

## «We in Zurich ...»

### Erfahrungen, Gedanken und Begegnungen am WONCA-Kongress, London 2002

Lernen in der täglichen Sprechstunde: Die Begegnungen mit PatientInnen als Lernsituation zu betrachten, aus der immer neue Impulse für die persönliche Entwicklung entstehen, war Thema einiger Workshops in London. Die Kontakte an einem solchen Kongress führen immer auch zu interessanten Gesprächen mit KollegInnen aus anderen Ländern – und zum Vergleich mit der Situation im eigenen Land. Für die Situation der Lehre in Allgemeinmedizin an den Schweizer Universitäten ergeben solche Vergleiche ein unvoreilhaftes Bild ...

Apprendre chaque jour à la consultation: considérer les rencontres avec les patient(e)s comme une situation d'apprentissage, qui donne toujours de nouvelles impulsions pour le développement personnel, a été le sujet de quelques workshops à Londres. Dans un tel congrès, les contacts permettent toujours d'avoir d'intéressantes discussions avec des collègues d'autres pays, permettant de faire la comparaison avec la situation dans son propre pays. Pour la situation de l'enseignement de la Médecine générale dans les universités suisses, de telles comparaisons donnent une image peu flatteuse ...<sup>1</sup>

Urs Glenck

«Lehren und Lernen» habe ich als Thema gewählt, um über den WONCA-Kongress 2002 zu schreiben. Zunächst berichte ich über Workshops zum Lernen in der täglichen Sprechstunde und zum Teaching in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Im zweiten Teil werde ich mich zum Gegensatz zwischen der international etablierten Lehre in Primary Care und der Lage an den Schweizer Universitäten äussern. Die persönliche Sicht eines FIHAM-Mitgliedes der Uni Zürich (FIHAM: Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin) wird unvermeidlich mitschwingen.

Schon die Ankunft in Heathrow war eindrücklich. Dank der bilateralen Verträge durften wir den Zoll erstmals mit den andern Europäern passieren: «United Kingdom, European Union, Swiss», war über der Passage zu lesen.

Zu Beginn eine Geschichte über das Lernen, die ein indischer Kollege am Kongress erzählte: Wenn indische Maharadschas früher Arbeits- und Kriegselefanten brauchten, war es eine anspruchsvolle Aufgabe, diese zu zähmen. Bewährt hat es sich, einen einzigen Elefanten sorgfältig an die Menschen zu gewöhnen und ihn dann gezähmt in den Dschungel zurückzuschicken. Dort gab er erstaunlicherweise das Gelernte an seine

wilden Kollegen weiter, so dass diese vorgezähmt zu den Menschen kamen. Selbstverständlich sehe ich davon ab, fortgebildete Ärzte mit Elefanten zu vergleichen.

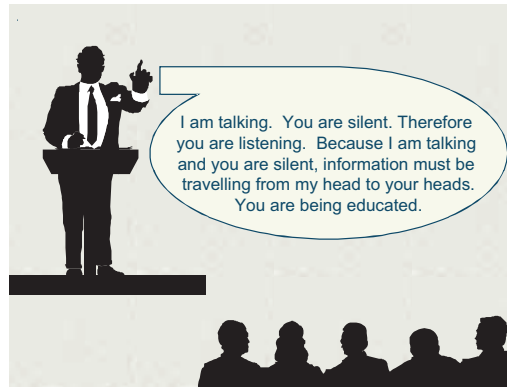
### Lernen und Lehren – verschiedene Typen, verschiedene Ansichten

«Matching teaching and learning styles», mit Yonah Yaphe, Israel, und Justin Allen, England

In der Art, wie sie sich Lerninhalte am besten aneignen, bestehen bei Lernenden und Studierenden grosse Unterschiede. Während die einen eher konkret, handfest lernen, gelingt dies andern besser abstrakt, mathematisch. Einige nehmen Lerninhalte passiv, rezeptiv erfolgreich auf, andere sind dafür auf aktive Beteiligung am Lernprozess angewiesen. Anhand des Kolbschen Modells [1] konnten die einzelnen Kursteilnehmer im Seminar ihre persönlichen Präferenzen analysieren. Nicht verwunderlich ist es, dass AllgemeinpraktikerInnen eher konkret, handfest und aktiv lernende Typen sind.

Das traditionelle Modell der medizinischen Lehre, das von der Voraussetzung ausgeht, dass in einem Saal sitzende Studenten und Studentinnen schon a priori lernen,

<sup>1</sup> Traduction: G.-A. Berger.

**Abbildung 1**Teaching and learning styles ...  
(Slide von Trisha Greenhalgh).

wenn vor ihnen ein Professor spricht, wird in Frage gestellt.<sup>2</sup>

Yonah Yaphe zeigte uns ein Video einer Konsultation mit einem chronischen Epileptiker. In einer Gruppenarbeit wurde es aus der unterschiedlichen Sicht von Patient, Arzt in Ausbildung und Lehrarzt besprochen. Dieses Thema mit Yuk Kwan Yiu aus Hongkong und einem pakistanischen Kollegen zu erarbeiten, hatte einen Reiz, der nur an einem internationalen Kongress möglich ist. In der im Video gezeigten Sprechstunde ging es darum, einen verlangsamt Epilepsiepatienten, der den Arzt wegen einer rektalen Blutung aufsucht, zu führen. Den somatischen Befund ernst zu nehmen und lege artis abzuklären, den geistig behinderten Patienten seinen Möglichkeiten angepasst zu orientieren und sich zu versichern, dass er zum Gastroenterologen begleitet wird, ist in der limitierten Zeit, die in einer Sprechstunde zur Verfügung steht, schon eine anspruchsvolle Aufgabe. Diese Vorgabe als Lernsituation zu betrachten, in welcher wir uns in die Lage eines Lehrarztes versetzten, der seinen in Ausbildung stehenden Kollegen berät, ist noch komplexer und anspruchsvoller. Als «Belohnung» für die grosse Arbeit bekommen wir als Lehrärzte Gelegenheit, ärztliches Sprechen und Handeln von aussen, gleichsam aus dem Zuschauerraum, zu betrachten und zu reflektieren.

<sup>2</sup> As a faculty we have generally espoused the common belief that students learn and develop through exposure – that the content is all important. We have become accustomed to a traditional learning process where one who knows (the teacher) presents ideas to one who does not (the student) [2].

## Gesünder leben – die Ratschläge einmal auf uns selber angewandt

«*Change yourself before helping others*»,  
*Rick Botelho aus Rochester USA*

Ein Workshop für GPs (General Practitioners), die ihren Patienten eine gesündere Lebensweise nahelegen. Eine klassische Lehr- und Lernsituation für alle Hausärzte und -ärztinnen also. Im Seminar ging es diesmal aber nicht um Patienten, sondern zunächst darum, eigene Lebensgewohnheiten in Richtung Gesundheit zu verändern. Bei vielen unter uns werden wahrscheinlich Essgewohnheiten und Mangel an körperlicher Bewegung ein Thema sein. Auch risikoreiches Trinken von Ärzten gehört bekanntlich dazu. Nachdenken und Dialog im Zweiergespräch über die eigene Motivation, Hindernisse und Widerstände anhand eines strukturierten Fragebogens liessen uns wieder einmal hautnah fühlen, wie schwierig Veränderung in den Lebensgewohnheiten zu erreichen, wie gross die Widerstände sind. Dies weckte wohl bei vielen der Teilnehmer Verständnis für die Mühsal unserer Patienten, wenn sie unsere wohlgemeinten Empfehlungen und Ratschläge in ihre Alltagswirklichkeit umsetzen sollen.

## Familiensysteme

«*Working with Patients, Families and Teams: An Introduction to Systemic family medicine*»,  
*John Launer, England und Sirpa Lindroos und Pekka Larivaara, Finnland*

Pekka ist als Allgemeinpraktiker Professor für Familientherapie am Departement für Allgemeinmedizin an der Universität Oulu in Nordfinland. Ein in Europa wohl einmaliger Lehrstuhl!

Nach theoretischen Ausführungen über Systemtheorie und Familientherapie wird am konkreten Fallbeispiel eines dänischen Kollegen gearbeitet. Als Landarzt schildert er seine Schwierigkeiten in der Sprechstunde mit einer psychosomatischen Patientin und deren Ehemann, mit denen er auch ausserhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Dorfgemeinschaft zu tun hat. Alle Kolleginnen und Kollegen, die über eine lange Zeitspanne weit in der Peripherie arbeiten, kennen solche Verflechtungen und wissen um den schwierigen Umgang mit ihnen.

Im Workshop wurde eine lehrreiche Anordnung gewählt: Der Kursleiter wirkte als

persönlicher Berater des dänischen Landarztes und hatte hinter sich seinerseits zwei familientherapeutisch erfahrene Kollegen, denen er seine Gedanken zur Situation mitteilte und ihren Rat zu Hilfe zog. Diese Berater wiederum konnten sich an den noch weiteren Kreis der Kursteilnehmer wenden und Gedanken und Ratschläge erfragen. All dies geschah in einer offenen Kommunikation, so dass alle mithören konnten, was gesprochen wurde. Eine sehr kreative Form, Gedanken und Lösungsvorschläge zusammenzutragen, ohne das eigentliche Beratergespräch zu stören.

### EBM und die Wünsche der PatientInnen

«Sharing evidence with patients», mit Mieke Van Driel, Myriam Deveugele und An De Sutter aus Gent

Die Polarität zwischen Wünschen und Vorstellungen der Patienten und dem Willen des Arztes, rationale Entscheide zu fällen, wird angesprochen und diskutiert. Wir sehen die Videoaufnahme eines Gesprächs mit einem Patienten, der im Rahmen einer viralen Pharyngitis an starken Halsschmerzen leidet und die Ärztin mit der Vorstellung aufsucht, antibiotisch behandelt zu werden. Hier geht es um die Begegnung von «magischen» Vorstellungen und Wünschen des Patienten mit der Ratio der Ärztin im Sinn der Evidence Based Medicine.

In der anschliessenden Diskussion fällt auf, dass die jungen belgischen Kolleginnen sogar eine Streptokokken-Angina nicht mehr a priori antibiotisch behandeln würden, da das rheumatische Fieber seltener geworden sei als schwerwiegende Nebenwirkungen der Medikamente.

Als zweites Beispiel wird eine Diabetikerin mit einer Facialis-Parese diskutiert. Da Steroide in ihrem Nutzen zur Behandlung der Bellschen Lähmung in Frage gestellt werden und bei einer Diabetikerin kontraindiziert sind, verzichtet der Arzt auf eine medikamentöse Behandlung dieser subjektiv schweren Krankheit. In der Fallvorstellung kommt die Patientin schliesslich vom Neurologen, den sie in ihrer Hilflosigkeit von sich aus aufsuchte, mit einem Steroid zurück. Der Spezialist bietet ein Medikament, wo die Hausärztin der Patientin ohnmächtig erschien. Welcher ist nun der «gute» Arzt? Und

der Diabetes? Das nun folgende Gespräch mit der verunsicherten Patientin ist ein guter Test für die kommunikativen Fertigkeiten der Ärztin.

Dass in diesem Fall auch an die Borreliose gedacht werden muss und einige Kollegen eine Facialis-Parese mit Acyclovir behandeln, wurde erwähnt, gehörte aber nicht zum eigentlichen Thema des Workshops.

### Allgemeinmedizin lehren

*General practice / family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care [3].*

Viele Kolleginnen und Kollegen, die ich hier treffe, lehren in ihren Heimat-Universitäten Allgemeinmedizin. Wenn ich mich hier in London vorstelle, werde ich oft gefragt, ob auch ich in der Lehre engagiert sei. Meist beginnt meine Antwort dann mit «Well, we in Zurich ...» oder «At our University ...». Ich erkläre den Kolleginnen und Kollegen aus England und Schottland, aus der Türkei, Estland, Dänemark, den Niederlanden und aus Hongkong, dass wir in Zürich kein «Department of General Medicine», sondern nur eine «Subdivision of General Practice» hätten. Dass der «Head of the Subdivision of General Practice» nicht ein GP, sondern ein Professor für Innere Medizin sei, lässt die Kollegen erstaunt den Kopf schütteln. Wenn ich in London über die Universität Zürich spreche, sage ich *our university*. Nach nur einer guten Stunde Flugzeit von Heathrow nach Unique verändert sich meine Sicht deutlich. Statt von *unserer* Universität sprechen wir hier unter Kolleginnen und Kollegen von *der* Fakultät als einer fremden, eher feindlichen, uns jedenfalls kaum wohlgesinnten Organisation, von der wir wenig Unterstützung für den Aufbau einer Lehre in Allgemeinmedizin bekommen.

Das «We in Zurich» verblasst nach der Landung auf dem heimatlichen Boden zu einem nüchternen «Back to Zurich». Jedesmal, wenn ich aus England nach Hause kam, war ich voller Begeisterung, wie wir gute Ideen und Impulse aus Holland, den angelsächsischen und den skandinavischen Ländern über Teaching zuhause umsetzen könnten. Immer wieder musste ich meine Begeisterung ins Hinterzimmer schicken, da ich

realisierte, dass Ideen und Impulse von seiten der Hausärzte über die Lehre an *unserer* Fakultät kaum gefragt sind, dass die FIHAM als notwendiges Übel hingenommen oder gar als Bedrohung der etablierten Macht wahrgenommen wird. So müssen wir zum Beispiel Jahr für Jahr dem Geld für einen Hausarztkurs im fünften Studienjahr nachrennen, weil die Fakultät sich bisher weigert, ihn ins reguläre Budget aufzunehmen. Auf ein Positionspapier über unsere Vorstellungen, wie die Grundversorgung ins Curriculum zu integrieren sei, hat der Dekan kürzlich mit dem Wunsch reagiert, die FIHAM in «Fakultäre Instanz für ambulante Medizin» umzubenennen. Zu «unserem» Vertreter in die Reformkommission des zweiten Jahreskurses ernannte die Fakultät einen Kardiologen.

### Philosophie der Wissenschaft

Ein grosser Teil der Seminare fand im wunderschönen Church House unmittelbar neben der Westminster Abbey statt. Auf dem Balkon dieses gotischen Gebäudes hatte ich ein Gespräch mit einem englischen Kollegen, der eben aus einem einjährigen Sabbatical von einer Reise um die Welt zurückgekehrt war. Wir diskutierten die Frage nach dem philosophischen Hintergrund der heftigen Auseinandersetzung zwischen den etablierten Vertretern der medizinischen Wissen-

schaft und den akademischen Vertretern der Allgemeinmedizin, die offenbar weltweit stattfindet. Hat sie mit dem Paradigmenwechsel von linearem monokausalem «Newtonschem» Denken zu einer mehr systemischen, vernetzten Sicht zu tun, die hundert Jahre nach Schaffung der Relativitäts- und Quantentheorie in der Physik langsam auch in der medizinischen Wissenschaft Fuss fasst? Dieser wissenschaftliche Ansatz liegt der traditionellen Denkweise der GPs nahe, deren Arbeit sich im Spannungsfeld zwischen biomechanisch-biochemischem Denken und systemisch vernetzter Alltagswirklichkeit bewegt. Wissenschaftliche Ansätze wie Chaos- und Systemtheorie liefern für unsere tägliche Arbeit einen besseren theoretischen Hintergrund als lineares monokausales Denken [4]. Geht da der Vergleich mit der Auseinandersetzung zwischen den scholastischen medizinischen Lehrern des Spätmittelalters und der auf Erfahrung und «Evidenz» basierenden Medizin eines Paracelsus zu weit?

#### Literatur

- 1 <http://www.rcc.ryerson.ca/learnontario/idnm/mod2/mod2-3/mod2-33.htm>
- 2 New Students – New Learning Styles, Charles C. Schroeder 1993. Internet: <http://www.virtualschool.edu/mon>
- 3 The European definition of general practice / family, WONCA, London 2002.
- 4 Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Medical education, research and scientific thinking in the 21st century. *Educ Health* 2000;13:15–25.