

Mitten in der Wirklichkeit und reflektiert

Neues Potenzial und neuer Ort für die allgemeinmedizinische Forschung

S. Wilm

In the Hearts of Life and Reflective

Zusammenfassung

Neues Potenzial für die allgemeinmedizinische Praxisforschung kann im Bereich der qualitativen Methoden geweckt werden. Sie stehen dem hermeneutischen Fallverständnis der Allgemeinärzte viel näher als quantitative Ansätze der Versorgungsforschung.

Schlüsselwörter

Qualitative Forschung · Allgemeinmedizin · Versorgungsforschung

Abstract

New potentials for general practice research in Germany can be wakened in the field of qualitative methods. They are closer connected with general practitioners' hermeneutic understanding of a case than quantitative methods in health services research.

Key words

Qualitative research · general practice · health services research

Hermeneutisches Fallverständnis

In den letzten 25 Jahren bedient sich die internationale allgemeinmedizinische Forschung zunehmend qualitativer Forschungsmethoden. Dahinter steht die Erkenntnis, dass sich viele Spezifika hausärztlichen Denkens und Handelns mit einer quantifizierenden Methodologie nur oberflächlich abbilden lassen. Mit quantitativen Ansätzen können wir in Zahlen beschreiben, wie Ärzte und Patienten sich im Praxisalltag verhalten und – bestenfalls nur – was sie erleben. Wie sie es erleben, und warum sie sich so verhalten, wird durch qualitative Methoden sichtbar [1].

Das hermeneutische Fallverständnis als grundlegende Arbeitsweise der Allgemeinmedizin, die bei der Interpretation von Symptomen und Befunden des individuellen Patienten sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte würdigt,

ist eher dem verstehenden und deutenden Ansatz der qualitativen Forschung vergleichbar.

Ergebnisse der Versorgungsforschung

Die unterschiedlichen Stärken verschiedener methodischer Zugangswege zur ‚Wirklichkeit‘ werden in vielen aktuellen Fragestellungen der Versorgungsforschung deutlich. Ein bekanntes Ergebnis herkömmlicher Versorgungsforschung ist, dass evidenzbasierte Medizin, Leitlinien, ja der Stand des Wissens generell in der Versorgung der Bevölkerung nicht umgesetzt werden. Zahlreiche Studien weisen z. B. immer wieder nach, dass Patienten mit zu hohen HbA1c-Werten, zu wenigen Kontrollen ihres Augenhintergrundes oder zu seltener Inspektion ihrer Füße als Diabetiker durch die Welt laufen. Was liegt näher, als aus derartigen Ergebnissen zu schlussfolgern, dass die versorgende All-

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Wilm · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität · Postfach 10107 · 40001 Düsseldorf · E-mail: wilm@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 234–236 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836617
ISSN 0014-336251

gemeinärzteschaft besser fortgebildet und besser kontrolliert werden muss, und ihr über Disease Management Programme ein Handlungskorsett vorzugeben. Möglicherweise liegt hier aber nicht allein oder nicht wesentlich das Problem. Die versorgungsforschende Frage aus Sicht der Allgemeinmedizin ist vielmehr die: Warum wird nicht adäquat versorgt?

Diese Frage ist provokativ simpel. Denn das, was für die Versorgung der Patienten mit Diabetes-mellitus-Typ-II gewusst werden muss, ist für einen Arzt banal – sehen wir von wenigen Problemfällen ab, die allerdings auch wegen der kleinen Zahl bei den Ergebnissen der Versorgungsforschung gar nicht auffallen würden. Was also führt dazu, dass das leicht zu Vermittelnde, nämlich eine adäquate ‚gute‘ Versorgung, nicht vermittelt wird? Diese Frage ist nur dadurch zu klären, dass man in der Hausarztpraxis sowohl Behandler und Behandelten, ihre Interaktion als auch die sie umgebenden Bedingungen analysiert, also z. B. Entscheidungsprozesse und Krankheitskonzepte aufseiten des Hausarztes, Begründung für Entscheidungen bei individuellen Patienten oder Interaktionsmuster in der Konsultation.

Das Gleiche kann man aufseiten des Patienten durchführen. Dann zeigt sich nicht selten, dass in der Interaktion zwischen Arzt und Patient auch dann, wenn die Versorgung aus medizinischer Sicht nicht optimal ist, ein Bündnis geschlossen wird, das dem des „Einverständnisses mit nicht optimaler Qualität“ entspricht. Hintergrund scheint zu sein, dass für den Patienten der „Aufwand“ zur Erreichung des gewünschten Zieles zu hoch ist. Der Arzt akzeptiert im Laufe der Versorgung zunehmend mehr die Position des Patienten, hat Verständnis dafür und übernimmt sie gar. Er begründet seine Haltung dann mit „Lebensumständen“, „der Schwierigkeit des Patienten“, „Lebensqualität“ etc. Dabei wird zunehmend mehr aus dem Blick verloren, dass es eigentlich primär um ein anderes Ziel ging; die Versorgung versinkt in Routine.

Missverständnisse und ihre Folgen

In diesem Prozess gibt es zahlreiche Mechanismen des Missverständnisses: etwa die artzseitige Annahme, der Patient wolle sowieso nicht mehr tun, nicht mehr auf seinen schlechten Zucker angesprochen werden, habe sein Kranksein aus dem Alltagserleben ausgeblendet (ein ‚hermeneutisches Missverständnis‘). Wobei sich dies aufseiten des Patienten möglicherweise eher darstellt als: Der Arzt tut nichts mehr, ist nicht mehr so engagiert in meinem Fall. Oder es zeigt sich, dass die besonders schlecht versorgten Patienten solche sind, die von sich aus ihre Termine so arrangieren, dass nie viel Zeit zu einem Gespräch zwischen Arzt und Patient bleibt – was vom Arzt offensichtlich akzeptiert wird. Diese Patienten lehnen möglicherweise auch die Teilnahme am DMP ab, oder der Arzt schreibt sie nicht ein.

Die Ergebnisse zu dieser Thematik ließen sich um viele weitere ergänzen. Was hier allein gezeigt werden soll, ist: Das schlechte Behandlungsergebnis, das in populationsbezogener Perspektive der Versorgungsforschung immer wieder mit quantitativen Methoden nachweisbar ist, ist möglicherweise zu wesentlichem Teil Resultat sowohl interaktiver Angleichung auf subjektive Versorgungsziele des Patienten als auch interaktiver Missver-

ständnisse. Sieht man aber aus dieser Sicht allgemeinmedizinischer Versorgungsforschung mit qualitativen Methoden das Problem, so würde man nicht auf die Idee kommen, medizinische Fortbildung und Kontrolle des Arztes in den Vordergrund zu stellen, sondern würde eher die Analyse von Interaktion, die Fähigkeit des Hausarztes, derartige Beziehungsfallen zu erkennen und auf sie zu reagieren, ins Zentrum einer Intervention setzen. Dann wäre es nicht die jährliche Diabetes-Fortbildung im Rahmen des DMP, sondern die Schulung von Reflexion interaktiver Prozesse und eigenen Handelns des Allgemeinarztes, die eine Verbesserung der Versorgung ermöglichen könnte.

Zur Interpretation von quantitativen Daten aus der ambulanten Versorgung bedarf es also spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen aus eben dieser ambulanten Versorgung, um überhaupt die richtigen Fragen zu stellen, in der Mikrosoziologie der Patient-Arzt-Beziehung die Daten zu interpretieren und die Erfolg versprechendsten Interventionen daraus abzuleiten [2].

Stärke verloren?

Populationsbezogene repräsentative (Versorgungs-)forschung in der Allgemeinmedizin ist wegen der berechtigten Ansprüche an Qualität und Größe der Studien zunehmend auf die wenigen großen forschenden Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin konzentriert. Einzelne Praxen oder kleinere Lehrbereiche können hier nicht „mithalten“ – zu groß ist der Aufwand. Genuin allgemeinmedizinische Forschung, die nicht von den Sozialwissenschaften übernehmbar ist, mit einer genuinen Frage aus meinem Praxisalltag beginnt und von mir und meinen allgemeinärztlichen Kollegen in unseren Praxen untersucht wird, geht dabei zunehmend verloren.

Aber wir sollten nicht vergessen: Die Stärke allgemeinmedizinischer Forschung liegt darin, dass sie sehr „nahe dem Geschehen“ erfolgt und dass daher sie allein die Fragen „wie“ und „warum“ beantworten kann.

Entfremdet sich also die allgemeinmedizinische Forschung vom Ort ihrer Stärke? Ein Hinweis darauf könnte sein, dass unter den eingereichten Abstracts zum jährlichen DEGAM-Kongress, der Diskussionsplattform und Schaubühne allgemeinmedizinischer Forschung in Deutschland, früher viele Beiträge von ‚Einzelkämpfern‘ aus ihren Praxen heraus waren. Diese sind aber in den letzten 10 Jahren immer weniger geworden und jetzt völlig verschwunden.

Dahinter mag natürlich auch die Einsicht stecken, dass sich die allgemeinmedizinische Forschung zunehmend professionalisiert hat und ich in meiner Praxis auf niedrigerem Niveau nichts mehr forschen möchte, erdrückt von den durchaus als berechtigt erlebten Ansprüchen an Qualität und Größe. Andererseits befriedigen ‚Anwendungsbeobachtungen‘, wie sie uns von der Industrie als ‚Forschung‘ in die Praxen getragen werden, unsere kritische Forschungslust auch nicht.

Hier könnte die qualitative Forschung ein Feld werden, in dem einzelne Praxen oder mehrere Praxen zusammengeschlossen ihre Stärken neu entdecken. Gerade die Nähe und Vergleichbar-

keit grundlegender Denk- und Handlungsweisen der Allgemeinmedizin zu dem verstehenden und deutenden Ansatz der qualitativen Forschung könnte eine neue Perspektive und Aufgabe für die Praxisforschung eröffnen. Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin lebt von den komplexen, überraschenden Fragen aus dem Praxisalltag, die immer an den kontextgebundenen Erfahrungen des Individuums (Patient, Familie, Hausarzt) interessiert sind.

Methodenwissen nötig

Die Lehrbereiche für Allgemeinmedizin, gerade wenn sie nicht zu den forschenden Abteilungen gehören, sind für diese neue Perspektive ein wichtiges Rückgrat. Denn – im Gegensatz zu Vorurteilen – braucht es methodischer Unterstützung und Einarbeitung gerade in qualitative Forschung! Qualitative Forschung benötigt wie jede Forschung genau formulierte Fragestellungen, ein detailliertes Design, eine genaue Beschreibung der Stichprobe, eine der Fragestellung angemessene Auswahl der Methoden und Instrumente aus dem breiten Fächer der Möglichkeiten, einen exakten, kritisch-reflektierten und ethischen Einsatz der Methoden, eine vorsichtige und transparente Darstellung und Bewertung der Ergebnisse [3].

Dieses Rüstzeug muss erworben werden, und dabei können die Lehrbereiche für Allgemeinmedizin ihre an qualitativer Praxisforschung interessierten Allgemeinärzte durch Bündelung und Motivation unterstützen. Ein erster Schritt könnte sein, mit Forschern aus sozialwissenschaftlichen Feldern innerhalb der Universität Kontakt aufzunehmen, die viel Expertise und Erfahrung im Bereich qualitativer Forschung haben. Qualitative Methoden leben von Reflexivität und dem Austausch verschiedener Disziplinen [4]. Methodenwissen kann in Forschungs- und Professionalisierungskursen etwa der DEGAM (www.degam.de) oder der EGPRN (www.egprn.org) erworben werden. Britische Institutionen wie das Royal College of General Practitioners (www.rcgp.org.uk) oder die University of Dundee (www.dundee.ac.uk/generalpractice/research/research.htm) bieten seit vielen Jahren bewährte Kurse an. Weiter führt auch das Studium von Aufsätzen zu qualitativen Studien; Sandra Dunkelberg gibt uns dazu in diesem Heft zehn hilfreiche Fragen mit auf den Weg [5].

Die wichtigste Bedingung, damit qualitative Forschung eine neue Perspektive für die allgemeinmedizinische Praxisforschung werden kann, ist aber die motivierende und supervidierende Begleitung durch forschungserfahrene Mentoren. Im Januar 2005 trafen sich Vertreter der forschenden Allgemeinmedizin aus fünf Universitäten (Düsseldorf, Medizinische Psychologie Göttingen, Hamburg, Marburg, Ulm) in Düsseldorf zu einem zweitägigen Workshop ‚Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin‘, um ihre Erfahrungen und Ergebnisse auszutauschen. Viele von ihnen sind gerne bereit, für Praxisprojekte als Mentoren zur Verfügung zu stehen.

Schon seit den 80er-Jahren gab es qualitative Projekte in der allgemeinmedizinischen Forschung in Deutschland, u.a. von der Arbeitsgruppe um Michael Köhle [6]; der folgende Beitrag zu Videoaufzeichnungen aus der hausärztlichen Praxis von Ottomar Bahrs [7] knüpft an diese Tradition an. Das vorliegende Heft der ZFA möchte mit seinem Schwerpunkt zu qualitativer Forschung neues Potenzial in der allgemeinmedizinischen Praxisforschung wecken. Ob dies gelingt, werden die DEGAM-Kongresse der nächsten Jahre zeigen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Donner-Banzhoff N, Wilm S. Neue Horizonte: Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2002; 78: 11 – 12
- 2 Wilm S, Abholz HH. Versorgungsforschung – Die Sicht der Allgemeinmedizin. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung*. Huber, Bern 2003; 65–70
- 3 Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Ein klärender methodischer Überblick. *Z Allg Med* 2004; 80: 334 – 342
- 4 Kalitzkus V. Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2005; 81: 243 – 247
- 5 Dunkelberg S. Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen. *Z Allg Med* 2005; 81: 248 – 251
- 6 Bahrs O, Köhle M. Das doppelte Verstehensproblem – Arzt-Patienten-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Neubig H. *Die Balintgruppe in Klinik und Praxis*. Band 4. Springer, Berlin 1989; 103–130
- 7 Bahrs O. Die Re-Inszenierung des Sprechstundenalltags – Videoaufzeichnungen aus der hausärztlichen Praxis. *Z Allg Med* 2005; 81: 237 – 242

Zur Person



Dr. med. Stefan Wilm
Als Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Gemeinschaftspraxis in Köln niedergelassen. Seit 1986 qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin.