

Die 3. Internationale Konferenz über ärztliche Fortbildung im Annenberg Center für Gesundheitswissenschaft unweit Palm Springs (Kalifornien) war, wie die beiden früheren, vor allem unter politischen Aspekten auf eine globale Verständigung unter den Ärzten aus Nord und Süd, Ost und West ausgerichtet. Die Konferenz zeichnete sich dadurch aus, daß die Referenten weltweit wegen ihres hohen wissenschaftlichen Standes auf dem Gebiet der Fortbildungsmethodik oder ihrer Position in den Heimatländern ausgewählt worden waren. Die Teilnehmer konnten die seit 20 Jahren eingeleiteten Änderungen der Prinzipien der Fortbildung kennenlernen und sich mit den in den letzten zehn Jahren erarbeiteten Methoden, die zunächst vorgetragen wurden, in Arbeitsgruppen auseinandersetzen. Abschließend wurden Pläne für eigene Erneuerungen und für die Zusammenarbeit im internationalen Rahmen erarbeitet. Unter den 150 Teilnehmern befanden sich 52, die nicht aus den Vereinigten Staaten oder aus Kanada kamen, 33 davon waren Europäer, die übrigen kamen aus der Dritten Welt.

Es war weder ein Ziel der Fortbildung noch eine Definition dessen, was als Fortbildung gilt, explizit vorgegeben, beide waren jedoch aus den Beiträgen und Diskussionen abzuleiten. Danach ist das wichtigste Ziel der Fortbildung eine Verbesserung der Versorgung aller Patienten eines Arztes und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung ("To enhance quality and effectiveness of patient care and the health of the public", Koop). Fortbildung ist alles, was dem einzelnen Arzt hilft, durch Lernen die Qualität der Betreuung seiner Patienten aufrechtzuerhalten, zu entwickeln oder zu verbessern und seinen Verpflichtungen gegenüber der Öffentlichkeit und dem Berufsstand nachzukommen.

Hans E. Renschler

## Qualität der ärztlichen Berufsausübung und Kompetenz in der Wiederholungsprüfung

Verfahren in Nordamerika • 3. Internationale Konferenz über ärztliche Fortbildung, Annenberg Center (Kalifornien)

### 1. Fortbildung und Erneuerung der Zulassung in den USA

Zu Beginn der 3. Annenberg-Konferenz wiesen Gesundheits- und Berufspolitiker der USA auf die zunehmenden Schwierigkeiten hin, die aus den wachsenden Kosten und Haftungsfragen entstehen. Es ist trotz der nachweisbaren Verbesserung der Volksgesundheit durch die traditionelle Medizin ein erheblicher Vertrauensverlust bei der amerikanischen Bevölkerung zu beklagen. Sowohl bei der Bevölkerung als auch bei der Ärzteschaft besteht eine Unzufriedenheit über die dort noch teilweise bestehende lebenslange Zulassung (Lizenz) zur Ausübung des ärztlichen Berufes und das lebenslange Gelten der Facharztqualifikation. Dazu tragen die Kunstfehlerprozesse, die Berichterstattung der Medien und die vom Gesetzgeber gestellte Frage nach der Qualität der ärztlichen Leistungen bei. Daher wird von der Öffentlichkeit zunehmend Wert auf eine Analyse der Ausübung und der Ergebnisse der ärztlichen Tätigkeit gelegt.

Schon vor dem letzten Weltkrieg hatten in den USA einzelne Bundesstaaten begonnen, die Verlängerung der ärztlichen Lizenz vom Nachweis einer Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen abhängig zu machen. Bis zum Jahr 1968 entwickelte die amerikanische Ärztevereinigung American Medical Association (AMA) Kriterien für eine Qualitätskontrolle der Veranstalter, deren Veranstaltungen dann auf die erforderlichen Stunden angerechnet werden konnten. Die AMA-Delegierten verabschiedeten infolge der durch den formalen Zwang herbeigeführten negativen Auswirkung auf das Lernen einen seit 1986 gültigen Beschluß, nach dem die Teilnahme an der Fortbildung freiwillig sein muß und nicht für die Mitgliedschaft in ärztlichen Vereinigungen oder für die Erneuerung der Lizenz gefordert werden darf. Auch eine zwangsweise Erfassung der Fortbildungsaktivitäten, für deren Auswahl jeder Arzt unter Berücksichtigung seines persönlichen Bedarfs und Lernstiles verantwortlich ist, lehnt die AMA ab.

Um 1980 setzte sich das Prinzip durch, daß die Qualität der Betreuung der Patienten das entscheidende Kriterium für die Erneuerung der Lizenz ist, was auch dem modernen Ziel der Fortbildung „Verbesserung der Betreuung der Patienten“ entspricht. Das Zitat des ehemaligen Surgeon General (Chef des öffentlichen Gesundheitswesens der USA), Everett Koop, „Fortbildungsveranstaltungen machen aus schlechten keine guten Ärzte“, wurde wieder-



Das Logo des Annenberg Center

holt aner kennend zitiert. Vor zehn Jahren setzte daher die Entwicklung von Methoden ein, durch die Ärzte mit ungenügenden Leistungen identifiziert werden können und die – bei der Schwere der abgeleiteten Entscheidungen, die bis zum Verlust der selbständigen Praxis oder der ärztlichen Lizenz reichen – die heute geforderte Zuverlässigkeit und Gültigkeit haben. Die üblichen klinischen Prüfungen sind dazu nicht geeignet, die Verfahren müssen vielmehr die Realität der ärztlichen Praxis erfassen. Die Leistung kann retrospektiv, etwa über Praxisstatistiken, besonders aber über die Krankenblätter oder laufend durch Beobachtung gemessen werden. Prospektive Verfahren erfordern eine nach festen Regeln angefertigte Aufzeichnung der Praxis in einem Logbuch oder den Einsatz „Standardisierter Patienten“, die nach Absprache zunächst getarnt in die Praxis geschickt werden.

Von der wissenschaftlich gesicherten Erkenntnis ausgehend, daß die Teilnahme an den üblichen Fortbildungsveranstaltungen mit Vortrag und Diskussion keine nachweisbare Verbesserung der Praxis der Ärzte bewirkt, hat die Anzahl der amerikanischen Staaten, die für die Erneuerung der ärztlichen Lizenz eine Teilnahmebescheinigung von Fortbildungsveranstaltungen fordern, seit Anfang der 80er Jahre nicht mehr zugenommen. Die Tendenz ist vielmehr rückläufig. Drei Staaten – Colorado, Illinois und Utah – haben die bereits bestehenden Gesetze widerrufen.

Zur Zeit wird von 24 Staaten, entsprechend 44 Prozent, die Teilnahme an der Fortbildung gefordert, in sieben Staaten wird keine Vorlage der Nachweise mehr verlangt. In fünf Staaten hat die Gesetzgebung der Zulassungsbehörde für Ärzte das Recht erteilt, die Beteiligung an der ärztlichen Fortbildung verlangen zu können; die Zulassungsbehörden üben dieses Recht aber nicht aus, zwei lehnen es sogar ausdrücklich ab (Kentucky, Nebraska).

Nach einer im November 1989 veröffentlichten Untersuchung verwenden amerikanische Ärzte im Durchschnitt 425 Stunden pro Jahr

**Tabelle 1: Fachgesellschaften mit zeitlich beschränkter Gültigkeit der Lizenz-Anerkennung sowie Jahr der Einführung der Erneuerung**

Familienmedizin	1969
Chirurgie	1976
Thoraxchirurgie	1976
Notfallmedizin	1980
Urologie	1985
Gynäkologie	1986
Orthopädie	1986
Kinderheilkunde	1988
Allergie/Immunologie	1989
Innere Medizin	1990
Dickdarm-Chirurgie	1990
Dermatologie	1991
Psychiatrie/Neurologie	1991
Nuklearmedizin	1992
Ophthalmologie	1992
Plastische Chirurgie	1992
Physikalische Medizin/ Rehabilitation	1992
Hals-Nasen-Ohren- heilkunde	1995

Nach D. G. Langsley, ABMS: „Survey of Methods – Old and New“, Third International Conference on CME, Annenberg Center, Dezember 1989

auf Lernen zur Fortbildung. Der größte Anteil der Zeit entfällt mit 150 Stunden, entsprechend 35,3 Prozent, auf informales Lernen, zum Beispiel mit computerisierten und audiovisuellen Selbstlernprogrammen und aus der wissenschaftlichen Literatur, 100 Stunden (= 23,5 Prozent) entfallen auf Diskussion mit Kollegen und 75 Stunden (= 17,7 Prozent) auf formale Fortbildungskurse. Die Benutzung von Lehrbüchern und die Beratung durch Firmenvertreter nehmen je 50 Stunden (je 11,8 Prozent) pro Jahr in Anspruch.

Die daraus abgeleitete Folgerung, auf die auch von den Teilnehmern in der Diskussion hingewiesen wurde, ist die von Surgeon General a. D. Koop angesprochene Verantwortung der Fortbildungsorganismen für den Aufbau und die Verteilung der das Lernen unterstützenden Methoden. Trotz seiner Vorbehalte gegenüber dem Einsatz von Computern als teilweisen Ersatz für die persönlichen Arzt/Patientenbeziehun-

gen hält er Computer mit Modem für das Einholen und Bearbeiten von Informationen (Literatur) und für die Erleichterung der Kommunikation unter den Ärzten für unentbehrlich. Als wichtigste Voraussetzung für ein erfolgreiches Lernen bezeichnete Koop die Einrichtung von Institutionen zur ungezwungenen und vorbehaltlosen Begegnung der Ärzte untereinander.

## 2. Evaluierung der ärztlichen Kompetenz und Berufsausübung

An die Stelle einer Fortbildung, deren Methode auf Tradition, Ideologie und Folklore beruht – sie wurde in Annenberg als „homöopathische Fortbildung“ bezeichnet –, treten als Ziel der gegenwärtigen Entwicklung in den USA Methoden, die mit einem wissenschaftlich durchgeführten Nachweis eine Verbesserung der Berufsausübung und der Kompetenz bewirken. Es wird nicht mehr die Anwesenheit bei Fortbildungsveranstaltungen und deren Qualität überprüft, sondern die Leistung in der täglichen Praxis des Kandidaten („Performance“) neben dem Wissen und kognitiven Können unter Prüfungsbedingungen („Competence“). Diese Bedingungen erfüllen die Wiederholungsprüfungen für die Erneuerung der Qualifikation als Facharzt.

Alle in den USA anerkannten 23 Fachgesellschaften haben derartige Regeln verabschiedet; zur Zeit wird von neun Fachgesellschaften bei der Erneuerung des Facharztstitels eine Überprüfung der ärztlichen Kompetenz und Berufsausübung durchgeführt, bei weiteren acht erfolgt die Einführung bis 1995. Sieben Fachgesellschaften haben die Einführungs-termine noch nicht festgelegt. Eine freiwillige Rezertifizierung erfolgt in Anästhesiologie und Pathologie. In der Aufstellung der *Tabelle 1* fehlen drei der insgesamt 23 der anerkannten Fächer in den USA. Bei 37 Prozent der Staaten werden die Bedingungen für die Verlängerung der ärztlichen Zulassung auch durch die erfüllt, die für die Verlängerung der Facharztstitel gefordert werden. ▷

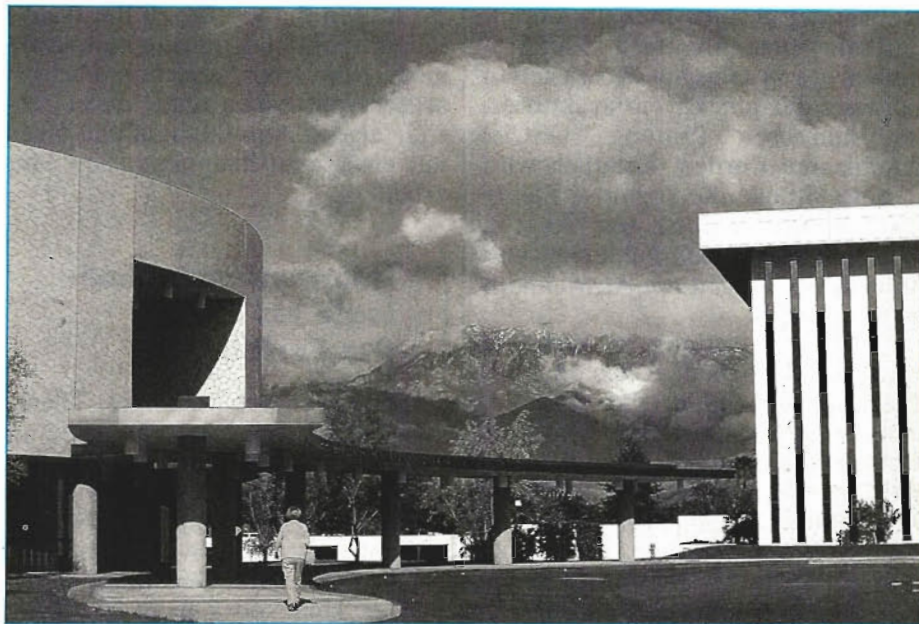


Die fast ausschließlich aus Nordamerika stammenden Wissenschaftler gaben Beispiele für Wiederholungsprüfungen, die gültig und zuverlässig die tatsächliche Qualität der Ausübung des ärztlichen Berufes und die Kompetenz messen. Sie sind in *Tabelle 2* (auf dieser Seite unten) aufgeführt.

Ein Teil der formalen Prüfungen verwendet von der Prüfungskommission vorgegebene Fälle und Aufgaben. Von den formalen Prüfungsverfahren sind vor allem die Entwicklungen der Nationalen Prüfungsstelle (National Board of Medical Examiners) auf dem Gebiet der Computerprüfungen zu erwähnen. Dabei werden Abbildungen und Filmausschnitte bei Fallaufgaben je nach dem Stand der Bearbeitung automatisch wiedergegeben. Da ein großer Teil der ärztlichen Fertigkeiten mit schriftlichen Prüfungen nicht erfaßt werden kann, werden in sechs Projekten verschiedener Prüfungsstellen Prüfungsverfahren für die praktische Prüfung von klinischen Fertigkeiten am Krankenbett entwickelt; bei zwei von diesen haben bereits Probeläufe stattgefunden.

Eine größere Anzahl von Fachgesellschaften greift für ihre Prüfungen und Wiederholungsprüfungen auf die nach besonderen Regeln ausgewählten Krankenblätter des Kandidaten zurück. Daneben werden Verfahren zur direkten Bewertung der praktischen Tätigkeit in der Praxis oder im Prüfungszentrum entwickelt.

Aus den vielen vorgestellten Prüfungsbedingungen für die Erneuerung des Facharztstitels seien beispielhaft die für Geburtshilfe und Frauenheilkunde beschriebenen genannt. Die vom Kandidaten eingereichte Liste der Fälle der letzten sechs Monate wird auf Abweichung von dem anerkannten Standard überprüft. Sind diese Abweichungen signifikant, werden die Kandidaten mündlich von zwei Prüfern im Prüfungszentrum über solche Fälle geprüft, die in der Praxisliste aufgeführt sind. Eine allgemeine mündliche Prüfung unter Berücksichtigung des Praxisprofils wird grundsätzlich bei allen Kandidaten durchgeführt.



Teilansicht des Annenberg Center für Gesundheitswissenschaft unweit von Palm Springs

Beispielhaft ist das Verfahren, das an der – in Ausbildungsmethoden führenden – Medizinschule der McMaster Universität in Kanada seit 1980 entwickelt wurde. Seit zwei Jahren wird es an allen Universitäten der Provinz Ontario eingesetzt, nachdem sein Wert in wissenschaftlichen Begleituntersuchungen bestätigt worden ist. Diese Ergebnisse wurden von Norman vorgetragen, der zu den in der Theorie der ärztlichen Entscheidungsfindung führen-

den Wissenschaftlern der Welt gehört. Die bei der kollegialen Praxisrevision (Peer Review) aufgefallenen Ärzte müssen sich diesem Verfahren stellen, was bisher an zwei Gruppen von insgesamt etwa 40 Ärzten erfolgt ist. Diese werden zunächst einer fast zwei Tage dauernden Prüfung unterzogen. Da kein einzelnes Verfahren die für die Berufsausübung entscheidenden Kriterien messen kann, besteht die Prüfung aus sechs Komponenten.

Unter Bezug auf das geforderte Erfassen der Praxistätigkeit ist die von der amerikanischen Prüfungsstelle der Notfallmedizin entwickelte Chart Stimulated Recall (CSR) bedeutend. Dabei werden die Kandidaten in eineinhalb Stunden über die aus den eingereichten Unterlagen der eigenen Patienten ausgewählten Krankenblätter geprüft. Durch die vorherige Analyse der Daten durch den Prüfer und die Möglichkeit der wissenschaftlichen Begründung ist eine gezielte strukturierte Befragung und Bewertung möglich. In weiteren zwei Stunden müssen sechs standardisierte Patienten, deren simulierte Krankheiten an das Praxisprofil des Kranken angepaßt sind, untersucht und diagnostiziert werden (Simulated Patient Encounter, SPE). Eineinhalb Stunden entfallen auf eine mündliche Prüfung, die als

#### **Tabelle 2: Neue Techniken zur Evaluierung der klinischen Fertigkeiten**

1. Objektive strukturierte klinische Prüfung (OSCE)
2. Elektronische Simulationen
3. Standardisierte Patienten
4. Praxisrevision (Practice audits)
5. Kollegenbewertung (Peer ratings)
6. Studien über den Erfolg der ärztlichen Handlungen (Outcome studies)
7. Untersuchungen über die Zufriedenheit der Patienten (Patient satisfaction studies)
8. Krankenblattabfrage (Chart Stimulated Recall)

Rollenspiel abläuft. In weiteren anderthalb Stunden müssen zwölf Stationen des in Glasgow entwickelten Formats der objektiven strukturierten klinischen Prüfung (OSCE) durchlaufen werden. Letztlich wird in einer Stunde die kognitive Fähigkeit der Anwendung von Regeln, nicht der Besitz des Faktenwissens, anhand von Fragen mit Auswahlantworten geprüft.

Bei der Prüfung werden die Kandidaten auch über die in ihrer Praxis bestehenden Arbeitsbedingungen befragt. Aus dem schriftlich festgelegten Ergebnis der Prüfung werden individuell die zu treffenden Maßnahmen abgeleitet. Diese reichen von der Aussage, daß keine Mängel nachgewiesen werden konnten, bis zum Verbot des Führens einer selbständigen Praxis mit einer Einweisung in eine ärztliche Tätigkeit *unter Überwachung in abhängiger Position*. Letztlich kann es zum Entzug der ärztlichen Lizenz kommen. Dazwischen liegen verordnete Ausbildungsmaßnahmen (Remedial Experiences) mit nachfolgender Wiederholungsprüfung.

Als Schwachstelle wurde bisher die geringe Anzahl der Experten bezeichnet, auf deren Urteil die Bewertung beruht. Insgesamt sind alle Verfahren teuer; ihre Entwicklung setzt einen hohen wissenschaftlichen Stand der Methoden für Ausbildung und Prüfungen und eine Zeitdauer von mindestens zehn Jahren voraus.

Eine weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit ist die Einführung einer nationalen Datenbank für objektiv erfaßte negative Entscheidungen über die ärztliche Berufstätigkeit (National Disciplinary Data Bank).

Wenn man die gesamte Entwicklung in Nordamerika überblickt, ergibt sich als Voraussetzung für die Erneuerung der Lizenz ein Abwenden von der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und eine seit zehn Jahren zunehmende Verlagerung auf die Erfassung der Leistung der Ärzte im Beruf und ihrer Kompetenz. Da der Beruf ganz überwiegend in fachärztlichen Disziplinen ausgeübt wird, haben die Universitäten, besonders aber die Facharztverbände, die Aufgabe übernommen,

Prüfungen der ärztlichen Berufsausübung und des Könnens zu entwickeln. Alle amerikanischen Fachgesellschaften haben dafür meist zentrale eigene Ausbildungsabteilungen mit etwa zehn hauptamtlichen Mitarbeitern.

### **Informationstechnologie als Mittel der Fortbildung**

Ein weiteres wichtiges Thema war die Informationstechnologie als Mittel der ärztlichen Fortbildung. Dies betrifft audiovisuelle Medien, die Übertragung von ganzen Fortbildungsveranstaltungen oder von Teilen in abgelegene Gegenden, in denen es keine oder nicht genügend Spezialisten gibt, und unmittelbare Hilfe durch Beratung bei der Praxis durch Fachärzte mittels Fernsehübertragung. Die vorgestellten Telekonferenzen für ärztliche Fortbildung reichen von dem von den Universitäten in Ontario für die kanadische Ärzteschaft eingerichteten Programm, das jährlich über 700 Übertragungen in 550 Krankenhäuser zum Preis von etwa acht Dollar pro Teilnehmer veranstaltet, bis zum preiswerten Übertragen mittels Satelliten in Länder der Dritten Welt.

Von besonderer Bedeutung für die Fortbildung ist die Informationstechnologie für die Literaturbenutzung geworden, wobei bis jetzt erst ein Anfang gemacht wurde. An die Stelle der gedruckten Informationen, die in Bibliotheken gespeichert werden und von dort mit der Hand gesucht, zur Benutzung herausgeholt und an den Ort des Gebrauchs geschickt werden müssen, treten digitalisierte Texte der wichtigsten Zeitschriften in Volltext, Bibliographien, Lehrbücher und sonstige Informationen in Datenbanken. Diese können innerhalb von wenigen Minuten von jedem Telefon der Welt aus gezielt abgerufen und die daraus benötigten Informationen lokal gespeichert werden. Besteht ein ständiger, vorhersehbarer Bedarf an Informationen, mit denen zudem interaktiv über längere Zeit mit Hilfe der EDV gearbeitet werden muß, werden Informationen in einer noch vor wenigen

Jahren unvorstellbaren Technik als CD-ROM vertrieben. Diese können am Arbeitsplatz beliebig benutzt werden. Ein CD-ROM mit MEDLINE enthält rund 300 000 Literaturstellen mit Abstracts.

Moderne Lehrbücher, die ebenfalls als CD-ROM erscheinen, müssen durch die Anwendung der EDV besser benutzbar sein. Als erstes Beispiel wurde das in Boston entwickelte und in San Francisco verfaßte Lehrbuch „Compact Library: AIDS“ erwähnt, das vier Neuauflagen pro Jahr hat und 875 Dollar, in Europa 1075 Dollar kostet. Es enthält außer dem Lehrbuchtext eine vollständige AIDS-Bibliographie, ständig erneuerte statistische Übersichten und die wichtigsten Zeitschriftenartikel als Volltext.

Das von dem neuen Leiter der wissenschaftlichen Verlagsabteilung des englischen Verlegers Maxwell gehaltene Einleitungsreferat gab einen Einblick in dieses Gebiet, in dem Deutschland den Anschluß verloren hat und in dem man sich ohne Kenntnis des Standes des Kampfes der Mediengiganten zur Zeit nicht zurechtfindet. Wenige Wochen nach der Annenberg-Konferenz konnten wir mit seiner Hilfe die seit Jahren vergeblich geführten Bemühungen um einen Anschluß an das bisher zu Bertelsmann gehörende medizinische Datenbanksystem „BRS Saunders Colleague“ erfolgreich abschließen. Dieses enthält 40 verschiedene medizinische Datenbanken. Damit lassen sich in Zusammenarbeit mit der Zentralbibliothek der Medizin in Köln der Bedarf und der zu erwartende Nutzen für die deutsche Medizin erforschen.

Die amerikanische Ärztevereinigung American Medical Association setzt seit 1988 für ihre 280 000 Mitglieder ein sehr umfangreiches EDV-Netzwerk (AMA/NET) ein. Es ist dem der deutschen Steuerberater DATEV ähnlich und war zur freien Benutzung während des Kongresses verfügbar. Für Mitglieder der AMA wird nur die tatsächliche Benutzung berechnet. Außer den Informationsquellen, die zur Zeit neun verschiedene medizinische und gesundheitspolitische bibliographische Datenbanken umfassen, zu denen auch das



erwähnte Literatursystem BRS Colleague von Maxwell gehören wird, stehen dem Arzt Arbeitsprogramme und computerisierte Fortbildungsprogramme zur Verfügung. Zu den Arbeitsprogrammen gehören ein Expertensystem, das mehr als 2000 Krankheiten umfaßt, ein Interaktionssystem für Arzneimittel einschließlich rezeptfreier Präparate und Nahrungsmittel. Weitere Komponenten sind Programme, die dem Arzt formalisierbare Tätigkeiten wie das Anlegen von Literatursammlungen und die Kommunikation mit Kollegen, Verbänden usw. abnehmen. Alle in den USA angekündigten Fortbildungsveranstaltungen sind in einer Datenbank enthalten, in der gezielt nach Thema, Ort, Zeit und Art der Veranstaltung gesucht werden kann.

Der wohl ranghöchste Teilnehmer aus der Sowjetunion, Kiselev, berichtete über das unter seiner Leitung seit 1983 eingerichtete Informationssystem SOYUZMEDINFORM, das die gesamte sowjetische Medizin abdecken soll. Es bezieht die amerikanischen Bibliographien über DIMDI, Köln.

Auch die für das Lernen in der Fortbildung wichtige Gruppenarbeit erfährt durch die Fachzeitschriften eine Förderung, wenn sie Anregungen zu Referate-Treffen (Journal Club) geben. Dies geschieht in der Zeitschrift der amerikanischen Ärztereinigung JAMA durch Hinweise auf die dafür geeigneten Beiträge in jedem Heft. Da wir unter einer „Verschmutzung mit Informationen“ (englisch: „Information Pollution“) leiden, müssen Qualitätsmerkmale für die Literatur durch Fachexperten entwickelt und zugänglich gemacht werden.

## Globale Zusammenarbeit

Die weltweiten Änderungen der Gesellschaftssysteme und der darin vorherrschenden Werte erhöhen die Bedeutung der globalen Zusammenarbeit auch in der ärztlichen Fortbildung. Aus medizinischer Sicht tragen dazu die weltweite Verbreitung der gesundheitlichen Probleme wie



## Das Annenberg-Center . . .

. . . Tagungsort auch dieser 3. Internationalen Konferenz über ärztliche Fortbildung (Bild oben: Blick in den halbrunden Vortragssaal mit seinen 485 Sitzplätzen), wurde vor mehr als zehn Jahren von dem amerikanischen Verleger und zeitweiligen Botschafter in London, Walter Annenberg, gestiftet. Es ist eine mit allen technischen Schikanen ausgerüstete Einrichtung zur ärztlichen Fortbildung, mitten im Komplex des Eisenhower Medical Center gelegen – verschiedenen hochleistungsfähigen Krankenhäusern, von denen das erste seinerzeit durch Ex-Präsident Dwight D. Eisenhower und den Entertainer Bob Hope gegründet wurde, ein anderes von der Gattin des ehemaligen US-Präsidenten Gerald Ford. Die ganze Anlage befindet sich an der Kreuzung von Bob Hope Drive und Frank Sinatra Avenue in Rancho Mirage, einem Teil der Agglomeration Palm Springs in der südkalifornischen Wüste, etwa zwei Autostunden östlich von Los Angeles. bt/DÄ

AIDS oder von Katastrophen wie Tschernobyl und die Folgen der Umweltschädigung und Drogenabhängigkeit bei. Die globale Verbreitung von Gesundheitssystemen sowie die gemeinsame Benutzung von Informationssystemen, die vornehmlich

aus den USA stammen, sind weitere Faktoren, die die Zusammenarbeit in der Fortbildung bedingen (Schwarz). Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit wurden während der Annenberg-Konferenz unverbindlich in Arbeitsgruppen diskutiert. Gemeinsame Veranstaltungen herkömmlicher Art wie Kongresse blieben wegen deren geringer Wirkung außer Betracht (Warren). Die weitreichenden Vorschläge zielten auf einen allgemeinen Erfahrungsaustausch, besonders aber auf eine internationale Qualitätssicherung und Erforschung der Methoden der ärztlichen Fortbildung ab.

In einer letzten Sitzung, in der Odenbach die Ergebnisse seiner weltweiten Umfrage vortragen konnte, wurde die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie besprochen. Eindeutige Aussagen konnten dazu nicht gemacht werden.

Insgesamt gaben die Vorträge den fünf deutschen Teilnehmern (Amarotico, München; Große-Ruyken, Freiburg; Odenbach, Köln; Renschler, Bonn; Retzlaff, Lübeck) Anlaß zum Nachdenken, welche der vorgestellten Methoden in die deutsche Fortbildung eingebracht werden könnten.

### Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med.  
Hans E. Renschler  
Institut für Didaktik  
der Medizin  
der Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Straße 25  
5300 Bonn 1