

Forschung in der Hausarzt- medizin – eine weltweite Herausforderung

**Ein Bericht zur WONCA invitational conference
vom 8.–11. März 2003 in Kingston, Ontario, Canada,
unter dem Vorsitz von Walter W. Rosser und Chris van Weel**

Martin P. Isler

Einleitung: warum ich den Begriff «Hausarztmedizin» verwende

Zuallererst möchte ich dem SGAM-Vorstand danken für das Vertrauen, mir die Teilnahme an der WONCA Research Conference in Kingston übertragen zu haben. Ich habe während der Vorbereitung, der Konferenz selber und jetzt während der Nachbereitung sehr viel erfahren und gelernt, das für meine weitere Arbeit in der FIAM Bern von unschätzbarem Wert ist.

Mir ist in Kingston aufgefallen, dass sich die Wirklichkeit der medizinischen Grundversorgung von Nation zu Nation derart grundlegend unterscheidet, dass eine Verständigung darüber ohne gegenseitige konkrete Erfahrung kaum möglich ist. Deshalb drücken die verschiedenen Begriffe wie «General Practice», «Family Medicine», «Primary Care» usw. weniger konzeptuelle als nationale Unterschiede aus. Die medizinische Grundversorgung ist – mehr als die Spezialdisziplinen – stark geprägt vom jeweiligen Gesundheitswesen. In vielen Gesprächen ist mir klar geworden, dass wir uns oft gar nicht verstehen, da jeder von seiner eigenen, nationalen Realität, die dem Gesprächspartner als Erfahrungshintergrund fehlt, ausgeht. Diese unterschiedliche Konzeption und Erfahrung von medizinischer Grundversorgung stellt geradezu ein konstitutives Element unseres Faches dar: Als älteste Disziplin ist die Hausarztmedizin mit der Entwicklung und der Struktur der nationalen Gesundheitsversorgungssysteme eng verbunden, während sich andere Disziplinen international homogener entwickelt haben: Unter «Kardiologie» oder «Orthopädie» verstehen ihre Vertreter auf der ganzen Welt das selbe. Diese Schwierigkeit muss in der Hausarztmedizin vor allem bei der Planung von

internationalen Studien und bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen in andern Ländern berücksichtigt werden.

Es gibt also keinen *einheitlichen* Begriff, der diesen nationalen Unterschieden gerecht werden kann. Aus diesem Grund habe ich mich für den Begriff «Hausarztmedizin» entschieden, weil er meine berufliche und sozio-kulturelle Wirklichkeit und Wertigkeit im Gesundheitswesen der Schweiz am besten wiedergibt.

Ziele der Konferenz

Das Ziel der Konferenz ist es, Aufgabe und Rolle zu formulieren, welche die WONCA in Zukunft weltweit für die Forschung in Hausarztmedizin übernehmen soll. Das konkrete Resultat wird ein ausführlicher Bericht mit realisierbaren Massnahmen zur Lage, Verbesserung und Verbreitung der hausärztlichen Forschung sein. Zu thematischen Blöcken wird in 8 zum voraus eingeteilten Gruppen gearbeitet. Zwischen den Gruppensitzungen werden im Plenum die Ergebnisse präsentiert.

Folgende Fragen werden so ausführlich behandelt:

- Weshalb braucht die Hausarztmedizin eine eigenständige Forschung?
- Welches sind ihre spezifischen Forschungsbereiche?
- Welche Methoden sind diesen Bereichen angemessen?
- Wie kann die notwendige Kompetenz aufgebaut werden?
- Welche besonderen Schwierigkeiten haben Entwicklungsländer?
- Was könnte die Rolle der WONCA sein?

Die folgenden Ausführungen widerspiegeln *meine* Wahrnehmung der Diskussionsergebnisse in Kingston und können in ihrer Gewichtung vom Schlussrapport abweichen.

Weshalb die Hausarztmedizin eine eigenständige Forschung braucht

Zentrale *Argumente* für eine eigenständige Forschung in der Hausarztmedizin sind:

Selbstbewusstsein

Gemeinsame Forschungsbemühungen und eigene Forschungsergebnisse erhöhen das

La version française de cet article
suivra dans un des prochains
numéros de PrimaryCare.

Dr. med. Martin P. Isler
Hausarzt und FIAM-Mitglied in Bern
Hobacherweg 1
CH-3855 Brienzenz
praxis.isler@bluwin.ch

Selbstbewusstsein und die Identifikation der Hausärzte mit ihrer Disziplin. In der «vorwissenschaftlichen» Ära der Medizin waren es oft Land- und Hausärzte, welche bahnbrechende Entdeckungen machten. Im naturwissenschaftlichen Zeitalter wurde Forschung durch den zunehmenden technologischen Aufwand immer mehr an die Universitäten gebunden und gelangte so unter die vollständige Kontrolle der akademischen Medizin, welche fortan die Bandbreite medizinischer Forschung definierte. Diesem Diktat haben wir uns als nicht-akademische Hausärzte selber während Jahrzehnten unterworfen und uns vom Forschungsbetrieb ausgeschlossen. Was wir jetzt brauchen, ist nicht vor allem die Anerkennung durch den dominierenden Wissenschaftsbetrieb und seinen Wortführern in den «high-impact journals». Gefragt ist eine neue, selbstbewusste hausärztliche Forschungskultur mit eigenen Fragen, kreativen methodischen Ansätzen, originellen Antworten und einer weitvernetzten Kommunikationsstruktur (eigene Journals, Kongresse, Internet usw.). Nur damit verschaffen wir uns die nötige Achtung, um uns als vollwertige akademische Disziplin mit entsprechender institutioneller Verankerung und Dotierung an den Medizinischen Fakultäten zu etablieren.

Legitimation

Die Wirksamkeit von Hausarztmedizin wird zunehmend in Frage gestellt. Tatsächlich fehlt der wissenschaftliche Nachweis, dass durch ihren Verlust eine Lücke in der Gesundheitsversorgungsqualität eintreten würde. Die kürzlich publizierte Definition der Allgemeinmedizin durch die WONCA Europe stellt einen lobenswerten Konsens in bezug auf ihr Selbstverständnis in den eigenen Reihen dar. Aber sie enthält weder Axiome noch begründete Evidenz. Hier muss unsere eigene Forschung in Hausarztmedizin dringend ansetzen und den Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen versuchen!

Potential

Die Krise in fast allen nationalen Gesundheitsversorgungssystemen ist überwiegend durch das wachsende Angebot und den uneingeschränkten Konsum dieser Angebote bedingt. Systeme, welche die Inanspruchnahme dieser Angebote nur über gut aus-

gebildete Hausärzte gewähren, haben eine viel flachere (England, Australien, Südafrika usw.) oder gar regrediente (Dänemark) Kostenentwicklung. Dieses Potential der Hausarztmedizin wird ohne eigenständige Forschung zu wenig sichtbar oder umsetzbar. Politiker müssten an solchen Kosten-Nutzen-Studien aus der Hausarztmedizin grosses Interesse haben und ihnen bei der Vergabe von Forschungsmitteln Priorität einräumen.

Evidenz

Dass wir uns bisher mit Evidence-Based Medicine schwer getan haben, ist nicht nur unserer Überlastung und Trägheit zuzuschreiben. Häufig sind evidenzbasierte Handlungsanweisungen für unsere Alltagsarbeit wenig plausibel oder unrealistisch, weil die zugrundeliegenden Studien an ganz anderen Populationen als derjenigen unserer Patienten durchgeführt werden. Deshalb braucht es in der Hausarztmedizin dringend eine eigene Epidemiologie und Datengrundlage zur Bestimmung von Nutzen und Kosten unserer Bemühungen.

Vernetzung

Forschung motiviert zur Vernetzung mit anderen Praxen und erleichtert die Integration in grössere Netzwerke, wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt (International Federation of Primary Care Research Networks, IFPCRN, eine Organisation der WONCA, <http://groups.msn.com/IFPCRN>). Diese Netzwerke bilden die Basis für Forschungsprojekte in der Hausarztmedizin.

Zusammenfassung

Eine eigenständige Forschung in Hausarztmedizin braucht es u.a.

- zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Hausärzte;
- zur spezifischen akademischen Verankerung an den Universitäten;
- zur Legitimation ihrer Tätigkeit durch Nachweis ihrer Wirksamkeit;
- zur Bestimmung ihres Potentials bei der Lösung der Krise im Gesundheitswesen;
- zur Erfassung der evidenzrelevanten Daten;
- zur Erleichterung der Vernetzung der Hausärzte.

Die spezifischen Forschungsbereiche in der Hausarztmedizin

Epidemiologie

Die Epidemiologie beschreibt das Vorkommen und die Auftretenshäufigkeit (Prävalenz und Inzidenz) von Krankheiten in bestimmten Kollektiven. Sie schwankt vom klinisch-stationären zum hausärztlich-ambulanten Setting, entsprechend der unterschiedlichen Populationen, erheblich. Die Auswirkung dieser unterschiedlichen epidemiologischen Daten zeigt sich z.B. an der Aussagekraft eines diagnostischen Tests in Klinik oder Praxis, wo die Pretest-Probability je nach Epidemiologie stark schwanken kann.

Daneben gibt es in der Hausarztmedizin eine spezifische Epidemiologie der undifferenzierten Frühzeichen, welche zusätzlich geprägt werden durch die individuelle Art der Präsentation, multiple Begleitfaktoren und Prädispositionen. Schliesslich kann eine charakteristische Epidemiologie von Langzeitverläufen postuliert werden, die durch Haltungen, Inanspruchnahmeverhalten und Unsicherheiten – von Patient und Arzt – im Umgang mit Kranksein moduliert werden. Erkenntnisse aus der Epidemiologie in der Hausarztmedizin tragen demnach wesentlich zu ihrem Verständnis und ihrer Qualitätsförderung bei (*hausärztlich-epidemiologische Evidenz*).

Die Hausarztmedizin ist patientenzentriert, die Spezialarztmedizin vorwiegend krankheits- oder technikzentriert. Dieser qualitative Unterschied führt zwangsläufig zu einem völlig anderen Erkenntnisinteresse in der Forschung. Während die Hausarztmedizin komplexe Zusammenhänge durch Studiendesigns möglichst *nicht* reduzieren möchte, bezieht die Spezialarztmedizin ihren Erkenntnisgewinn gerade aus der Reduktion auf einzelne Variablen. In der Hausarztmedizin sind oft diejenigen Einflussgrössen als Forschungsbereiche interessant, die in der klinischen Forschung möglichst ausgeschaltet werden sollen.

Kontext

Unter Kontext verstehen wir die psychosozialen, sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Arzt-Patienten-Interaktion in der Hausarztmedizin. Man kann unterscheiden zwischen dem

- Kontext des Patienten und seiner Familie;

- Kontext des Hausarztes und seiner Praxis;
- Kontext des Gesundheitsversorgungssystems.

Der Einfluss dieser Kontextvariablen auf das Ergebnis der Arzt-Patient-Begegnung in der Hausarztmedizin ist ein wichtiger, spezifischer Forschungsbereich in der Hausarztmedizin.

Setting

Als Setting werden die unmittelbaren Umstände, unter denen Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, zusammengefasst: Gestaltung und Organisation der Konsultationen oder der Hausbesuche, Ausstattung des Sprechzimmers und der übrigen Praxisräume, Praxismanagement usw. Auch Setting-Variablen beeinflussen den Prozess der Entscheidungsfindung und dessen Ergebnis in der Hausarztmedizin. Sie sind aber bisher kaum systematisch erfasst worden.

Komplexität

Der interaktive Entscheidungs-Handlungsprozess zwischen Arzt und Patient in der Hausarztmedizin ist komplex und hängt stark von Kontext, Setting und individuellen Faktoren wie Erfahrung, Biographie, Haltungen und Orientierungen *beider* beteiligter Partner ab. Das Ergebnis dieses komplexen Prozesses ist oftmals nicht Guideline-konform und dennoch die beste der möglichen Lösungen für den/die jeweiligen Patienten (*situative Evidenz*). Solche komplexen, in ihren Auswirkungen nicht vorhersagbaren Prozesse sind nur mit bisher in der Medizin nicht gängigen wissenschaftlichen Methoden systematisch untersuchbar. Komplexität stellt deshalb die grösste Herausforderung an die künftige Forschung in Hausarztmedizin dar.

Zusammenfassung

Spezifisch hausärztliche Forschungsbereiche sind

- die klinische Epidemiologie in der Population der Hausarztpatienten;
- die hausärztliche Epidemiologie von Frühzeichen mit Begleitfaktoren und Prädispositionen, und von
- Langzeitverläufen mit Haltungen, Inanspruchnahme, Unsicherheiten usw.;
- Kontext und Setting der Arzt-Patienten-Begegnung;

- die Komplexität des interaktiven Entscheidungs-Handlungsprozesses zwischen Arzt und Patient.

Welche Methoden sind diesen Bereichen angemessen?

Das Spektrum der wissenschaftlichen Methoden, welche in der Forschung in Hausarztmedizin zur Anwendung kommen, muss erweitert und den spezifischen Forschungsbereichen angepasst werden. Dies erfordert auf methodischer Ebene die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit *Klinikern, klinischen Epidemiologen, Sozialwissenschaftlern* (wie Psychologen, Anthropologen, Soziologen und Ethnologen) und *Wissenschaftlern aus anderen Fachbereichen* wie Ökonomie, Philosophie, Theologie usw. Allerdings darf dabei die Bedeutung der Herkunft von Forschungsfragen nicht aus den Augen verloren werden: Diese müssen die Forschungsinteressen der Hausarztmedizin und ihres Umfeldes widerspiegeln und nicht primär diejenigen der methodischen Berater. Solche hausarzt-spezifischen Forschungsfragen zu generieren, inhaltlich zu grösseren Projekten zu koordinieren und vielleicht sogar in ein übergeordnetes Forschungsprogramm zu integrieren, ist eine der grossen Aufgaben, die auf nationaler wie internationaler Ebene auf uns wartet. Die Methoden, die dabei zur Anwendung kommen, richten sich nach den Forschungsfragen und -bereichen und können ganz unterschiedlichen wissenschaftlichen Orientierungen und Traditionen entstammen. Einige wurden bereits erfolgreich im klinischen Kontext angewandt, andere werden noch an die Bedingungen der Forschung in Hausarztmedizin angepasst werden müssen.

Quantitative Methoden

Mit diesen Untersuchungsmethoden werden vor allem Zahlenwerte erfasst. Deshalb werden sie als quantitativ bezeichnet. Sowohl beschreibende wie vergleichende Statistik kommen zur Anwendung.

Klinisch-experimentelle Methode

- der randomisierte Clinical Trial

Klinisch-epidemiologische, deskriptive Methoden

- die Kohortenstudie

- die Cross-Sectional-Studie
- die Case-Control-Studie
- die Cross-Over-Studie
- die Metaanalyse

Diese bewährten Studiendesigns finden auch bei klinischen und klinisch-epidemiologischen Fragestellungen in der Hausarztmedizin breite Anwendung. Daher sind klinische Epidemiologen als methodische Berater von herausragender Bedeutung beim Auf- und Ausbau der hausärztlichen Forschung.

Qualitative Untersuchungsmethoden

Diese Methoden bedienen sich primär der Sprache zur Erfassung und Beschreibung des Studienobjektes. Da damit eher Qualitäten beschrieben und weniger Zahlenwerte erfasst werden, spricht man von qualitativen Untersuchungsmethoden. Hier können statistische Verfahren für kategoriale Daten angewandt werden.

Datenerhebung:

- Befragung: strukturiert, unstrukturiert.
- Beobachtung: teilnehmend, indirekt, Bildmaterial.
- Narration: schriftlich, mündlich

Dateninterpretation (in der Medizin sind bisher drei Theorien von Bedeutung):

- grounded theory (A. Strauss, B. Glaser)
- qualitative content analysis (Ph. Mayring)
- narrative analysis (W. Fischer-Rosenthal, G. Rosenthal)

Auf eine Datensammlung besonderer Art wurde immer wieder hingewiesen: die ärztlichen Krankengeschichten (*medical record*). Diese bilden einen potentiell unerschöpflichen Pool an quantitativen und qualitativen Patientendaten aus der Hausarztmedizin. Solche «Chart reviews» sind zwar sehr aufwändige Verfahren und bedingen einheitliche elektronische Patientendossiers. Der laufende Prozess der Digitalisierung von Praxen könnte so ausgenützt werden, dass die elektronischen Krankengeschichten nicht nur alltags- sondern auch forschungstauglich aufgebaut werden. Dies würde für die Forschung in der Hausarztmedizin ungeheure Möglichkeiten (die immer auch gewisse Gefahren beinhalten) eröffnen.

Zusammenfassung

Die bekannten Methoden aus der klinischen (Clinical Trial) und der klinisch-epidemiologischen Forschung bewähren sich bei entsprechenden Fragestellungen auch in der Hausarztmedizin. Sie haben aber den Nachteil, Komplexität reduzieren zu müssen auf einige wenige kontrollierbare Variablen. Qualitative Methoden sind in der Medizin noch relativ wenig verbreitet. Die Expertise muss in den Sozialwissenschaften und weiteren Fachgebieten geholt werden.

Wie die notwendige Kompetenz aufgebaut werden kann

Ein grosses Problem beim Aufbau der Forschung in Hausarztmedizin ist in fast allen Ländern die ungenügende Anzahl interessierter und qualifizierter Forscher unter den Hausärzten. Ausbildungsangebote sind noch spärlich gemessen am Bedarf, und die dafür aufzuwendende Zeit ist oft nicht vorhanden. Aktive Forschungsarbeit baut auf drei Kompetenzstufen (Forschungspyramide):

Basisforscher

Motivierte Hausärzte, die eigene Forschungsfragen in eine Projektgruppe einbringen und aktiv sowohl an der Datenerhebung als auch an der Publikation der Ergebnisse beteiligt sind. Ihre Qualifikation im Sinne von Basiswissen und einfacher Projektarbeit haben sie entweder schon im Studium oder dann in Workshops im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen oder Qualitätszirkeln erworben.

Projektleiter

Ebenfalls Hausärzte, die ihre Praxistätigkeit deutlich reduziert haben zugunsten einer wissenschaftlichen Zusatzausbildung und Tätigkeit. Sie leiten Forschungsprojekte in der Hausarztmedizin und Projektgruppen mit Basisforschern. Ihre Hauptaufgabe ist das Projektmanagement. Die Qualifikation erlangen sie in mindestens 2- bis 3jährigen berufs- oder projektbegleitenden, modular aufgebauten Studiengängen mit einem Zertifikatsabschluss nach 2 Jahren respektive einem Master-Degree nach 3 Jahren. Solche Angebote gibt es u.a. in England, Schottland und Kanada. Auch in der Schweiz wird diese mittlere Qualifikationsstufe momentan auf-

gebaut. Das «Centre for Studies in Family Medicine» der University of Western Ontario in London/Ca bietet sogar einen dreijährigen «distant-learning»-Kurs via Internet an: <http://www.uwo.ca/fammed/csfm>.

Kompetenzzentren/Forschungsleiter

Regional sinnvoll verteilt müssen schliesslich Kompetenzzentren geschaffen werden. Ein solches vereinigt nach Möglichkeit unter der Leitung eines Hausarztes die akademische Erfahrung von klinischen Epidemiologen, Sozialwissenschaftlern und Angehörigen weiterer Wissenschaftsrichtungen zu «Centres of excellence». Es sollte als Gravitationszentrum des hausärztlichen Forschungsnetzwerkes seiner Region für Basisforscher und Projektleiter wirken und Projekte koordinieren, mitbetreuen, initiieren. Idealerweise wird sich das Kompetenzzentrum auf einem Gebiet spezialisieren (das «Centre for Studies in Family Medicine» der University of Western Ontario in London/Ca hat sich z.B. auf «patient-centred care» spezialisiert). Die Qualifikation der Forschungsleiter ist eine akademisch-wissenschaftliche Zusatzausbildung (mind. 4 Jahre) mit dem Abschluss als PhD oder mit einem adäquaten Titel. Von entscheidender Wichtigkeit ist, dass praktizierende Hausärzte an der Leitung dieser Kompetenzzentren unbedingt beteiligt sind, da sonst die Gefahr besteht, dass der Forschungsbetrieb in Hausarztmedizin zu sehr von den Methodikern dominiert wird.

Auf der anderen Seite müssen vor allem Basisforscher rekrutiert werden, indem die Motivation für Forschung unter den Hausärzten gefördert, die Neugierde für Forschungsfragen geweckt und eine wissenschaftliche Grundhaltung im Alltag gefördert wird.

Zusammenfassung

Eine bessere wissenschaftliche Ausbildung von Hausärzten ist Voraussetzung für die Intensivierung der Forschung in Hausarztmedizin. Dazu werden drei Qualifikationsstufen vorgeschlagen: die Basisforscher, die Studienleiter und das Kompetenzzentrum mit den Forschungsleitern. Die grösste Herausforderung wird die Rekrutierung von genügend Basisforschern sein.

Die besonderen Schwierigkeiten der Entwicklungsländer

Dieser Frage wurde an der Konferenz besondere Beachtung geschenkt, da die WONCA vor allem auch die Entwicklungsländer vertreten will. Ich gehe hier nur kurz darauf ein, weil man der Vielschichtigkeit der Probleme im Rahmen dieses Artikels nicht gerecht werden kann.

Zu den Schwierigkeiten, die wir mit der Implementation der Forschung in «Family Medicine» schon bei uns haben, kämpfen Entwicklungsländer zusätzlich noch mit *strukturellen* (es gibt kaum «family doctors» und viel zu wenig Ärzte ...), *kulturellen* (Family Medicine versus Tradition, z.B. Geburtenkontrolle, Schutz beim GV ...), *politischen* (Korruption, bewaffnete Konflikte...), *ökonomischen* (Armut, schlechte Entlohnung der Ärzte bei grosser Arbeitsbelastung ...) Problemen.

Bei der Hilfe an Entwicklungsländer im Aufbau einer Forschung in Family Medicine müssen bestimmte ethische Prinzipien strikte beachtet werden, damit es nicht zu weiterer Ausbeutung und Kolonialisierung kommt.

Was die Rolle der WONCA sein könnte

Hier lasse ich die beiden Chairmen, Walter W. Rosser und Chris van Weel, im Originalton zu Wort kommen, denen ich bei dieser Gelegenheit von ganzem Herzen danke für die perfekte Organisation und die geduldige und humorvolle Leitung der Konferenz.

**Preliminary summary report
WONCA invitational conference,
Kingston Ontario, Canada, 08-11 March 2003**
Edited by Prof. Walter W. Rosser and f. Chris van Weel

The core recommendations of the conference are that Wonca should:

1. Develop a strategy to display research achievements in family/general practice to policy makers, health (insurance) authorities and academic leaders.
2. Seek the development in all its member countries of sentinel practices that report illness and diseases with the greatest impact on patients' health and wellness in the community.
3. Set up a clearing house for research expertise, training and mentoring.

4. Set up an expert group to provide advice for the development of PBRNs (Practice Based Research Networks) around the world.
5. Set international ethical standards for international research co-operation and develop an international ethical review process.
6. Address in any recommendations for family/general practice research the specific needs and implications for the developing world.

Ausblick von Kingston in die Schweiz

Mir ist in Kingston klar geworden, dass die Hausarztmedizin auch in der Schweiz nur überleben wird, wenn es ihr gelingt, sich ihre spezifische wissenschaftliche Basis durch eigene Forschungsaktivität zu erarbeiten.

Ich schlage deshalb vor:

- bestehende Strukturen und Forschergruppen vermehrt mit unseren *Forschungsanliegen* vertraut zu machen.

Dabei

- zu verhindern, dass wir lediglich als *Datenlieferanten für die Experten* eingesetzt werden;
- die *methodische Palette* entsprechend der Komplexität unserer Forschungsfragen zu *erweitern* und uns die nötige Expertise auch bei den Sozial- und Humanwissenschaften zu holen.

Sowie

- als Sofortmassnahme den *Arosener Forschungsworkshop* 2003 in der ganzen Schweiz allen Hausärzten als Basisausbildung anzubieten (SGAM-Kongress, Fortbildungswochen, regionale Workshops usw.);
- die Bemühungen um eine *berufsbegleitende Forschungsausbildung* mit Zertifikat und Master-Degree im Rahmen der KHM/SAMW-Initiative zu intensivieren und mit ausländischen Angeboten zu koordinieren;
- im Schosse der «Arbeitsgruppe Forschung» der SGAM ein *nationales Forschungsprogramm* mit Projektkategorien auszuarbeiten;
- *Kompetenznetzwerke* an den Standorten der FI(H)AMs zu bilden und mit diesen die Forschungsbemühungen der Hausärzte in deren Einzugsgebiet zu koordinieren und

- in das nationale Forschungsprogramm zu integrieren;
- die entstehenden *digitalisierten Krankengeschichten* zu standardisieren und auswertungskompatibel zu gestalten;
- das «PrimaryCare» mit einem internationalen *Review-Board* auszustatten;
- eine *elektronische Kommunikationsplattform* zu schaffen, welche einen aktuellen und regen Austausch über die Forschungsbemühungen erlaubt.

Im Sinne der WONCA-Kingston-Konferenz 2003 rufe ich alle meine HausarztkollegInnen auf, sich aktiv mit dem Thema «For-

schung in Hausarztmedizin» auseinanderzusetzen, sich fort- und weiterzubilden in Forschungsmethodik, die mannigfaltigen Fragen im Praxisalltag ernst zu nehmen, sie zu Forschungsfragen zu verdichten und im Qualitätszirkel, bei den Kollegen im Nofallkreis, bei Bekannten aus dem ärztlichen Bezirksverein usw. einzubringen und zu versuchen, daraus Forschungsprojekte zu generieren. Hilfe kann jederzeit bei den FI(H)AM's oder den regionalen Kompetenzzentren oder -gruppen angefordert werden. Die Zeit drängt, wir müssen vorwärts machen. Sonst wird die Hausarztmedizin tatsächlich zum «Abfallkübel der Medizin».

Apropos

Forschung und Hausarztmedizin

Patients now expect their medical problems to be diagnosed at almost their first presentation, and any failure to do so is the general practitioner's failure. For example, they may expect the general practitioner to diagnose meningitis at a child's first presentation with symptoms and signs that are indistinguishable from those of an upper respiratory tract infection. While clinicians will recognize the difficulty of their task and make appropriate management decisions, such as the use of time to observe the evolution of symptoms and signs, patients are increasingly intolerant of such an approach and may pressurize the clinician into inappropriate management or may blame the clinician for a perceived failure to make an early diagnosis. This rising tide of consumerism leaves patients dissatisfied and doctors demoralized. If this situation is not to deteriorate further then primary care clinicians require predictive information from research studies both to assist them in their decision making and to explain why the early diagnosis that the patient expected is not possible, supporting their explanation with research information on the poor predictive value of symptoms and signs in early disease presented in primary care. Further erosion of patients' faith in the clinical skills of primary care doctors can only have a startling effect on both general practitioners' and patients' use of secondary care services.

Owen P. Clinical practice and medical research: bridging the divide between two cultures. British Journal of General Practice 1995;45:557-60.