0,8	1,0	0,0
Insgesamt (n) .....	1.024	112	245	256	191	220

### 3.2.2 Träger/Formate

Befragt nach den Trägern der wahrgenommenen Fortbildung gab über die Hälfte der Befragten an, Veranstaltungen der Kammern in Anspruch genommen zu haben (vgl. Tab. 10). Eine dominante Rolle der Zahnärztekammer wurde auch in Mecklenburg-Vorpommern gefunden (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2004). Es kann somit festgestellt werden, dass das Fortbildungsangebot der Zahnärztekammern hohe Aufmerksamkeit findet.

Den zweiten Rang belegt in Tabelle 10 die Dentalindustrie. Die hier dokumentierten Angaben sind allerdings nicht geeignet, quantitative Aussagen über die jeweils vermittelte Fortbildung zu begründen. Veranstaltungen der Kammern und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind zu einem hohen Anteil mehrtägig, während die Dentalindustrie eher kürzere Formate favorisiert.

Tabelle 10: Träger der besuchten Fortbildungsveranstaltungen

Veranstaltungsträger	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Kammern.....	54,4	53,5	56,7	52,3	54,1	55,4	52,2
KZVen .....	26,0	22,0	29,6	30,2	30,0	19,6	21,7
Wiss. Fachgesellschaften.....	31,9	32,7	31,2	30,9	29,8	37,5	28,3
Universitäten.....	23,3	21,8	25,5	23,5	21,7	26,3	23,9
Berufsverbände.....	12,5	11,8	11,8	16,1	12,5	11,9	14,1
Kollegiale Gruppen.....	33,0	30,1	36,3	34,9	32,8	31,6	39,1
Kommerzielle Anbieter .....	33,2	35,6	30,6	31,5	32,0	34,7	34,8
Dentalindustrie .....	41,9	42,1	43,0	38,3	45,1	37,5	35,9
Sonstige .....	6,7	7,3	6,4	4,7	6,2	6,0	10,9
Insgesamt (n).....	915	449	314	149	534	285	92

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Von welchen Veranstaltern wurden die von Ihnen besuchten Veranstaltungen im ersten Halbjahr 2004 durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich)?

Eine Besonderheit im EFO-Z-Beobachtungsintervall von Januar bis Juni 2004 bestand darin, dass zur Jahreswende 2003/2004 ein neuer Bema als Gebührensystem für die vertragszahnärztliche Versorgung eingeführt wurde, worüber die regionalen KZVen in zahlreichen Veranstaltungen informierten. Diese Veranstaltungen wurden im Begleittext des Fragebogens der EFO-Z-Studie explizit nicht zur fachlichen Fortbildung gerechnet. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass solche Veranstaltungen von einzelnen Befragten als fachliche Fortbildung angesehen und im Fragebogen entsprechend behandelt wurden. Die Überprüfung der Antworten lässt jedoch den Schluss zu, dass dies – wenn überhaupt – nur in sehr geringem Maße der Fall war. Hierauf weisen insbesondere die Angaben zu den Veranstaltungsträgern hin. Lediglich n = 10 Befragte gaben hier ausschließlich die KZV an. In dieser Gruppe werden hauptsächlich Fortbildungsthemen, die eindeutig der zahnmedizinischen Behandlung zuzurechnen sind, als Inhalt der besuchten Fortbildungen genannt. Die KZV erscheint bei insgesamt n = 238 Befragten u. a. als Fortbildungsträger. Auch für diese Gruppe gilt, dass Themen der zahnmedizinischen Behandlung sehr viel häufiger genannt wurden als das Thema "Praxisorganisation", das am ehesten mit der Bema-Umstellung in Verbindung zu bringen wäre. Dieses Antwortverhalten deutet darauf hin, dass der thematische Ausschluss des Themas "Bema" im Rahmen der EFO-Z-Erhebung von den Befragten in aller Regel berücksichtigt wurde.



Die in der zahnärztlichen Fortbildung angewendeten Unterrichtsformen lassen sich unterteilen in die klassischen Formate wie Einzelvorträge oder Fachkongresse, Veranstaltungen mit praktischen Übungen und neue Fortbildungsformen, die die interkollegiale Kommunikation in den Mittelpunkt stellen. Hierzu gehören Qualitätszirkel und "Study Groups", durch die neue Formen der Kleingruppenarbeit in die Fortbildung eingeführt wurden.

Auch Veranstaltungsserien mit spezifischer Thematik, die so genannten Curricula, haben in der zahnärztlichen Fortbildung noch keine lange Geschichte. Sie wurden entwickelt, um eine intensive Schulung in einem zahnmedizinischen Fachbereich zu ermöglichen.

Die Befragungsergebnisse weisen aus, dass die klassischen Formate nach wie vor den Schwerpunkt der Fortbildungsaktivität bilden (vgl. Tab. 11). Mit 67 % war der Einzelvortrag die am häufigsten genannte Unterrichtsform, gefolgt von den Hörsaalkursen. Veranstaltungen mit praktischen Übungen werden jedoch auch sehr häufig in Anspruch genommen, denn 45 % der Befragten gaben entsprechende Fortbildungsaktivitäten an. Rund 14 % der Befragten besuchen zahnärztliche Curricula. Diese Fortbildungsform wird insbesondere von den jüngeren Zahnärzten gut angenommen. Bei den Befragten über 55 Jahren geht die Bereitschaft, Veranstaltungsserien in Anspruch zu nehmen, erkennbar zurück.

Tabelle 11: Art der Veranstaltung							
Art der Veranstaltung	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Einzelvortrag .....	66,6	65,7	67,2	67,1	71,5	62,1	50,0
Kongress, Symposium .....	42,7	41,0	42,4	48,3	42,1	43,2	44,6
Hörsaal, Seminar, Workshop .....	50,2	47,7	49,4	60,4	49,8	50,2	52,2
Praktische Übung, "Hands-on" .....	44,6	48,8	45,2	30,2	42,7	47,4	47,8
Bausteinkurs, Curricula .....	13,9	17,4	12,1	7,4	13,3	15,8	12,0
Qualitätszirkel, Study Groups .....	19,1	16,3	22,0	21,5	18,0	19,6	23,9
Sonstige .....	3,1	4,5	1,3	2,7	2,6	3,5	4,3
Insgesamt (n) .....	915	449	314	149	534	285	92

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Um welche Formen/Arten der Veranstaltung handelte es sich bei den im ersten Halbjahr 2004 besuchten Veranstaltungen (Mehrfachnennungen möglich)?

Fortbildung in Kleingruppen, z. B. in Qualitätszirkeln, wurde von 19 % der Befragten angegeben. Dieses Ergebnis entspricht annähernd dem der Befragung in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2004). Bei Ärzten liegt die Nutzung entsprechender Gruppen bei über 50 % (vgl. Gerlach und Beyer, 1996). Es ist deshalb zu erwarten, dass diese Fortbildungsform auch in der Zahnmedizin zukünftig an Bedeutung gewinnen wird.

### 3.2.3 Fortbildungsthemen

Das am häufigsten genannte Fortbildungsthema war "Implantologie". Annähernd die Hälfte der Befragten hat sich im Beobachtungszeitraum diesem Thema gewidmet. Insbesondere in den Gruppen "Gemeinschaftspraxis" und "Praxisgemeinschaft" dominiert eindeutig dieses Fortbildungsthema. Einen weiteren Themenschwerpunkt stellt die Parodontologie dar (vgl. Tab. 12).

Während das Alter der Befragten kaum Einfluss auf die Themenwahl hat, gibt es sehr wohl einen deutlichen Effekt des Geschlechts. Die weiblichen Teilnehmer zeigten ein wesentlich geringeres Interesse an Implantologie als die männlichen. Nur 38 % besuchten entsprechende Fortbildungsveranstaltungen. Dafür wählten sie bevorzugt "Grenzgebiete" (Akupunktur, Naturheilverfahren) als Fortbildungsgegenstand. Mit 14 % lag der entsprechende Anteil bei den Zahnärztinnen doppelt so hoch wie bei den Zahnärzten.

Neben den fachlichen Themen spielen auch allgemeine zahnärztliche Kompetenzen eine bedeutende Rolle im Fortbildungsgeschehen. Das Thema "Praxisorganisation" wurde von 29 % der Befragten genannt. Besonders hohe Akzeptanz finden Praxis-themen bei den Teilnehmern unter 45 Jahren (vgl. Tab. 13).

Tabelle 12: Themen der Fortbildungsveranstaltungen – zahnmedizinische Fachgebiete							
Fachgebiet	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Prophylaxe .....	26,6	26,1	26,8	26,8	28,3	24,9	19,6
Zahnerhaltung .....	29,5	26,5	30,6	36,2	31,8	25,3	29,3
Endodontie .....	31,7	31,4	29,6	36,9	32,2	27,7	40,2
Parodontologie .....	42,3	39,9	46,2	40,9	40,8	46,3	38,0
Chirurgie.....	24,2	24,1	24,8	22,8	24,0	22,8	29,3
Prothetik .....	32,8	32,3	33,4	32,9	35,6	30,2	25,0
Implantologie.....	47,5	49,7	45,9	44,3	44,4	51,2	54,3
Kieferorthopädie.....	8,1	7,6	8,6	8,7	7,7	9,5	6,5
Ästhetische Zahnheilkunde .....	27,3	29,0	28,3	20,1	28,3	26,0	26,1
Funktionsdiagnostik und –therapie.	19,5	19,2	20,4	18,8	20,4	18,6	17,4
Grenzgebiete (Akupunktur/Naturheilverfahren) .....	9,7	11,1	7,3	10,7	10,1	8,1	13,0
Sonstiges .....	15,2	16,7	15,3	10,1	14,8	15,1	16,3
Insgesamt (n).....	915	449	314	149	534	285	92

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Welche Themen wurden in den von Ihnen im ersten Halbjahr 2004 besuchten Fortbildungsveranstaltungen behandelt (Mehrfachnennungen möglich)?

Tabelle 13: Themen der Fortbildungsveranstaltungen - zahnärztliche Kompetenzen							
Zahnärztliche Kompetenzen	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Kommunikation mit Patienten.....	18,7	20,5	18,2	14,8	18,5	20,0	16,3
Praxisorganisation.....	28,9	31,0	26,4	27,5	28,3	31,6	23,9
Mitarbeiterführung.....	8,5	9,4	8,9	4,7	9,2	8,4	4,3
Persönlichkeitsschulung (psychologisch).....	5,6	4,9	6,7	5,4	5,4	7,4	1,1
Sonstige.....	7,2	6,9	9,2	4,0	8,8	3,9	8,7
Insgesamt (n).....	915	449	314	149	534	285	92

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Welche Themen wurden in den von Ihnen im ersten Halbjahr 2004 besuchten Fortbildungsveranstaltungen behandelt?

### 3.2.4 Bedeutung der Fortbildung für das Praxisteam

Die Fortbildung des Praxisteams wird von den Befragten intensiv gepflegt. In 68 % der Praxen besuchten die Mitarbeiterinnen Fortbildungsveranstaltungen im 1. Halbjahr 2004. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die Gruppe der Gemeinschaftspraxen dar, die einen entsprechenden Anteil von 74 % ausweist. Ein gemeinsamer Besuch von Fortbildungsveranstaltungen durch das Praxisteam wurde von 21 % der Befragten angegeben. Bei Praxisinhabern über 55 Jahren ist das Interesse an entsprechenden Veranstaltungen geringer (vgl. Tab. 14). Eine Erhebung der Fortbildungsthemen für Praxismitarbeiter war im Rahmen der vorliegenden Befragung nicht vorgesehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der hier dokumentierten Fortbildungsaktivität der fachlichen Weiterbildung im Rahmen der jeweils gültigen Berufsordnung gewidmet war.

Tabelle 14: Besuch von Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter und Praxisteam								
Teilnehmer		Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
			u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
			%	%	%	%	%	%
Mitarbeiter der Praxis haben an Fortbildung teilgenommen	ja.....	68,1	70,0	67,3	64,0	65,1	73,6	68,3
	nein....	31,9	30,0	32,7	36,0	34,9	26,4	31,7
Das ganze Praxisteam hat an Fortbildung teilgenommen	ja.....	20,9	22,3	21,6	15,3	21,1	21,5	17,3
	nein....	79,1	77,7	78,4	84,7	78,9	78,5	82,7
Insgesamt (n).....		1.002	493	343	163	583	311	104

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Haben im ersten Halbjahr 2004 zahnmedizinische Fachangestellte Ihrer Praxis an Fortbildung teilgenommen?

### 3.3 Selbststudium

Das klassische Medium für das Selbststudium des Zahnarztes ist die Fachzeitschrift. Zumeist studieren die Befragten regelmäßig mehrere Fachzeitschriften. 34 % gaben an, 3 bis 4 Zeitschriften zu lesen. Mehr als 4 Zeitschriften werden von 17,6 % der Befragungsteilnehmer regelmäßig gelesen.

Bei den neuen Medien spielt das Internet eine bedeutende Rolle. 44 % der Befragten geben an, Fachinformationen über das Internet zu gewinnen. Die Bedeutung des Internets für die fachliche Fortbildung hat in den vergangenen Jahren eindeutig zugenommen. Während in einer Befragung aus dem Jahr 2000 nur 11 % der Befragten das Internet als Informationsquelle für fachliche Stellungnahmen angaben (vgl. Böning et al., 2003), ist heute die Verwendung des Computers für die fachliche Recherche bei annähernd der Hälfte der Befragten bereits Routine. Die Teilnehmer über 55 Jahre sind diesem Medium gegenüber zurückhaltender, auch in dieser Gruppe liegt es jedoch mit den audiovisuellen Medien gleichauf (vgl. Tab. 15). Die Nutzung von Video- und Audioveröffentlichungen hat im Vergleich zu vorangegangenen Befragungen keine Steigerung erfahren. Vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass diese Medien heute seltener eingesetzt werden. So ergab eine Befragung unter niedergelassenen Ärzten im Jahre 1992 eine Nutzung von Videos bei 52 % der Befragten (vgl. Ollenschläger et al., 1995). In der vorliegenden Befragung erreichten audiovisuelle Medien insgesamt 34 % der Befragten.

Tabelle 15: Mediennutzung für das Selbststudium							
Medium	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Fachzeitschriften .....	97,5	97,2	97,4	98,8	97,3	97,7	98,1
Fachbücher .....	72,5	71,6	76,2	66,9	73,1	74,6	62,9
Audiovisuelle Medien .....	34,1	33,1	34,8	34,9	33,2	36,0	32,4
Fachinfos aus dem Internet.....	44,4	48,3	43,8	34,3	42,6	48,6	41,0
Sonstige .....	2,0	2,6	1,7	0,6	1,4	2,6	3,8
Insgesamt (n) .....	1.007	493	345	166	587	311	105

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Welche Medien haben Sie im ersten Halbjahr 2004 genutzt (Mehrfachnennungen möglich)?

### 3.4 Fortbildungskosten

Eine Besonderheit der zahnärztlichen Fortbildung gegenüber der ärztlichen Fortbildung besteht darin, dass für Veranstaltungen nur in sehr seltenen Fällen Sponsoren zur Verfügung stehen. Auch die Fortbildungsprogramme der Dentalindustrie, insbesondere die praktischen Arbeitskurse, sind in aller Regel gebührenpflichtig. Der Besuch von Veranstaltungen ist deswegen fast immer mit der Entrichtung von Teilnahmegebühren verbunden. Das erhöht die finanzielle Belastung der Praxen, sichert aber der Fortbildung einen von wirtschaftlichen Interessen unabhängigen fachlichen Unterricht.

Zur Darstellung der Fortbildungskosten wurden die finanziellen Mittel erhoben, die die Zahnärzte für die eigene Fortbildung aufgewendet hatten. Unterschieden wurde hierbei zwischen den Ausgaben für das Selbststudium, den Teilnahmegebühren und den Kosten für Reise und Unterbringung. In Tabelle 16 werden die jeweils erhobenen Mittelwerte wiedergegeben. Es zeigt sich, dass die jüngeren Befragten stark in die eigene Fortbildung investieren und zwar insbesondere in den Besuch von Veranstaltungen (vgl. Tab. 16).

<b>Tabelle 16: Altersgruppen in Abhängigkeit von Fortbildungskostenarten (Mittelwerte)</b>				
Altersgruppe	Selbststudium in Euro	Teilnahme- gebühren in Euro	Reise/ Unterbringung in Euro	Gesamtkosten in Euro
Unter 35 Jahre .....	164,80	1339,44	421,86	1926,10
35 bis unter 44 Jahre .....	171,87	940,26	318,53	1430,65
45 bis unter 55 Jahre .....	175,75	834,64	311,48	1321,86
55 bis unter 64 Jahre .....	174,00	584,01	384,91	1142,93
65 Jahre und älter .....	195,00	370,00	212,50	777,50

*Frage: Was haben sie insgesamt im ersten Halbjahr 2004 ungefähr für sich selbst an Fortbildung ausgegeben – für Selbststudium, für Teilnahmegebühren, für Reise- und Unterbringungskosten bei Veranstaltungen? Bitte den Betrag in Euro angeben.*

<b>Tabelle 17: Altersgruppen in Abhängigkeit von Fortbildungsgesamtkosten</b>				
Altersgruppe	Total %	bis 499 Euro	500-1299 Euro	1300 und mehr Euro
		%	%	%
Unter 35 Jahre .....	8,9	8,0	8,7	9,9
35 bis unter 44 Jahre .....	40,6	35,6	44,1	41,7
45 bis unter 55 Jahre .....	34,3	34,6	32,1	36,1
55 bis unter 64 Jahre .....	15,3	20,2	14,4	11,4
65 Jahre und älter .....	1,0	1,6	0,6	0,9
Insgesamt (n) .....	969	312	333	324

In Tabelle 17 wird dieser Effekt ebenfalls sichtbar (vgl. Tab. 17). Es zeigt sich jedoch, dass auch in den Altersgruppen bis 55 Jahre ein überproportional großer Anteil von Befragten hohe finanzielle Mittel für die Fortbildung einsetzten. Zu den hier ausgewiesenen Kosten kommen in der Praxis noch die Praxisausfallkosten und die Fortbildungsgebühren für die Praxismitarbeiter.

Generell überwiegen die Ausgaben für den Besuch von Veranstaltungen, was darauf hindeutet, dass Zahnärzte eher veranstaltungsorientierte Nutzer von fachlicher Fortbildung sind. Es handelt sich bei den hier wiedergegebenen Daten um eine erste, empirisch-systematische Einschätzung der Fortbildungsausgaben von zahnärztlichen Praxen. Sie können eine Grundlage für eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen im Bereich der Fortbildungsveranstaltungen bilden.

## 4 Erwartungen, Erfahrungen, Nutzenbewertungen

Neben der Inanspruchnahme von Fortbildung, bezogen auf das 1. Halbjahr 2004, ging es im zweiten Teil des Fragebogens darum, die subjektive Einschätzung der Befragten zu Beweggründen, Erfahrungen, Erwartungen und Nutzenbewertungen von zahnärztlicher Fortbildung generell zu erfahren. Die Fragen bezogen sich also ausdrücklich (!) nicht mehr nur auf den begrenzten Zeitraum des 1. Halbjahres 2004. Es sollte eine qualitative Bewertung von zahnärztlicher Fortbildung generell und die persönlichen Einstellungen der Befragten zur zahnärztlichen Fortbildung erfasst werden.

### 4.1 Erfahrungen mit „guter“ und „schlechter“ Fortbildung

Um für eine Bewertung der gesamten Fortbildungserfahrungen der Befragten einen Bezugspunkt zu setzen, wurde zunächst nach einer konkreten Veranstaltung gefragt, die als besonders gut und einer Veranstaltung, die als eher schlecht erlebt wurde. Hierbei war es interessant zu erfahren, was „gute“ bzw. „schlechte“ Fortbildung in dem Erleben der Befragten kennzeichnet. Welche Merkmale machen also eine Veranstaltung zu einer guten bzw. eher schlechten Veranstaltung im subjektiven Erleben der Teilnehmer? Rund 80 % der Befragten gaben an, eine als gut empfundene Fortbildungsveranstaltung besucht zu haben. Diese Veranstaltung wurde nach Thema, Form, Dauer und Träger der Veranstaltung von den Befragten genau beschrieben. Dann wurden die Befragten gebeten anzugeben, welche Aspekte bei dieser „guten Veranstaltung“ als besonders gut bzw. schlecht erlebt wurden. Es wurden vier Antwortkategorien vorgegeben; im Folgenden sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die „sehr guten“ Merkmale (vgl. Tab. 18) dargestellt.

Tabelle 18: Positive Merkmale einer „guten“ Veranstaltung							
Ausweis: Skalenpunkt „sehr gut“	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Praxisnähe des Wissensstoffes .....	69,7	68,4	70,5	72,6	69,6	69,4	71,3
Informationsgehalt.....	67,8	68,4	69,3	62,4	68,0	68,9	63,2
Verhältnis Aufwand zu Nutzen .....	38,5	37,3	42,9	33,3	40,6	35,7	35,6
Fachliche Kompetenz d. Referenten	79,9	78,1	83,5	77,8	80,4	81,3	73,6
Darstellungsweise des Referenten...	54,7	55,1	58,6	44,4	53,7	57,0	52,9
Medienunterstützung.....	38,0	38,9	37,2	37,6	39,7	37,9	31,0
Stoffvermittlung frei von wirtschaftlichen Interessen.....	45,5	44,4	46,4	47,9	45,0	47,7	43,7
Möglichkeit der Diskussion.....	48,2	47,5	52,1	42,7	48,4	46,8	51,7
Insgesamt (n) .....	763	383	261	117	438	235	87

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Was hat Ihnen bei dieser Fortbildungsveranstaltung sehr gut, gut, teil/teils oder eher schlecht gefallen?

Bei den Aspekten für eine als gute erlebte Veranstaltung (vgl. Tab. 18) rangiert die fachliche Kompetenz des Referenten mit rund 80 % aller Antworten an höchster Stelle, gefolgt von der Praxisnähe des Wissensstoffes (69,7 %), dem Informationsgehalt (67,8 %) und der Darstellungsweise des Referenten (54,7 %). Als weniger wichtige Aspekte bei einer als gut erlebten Veranstaltung wurden die Möglichkeit zur Diskussion (48,2 %), eine Stoffvermittlung frei von wirtschaftlichen Interessen (45,5 %), das Verhältnis von Aufwand zu Nutzen (38,5 %) oder eine Medienunterstützung (38,0 %) eingestuft.

In der Beurteilung, welche Merkmale bei der erinnerten Veranstaltung als sehr gut erlebt wurden, gibt es statistisch nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern und nur geringfügige Differenzen zwischen den Altersgruppen. Die mittlere Altersgruppe erlebte fast alle Merkmale eher als sehr gut, die Darstellungsweise des Referenten wird von den über 55-Jährigen etwas weniger häufig als sehr gut beurteilt. Auch in den Einschätzungen zwischen den Befragten nach Praxistypen gibt es nur minimale Unterschiede; diejenigen, die in einer Praxisgemeinschaft tätig sind, zeigen eine leicht kritischere Haltung zu den Merkmalen einer guten Veranstaltung. Da Zahnärzte aus Gemeinschaftspraxen überproportional bei den Antwortenden vertreten waren (vgl. hierzu Kap. 2), können die hier nach Praxistyp statistisch kontrollierten Antworterteilungen durchaus als valide Beurteilung der Merkmale einer als gut erlebten Veranstaltung gewertet werden. Generell gibt es nur eine äußerst geringe Streuung in den Antworten der Befragten, sei es nach Alter, Geschlecht, Praxistyp, Praxisgröße oder Fortbildungsaktivität.

Befragt nach der Erinnerung an eine eher schlechte Veranstaltung gaben rund 36 % der Befragten an, eine solche Veranstaltung erlebt zu haben. In der folgenden Tabelle 19 werden nur die Antworten zu „eher schlecht“ ausgewertet, da hier die Merkmale einer subjektiv als schlecht erlebten Veranstaltung erfasst werden sollten (vgl. Tab. 19).

Charakteristika, die eine Veranstaltung eher als schlecht erleben lassen, sind insbesondere das Missverhältnis von Zeitaufwand zu Nutzen (76,9 %), die unbefriedigende Darstellungsweise des Referenten (47,8 %), der spärliche Informationsgehalt (36,5 %), eine Stoffvermittlung, die nicht frei von wirtschaftlichen Interessen ist (33,2 %) oder die mangelnde Möglichkeit zur Diskussion (32,9 %).

Auch hier – wie schon bei den guten Veranstaltungen – unterscheiden sich die Antwortenden kaum hinsichtlich soziodemographischer Merkmale oder dem Ausmaß der Fortbildungsteilnahme. Ältere neigen etwas weniger dazu, die Merkmale einer als schlecht erlebten Veranstaltung als schlecht zu charakterisieren, z. B. die Praxisnähe des Wissensstoffes, die Darstellungsweise des Referenten, eine Stoffvermittlung frei von wirtschaftlichen Interessen oder Möglichkeiten zur Diskussion. Jüngere zeigen eine etwas kritischere Bewertung bei Veranstaltungen, die sie als schlecht empfunden haben. Zahnärzte aus Einzelpraxen bewerten die Merkmale „Verhältnis Aufwand zu Nutzen“ und „Stoffvermittlung frei von wirtschaftlichen Interessen“ besonders kritisch. Zahnärzte aus Praxisgemeinschaften sehen in der Darstellungsweise des Referenten einen besonders kritischen Punkt.

Aus diesen Antworten wird deutlich, dass Praxisnähe des Wissensstoffes und die Kompetenz des Referenten, sei es seine fachliche Kompetenz als auch seine Darstellungsweise, besonders wichtig sind, um eine Veranstaltung als gut zu erleben.

Tabelle 19: Negativ bewertete Merkmale einer „schlechten“ Veranstaltung							
Ausweis: Skalenpunkt „eher schlecht“	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Praxisnähe des Wissensstoffes .....	25,8	25,7	28,6	19,5	27,3	25,2	21,6
Informationsgehalt.....	36,5	40,8	28,6	36,6	35,0	38,3	40,5
Verhältnis Aufwand zu Nutzen .....	76,9	78,0	74,3	78,0	79,2	77,4	64,9
Fachliche Kompetenz d. Referenten	16,3	16,8	16,2	14,6	17,5	15,7	13,5
Darstellungsweise des Referenten...	47,8	50,3	47,6	36,6	46,4	46,1	59,5
Medienunterstützung.....	23,4	22,0	25,7	24,4	21,9	25,2	24,3
Stoffvermittlung frei von wirtschaftli- chen Interessen.....	33,2	36,1	30,5	26,8	36,6	32,2	18,9
Möglichkeit der Diskussion.....	32,9	36,1	28,6	29,6	29,5	39,1	32,4
Insgesamt (n) .....	337	191	105	41	183	115	37

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

Frage: Was hat Ihnen bei dieser Fortbildungsveranstaltung sehr gut, gut, teil/teils oder eher schlecht gefallen?

Ebenso wird ein unausgewogenes Verhältnis von Zeitaufwand zu Nutzen als besonders kritischer Punkt bei Fortbildungsveranstaltungen bewertet.

Um diese Aussagen zu einer tatsächlich erlebten Fortbildungsveranstaltung anhand der generellen Erfahrungen zur zahnärztlichen Fortbildung methodisch vertieft zu überprüfen, wurde in einer weiteren Frage mit offenen Antwortmöglichkeiten nochmals nachgefragt, was ganz generell und für die Befragten persönlich Kennzeichen einer „guten“ Fortbildung sind. Rund 96 % der Befragten formulierten zu dieser offenen Frage ihre Antworten. Diese hohe Zahl an Antwortenden macht deutlich, dass die Befragten offenbar sehr präzise Vorstellungen von einer guten Fortbildung haben.

Die selbst formulierten Antworten werden von den vorgegebenen Antworten der davor gestellten Fragen zwar sicherlich beeinflusst, zeigen jedoch ein breites Spektrum der Befragten zu den Erwartungen an „gute“ Fortbildung. So werden auch hier als wichtige Merkmale guter Fortbildung am häufigsten genannt (wörtliche Zitate!):

- Praxisnähe/Praxisrelevanz, u. a. „praxisnahe Darstellung“, „Möglichkeit, das Erlernte am nächsten Tag in eigener Praxis anzuwenden“, „schnelles Umsetzen in die Praxis“ u. ä.
- die Kompetenz des Referenten, u. a. „kritikfähige, praktisch erfahrene Referenten“, „Referent hat praktische Erfahrungen und kritische Distanz zu seiner Tätigkeit“, „wissenschaftliche Qualifikation“, „Fachkompetenz“, „kompetenter, rhetorisch guter Referent“ u. ä.
- der Informationsgehalt, u. a. „neueste Forschungsstände werden dargestellt“, „fachlicher Inhalt“, „Innovationen“, „neue Behandlungsmethoden“, „Erweiterung



des Basiswissens ohne akademische Ansprüche“, „konzentrierter Wissenstransfer“, „Thema beinhaltet wirklich Neues in Methoden und Material“ u. ä. m.

Häufig werden zusätzlich auch noch

- didaktische Anforderungen geäußert wie u. a. „Diskussion/Erfahrungsaustausch“, „Lebendigkeit im Vortrag“, „anschauliche Beispiele und kurzweilige Präsentation“, „praktische Übungen“, „kurze Vorträge“, „Kurs-Skripts“, „Medienunterstützung“, „klare Linie beim Vortrag“, „Einsatz moderner Medien“, „Möglichkeit, selbst Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen“, „inhaltlich gut aufbereitet und strukturiert“, „begrenzte Anzahl von Teilnehmern“, „kollegiale Pausengespräche mit anderen Kursteilnehmern“.

Dies sind nur einige Beispiele aus den vielfältigen Formulierungen der Befragten.

Bei den Beurteilungskriterien für positive Fortbildungserfahrungen spielen Praxisnähe, Informationsgehalt, Kompetenz des Referenten und verschiedene didaktische Merkmale zweifellos die wichtigste Rolle.

## 4.2 Motivation zur Fortbildungsteilnahme

Neben den Erfahrungen mit Fortbildung war es interessant zu erfahren, aus welchen Gründen, mit welcher Motivation Fortbildung betrieben wird. Auch hierzu wurde eine Frage mit offenen, also selbst zu formulierenden Antworten gestellt. Rund 95 % aller Befragten haben zur Frage nach den wichtigsten Gründen für die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung Antworten formuliert. Auch diese hohe Antwortquote weist auf ein großes Interesse der Befragten an dem Thema Fortbildung hin, wie auch auf die Tatsache, dass alle Befragten zum Thema ihre eigenen und persönlichen Erfahrungen gemacht haben.

Die Frage nach den Gründen zur Fortbildung hat zu einer Vielzahl von individuell formulierten Antworten geführt. Es können dabei verschiedene Motivdimensionen (**MD 1 bis 9**) unterschieden werden, wobei von den Befragten meist mehrere Motive für Fortbildung genannt wurden. Die individuellen Formulierungen wurden den Motivdimensionen zugeordnet, nachfolgend werden beispielhaft Antworten der Befragten für jede Motivrichtung gegeben, geordnet nach den Häufigkeiten der Nennung (wörtliche Zitate!):

### Anpassung und Aktualisierung des Wissens (**MD 1**)

- „ich möchte überprüfen, ob ich noch up-to-date bin“
- „fachliche Vervollkommnung“
- „das Gefühl nicht stehen zu bleiben“
- „Altes neu überdenken“
- „Vermeidung von Misserfolgen“
- „ohne Fortbildung keine eigene Standortbestimmung möglich“
- „am Ball bleiben, state of the art erfahren“

### Umsetzung des Wissens, Praxis verbessern (**MD 2**)

- „Verbesserung des eigenen Praxisablaufs“

- „Erweiterung des eigenen ‚Behandlungsspektrums‘“
- „Verbesserung der Qualität der Patientenbetreuung“
- „Anregung für die eigene Praxis“

**Austausch mit Kollegen/Dozenten (MD 3)**

- „Treffen mit befreundeten Kollegen“
- „Austausch mit Kollegen“
- „Hochschullehrer mit Fragen konfrontieren“
- „Gespräche mit Kollegen sind wichtig“

**Spaß an der Fortbildung, Spaß am Beruf (MD 4)**

- „Sehnsucht nach intellektuellem Umfeld“
- „Alltagsroutine und Trägheit entgegenwirken“
- „Intellektuelle Herausforderung“
- „der Langeweile des Berufsalltags entgegenwirken“
- „Schutz vor Burn-out durch die ewigen Wiederholungen des Alltags, Genießen der geistigen Beanspruchung“
- „Interesse am Beruf, Spaß“
- „Berufliche Zufriedenheit“

**Referent/Thema/Veranstaltungsort/Kosten (MD 5)**

- „netter Ort“, „Wohnortnähe“
- „Kosten angemessen“
- „möglichst geringe Reisezeit“
- „geringer Verlust an Arbeitszeit“
- „Kompetenz des Vortragenden“
- „Preis-/Leistungsverhältnis“
- „Interesse fürs Gebiet“

**Wirtschaftliche Situation der Praxis sichern (MD 6)**

- „um Praxis konkurrenzfähig zu machen“
- „höherer Praxisumsatz“
- „Sicherung des Umsatzes der Praxis“
- „Wettbewerbssicherung der Praxis“
- „Existenzsicherung durch Qualität“

**Fortbildung sichtbar machen (MD 7)**

- „Imagepflege durch Wissensaktualisierung“
- „dadurch Spezialisierung Richtung Tätigkeitsschwerpunkte“

**Sicherheit durch Fortbildung (MD 8)**

- „Rechtssicherheit beim Ausüben spezieller Fachgebiete durch Zertifikate“
- „Unangreifbarkeit von Seiten Dritter (Gutachter etc.)“
- „sichere Arbeitsweise“
- „sich im Praxisalltag sicherer fühlen“

### Fortbildungspflicht, Fortbildungspunkte sammeln (MD 9)

- „jetzt auch Fortbildungszwang/Punkte sammeln“
- „staatlicher Zwang; Eigeninteresse, den Anschluss nicht zu verlieren“
- „neuerdings und leider: Fortbildungspunkte“

Die unter den Kategorien „Austausch mit Kollegen/Dozenten“ und „Spaß an Fortbildung/Spaß am Beruf“ geäußerten Antworten, für die hier beispielhaft Aussagen zitiert werden, zeigen, dass Fortbildung auch als ein Mittel gesehen wird, um der als eng empfundenen Alltagsroutine in der zahnärztlichen Praxis ein intellektuelles und kommunikatives Gegengewicht entgegenzusetzen. Die Aussagen zu Fortbildungsmotiven wurden auf Altersabhängigkeit, Geschlecht, Praxistyp und Fortbildungshäufigkeit überprüft; es gab keine deutlich erkennbaren Unterschiede in den Fortbildungsmotiven zwischen Zahnärzten und Zahnärztinnen, jüngeren und älteren Zahnärzten, Zahnärzten in Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen, Wenig- und Viel-Fortbildern, d. h. die Gründe, Fortbildung zu besuchen, sind vielfältig, unterscheiden sich aber nicht wirklich erkennbar nach den oben beschriebenen Merkmalen.

### 4.3 Subjektive Nutzenbilanzen

Neben den Erfahrungen mit Fortbildung und der Motivation zur Fortbildungsteilnahme widmeten sich zwei Fragen im grundsätzlichen Teil des Fragebogens dem Nutzen und den Konsequenzen von Fortbildung.

Zunächst wurde gefragt, welcher Nutzen in fachlicher Hinsicht, in wirtschaftlicher Hinsicht für die Praxis und im Hinblick auf die allgemeine Persönlichkeitsbildung durch Fortbildung gewonnen wurde. Mit diesen Vorgaben wurden grob drei relevante Ansatzpunkte von Fortbildungsnutzen beschrieben. In Tabelle 20 sind die Häufigkeitsverteilungen zu den Antworten „sehr hoch“ und „hoch“ zusammengefasst ausgewertet (vgl. Tab. 20).

Tabelle 20: Bewertung des Nutzens von Fortbildung							
Ausweis: Nutzen „sehr hoch“ und „hoch“	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
In fachlicher Hinsicht .....	80,0	80,2	80,8	77,7	79,3	82,1	78,6
In wirtschaftlicher Hinsicht für die Praxis .....	26,2	27,8	24,7	24,8	26,6	25,5	24,8
Für die allgemeine Persönlichkeitsbildung .....	50,2	48,3	53,9	48,5	50,5	50,8	46,5
Insgesamt (n) .....	1.009	491	349	166	590	312	103

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

*Frage: Wenn Sie sich jetzt noch einmal Ihre gesammelten Fortbildungserfahrungen vor Augen führen. Wie würden Sie insgesamt genommen den gewonnenen Nutzen persönlich einstufen?*

Der größte Nutzen von Fortbildung wird in fachlicher Hinsicht gesehen, d. h. vier Fünftel der Befragten meinen, dass sie in ihrer fachlichen, zahnmedizinischen Tätig-

keit unterstützt werden. Auch für die eigene Person wird der Nutzen zahnärztlicher Fortbildung mit 50 % noch hoch bewertet, der Nutzen in wirtschaftlicher Hinsicht für die Praxis wird mit 26 % zustimmender Antworten deutlich geringer eingeschätzt.

Es gibt nur geringfügige Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Praxistypen in der Bewertung des Nutzens von Fortbildung. Anders sieht es allerdings bei der Abhängigkeit von Fortbildungsaktivität und Nutzenbewertung aus. Hier gibt es einen linearen Zusammenhang zwischen Fortbildungsteilnahme und Nutzenbewertung: Je höher die Teilnahme an Fortbildung – bezogen auf das 1. Halbjahr 2004 – war, um so höher wird auch der aus Fortbildung gewonnene Nutzen bewertet und zwar in jeglicher Hinsicht, also fachlicher, wirtschaftlicher und persönlicher Hinsicht (vgl. Tab. 21).

Tabelle 21: Bewertung des Nutzens von Fortbildung in Abhängigkeit von Fortbildungsteilnahme						
Ausweis: Nutzen „sehr hoch“ und „hoch“	Total %	Fortbildungsteilnahme in Stunden				
		0	1-9	10-18	19-30	über 30
		%	%	%	%	%
In fachlicher Hinsicht .....	80,0	61,1	72,7	78,1	85,7	94,6
In wirtschaftlicher Hinsicht für die Praxis .....	26,2	16,2	20,3	24,3	28,4	37,7
Für die allgemeine Persönlichkeitsbildung .....	50,2	31,5	42,1	48,2	55,8	64,7
Insgesamt (n) .....	1.009	108	242	251	188	220

Im Chi-Quadrat über alle fünf Skalenpunkte jeweils  $p = 0.000$

Da die Antworten zu vielen Fragen dieser Erhebung kaum zwischen Wenig- und Viel-Fortbildern differieren, ist diese eindeutige Abhängigkeit der Nutzenbewertung von der Höhe der Fortbildungsaktivität ein beachtenswertes Ergebnis (im Chi-Quadrat-Test jeweils hochsignifikant mit  $p = 0.000$ ).

Die zahnärztliche Fortbildung, so könnte man aus der hohen Nutzenbewertung in fachlicher Hinsicht generell folgern, erfüllt offensichtlich den eigenen Zweck, nämlich den Zahnarzt fachlich zu unterstützen und in seinen beruflichen Fertigkeiten weiterzuentwickeln. Dies ist durchaus keine banale Deutung der Datenbefunde, wird Fortbildung doch häufig der Vorwurf gemacht, wenig für die tatsächliche Berufstätigkeit zu bewirken (vgl. SVR, 2001).

In einer weiteren Frage wurden Behauptungen zur zahnärztlichen Fortbildung abgefragt, die verschiedene Konsequenzen von zahnärztlicher Fortbildung thematisierten. Diesen sieben Statements konnten die Antwortenden nach einer Drei-Punkte-Skala zustimmen bzw. nicht zustimmen. Die Ergebnisse zur Antwortkategorie „stimme voll und ganz zu“, nach Altersgruppe und Praxistyp untergliedert, sind in Tabelle 22 ausgewiesen (vgl. Tab. 22).

Tabelle 22: Konsequenzenerwartung von Fortbildung

Ausweis: „stimme voll und ganz zu“	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Ohne Fortbildung kein guter Zahnarzt.....	64,3	59,4	67,3	71,9	67,3	59,4	60,6
Regelmäßige Fortbildung gleich berufliche Zufriedenheit.....	42,2	36,7	46,4	50,0	43,7	40,2	40,4
Patienten merken fehlende Fortbildung schnell.....	12,3	9,8	14,0	16,1	13,1	12,4	7,7
Fortbildung nicht nur für Zahnarzt, sondern auch für das Team.....	21,3	18,9	21,6	28,0	24,2	17,2	17,3
Ohne Fortbildung keine gute Behandlungsqualität.....	60,5	58,0	62,9	62,7	61,1	58,9	61,5
Fortbildung ist Schlüssel für Praxisimage.....	27,1	27,9	28,7	22,0	26,9	29,4	22,1
Fortbildung und wirtschaftlicher Erfolg sind aufs Engste verbunden	16,0	16,5	16,3	13,7	15,3	17,7	14,4
Insgesamt (n).....	1.018	499	350	169	596	316	104

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxismgemeinschaft

Frage: Zum Abschluss dieses Fragebogens haben wir einige Aussagen zusammengestellt, die allgemein die zahnärztliche Berufsausübung betreffen. Bitte gehen Sie Punkt für Punkt durch und geben Sie an, wie stark Sie diese Aussagen für sich persönlich als zutreffend empfinden.

In den Häufigkeitsauszählungen der Antworten zum Skalenpunkt „stimme voll und ganz zu“ rangieren die Statements „ohne Fortbildung kann man kein guter Zahnarzt sein“ mit rund 64 % voll zustimmender Antworten und „ohne Fortbildung lässt sich auf Dauer keine gute Behandlungsqualität erhalten“ (60,5 %) an höchster Stelle. Das Statement „nur wer regelmäßig Fortbildung betreibt, kann berufliche Zufriedenheit erreichen“ erhält von 42 % der Befragten eine volle Zustimmung. Mit über 20 % wird den Statements „Fortbildung ist der Schlüssel zur Imagesteigerung der Praxis“ (27,1 %) und „Fortbildung allein für den Zahnarzt bringt nichts, das ganze Team muss eingebunden sein“ (21,3 %) voll zugestimmt. Die Statements „wirtschaftlicher Erfolg einer Zahnarztpraxis und Intensität der Fortbildung sind aufs Engste miteinander verbunden“ (16,0 %) und „Patienten merken schnell, wenn der Zahnarzt keine Fortbildung betreibt“ (12,3 %) erhalten von einer Minderheit eine volle Zustimmung.

Am deutlichsten wird dann auch andererseits das Statement „Patienten merken schnell, wenn der Zahnarzt keine Fortbildung betreibt“ als nicht zutreffend bezeichnet, rund 52 % der Befragten lehnen dieses Statement ab. Auch wird der Zusammenhang zwischen Fortbildungsintensität und dem wirtschaftlichen Erfolg der Praxis von 39 % der Befragten nicht gesehen. Es zeigt sich schon bei der Analyse dieser Häufigkeitsverteilungen, dass Zahnärzte mehr aus inneren Beweggründen heraus erwarten von Fortbildung zu profitieren, dass also Fortbildung eine Wirkung erzielt, die mehr die eigene berufliche Identität betrifft, als dass Fortbildung eine äußere Wirkung zeigt wie wirtschaftlichen Erfolg, Patientenbindung oder Steigerung des Praxisimages.

Es zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen, den Praxistypen, auch nicht zwischen den Geschlechtern oder der Praxisgröße bei dem Statement „ohne Fortbildung keine gute Behandlungsqualität“. Mit zunehmendem Alter nimmt allerdings die Zustimmung zu den Statements „ohne Fortbildung kein guter Zahnarzt“, „regelmäßige Fortbildung bedeutet berufliche Zufriedenheit“, „Patienten merken fehlende Fortbildung schnell“, „Fortbildung für das ganze Team“ linear zu. Andererseits erreichen die Statements „Fortbildung ist Schlüssel für Praxisimage“ und „Fortbildung und wirtschaftlicher Erfolg sind aufs Engste verbunden“ eine höhere Zustimmung bei den jüngeren Zahnärzten. Bei den Ergebnissen, differenziert nach Praxistypen, stimmen Zahnärzte aus Einzelpraxen den Statements „ohne Fortbildung kein guter Zahnarzt“, „Patienten merken fehlende Fortbildung“ und „Fortbildung für das ganze Team“ stärker zu.

Betrachtet man die sieben Statements unter dem Aspekt der Häufigkeit der Fortbildungsteilnahme (vgl. Tab. 23), zeigt sich ein deutlicher linearer Zusammenhang zwischen der Stärke der Zustimmung zu sechs Statements und der Inanspruchnahme von Fortbildung im 1. Halbjahr 2004. Nur bei dem Statement „Fortbildung für das ganze Team“ ist dieser Zusammenhang kaum vorhanden. Dieses Statement unterscheidet sich von den anderen Statements auch insofern, als hier nur indirekt und weniger stark die Wirkung von Fortbildung thematisiert wird und es möglicherweise eher als Forderung oder These verstanden wurde.

Dass dieses Statement aus dem Rahmen einer Abschätzung der Wirkung und der Konsequenzen von Fortbildung herausfällt, zeigt auch eine zu diesem Fragekomplex durchgeführte Faktorenanalyse als statistisches Verfahren einer Datenverdichtung.

Tabelle 23: Konsequenzenerwartung von Fortbildung in Abhängigkeit von Fortbildungsteilnahme						
Ausweis: „stimme voll und ganz zu“	Total %	Fortbildungsteilnahme in Stunden				
		0	1-9	10-18	19-30	über 30
		%	%	%	%	%
Ohne Fortbildung kein guter Zahnarzt .....	64,3	46,8	58,2	66,3	68,8	73,9
Regelmäßige Fortbildung gleich berufliche Zufriedenheit.....	42,2	25,5	34,7	43,8	43,6	55,9
Patienten merken fehlende Fortbildung schnell.....	12,3	4,5	8,6	11,3	11,3	22,3
Fortbildung nicht nur für Zahnarzt sondern für das Team .....	21,3	16,2	19,8	19,9	25,0	24,0
Ohne Fortbildung keine gute Behandlungsqualität .....	60,5	30,6	53,7	60,2	72,3	73,2
Fortbildung ist Schlüssel für Praxisimage .....	27,1	17,1	21,7	25,1	30,9	37,4
Fortbildung und wirtschaftlicher Erfolg sind aufs Engste verbunden	16,0	9,0	11,5	14,1	16,5	26,5
Insgesamt (n) .....	1.017	111	244	255	189	218

Diese Faktoranalyse (Typus: Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung) erbrachte zu den korrelativen Beziehungen der sieben Aussagen (vgl. Tab. 23) eine Zweifaktorenlösung, die immerhin eine Gesamtvarianz von 59 % erklären konnte. Folgende Faktorladungen konnten hierbei für die sieben Statements erzielt werden (vgl. Tab. 24).

Tabelle 24: Ergebnisse einer Faktoranalyse zur Konsequenzenerwartung		
Antwortvorgaben	Faktor 1	Faktor 2
Fortbildung und wirtschaftlicher Erfolg sind aufs Engste verbunden.....	0.801	0.174
Fortbildung ist Schlüssel für Praxisimage.....	0.778	0.193
Patienten merken fehlende Fortbildung schnell .....	0.703	0.211
Fortbildung nicht nur für Zahnarzt, sondern für das Team .....	0.489	0.134
Ohne Fortbildung kein guter Zahnarzt.....	0.133	0.867
Ohne Fortbildung keine gute Behandlungsqualität.....	0.201	0.814
Regelmäßige Fortbildung gleich berufliche Zufriedenheit .....	0.438	0.600

Die Struktur der hohen Variablenladungen ( $\geq 0,600$ ) auf den beiden Faktoren lässt die Interpretation zu, dass der **Faktor 1** alles in allem auf eine eher extrinsische Fortbildungsmotivation hindeutet und der **Faktor 2** alles in allem auf eine eher intrinsische Fortbildungsmotivation. Damit ist gemeint, dass für befragte Zahnärzte sowohl äußere Beweggründe (wirtschaftlicher Erfolg, Praxisimage, Patientenbezug) im Sinne einer Marktorientierung für die Aufnahme von Fortbildungsaktivitäten eine Rolle spielen können als auch innere Beweggründe (Behandlungsqualität, berufliche Zufriedenheit, guter Zahnarzt) im Sinne einer persönlichen Identitätssicherung. Dieses faktoranalytisch gewonnene Ergebnis zur Motivstruktur zahnärztlicher Fortbildung passt gut zusammen mit den bereits oben angestellten Analysen zu den einfachen Häufigkeitsverteilungen zu diesem Fragekomplex.

## 5 Einstellungen zu aktuellen Fortbildungstendenzen

Im dritten Teil des Fragebogens wurde nach der Einstellung und Einschätzungen zu aktuellen Trends in der zahnärztlichen Fortbildung gefragt. Einige dieser Entwicklungen waren innerhalb der Zahnärztekammern, die für die Gestaltung der zahnärztlichen Fortbildung verantwortlich sind, umstritten und wurden kontrovers diskutiert. Daher war es interessant zu erfahren, wie eine repräsentative Stichprobe sich zu diesen Themen positioniert. Aktuelle Entwicklungen innerhalb der zahnärztlichen Fortbildung betreffen die Einführung strukturierter Fortbildung, d. h. curricular aufgebaute Fortbildungsserien im Jahr 2001, den Start eines Pilotprojektes zum Freiwilligen Fortbildungsnachweis in sechs Kammerbereichen im Jahr 2003 sowie damit zusammenhängend die Einführung von Fortbildungspunkten für den Nachweis der Fortbildungsteilnahme. Der Erwerb von Fortbildungspunkten war als Anreiz zur Fortbildungsteilnahme eingeführt worden. Durch die gesetzlich geregelte Verpflichtung der Vertragszahnärzte zur Fortbildung, die zum 01.07.2004 verbindlich eingeführt wurde, hat sich die Motivation zum Sammeln von Fortbildungspunkten von einem freiwilligen Anreizsystem zu einer verbindlichen Verpflichtung verlagert. Genau in diese Übergangsphase fällt die Befragung von EFO-Z.

Zunächst wurde in diesem Fragenblock gefragt, ob die Befragten vom Freiwilligen Fortbildungsnachweis der Zahnärztekammern mit Fortbildungspunkten gehört haben. Gut 80 % der Befragten geben an, vom Freiwilligen Fortbildungsnachweis der Zahnärztekammer gehört zu haben. Diese Antwortquote ist erstaunlich hoch. Es könnte evtl. sein, dass nicht alle Befragten sich auf den neu in einigen Kammern eingeführten Freiwilligen Fortbildungsnachweis mit Zertifikat beziehen, sondern hier die bisher auf freiwilliger Basis bestehende Pflicht zur Fortbildung, für die die Zahnärztekammern nach ihren Berufsordnungen zu sorgen haben, meinen. Die Antworten sind aus methodischer Sicht also nicht ganz klar interpretierbar.

Über ein Viertel aller Befragten (27,8 %) wollen das freiwillige Fortbildungssiegel ihrer Zahnärztekammer erwerben, ein Viertel will dies nicht tun und knapp 50 % der befragten Zahnärzte haben dazu noch keine feste Absicht. Hier unterscheiden sich Viel-Fortbilder: Jene Gruppe, die sich besonders viel fortgebildet hat, nämlich Zahnärzte mit über 30 Stunden absolvierter Fortbildung im 1. Halbjahr 2004, möchte auch deutlich mehr das Fortbildungssiegel der Zahnärztekammer erwerben: 39 % Viel-Fortbilder zu 24 % Gering-Fortbilder (1–9 Std. Fortbildungsteilnahme).

Nahezu 40 % der Befragten geben an, bisher keine Punkte gesammelt zu haben, bzw. machen dazu keine Angaben, 11 % haben bereits mehr als 50 Fortbildungspunkte gesammelt. Auch beim Sammeln von Fortbildungspunkten gibt es keine merklichen Unterschiede zwischen Altersgruppen oder den Praxistypen (vgl. Tab. 25).

**Tabelle 25: Gesammelte Punkte im 1. Halbjahr 2004**

Antwortvorgaben	Total %	Altersgruppe			Praxistyp*		
		u. 45 J.	45-55 J.	ü. 55 J.	EP	GP	PG
		%	%	%	%	%	%
Keine Punkte gesammelt, weiß nicht .....	37,3	39,1	35,2	38,6	36,4	39,5	40,0
Bis 10 Punkte .....	14,4	13,1	13,8	19,3	16,0	11,1	14,3
11 bis unter 25 Punkte .....	23,1	21,8	25,1	22,8	22,6	23,2	27,7
25 bis unter 50 Punkte .....	13,9	13,9	14,7	11,7	14,0	13,4	14,3
50 und mehr Punkte .....	11,0	12,1	11,2	7,6	11,1	12,7	5,7
Insgesamt (n) .....	1.027	500	353	171	601	317	105

\*EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, PG = Praxisgemeinschaft

*Frage: Wie viele Fortbildungspunkte haben Sie im ersten Halbjahr 2004 gesammelt (ohne Berücksichtigung der möglichen Punkte für Selbststudium)?*

Das Sammeln von Fortbildungspunkten scheint im 1. Halbjahr 2004 insgesamt noch keine größere Bedeutung in der Zahnärzteschaft gehabt zu haben. Dies wird auch aus den Antworten zur Frage deutlich, ob die Möglichkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben, ein Anreiz zur Fortbildungsteilnahme war (vgl. Tab. 26). Nur für rd. 14 % der Befragten stellte sich das Punktesammeln als Anreiz zur Fortbildung dar, für 38 % der Befragten war dies weniger wichtig und für 48 % – also knapp die Hälfte aller Zahnärzte – spielt ein Punktesammeln als Anreiz zur Fortbildungsteilnahme keine



Rolle. Es sind hierbei besonders die Viel-Fortbilder für die das Punktesammeln eher unwichtig ist, da sie – so kann man aus diesen Antworten schließen – aus anderen, insbesondere aus intrinsischen Motiven (vgl. hierzu Kap. 4) sowieso an Fortbildung teilnehmen.

Die Dokumentation der Fortbildung erfolgt ganz überwiegend über die Sammlung von Einzelnachweisen, knapp 20 % der Befragten (18,5 %) nutzen das Fortbildungsheft ihrer Zahnärztekammer.

<b>Tabelle 26: „Punkte sammeln“ als Anreiz für Fortbildung in Abhängigkeit von Fortbildungsteilnahme</b>						
Wichtigkeitsskalierung	Total %	Fortbildungsteilnahme in Stunden				
		0	1-9	10-18	19-30	über 30
		%	%	%	%	%
Ja, wichtig .....	14,0	17,6	19,5	14,8	11,6	7,2
Weniger wichtig .....	38,3	29,6	42,3	45,7	36,3	31,2
Nicht wichtig .....	47,7	52,8	38,2	39,5	52,1	61,5
Insgesamt (n) .....	1.027	112	246	257	191	221

*Frage: War die Möglichkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben, für Sie Anreiz zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen?*

Recht hoch ist mit 35 % der Anteil der Befragten, die bereits an Fortbildungsserien und strukturierter Fortbildung teilgenommen haben. Zwar gibt es Fortbildungsserien schon seit langem in der zahnärztlichen Fortbildung, doch gibt es erst seit einigen Jahren ein breiteres Angebot von strukturierter Fortbildung von der Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) und den kammereigenen Bildungsinstituten. Es überrascht nicht, dass die Viel-Fortbilder deutlich mehr strukturierte Fortbildung besucht haben (62 % der Gruppe mit mehr als 30 Std. Fortbildung im 1. Halbjahr 2004 zu rd. 22 % der Gruppe mit bis zu 9 Std. Fortbildung im 1. Halbjahr 2004).

## 6 Schlussbemerkungen

### 6.1 Bewertung der Ergebnisse

Die Erhebung zum Fortbildungsverhalten niedergelassener Zahnärzte in Deutschland zeigt insgesamt eine hohe Inanspruchnahme von Fortbildung, sowohl in Form des Selbststudiums als auch des Besuches von Veranstaltungen. Damit wird das in zahnärztlichen Kreisen häufiger anzutreffende Vorurteil einer größeren Zahl von Zahnärzten, die sich gar nicht fortbilden würden, den so genannten Fortbildungsverweigerern oder der „Fortbildungsmuffel“, widerlegt. Nur 11 % der befragten Zahnärzte machen zu ihrer Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, bezogen auf das 1. Halbjahr 2004, entweder keine Angaben oder gaben an, sich in diesem Zeitraum tatsächlich nicht fortgebildet zu haben. Dies ist auch ein Hinweis darauf, dass durchaus auch sozial unerwünschte Antworten (!) gegeben wurden.

Die hohe Inanspruchnahme verteilt sich auf eine Vielzahl von Fortbildungsträgern, wobei zwar die Zahnärztekammern und ihre Fortbildungsinstitute am häufigsten genutzt wurden, aber auch Dentalindustrie/Dentallabor, kommerzielle Anbieter, kollegiale Gruppierungen und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften jeweils von mehr als 30 % der Befragten als Veranstalter besuchter Fortbildungen im 1. Halbjahr 2004 genannt wurden.

Bei den Veranstaltungsformen wird deutlich, dass von einer größeren Gruppe von Befragten lernintensive, anspruchsvolle Fortbildungsformen wie praktische Übungen/Hands-on-Kurse, Qualitätszirkel/Study Groups oder Bausteinkurse besucht werden.

Die Bereitschaft, Zeit und Kosten in Fortbildung zu investieren, scheint insgesamt hoch, leider liegen jedoch für andere Berufsgruppen bisher dazu keine veröffentlichten Daten vor. 50 % der Befragten haben im 1. Halbjahr 2004 17 und mehr Stunden Fortbildungsveranstaltungen besucht (Median), 25 % haben sogar mehr als 29 Stunden Fortbildung, das sind beinahe fünf Tage und mehr, absolviert. 50 % der Befragten haben im 1. Halbjahr mehr als 500 Euro allein für Teilnehmergebühren ausgegeben (Median), 25 % sogar mehr als 1000 Euro. Bei diesen Angaben handelt es sich mehrheitlich nicht um grobe Schätzungen, sondern um präzise Geldbeträge, die in den Fragebögen von den Befragten eingetragen wurden. Insgesamt wurden die Fragebögen von der überwiegenden Mehrzahl der Befragten sehr genau und auch glaubhaft ausgefüllt, verschiedene Plausibilitätsprüfungen bestätigen diesen Spontaneindruck beim Durchsehen der zurückgesandten Fragebögen.

Durch den Zeitpunkt der Erhebung im Frühherbst 2004 und den Bezugszeitraum für die Inanspruchnahme von Fortbildung, das 1. Halbjahr 2004, mögen recht positive Ergebnisse zur zahnärztlichen Fortbildung erzielt worden sein, da Fortbildung in diesem Zeitraum ein aktuelles und vieldiskutiertes Thema war (vgl. hierzu Kap. 2). Die Ergebnisse wurden daher hier eher zurückhaltend und vorsichtig interpretiert. Eine Wiederholungserhebung in angemessener Zeit sollte klarstellen, ob durch den konkreten Zeitraum der Erhebung ein „positiver Bias“ entstanden sein könnte.

Die Erwartungen an zahnärztliche Fortbildung werden von den Befragten klar zum Ausdruck gebracht, ganz wichtig sind Praxisnähe, Informationsgehalt und fachliche Kompetenz des Referenten. Die Erwartungen sind damit eher pragmatisch orientiert, der Teilnehmer will aktuelle und umsetzungsbezogene fachliche Information für seine Berufsausübung. Dabei geht es, wie die offenen Antworten zeigen, auch darum, bei Fortbildungsveranstaltungen aus dem Praxisalltag einmal herauszukommen, um sich neuen intellektuellen Herausforderungen zu stellen und mit Kollegen in sozialen Netzwerken auszutauschen. Diese Motivation resultiert sicherlich aus der beruflichen Alltagssituation des Zahnarztes, in der er in der Regel in einer Einzelpraxis ohne kontinuierliches fachliches Feedback durch seine Kollegen tätig ist.

Bei den Konsequenzerwartungen von Fortbildung wurde eine eher intrinsische Motivation für Fortbildung herausgefunden; Fortbildung wird vor allem betrieben, um berufliche Zufriedenheit und gute Behandlungsqualität zu erreichen und um insgesamt ein guter Zahnarzt zu sein. Es geht also dem sich fortbildenden Zahnarzt vorrangig um seine professionelle Identität.

Die Fragen zu aktuellen Tendenzen in der zahnärztlichen Fortbildung zeigen, dass im Erhebungszeitraum Fortbildungspunkte und das Sammeln von Fortbildungs-

punkten noch keine wichtige Rolle spielen, was damit zusammenhängen mag, dass für den Bezugszeitraum der Inanspruchnahme der gesetzlich geregelte Fortbildungsnachweis noch nicht verbindlich vorgeschrieben war.

Alle Fragen des Fragebogens wurden standardmäßig nach den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht, Alter, Praxistyp und Praxisgröße ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass es keinen klar beschreibbaren zahnärztlichen Fortbildungstypus gibt, im Gegenteil, es gibt alles in allem nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern, jüngeren und älteren Zahnärzten, Zahnärzten in Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis, Zahnärzten in kleinen oder großen Praxen (nach Scheinzahl). Auch die Auswertung nach Wenig- oder Viel-Fortbildern zeigte bei den meisten Fragen keine großen Unterschiede im Antwortverhalten. Einzige Ausnahme war die Einschätzung des Nutzens und der Wirkung von Fortbildung. Hier gab es einen klaren linearen Zusammenhang zwischen der Fortbildungsaktivität und der höheren Nutzen- und Konsequenzenbewertung von zahnärztlicher Fortbildung. Viel-Fortbilder sehen in Fortbildung deutlich mehr Nutzen und mehr Wirkung. Dies bedeutet, dass aus Sicht der Teilnehmer die zahnärztliche Fortbildung ihre selbst gesetzten Ziele, die professionelle Kompetenz der daran Teilnehmenden zu fördern, tatsächlich erfüllt.

## **6.2 Vergleich der Ergebnisse von EFO-Z mit anderen Studien zum Fortbildungsverhalten**

Es gibt bisher wenige empirische Studien zum Fortbildungsverhalten von Zahnärzten und Ärzten. Für den ärztlichen Bereich liegen einige Länderstudien vor: für Schleswig-Holstein (vgl. Ollenschläger et al., 1995), Bremen und Sachsen-Anhalt (vgl. Gerlach und Beyer, 1996 und 1999), Niedersachsen (vgl. Kleine et al., 2000) sowie eine neuere bundesweite Studie, die unter anderen Themen auch die ärztliche Fortbildung anspricht (vgl. Bestmann et al., 2004; Rohde, Wellmann und Bestmann, 2004). Zur zahnärztlichen Fortbildung gibt es Landesstudien in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2002 und 2004) sowie eine bundesweite, repräsentative Studie zur Mediennutzung, also auch zum Selbststudium der Zahnärzte (vgl. Böning et al., 2003). Einige Befragungen zur Kammerfortbildung (Bayern, Berlin, Hessen) erheben Wünsche und Erwartungen an das Fortbildungsangebot der Kammern. Ferner gibt es eine neuere Dissertation zur zahnärztlichen Fortbildung, bei der Teilnehmer an einer konkreten Fortbildungsmaßnahme über ihre Erfahrungen befragt wurden (vgl. Schmid, 2003).

Die Ergebnisse der Länderstudien zur ärztlichen Fortbildung sind insgesamt nur in wenigen Aspekten mit den Resultaten von EFO-Z zu vergleichen. Dies resultiert aus unterschiedlichen Fragestellungen und Erhebungsmerkmalen.

Der Anteil der Ärzte, die Selbststudium als Fortbildungsmittel nutzen, ist sowohl in der Studie aus Schleswig-Holstein als auch in der aus Bremen und Sachsen-Anhalt mit 99 % bzw. 97 % gegenüber EFO-Z – hier sind es 90 % – etwas höher. In der Niedersachsen-Studie geben 87 % an, Selbststudium über Fachzeitschriften und -literatur zu nutzen. Fortbildung in Form von Vorträgen ist in allen Studien die am häufigsten genutzte Veranstaltungsform, sowohl bei Ärzten als auch bei Zahnärzten.

Bei den positiven und negativen Erfahrungen mit Fortbildung (vgl. Gerlach und Beyer, 1999) gibt es ähnliche Ergebnisse für Ärzte wie in EFO-Z für Zahnärzte: Allgemeine Praxisnähe, Kleingruppenarbeit und intensiver Erfahrungsaustausch wie auch Sachbezug bzw. kognitive Wissensvermittlung werden als besonders positive Merkmale von ärztlicher Fortbildung erlebt. Bei Fragen nach der Fortbildungsmotivation (vgl. Kleine et al., 2000 u. a.) gibt es ebenfalls ähnliche Resultate zwischen Ärzten und Zahnärzten. Besonders hoch bewertet werden die Verbesserung der praktischen Berufsausübung, die Möglichkeit zum kollegialen Erfahrungsaustausch und Neugier bzw. Wissensdurst. Demgegenüber wird keine hohe Wirkung erwartet im Hinblick auf eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit oder auf Wettbewerbsvorteile für die Praxis. Diese Ergebnisse sind denen der EFO-Z-Studie ähnlich. Auch die Ergebnisse der Studien zur zahnärztlichen Fortbildung in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Oesterreich, Klammt und Curth, 2000 und 2004) sind mit EFO-Z nur sehr bedingt vergleichbar, da die Erhebungszeiträume – Fortbildungsaktivität bezogen auf das ganze Jahr bzw. bezogen auf ein halbes Jahr – keine methodisch verlässlichen Vergleiche zur Fortbildungsinanspruchnahme zulassen.

Insgesamt stellt die EFO-Z-Studie im Hinblick auf ihr bundesweites Erhebungsdesign zweifellos eine Art repräsentative Bestandsaufnahme zu den Fortbildungsaktivitäten der niedergelassenen Zahnärzte in Deutschland dar. Wenn man so will, handelt es sich hiermit sozusagen um eine „Nullmessung“, so dass Wiederholungserhebungen in regelmäßigen Abständen wünschenswert wären, um mit gleichen Fragekonstruktionen mögliche Veränderungen in den zahnärztlichen Fortbildungsaktivitäten abbilden zu können. So sehr also damit für ein Festhalten an spezifischen Fragekonzepten plädiert wird, um inhaltlich saubere Zeitvergleiche überhaupt anstellen zu können, so sehr soll gleichzeitig aber auch dafür plädiert werden, qualitative Forschungsansätze zusätzlich auf den Weg zu bringen, um die Motivanalyse von „Nutzen“ und „Vermeiden“ vertiefen zu können. Das hier vorgestellte Material zu den „offenen Fragen“ im Rahmen von EFO-Z lässt erkennen, dass auf diesem Gebiet zweifellos noch deutlicher und erkenntnisbringender Forschungsbedarf besteht.

### **6.3 Ausblick**

Seit ca. 10 Jahren befindet sich die zahnärztliche Fortbildung in einem Umbruch. Tradierte Formen der fachlichen Unterweisung, die sich methodisch am studentischen Unterricht orientierten, werden von neuen Formen abgelöst, die die Erfahrung des praktisch tätigen Zahnarztes in den Mittelpunkt stellen und systematisch pflegen. So wird z. B. in zahnärztlichen Qualitätszirkeln in der Regel kein externer Referent benötigt, da die diskutierten fachlichen Probleme durch die einander gegenseitig gewährte Expertise der Teilnehmer gelöst werden. Qualitätszirkel wurden vor ca. 10 Jahren erstmalig beschrieben und bald darauf in die Zahnmedizin eingeführt (vgl. Micheelis, Walther und Szecsenyi, 1998). Dieser Ansatz ist von besonderer Bedeutung, da Konzepte, die auf den passiven Erwerb kognitiven Wissens ausgerichtet sind, in jüngerer Zeit starker Kritik ausgesetzt sind. Es wird insbesondere bezweifelt, ob solche tradierten Fortbildungsverfahren geeignet sind, ärztliches Handeln an die Fortschritte der Medizin anzupassen.

Es ist zu erwarten, dass neue Formen der Fortbildung zukünftig an Bedeutung gewinnen und den Aufbau anderer Fortbildungsformen beeinflussen werden und zwar dadurch, dass interaktive und reflexive Unterrichtsanteile zukünftig einen höheren Stellenwert erhalten.

Als neue Form der zahnärztlichen Fortbildung können auch die so genannten strukturierten Fortbildungsreihen (Fortbildungscurricula) angesehen werden, die seit ca. 10 Jahren von verschiedenen Fortbildungsträgern angeboten werden. Während in der traditionellen Fortbildung Einzelveranstaltungen konzipiert wurden, die einen Themenbereich möglichst erschöpfend behandelten, können im Rahmen einer strukturierten Fortbildungsreihe systematisch aufeinander Bezug nehmende Veranstaltungen angeboten werden, die eine sehr umfassende Behandlung eines weit gefassten Themenbereichs ermöglichen. Diese Fortbildungsform bietet sich für den einzelnen Zahnarzt dann an, wenn er seiner Praxis einen neuen klinischen Tätigkeitsbereich erschließen oder eine besonders intensive Fortbildung zur Überprüfung seiner klinischen Routinen wählen möchte. Zu Recht kann man deswegen von einer neuen Qualität und Kultur der zahnärztlichen Fortbildung sprechen, die in den strukturierten Fortbildungsprogrammen ihren Ausdruck findet.

Bereits 35 % der Zahnärzte geben an, strukturierte Fortbildungscurricula absolviert zu haben. Das Interesse an systematischen Formen der Fortbildung, die einen hohen Aufwand für den Praktiker erfordern, ist somit außerordentlich stark.

Es ist zu erwarten, dass systematische und innovative Formen der Fortbildung in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen werden. Diese Entwicklung auch wissenschaftlich zu verfolgen, ist eine wichtige Aufgabe für diejenigen Institutionen, die zahnärztliche Fortbildung verantwortlich gestalten.

## 7 Literaturverzeichnis

*Atteslander, P.:* Methoden der empirischen Sozialforschung. 10., neu bearbeitete und erweiterte Aufl., Berlin und New York, 2003

*Bestmann, B., Rohde V., Wellmann, A., Küchler, T.:* Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten - Berufsreport 2003. Deutsches Ärzteblatt 101, S. C 24-28, 2004.

*Böning, K., Spieckermann, J., Walter M., Koch, R.:* Dissemination der Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dtsch Zahnärztl Z 58, S. 19-25, 2003

*Brecht, J. G., Meyer, V. P., Aurbach, A., Micheelis, W.:* Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020. Köln, 2004

*Clarkson, J., Harrison, J. E., Ismail, A. I., Needleman, I. Worthington, H.:* Evidence-Based Dentistry for Effective Practice. London und New York, 2003

*Gerlach, F. M., Beyer, M.:* Qualitätssicherung in der Praxis - Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Bremerhaven. AQUA-Materialien, Band III, Göttingen, 1996

*Gerlach, F. M., Beyer, M.:* Ärztliche Fortbildung aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. Z Ärztl Fortbild Qual.sich 93, S. 581-589, 1999

*Kleine, P., Rienhoff, O., Storp, D., Wenzlaff, P.:* ÄKN-Umfrage: Fortbildungsangebote

in Niedersachsen 1998 und ihre Bewertung. Niedersächsisches Ärzteblatt, Nr. 1, S. 19-20, 2000; Nr. 2, S. 17-20, 2000

*Meyer, V. P., Brehler, R., Castro, W. H. M., Nentwig, C. G.:* Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Eine arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme zu Wirbelsäulenbelastungen, Berufsdermatosen und Stressfaktoren. Köln, 2001

*Micheelis, W., Walther, W., Szecsenyi, J.:* Zahnärztliche Qualitätszirkel. Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches. 2., unveränderte Aufl., Köln, 1998

*Oesterreich, D., Klammt, J., Curth, K.:* Zahnärztliche Fortbildung in Mecklenburg-Vorpommern. Stand und Perspektiven. Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, 2002

*Oesterreich, D., Klammt, J., Curth, K.:* Zahnärztliche Fortbildung in Mecklenburg-Vorpommern. Stand und Perspektiven im Jahr 2003. Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, 2004

*Ollenschläger, G., Thust, W., Pfeiffer, A., Engelbrecht, J., Birker, T., Ratschko, K. W.:* Das Fortbildungsverhalten der deutschen Ärzteschaft - dargestellt am Beispiel der Schleswig-Holstein-Studie. Z Ärztl Fortbild 89, S. 75-80, 1995

*Rohde, V., Wellmann, A., Bestmann, B.:* Beurteilung der Fort- und Weiterbildung. Deutsches Ärzteblatt 101, S. C 194-198, 2004

*SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:* Medizinische und ökonomische Orientierung. Jahresgutachten 1988. Baden-Baden, 1988

*SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:* Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden, 2001

*Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B.:* Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 7. Aufl., London, 1998

*Scheuch, E.:* Auswahlverfahren in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 3a, Grundlegende Methoden und Techniken. Zweiter Teil. 3. Aufl., Stuttgart, 1974, S. 1-96

*Schmid, U.:* Professionalisierung in der zahnmedizinischen Fortbildung. Diss., Universität Duisburg-Essen, 2003

*Schneekloth, U., Leven I.:* Woran bemisst sich eine "gute" allgemeine Bevölkerungsumfrage? ZUMA-Nachrichten 27, Nr. 53, S. 16-57, 2003

*Schnell, R.:* Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen, 1997

*Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.:* Methoden der empirischen Sozialforschung. 6., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl., München und Wien, 1999

*Schneller, T., Micheelis, W., Hendriks, J.:* Individualprophylaxe bei Erwachsenen. Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. IDZ-Information Nr. 4/2001

*Schneller, T., Micheelis, W., Mittermeier, D.:* Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland. IDZ-Information Nr. 1/1998

*Vogd, W.:* Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie 31, Nr. 4, S. 294-315, 2002

*Walther, W., Micheelis, W.:* Evidence-Based Dentistry. 2., unveränderte Aufl., Köln, 2003

**Anschrift der Autoren:**

Barbara Bergmann-Krauss, Dipl.-Soz., Stabsstellenleiterin der zzq, Universitätsstr. 73, 50931 Köln

Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Dipl.-Sozialw., Wissenschaftlicher Leiter des IDZ, Universitätsstr. 73, 50931 Köln

Prof. Dr. med. dent. Winfried Walther, Stellvertretender Direktor der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Sophienstr. 41, 76133 Karlsruhe