

# DEGAM-Praxishospitationen: Voneinander lernen

## *German College of General Practitioners and Family Physicians: Mutual Learning Process by Practice Shadowing*

Sandra Blumenthal<sup>1</sup>, Ingo Musche-Ambrosius<sup>1</sup>, Isabelle Reicherdt<sup>1</sup>, Martin Williamson<sup>2</sup>

**Zusammenfassung:** Übliche Fortbildungsformate sind teilweise nur begrenzt in der Lage ärztliches Verhalten längerfristig zu verändern. Ein vielversprechender und eher aktiver Ansatz sind die DEGAM-Praxishospitationen, die 2012 von der Sektion Fortbildung entwickelt wurden. Hierbei besuchen sich hausärztliche Praxisteams gegenseitig und lernen voneinander auf Augenhöhe. Materialien zu den Hospitationen, wie Checklisten oder Adresslisten von Hospitationspraxen, sind auf der DEGAM-Homepage hinterlegt. Vorbereitende Kurse, wie z.B. bei Peer-Review-Verfahren üblich, sieht das DEGAM-Programm nicht vor. Eine Praxishospitation gliedert sich in vier Phasen: die Entscheidung zur Hospitation, eine Phase der Vorbereitung, die Hospitation in der besuchten Praxis und im Anschluss die Nachbereitung in der eigenen bzw. in der besuchten Praxis. Die Hospitanten können je nach Interesse bei ihren Besuchen eigene Schwerpunkte setzen. Werden nach einer Hospitation umfangreichere Veränderungen innerhalb der eigenen Praxis angestrebt, kann sich die Nachbereitungsphase über mehrere Monate erstrecken. Eine Praxishospitation ist demnach ein Prozess, der über den eigentlichen Tag der Hospitationen hinaus andauert. In Norwegen gehören gegenseitige Praxisbesuche längst zur hausärztlichen Fort- und Weiterbildung. Die DEGAM diskutiert zurzeit verschiedene Möglichkeiten, auch in Deutschland eine ähnliche Verbreitung zu erreichen.

*Schlüsselwörter:* Fortbildung; DEGAM-Praxishospitationen; ambulantes Peer Review

**Summary:** Traditional methods of continuing medical education to change the behavior of doctors in the long term have sometimes limited impact. A promising and more active approach is practice shadowing, developed in 2012 by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). In this scheme, family physicians (FPs) and their teams visit each other in their practices and learn from each other as equals. All necessary documents, such as checklists or practice addresses, can be found on the DEGAM homepage. Preparatory courses, which are often used in peer review procedures, are not part of this program. The practice shadowing has four phases: the decision to participate, a phase of preparation, the visit itself, and finally a phase of evaluation and implementation in both participating practices. Depending on their interests, the visiting teams can set their own priorities during the visit. The last of the four phases may continue for months, if participants decide to implement bigger changes after their visit. Practice shadowing is therefore a longer process than the actual day of the visit. In Norway, reciprocal practice visits are a long-standing part of medical education, for both vocational training and recertification. The DEGAM currently discusses various possibilities to help establish practice visits in the same way in Germany.

*Keywords:* family physicians; practice shadowing; professional development; continuing medical education; peer review

### Hintergrund

Im Jahr 2012 startete die DEGAM-Sektion Fortbildung eine Kampagne zu Hospitationen hausärztlicher Praxisteams auf freiwilliger Basis [1]. Ausgangspunkt der Entwicklung dieses für Deutschland weitgehend neuartigen Fortbildungs-

konzeptes war die kritische Reflexion des beschränkten Nutzens üblicher Fortbildungsformate [2, 3]. Anders als aktive Ansätze können v.a. Vortragsformate nur beschränkt dazu beitragen ärztliches Verhalten zu verändern [4]. Praxishospitationen sollen dazu anregen, über den eigenen Tellerrand zu schauen,

einer möglichen Vereinzelung in der Hausarztpraxis entgegenzuwirken und dabei zugleich Hausärztinnen\* und Medizinischen Fachangestellten (MFA) ermöglichen, das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren [3]. Hierzu erstellte die Sektion Fortbildung ein Praxismanual, das beim DEGAM-Kongress 2018 eine

<sup>1</sup> Praxis Dr. Musche-Ambrosius, Potsdam

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität Kiel

\* Wenn die weibliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

Peer-reviewed article eingereicht: 17.11.2018, akzeptiert: 09.01.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0070-0074

geringfügige Überarbeitung erfuhr. Eine Liste der DEGAM-Hospitationspraxen findet sich online auf der Homepage der Sektion Fortbildung [5]. Alle DEGAM-Mitglieder können sich als Hospitationspraxis registrieren lassen. Neu ist eine Feedback-Funktion an die beiden Sprecher der Sektion Fortbildung auf der DEGAM-Homepage für Hospitierende und Hospitierte.

### Wie funktioniert eine Praxishospitation?

Eine Praxishospitation gliedert sich in vier Phasen: Am Anfang steht die Entscheidung zur Hospitation, gefolgt von einer Phase der Vorbereitung, der eigentlichen Hospitation und im Anschluss die Nachbereitung, die sowohl in der hospitierten, als auch in der hospitierenden Praxis stattfindet.

Die Entscheidung zur Hospitation muss von der Ärztin, der MFA bzw. dem Praxisteam getroffen werden. Es besteht die Möglichkeit jemanden zur Hospitation einzuladen oder selbst zu hospitieren. Über die Liste der DEGAM-Hospitationspraxen können Hospitationspartner gefunden werden. Nicht selten „matchen“ Praxisteams jedoch über alternative Wege wie persönliche Bekanntschaften aus dem allgemeinmedizinischen Listserver. In der Phase der Vorbereitung muss auch entschieden wer wie lange hospitiert oder ob eine Praxisvertretung organisiert werden muss (Abb. 1).

Das Konzept der Praxishospitationen macht keine Vorgaben zur Dauer der Hospitation. Sie kann von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen dauern. Bewährt haben sich jedoch ganztägige Besuche, um einen Eindruck von der Praxis und ihren Abläufen zu bekommen und genug Zeit zur Beobachtung mehrerer Arzt-Patienten-Interaktionen zu haben. Für die Hospitation hat die Sektion Fortbildung auf ihrer Homepage Materialien wie eine Verschwiegenheitserklärung oder Informationen für Patienten hinterlegt. Die Besucherin gibt der Besuchten nach der Hospitation, womöglich auch nach den einzelnen beobachteten Konsultationen, ein Feedback. Hierzu sind on-

line Checklisten auf der Sektionsseite verfügbar. Zwar sieht das Manual der Praxishospitationen keine Schwerpunkte für einen Besuch vor, dennoch kommen Hospitantinnen häufig mit besonderen Interessen oder gezielten Fragestellungen in die besuchte Praxis. Einige Hospitationsteams verbringen im Anschluss noch gemeinsame Zeit mit den Besuchten. An die eigentliche Hospitation schließt sich für viele Praxen eine Phase der Nachbereitung an. Das erhaltene Feedback können die Besuchten alleine oder im Team auswerten. Die während der Hospitation erhaltenen Rückmeldungen bieten für die Besuchten die Möglichkeit, die Prozesse in der eigenen Praxis zu überdenken oder (auch das ist möglich) gute Patientenversorgung oder eine optimale Praxisstruktur einmal von externen Kolleginnen bestätigt zu bekommen. Letzteres kann die Zufriedenheit des ganzen Praxisteams positiv beeinflussen. Für das hospitierende Team kann

nicht im Bereich aller Landesärztekammern möglich ist, denn durch das wertschätzende Feedback profitiert insbesondere die besuchte Praxis von den Hospitationen.

### „Von Potsdam nach Bremen“ – Impressionen einer Hospitation

Im Folgenden schildern wir den Ablauf einer DEGAM-Praxishospitation am Beispiel des zweitägigen Besuchs der Potsdamer Praxis Ambrosius in der Bremer Praxis von Günther Egidi, Renate Peters und Holger Schelp.

Nach der Versorgung von Akutpatienten am Dienstagmorgen startete ein Teil des Potsdamer Praxisteams in den Norden. Durch die in Potsdam verbleibenden Mitarbeiter konnte die Praxis regulär geöffnet bleiben. Die Praxis besuchten der Praxisinhaber (Ingo Musche-Ambrosius, IM), eine Ärztin in Weiterbildung (Sandra Blumenthal, SB) und eine MFA (Isabelle Reicherdt, IR). Bei dem Besuch der Potsdamer Praxis in Bremen hatte jede der Hospitantinnen spezifische Interessen (Tab. 1). IR beobachtete gezielter den Ablauf und die Organisation von Praxis und Sprechstunde. In Bremen nehmen z.B. die MFA in einem separaten Raum die Anrufe der Praxis entgegen. Wartezimmer und Empfangstresen sind räumlich getrennt um Datenschutz und Privatsphäre der Patienten sicherzustellen. Die räumlichen Möglichkeiten der beiden Praxen unterscheiden sich sehr, dennoch fanden IR und IM einige interessante Anregungen für die eigene Praxis. SB hospitierte länger bei der Ärztin

in Weiterbildung (ÄiW) der Bremer Praxis. Durch wechselseitiges Feedback und den Austausch darüber, wie mit akuten Fragen in der direkten Arzt-Patienten-Konsultation umgegangen wird, lernten beide unterschiedliche Arbeitsweisen kennen und tauschten sich über den Umgang mit Weiterzubildenden in den beiden Praxen aus. Beide freuten sich über das positive Feedback zur Arzt-Patienten-Interaktion, welches SB ihrer Kollegin geben konnte. So erfuhr letztere eine positive Wert-



Abbildung 1 Beispiel Vorbereitung auf eine Praxishospitation

sich ebenfalls eine Phase der Nachbereitung in der eigenen Praxis anschließen. Praxiseigene Prozesse können verändert, aber auch bewusst(er) belassen werden. Hospitieren nicht alle Mitglieder einer Praxis, sind ggf. Team-sitzungen im Anschluss an einen Praxisbesuch sinnvoll um über das Erlebte zu berichten.

Die Besuchende kann bei ihrer Landesärztekammer CME-Punkte für die Hospitation beantragen. Bedauerlich ist, dass dies umgekehrt für die Besuchte

schätzung ihrer Arbeit, während SB wertvolle Anregungen zum Beziehungsaufbau bei Neupatienten erhielt. IM zeigte wiederum ein besonderes Interesse an der MFA-Sprechstunde, die es in seiner Praxis bisher nicht gab. Er beobachtete Aufbau, Durchführung und Supervision der Sprechstunde. Am Abend tauschte man Informations- und Schulungsmaterial für den Aufbau einer solchen Sprechstunde aus.

Das Praxisteam Ambrosius übernachtete privat bei Familie Diederichs/Egidi, man war abends gemeinsam essen. Solche Initiativen unterstützen damit nicht nur den Kontakt von Hausarztpraxen untereinander, sondern fördern auch den Zusammenhalt im eigenen Team. Die Hospitation wurde am Mittwoch fortgesetzt. Nach Ende der Sprechstunde erfolgte eine gemeinsame Nachbesprechung beider Praxisteams, in der nicht nur die besuchte Praxis ein Feedback von den Besuchern erhielt, sondern auch die Hospitierten berichteten, wie sie den Besuch erlebten. Am Nachmittag fuhr das Potsdamer Praxisteam gemeinsam zurück.

Es muss nicht immer so sein, aber für die Potsdamer begann nach der Hospitation eine intensive Phase der Nachbereitung in der eigenen Praxis mit allen Mitarbeitern. Dazu hatten IR, IM und SB ein Protokoll erstellt, was beobachtet wurde und was in der eigenen Praxis geändert, möglicherweise aber auch bewusst in der jetzigen Form belassen werden sollte. Im Vorfeld hatten sich die Hospitanten z.B. besonders für die auf der Praxishomepage angekündigte „Drei-Minuten-Sprechstunde“ interessiert. In der Beobachtung unterschied sich dieses Format dann allerdings weniger als erwartet von der eigenen Akutsprechstunde: In Bremen wie in Potsdam fokussiert man zu diesen Zeiten auf den akuten Beratungsanlass (z.B. Wunsch nach Arbeitsunfähigkeit wegen Enteritis) und ist bemüht, komplexere Fragestellungen in die Terminsprechstunde zu delegieren. Neu war für die Potsdamer wiederum die „MFA-Sprechstunde“, bei der MFAs sich Patienten einbestellen können und definierte Beratungsanlässe (u.a. mithilfe von Checklisten, z.B. zum Beratungsanlass „Halsschmerzen“) bis zu einem sehr weit fortgeschrittenen Stadium selbstständig bearbeiten. Durch die Anregung und Unterstützung aus der be-

MFA	ÄiW	Praxisinhaber
Praxisprogramm (PVS)	Weiterbildung	Praxisorganisation
Organisation Sprechstunde	Arzt-Patienten-Interaktion	Arzt-Patienten-Interaktion
Erstkontakt/Empfang	„Schnell-Sprechstunde“	MFA-Sprechstunde
Delegation	shared decisionmaking	3-Minuten-Sprechstunde
MFA = Medizinische Fachangestellte; PVS = Privatärztliche Verrechnungsstelle; ÄiW = Ärzte in Weiterbildung		

**Tabelle 1** Hospitation mit spezifischen Interessen der Besuchenden. Beispiel: Hospitation Praxis Ambrosius in der Praxis Egidi/Peters/Schelp

suchten Praxis wurden auch in Potsdam MFA-Sprechstunden eingeführt, die heute für alle Beteiligten eine Bereicherung darstellen.

Die Einführung einer solchen Sprechstunde und andere Anregungen wurden in der Phase der Nachbereitung im Rahmen von mehreren kurzen Team-Talks, aber auch bei einem ganztägigen gemeinsamen Praxistag mit allen Mitarbeitern diskutiert und schließlich praktisch umgesetzt. Noch mehr als sechs Monate nach der Hospitation arbeitete man gemeinsam an Veränderungen, die durch die Hospitation angestoßen wurden. Dazu gehört exemplarisch eine Optimierung der Teambesetzung zur besseren Erreichbarkeit der Praxis, die o.g. Einführung der MFA-Sprechstunde oder eine Überarbeitung der DMP-Abläufe. Nicht jede Hospitation muss derartig nachhaltig sein, sie tragen das Potenzial hierzu jedoch in sich. Genauso empfehlenswert wie die geschilderte zweitägige Hospitation sind kurze Visitationen in anderen Praxen, die auch einmal nur ein paar Stunden dauern dürfen.

## Über den Tellerrand

In Deutschland gibt es neben den DEGAM-Hospitationen noch weitere Initiativen, die zum Ziel haben, dass hausärztliche Praxisteams sich gegenseitig besuchen. Unter dem Schlagwort „Peer Review“ nutzen sie das gleiche Grundprinzip, nämlich, dass Angehörige der gleichen Fachdisziplin sich auf Augenhöhe am Arbeitsplatz evaluieren. Während die DEGAM-Initiative hauptsächlich als Fortbildungsinstrument gedacht ist, verstehen sich die Peer-Review-Projekte jedoch eher als Methoden des Qualitätsmanage-

ments und sind daher oft mit zusätzlichen Strukturelementen versehen: Je nach Ansatz kann das z.B. den Besuch vorbereitender Schulungen oder den Einsatz von definierten Checklisten bedeuten. Auch das „Matching“ kann z.T. durch die Veranstalter mitbestimmt werden. Das DEGAM-Verfahren ist im Vergleich sicher einer der niedrigschwelligsten Ansätze, um Praxisbesuche deutschlandweit zu organisieren. Das Fehlen weitergehender Strukturelemente ist einerseits ein Vorteil, der eher zum Hospitieren einlädt, andererseits auch der Grund, warum die Ärztekammern nur den Besuchenden, nicht jedoch den Besuchten CME-Punkte anrechnen.

Zu den genannten Peer-Review-Projekten gehört z.B. ein Projekt der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Kiel als Angebot zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung [6]. Ein weiteres Beispiel findet sich im Gesundheitsnetz Nürnberg, welches Peer Reviews unter seinen Netzpraxen durch gezielte Kursangebote, aber auch durch finanzielle Anreize fördert [7]. In anderen Ländern spielen Peer Reviews im hausärztlichen Bereich schon länger eine Rolle, wobei hier teils erhebliche strukturelle Unterschiede existieren und z.B. die Arzt-Patienten-Konsultation längst nicht immer direkt beobachtet wird. Seit den 1980er Jahren arbeitet man in Großbritannien, den Niederlanden und Dänemark hiermit, um die medizinisch-pflegerische Behandlungsqualität zu verbessern [7]. In Norwegen findet sich wiederum ein Konzept, das den DEGAM-Hospitationen stärker ähnelt. Hier sind wechselseitige Praxisbesuche obligater Bestandteil sowohl der Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin

### Sandra Blumenthal ...



... ist Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Potsdamer Hausarztpraxis Ambrosius. Sie engagiert sich u.a. in der Sektion Fortbildung der DEGAM.

als auch der alle fünf Jahre stattfindenden Rezertifizierung als Fachärztin [8, 9]. Die Rollen, die Besucher und Besuchte einnehmen, können sehr flexibel gestaltet werden: Besucherinnen können in der Arzt-Patienten-Konsultation passive Beobachterinnen sein, sie können jedoch auch aktiv in den Behandlungsprozess einsteigen. Als dritte Möglichkeit kann die Besucherin die Rolle der aktiven Ärztin übernehmen und sich dabei wiederum von der Besuchten beobachten lassen. Die Vergabe der Rollen wird selbstverständlich vor dem ersten Arzt-Patientenkontakt festgelegt. Inhaltlich sind die Vorgaben recht offen gehalten und spezielle Schulungen sind nicht nötig. Obligat ist in Norwegen allerdings die Abgabe eines sogenannten „Rapports“, in dem die Besucherin der Besuchten ein schriftliches Feedback gibt, und der die Voraussetzung für die Vergabe der CME-Punkte bildet.

### Ausblick

Obwohl Hausärztinnen, die an Praxishospitationen teilgenommen haben, diese mehrheitlich positiv beurteilen [10], ist dieses Fortbildungsformat noch weit davon entfernt ein alltäglicher Bestandteil der deutschen Fortbildungspraxis zu sein. Bisher sind erst 2,5 Promille aller deutschen Allgemeinarztpraxen als Hospitationspraxis registriert. Wie viele Hospitationen jährlich in Deutschland durchgeführt werden, kann aktuell nicht erfasst werden. Gemessen an der Nachhaltigkeit und der Effektivität dieses Konzeptes sind dies aus unserer Sicht sehr wenige. Wie lassen sich Akzeptanz und Anwendung von Praxishospitationen in Deutschland weiter steigern?

SB und Martin Williamson nahmen als Mitglieder der DEGAM-Sektion Fortbildung am 13.06.2018 an einem Ex-

pertentreffen „Peer-Review-Verfahren“ der KBV teil. Dort erfuhren sie, dass Vorstöße hinsichtlich obligater Vorgaben zur Implementierung ähnlicher Verfahren in die Weiterbildung bislang mehrheitlich abgelehnt worden seien und auch in Zukunft wenig Aussicht auf Erfolg hätten. Auf dieser Veranstaltung stellte Andreas Lipécz das bereits erwähnte Gesundheitsnetz in Nürnberg als ein Beispiel für ein ambulantes Peer Review-Programm vor. Man setzt dort (mit Erfolg) auf finanzielle Anreize zur Teilnahme an den Peer Reviews. Ein solches Vorgehen ist jedoch nur in geschlossenen Arbeits- und Vergütungseinheiten möglich und nicht etwa bundesweit. Interessanter für die allgemeinärztliche Fortbildungslandschaft ist ein Ansatz der Apothekerkammer Berlin, den Monika Zillwisch-Kendzia und Stefan Wind im Rahmen des Expertentreffens vorstellten. Dort setzt man neben einer Aufwandsentschädigung auf Kombinationsfortbildungen, an denen nur Teilnehmerinnen des Peer-Review-Verfahrens teilnehmen dürfen. Dieser Ansatz ließe sich auch in der Allgemeinmedizin umsetzen: Beispielsweise könnten auf DEGAM-Kongressen oder Fortbildungen des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IhF) Workshops für Hospitierende und Mitarbeitende von DEGAM-Hospitationspraxen angeboten werden. Bei anschließenden wechselseitigen Hospitationen könnte man die Umsetzung des Erlernen gegenseitig beobachten und im wahrsten Sinne des Wortes „reviewen“. So könnten Hausärztinnen und MFAs sich gezielt auf Themen vorbereiten, deren Umsetzung sie dann miteinander im Praxisalltag als einen möglichen Schwerpunkt einer Hospitation beobachten.

Einen weiteren Ansatzpunkt könnten die neu geschaffenen Kompetenzzentren bieten: Durch sie lassen sich hierzulande erstmals in der Allgemein-

medizin große Teile der Weiterzubildenden niedrigschwellig erreichen. Ein Ansatz zur Implementierung der Praxishospitationen in Deutschland wäre (analog zu Norwegen), bereits in der Weiterbildung Ärztinnen mit diesem Fortbildungskonzept vertraut zu machen. So könnte man an den Kompetenzzentren im Rahmen der Seminartage oder bei den Mentoringprogrammen für wechselseitige Praxishospitationen werben. Für die ÄiWs wären Hospitationen leichter umsetzbar, wenn neben der Freistellung für die Seminartage zusätzlich eine Freistellung für beispielsweise ein bis zwei Praxishospitationen pro Jahr erfolgen könnte. Das Konzept der DEGAM-Praxishospitationen überlässt es der Einzelnen, ob Hospitationen bei erfahrenen Kolleginnen oder im Wortsinne eines „Peer Reviews“ nur unter ÄiWs stattfinden sollen.

### Fazit für die Praxis

Das Konzept der DEGAM-Praxishospitationen ist ein innovatives, interessantes und effektives Fortbildungskonzept. Bisher erfreut es sich in Deutschland noch nicht der Beliebtheit, die es verdient hätte. Die Sektion Fortbildung wird sich auch in den kommenden Jahren verstärkt um eine größere Akzeptanz in der deutschen Fortbildungslandschaft bemühen. Wer bisher noch keine eigenen Erfahrungen bei Hospitationen sammeln durfte, sollte dies unbedingt nachholen. Umfangreiches Informationsmaterial hierzu findet sich auf der Seite der Sektion Fortbildung auf der DEGAM-Homepage.

**Interessenskonflikte:** SB und MW geben an, dass sie sich als aktive Mitglieder der Sektion Fortbildung für eine Implementierung der DEGAM-Praxishospitationen in der hausärztlichen Fortbildungslandschaft engagiert. Die anderen Autoren geben keine Konflikte an.

### Korrespondenzadresse

Sandra Blumenthal  
Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin  
(Praxis Dr. Musche-Ambrosius, Potsdam)  
Detmolder Str. 15  
10715 Berlin  
sandra.blumenthal@web.de

## Literatur

1. DEGAM: Praxishospitation. Die DEGAM-Kampagne für Hospitationen hausärztlicher Praxis-Teams: Kernpunkte des Manuals. [www.degam.de/praxishospitation.html](http://www.degam.de/praxishospitation.html) (letzter Zugriff am 06.10.2018)
2. Donner-Banzhoff N, von Luckner A, Wilm S. Moderne Formen der Fortbildung. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: A818–819
3. Egidi G, Mainz A: DEGAM-Manual für Hospitationen hausärztlicher Praxis-teams. *Z Allg Med* 2012; 88: 396–397
4. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care. *J Con-*
5. tin Educ Health Prof 2014; 34: 243–251
5. DEGAM: Hospitationspraxen nach Bundesländern. [www.degam.de/hospitationspraxen-nach-bundeslaendern.html](http://www.degam.de/hospitationspraxen-nach-bundeslaendern.html) (letzter Zugriff am 07.10.2018)
6. Ärztekammer Schleswig-Holstein: Das Peer Review-Verfahren. [www.aeksh.de/das-peer-review-verfahren](http://www.aeksh.de/das-peer-review-verfahren) (letzter Zugriff am 07.10.2018)
7. Chop I, Eberlein-Gonska M. Übersichtsartikel zum Peer Review Verfahren und seine Einordnung in der Medizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106: 547–552
8. Die Angaben zur Praxis der Peer Review Verfahren in Norwegen verdanken wir Harald Kamps, der viele Jahre in Norwegen gelebt hat, und uns zu einem Telefoninterview zur Verfügung stand.
9. Nordby K. *Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis*. 3rd ed. Oslo: Den norske legeförening; 2007
10. Williamson M, Hansmann-Wiest J, Harbig P, Wächtler H, Kaduszkiewicz H. Erfahrungen niedergelassener Hausärzte mit DEGAM-Praxishospitationen. *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen, 17.–19.09.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. Doc15degam076



## DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch an Patientinnen und Patienten und Praxismitarbeiter/innen. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage ([www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

### Kontakt:

Dr. Philipp Leson  
 DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
 Friedrichstraße 133  
 10117 Berlin  
 Tel.: 030 209669800  
 Fax: 030 209669899  
 E-Mail: [presse@degam.de](mailto:presse@degam.de)  
 Homepage: [www.degam.de](http://www.degam.de)

PD Dr. med. Anne Barzel  
 DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien  
 c/o Institut für Allgemeinmedizin  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
 Martinistraße 52  
 20246 Hamburg  
 Tel.: 040 741059769  
 Fax: 040 741053681  
 E-Mail: [leitlinien@degam.de](mailto:leitlinien@degam.de)