



Mit unserer zunehmenden akademischen und gesellschaftlichen Akzeptanz als Fach können wir es uns nun leisten, auch mit unseren Stärken zu „wuchern“ – und nicht die anderen, die eben anders als die Generalisten, die Hausärzte, sind, nachzumachen.

Der neue EBM hat uns – gewissermaßen von außen – in unsere generalistischen Schranken gezwungen, faktisch aber auch die Spezialisten in ihre. Es ist das Ende des Hausarztes, der alles tun kann und – zumindest unter

vorgehaltener Hand – in allem dann auch als nicht ausreichend angesehen wurde. Damit sind wir ein deutliches Stück näher dem, was andere Hausärzte in den Ländern um uns herum an Aufgaben haben. Nur ironischerweise hinken wir diesen dann auch eher nach: in der Mehrzahl der uns nach Westen und teilweise Süden umgebender Länder ist der Hausarzt auch der, der für die Kinder, die Frauen, für orthopädische Leiden, für die Haut etc. zuständig ist – es sei denn, es sind besondere Krankheitssituationen gegeben.

In diesem Heft machen wir deutlich, dass wir auch in der Forschung uns mehr besinnen sollten, die Dinge zu tun, die die anderen nicht so gut oder überhaupt nicht tun können: sehr nah an unseren Patienten und Aufgaben Forschungsarbeit zu leisten, die sich eben nicht durch große Zahlen und Repräsentativität, dafür aber durch Detailtreue und Einblicke, die durch so genannte „quantitative Studien“ nicht zu erreichen sind, auszeichnen.

„Qualitative Forschung“ ist ein terminus technicus, der Forschung bezeichnet, die auf das Erleben, die Werte und die Vorstellungen von Arzt und Patient als Handlungshintergrund für in quantitativer Forschung zu findender Befunde fokussiert. Dazu braucht man die Arztpraxis als Forschungsraum, weil niemand anderes als der Arzt so gut an seinen Patienten „herankommt“. In diesem Heft wird in drei Aufsätzen sowohl eine wissenschaftliche Einordnung Qualitativer Forschung als auch ein Einblick in diese Forschung gegeben.

Dies ist die Forschung, die auch die Praxen selbst im kleinen Verbund von zwei bis zehn Praxen ohne weiteres selbst durchführen können. Hier braucht es nicht der Zahlen um die hunderte oder gar tausende Patienten. Allerdings braucht es – im Gegensatz zu landläufiger Meinung – weitaus mehr methodische Vorbereitung, als für das Auszählen von auftretenden Komplikationen oder Zusammenbringen gemessener Blutdruckwerte.

Für die methodische Kenntnis bei Qualitativer Forschung sind wir Hausärzte allerdings gut gerüstet: man könnte vereinfachend sagen, im Zentrum dieser Forschung steht das, was wir alltäglich tun: Arbeit mit Deutung im Sinne des Hermeneutischen Fallverständnisses, also das Zusammenbringen vieler Einzelfaktoren, die in einem komplexen Zusammenhang stehen, Sortieren und zu Handlungsentscheidungen kommen.

Die Arbeit von Fisseni bietet ein sehr gutes Beispiel für derartig qualitative Forschung – hier kombiniert auch mit einigen quantitativen Auswertungen. Und die Arbeit von Jobst macht deutlich, wie dennoch wichtig weiterhin auch Quantitative Forschung in unserem Bereich ist.

Die Arbeit von Jobst macht übrigens auch deutlich, dass wir so viel Selbstbewusstsein gewonnen haben, dass wir über früher tabuisierte Bereiche, wie die Eigenblutbehandlung, auch forschen können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz · Facharzt für Allgemeinmedizin · Abt. Allgemeinmedizin · Heinrich-Heine-Universität · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 227 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836621
ISSN 0014-336251