

# Anrufen ohne Ende? Über das Gewinnen hausärztlicher Praxen für ein Versorgungsforschungsprojekt

## *Keeping the Wire Hot with Calls? Recruiting Family Practices for a Health Care Research Project*

Jutta Bleidorn<sup>1</sup>, Isabel Voigt<sup>1</sup>, Jennifer Wrede<sup>1</sup>, Marie-Luise Dierks<sup>2</sup>, Ulrike Junius-Walker<sup>1</sup>

**Einführung:** Das erfolgreiche Anwerben hausärztlicher Praxen zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt stellt einen entscheidenden Faktor insbesondere bei versorgungsnahen Projekten dar. Bisher gibt es nur wenige Daten zur Praxisrekrutierung bei hausärztlichen Forschungsprojekten in Deutschland. Die vorliegende Arbeit stellt am Beispiel der cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie *PräfCheck* Vorgehen und Ergebnisse einer Praxisrekrutierung dar. Das Rekrutierungsdesign ermöglicht die Beantwortung einer im praktischen Vorgehen häufig gestellten Frage, nämlich inwieweit zusätzlicher Aufwand durch weiteres Verfolgen der „Nichtantworten“ bei der Praxisrekrutierung lohnenswert ist. Weiterhin wird auf die Problematik der Repräsentativität der angefragten Praxen eingegangen.

**Methode:** Um Praxen für die Teilnahme an dem Projekt *PräfCheck* zu gewinnen, wurden an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende hausärztliche Praxen definierter Postleitzahlbereiche angeschrieben. Das weitere Vorgehen erfolgte in Stufen nach einem vorher festgelegten Rekrutierungsplan. Ziel war es, von allen angefragten Praxen eine definitive Zu- oder Absage zu erhalten. In zwei Rekrutierungswellen wurden zunächst insgesamt 167 Praxen angeschrieben. Eine dritte Rekrutierungswelle wurde unter 43 Lehrpraxen des Institutes für Allgemeinmedizin der MH Hannover durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die vorgesehene Rückantwort per Fax ging nur in 23% (38/167) der angeschriebenen Praxen der ersten beiden Rekrutierungswellen ein. Bei den übrigen 77% (129/167) waren telefonische Nachfragen erforderlich. Insgesamt nahmen in den ersten beiden Rekrutierungswellen 14% (24/167) der angefragten Praxen teil. Die Teilnehmerate der „Antwortenden“ lag bei 47% (18/38), die der „Nichtantwortenden“ bei 5% (6/129). Bei der dritten Rekrutierungswelle unter Lehrpraxen der MHH lag die Teilnehmerate mit 35% (15/43) deutlich höher. Im Hinblick

**Introduction:** Successful practice recruitment is crucial when conducting projects in the field of primary health care research. Although family practices are a key target group there is little data available about the process of recruitment and the yield of family practices. This paper reports about systematic practice recruitment methods, their results and recruitment efficiency using a cluster randomised controlled intervention study *PräfCheck* as an example. We investigate whether it makes sense to follow up non-responding practices, and elaborate on the problem of practice representativeness.

**Methods:** To recruit practices for the *PräfCheck* project, all family practices within a specified post code area providing health care for patients with statutory health insurance received information letters. A predefined recruitment plan was used with the aim of receiving a definite positive or negative reply from each practice. Initially, 167 family practices were addressed in two recruitment waves followed by a third wave targeting 43 teaching practices of the Institute of Family Medicine (Hannover Medical School).

**Results:** Only 23% (38/167) of all informed practices from the first two waves responded to the invitation. The remaining 77% (129/167) had to be contacted again via telephone calls. 14% (24/167) of all practices agreed to participate. The participation rate of the „responders“ was 47% (18/38), compared to 5% (6/129) of the „non-responders“. The third recruitment wave with teaching practices resulted in a higher participation rate of 35% (15/43). Concerning representativeness, we observed a selection effect towards younger family practitioners which was enhanced by preselected teaching practices.

**Conclusions:** In the intervention trial *PräfCheck*, response and participation rates of family practices are quite low. The aim of receiving definitive answers of all practices is not worth the effort. Practices who do not re-

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 31.08.2011, akzeptiert: 22.12.2011

DOI 10.3238/zfa.2012.0061-0068

auf die Repräsentativität der teilnehmenden Praxen war ein Selektionseffekt zugunsten jüngerer Ärzte zu beobachten, der durch die Rekrutierung über das vorselektierte Lehrartzkollektiv verstärkt wurde.

**Schlussfolgerung:** In der Interventionsstudie *PräfCheck* lagen Rückmelde- und Teilnahmeraten hausärztlicher Praxen, die auf der Basis der KV-Liste angeschrieben wurden, insgesamt niedrig. Der Aufwand, von allen Praxen eine definitive Zu- oder Absage zu erhalten, lohnt sich nicht. Praxen, die die Rückantwortmöglichkeit nicht wahrnehmen, scheinen kein Interesse an einer Studienteilnahme zu haben. Selektionseffekte bei der Praxisrekrutierung können z.B. durch niedrige Teilnahmeraten oder vorselektierte Kollektive entstehen und sind bei der Übertragbarkeit der Studienergebnisse in die Versorgungsrealität zu berücksichtigen. Für die Schaffung von Evidenz durch versorgungsnaher Forschung wäre viel gewonnen, wenn Forschung vermehrt in deutschen hausärztlichen Praxen verankert werden könnte.

*Schlüsselwörter: Praxisrekrutierung; Forschung in der Hausarztpraxis; Repräsentativität; Versorgungsforschung*

respond are in fact not interested in study participation. Selection effects related to practice recruitment are caused by low participation rates or pre-selected samples and should be considered when transferring results into practice. Establishing research in German family practices seems to be crucial since evidence closely tied to practice reality is strongly needed.

*Keywords: Practice Recruitment; Research Projects in Family Practice; Representativity; Health Care Research*

## Hintergrund

Hausärztliche Praxen zur Teilnahme an Forschungsprojekten zu bewegen, stellt unbestritten einen entscheidenden Faktor für das Gelingen eines in der hausärztlichen Versorgung verorteten Forschungsprojektes dar. Insbesondere bei Projekten, in denen das Versorgungsgeschehen direkt vor Ort erforscht wird, nehmen Hausärzte bzw. ihre Praxen eine Schlüsselfunktion ein.

Üblicherweise werden für Forschungsprojekte zunächst Praxen angefragt, mit denen man als akademische Einrichtung in anderen Projekten oder in der Lehre bereits erfolgreich zusammengearbeitet hat. Dieses Kollektiv stellt jedoch erfahrungsgemäß bereits durch das bestehende Interesse an hausärztlicher Forschung eine „ausgesuchte“ Gruppe dar, was je nach Studiendesign und Fragestellung durchaus eine Verzerrung der Ergebnisse zur Folge haben kann. So kann zum Beispiel eine versorgungsnaher Intervention, die sich in einer forschungserfahrenen Praxis als praktikabel erwiesen hat, in anderen Praxen möglicherweise auf Schwierigkeiten bei der Durchführung stoßen. Um also eine Intervention auf Praxisebene unter möglichst „realen“ Bedingungen zu prüfen, kann es erforderlich sein, dazu möglichst „normale“ Praxen zu rekrutieren.

Zum Erfolg der Praxisrekrutierung bei hausärztlichen Forschungsprojekten in Deutschland gibt es wechselnde Angaben. Die Teilnahmeraten angefragter Praxen bewegen sich zwischen 2% und 66%. Die Vergleichbarkeit wird unter anderem dadurch erschwert, dass unterschiedliche Kollektive zugrunde liegen. So wurde in einigen Projekten „unausgewählt“ beispielsweise anhand der KV-Liste rekrutiert, in anderen Projekten wurde über Lehrpraxennetze oder Qualitätsnetze auf „ausgewählte“ Praxen zurückgegriffen [1–5].

Fördernde Faktoren für die Teilnahme von Hausärzten an Forschungsprojekten wurden verschiedentlich beschrieben. Neben interessanten und praxisrelevanten Forschungsthemen sind hier die Anbindung an die Forschungseinrichtung, ein nicht zu hoher zeitlicher Aufwand, Abläufe, die gut in den Praxisalltag zu integrieren sind, und nicht zuletzt die Höhe der Aufwandsentschädigungen zu nennen [6, 7].

Als Hinderungsgründe für die Teilnahme an Forschungsprojekten führen Hausärzte neben Zeitmangel durch hohes Arbeitsaufkommen und administrative Erfordernisse auch die Distanz zwischen der theoretisch empfundenen Forschung und der praktischen Tätigkeit an [8, 9].

Während bisher meist beiläufig über Rekrutierungsraten in hausärztlichen

Versorgungsforschungsprojekten berichtet wurde, soll mit unserer Arbeit am Beispiel der randomisiert kontrollierten Interventionsstudie *PräfCheck* der Rekrutierungsprozess in den Mittelpunkt gerückt werden. Mit *PräfCheck* wurde ein Gesprächsmodul zur Priorisierung der Gesundheitsprobleme älterer Patienten erprobt. Die Anforderungen an die Praxen waren komplex (s. Abb.1). Nach einem geriatrischen Assessment erfolgte als Intervention ein Arzt-Patient-Gespräch anhand eines Gesprächsmoduls [10]. Die Praxen wurden zunächst über das Kollektiv aller hausärztlichen Praxen eines bestimmten KV-Bezirktes rekrutiert. Eine weitere Rekrutierungswelle galt nur den mit unserem Institut zusammenarbeitenden Lehrpraxen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist einerseits, darzustellen, wie Rekrutierungsaufwand und Teilnahmerate in Beziehung stehen. Im Rekrutierungsdesign war vorgesehen, von allen angefragten Praxen – also auch von den „Nichtantwortern“, von denen zunächst keine Rückmeldung kam – eine definitive Antwort bezüglich der Teilnahmebereitschaft zu erhalten. Somit kann eine Aussage insbesondere darüber getroffen werden, inwieweit der zusätzliche Rekrutierungsaufwand durch weiteres Verfolgen der „Nichtantworter“ lohnens-

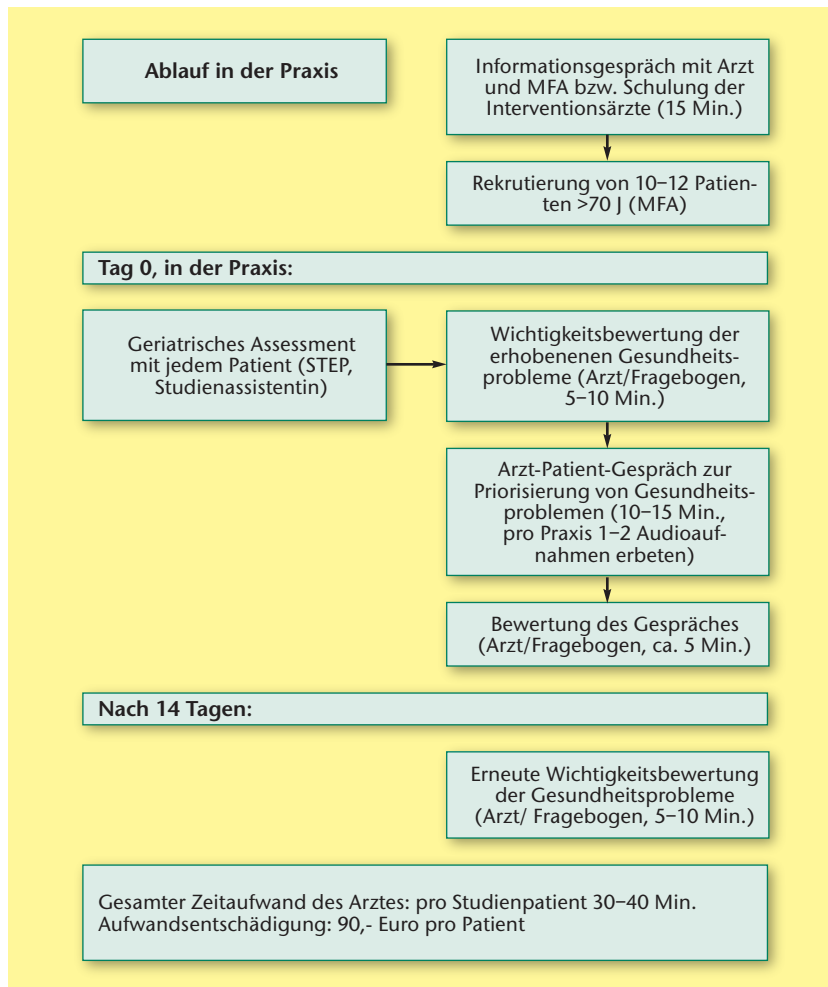


Abbildung 1 PräfCheck: Anforderungen an die Praxis.

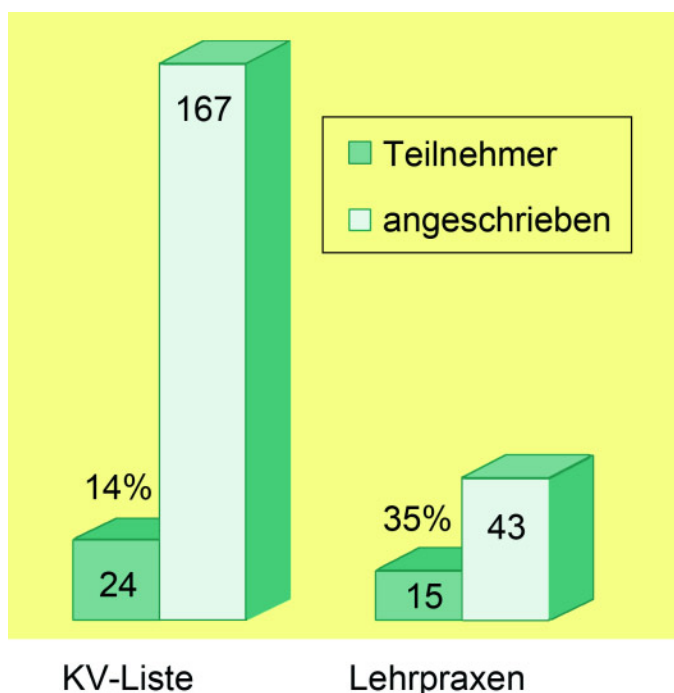


Abbildung 2 Teilnahmeraten im Vergleich Lehrpraxen/KV-Liste.

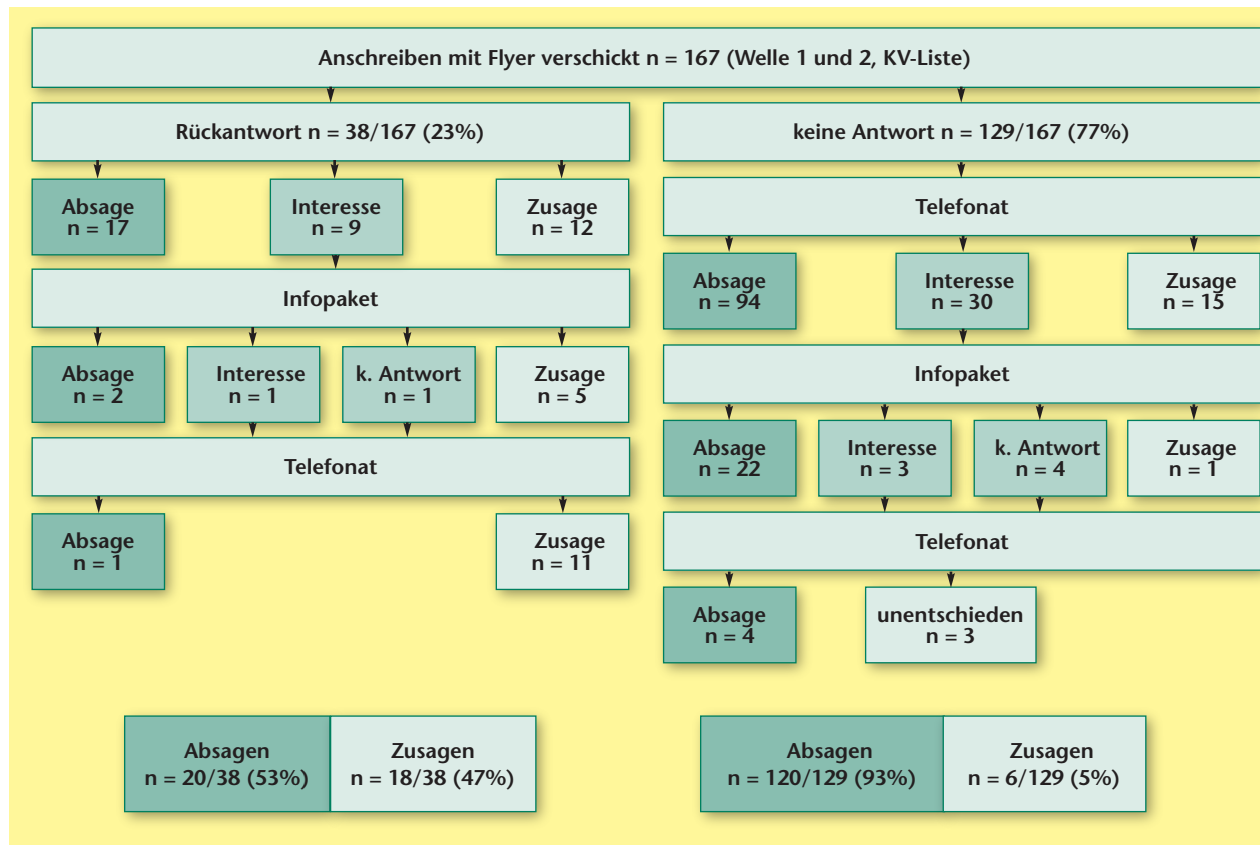
wert ist. Andererseits wird auf die Problematik der Repräsentativität verschiedener Hausarztkollektive am Beispiel des Kollektivs der Lehrärzte und dem der „unselektierten“ Hausärzte eingegangen.

## Methode

Um Praxen für die Teilnahme an dem Projekt *PräfCheck* zu gewinnen, wurden alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden hausärztlichen Praxen – sowohl Ärzte für Allgemeinmedizin als auch hausärztlich tätige Internisten – definierter Postleitzahlbereiche in Hannover und Umland angeschrieben. Mit einem Flyer wurde über das Projekt, den geschätzten Aufwand und die Aufwandsentschädigung (90,- Euro pro Patient) informiert; um Rückantwort mittels eines beiliegenden Rückfaxvordruckes wurde gebeten. Die Faxvorlage sah drei Möglichkeiten vor: a) Zusage, b) Interesse, mit Bitte um weiteres Informationsmaterial, oder c) Absage, möglichst mit Angabe von Gründen.

Nach dem ersten Anschreiben erfolgte das weitere Vorgehen in mehreren Stufen nach einem vorher festgelegten Rekrutierungsplan mit dem Ziel, von allen angefragten Praxen eine definitive Zu- oder Absage zu erhalten. Diesem Vorgehen lag die Vorstellung zugrunde, dass eine fehlende Rückmeldung nicht unbedingt mit fehlendem Interesse gleichzusetzen ist. Eine schriftliche Anfrage könnte möglicherweise im Posteingang „untergegangen“ oder bei dem jeweiligen Praxisinhaber schlichtweg in Vergessenheit geraten sein.

Im Weiteren wurde wie folgt vorgegangen: Ging ein Antwortfax ein, erhielten Praxen, die Interesse geäußert hatten, weiteres ausführliches Informationsmaterial per Post. Praxen, die abgesagt hatten, wurden nicht weiter kontaktiert. Ging innerhalb von vier Wochen kein Antwortfax ein („Nichtantwort“), wurden die entsprechenden Ärzte telefonisch durch wissenschaftliche Mitarbeiter des Projektes („Peer-to-Peer-Ebene“) kontaktiert. Bei Interesse erhielten sie postalisch weiteres Informationsmaterial. Mit jedem postalischen Kontakt wurde um Antwort auf der Rückfaxvorlage gebeten. Bekundeten die Praxen weiterhin nur Interesse oder ging keine Antwort ein, erfolgte ein



**Abbildung 3** Ergebnisse der Rekrutierung (Welle 1 und 2, KV-Liste).

erneuter telefonischer Kontakt. Für die weitere Analyse wurden Zu- und Absager mit einem sich auf den Rekrutierungsaufwand beziehenden Statuscode versehen, der in die zugrunde liegende Datenbank übernommen wurde.

Dieses Vorgehen erfolgte aufgrund projektspezifischer Eigenheiten zeitverzögert. In zwei Rekrutierungswellen 2/2009 und 11/2009 wurden zunächst insgesamt 167 Praxen angeschrieben. Aufgrund der unerwartet niedrigen Teilnahme rate der zweiten Rekrutierungswelle wurde 1/2010 eine dritte Rekrutierungswelle unter 43 Lehrpraxen des Institutes für Allgemeinmedizin der MH Hannover durchgeführt in der Hoffnung, eine höhere Teilnahme rate zu erreichen, da der Projektzeitplan keine Verzögerung zuließ.

## Ergebnisse

### Teilnahme rate der Praxen

Insgesamt nahmen in den ersten beiden Rekrutierungswellen 14% (24/167) der

angefragten Praxen teil. Die Teilnahme rate betrug in der ersten Rekrutierungswelle 20% (17/85), in der zweiten 8,5% (7/82), wobei die deutlich niedrigere Teilnahme rate der zweiten Welle wahrscheinlich auf eine erhöhte Arbeitsbelastung der Praxen durch den Höhepunkt der H1N1-Welle im vierten Quartal 2009 zurückzuführen ist. Die Teilnahme rate der dritten Rekrutierungswelle unter Lehrärzten lag mit 35% (15/43) deutlich höher, sodass die Praxisrekrutierung danach abgeschlossen werden konnte (s. Abb. 2).

### Rückmeldung/Procedere

Kollektiv KV-Liste: „Antwortter“ (s. Abb. 3): Die vorgesehene Rückantwort per Fax ging nur in 23% (38/167) der angeschriebenen Praxen ein und teilte sich in 12 Zusager, 9 Interessenten und 17 Absager. Nach Erhalt weiterer Informationen entschlossen sich sechs interessierte Praxen ebenfalls zur Teilnahme. Insgesamt betrug die Teilnahme rate der „Antwortter“ 47% (18/38).

„Nichtantwortter“: Aus 77% (129/167) der angeschriebenen Praxen ging keine Rückantwort ein („Nichtantwortter“). Die telefonische Nachfrage gestaltete sich als zeitaufwendig – häufig waren drei bis vier Anrufe erforderlich, bis der entsprechende Arzt (meist der Praxisinhaber) zu sprechen war bzw. bis eine Entscheidung getroffen wurde (Abb. 4). Im Rahmen der telefonischen Nachfrage äußerten 30 Praxen Interesse – von diesen sagte letztendlich jedoch nur eine weitere Praxis zu. Die Teilnahme rate der „Nichtantwortter“ betrug insgesamt 5% (6/129).

Kollektiv Lehrpraxen (s. Abb. 5): Die Antwort rate lag mit 49% (21/43) deutlich über der Antwort rate im Kollektiv KV-Liste. Das telefonische Nachverfolgen der „Nichtantwortter“ erbrachte auch in diesem Kollektiv nur eine weitere Zusage. Die Teilnahme rate betrug 43% (9/21). Da zu diesem Zeitpunkt bereits genügend Praxen rekrutiert worden waren, wurde auf eine weitere konsequente Nachverfolgung der letzten offenen Interessierten bei den Lehrpraxen verzichtet.

| Kontaktprotokoll |  | Weitere Angaben | Ärzte/Kont |
|------------------|--|-----------------|------------|
| Datum            | Text / Info                                | Kon             |            |
| 12.03.2009       | Sprechstunde 9-11, später Anruf 16.03, MFA |                 |            |
| 12.03.2009       | Montag oder 18.03. ab 9.00 anfragen        |                 |            |
| 18.03.2009       | MFA: bittet um 11,30 Rückruf               | Fra             |            |
| 18.03.2009       | will heute noch zurück rufen               |                 |            |
| 26.03.2009       | Urlaub 23-27.03 Anruf 02.04.09             |                 |            |
| 02.04.2009       | im Moment keine Zeit                       | Fra             |            |

Datensatz: 1 von

Abbildung 4 Rekrutierungsaufwand (Beispiel).

Demografische Angaben teilnehmender Ärzte im Vergleich

In Tabelle 1 sind demografische Angaben der teilnehmenden Ärzte dargestellt, unterteilt in teilnehmende Ärzte, die über die KV-Liste rekrutiert wurden, und teilnehmende Lehrärzte aus der Rekrutierungswelle „Lehrärzte“. Ergänzend werden Angaben zur Gesamtheit niedersächsischer Hausärzte bzw. zum Kollektiv der Rekrutierungswelle „Lehrärzte“ dargestellt.

Unter den Studienteilnehmern des KV-Kollektivs war die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen überrepräsentiert, die Altersgruppe 50-59 Jahre war im Vergleich zur Altersverteilung insgesamt verhältnismäßig wenig vertreten.

Das angefragte Lehrärztkollektiv unterschied sich von vornherein vom KV-Kollektiv dadurch, dass die 40- bis 49-Jährigen überrepräsentiert waren und der Frauenanteil deutlich höher lag. Dieser Effekt verstärkte sich bei den an der Studie teilnehmenden Lehrärzten. Hier kehrte sich sogar das Verhältnis von teilnehmenden Ärzten zu Ärztinnen um.

Gründe für Nichtteilnahme

96 der 163 nicht teilnehmenden Ärzte begründeten ihre Nichtteilnahme an der Studie – teils auf dem Antwortfax, teils durch telefonische Auskunft. Am

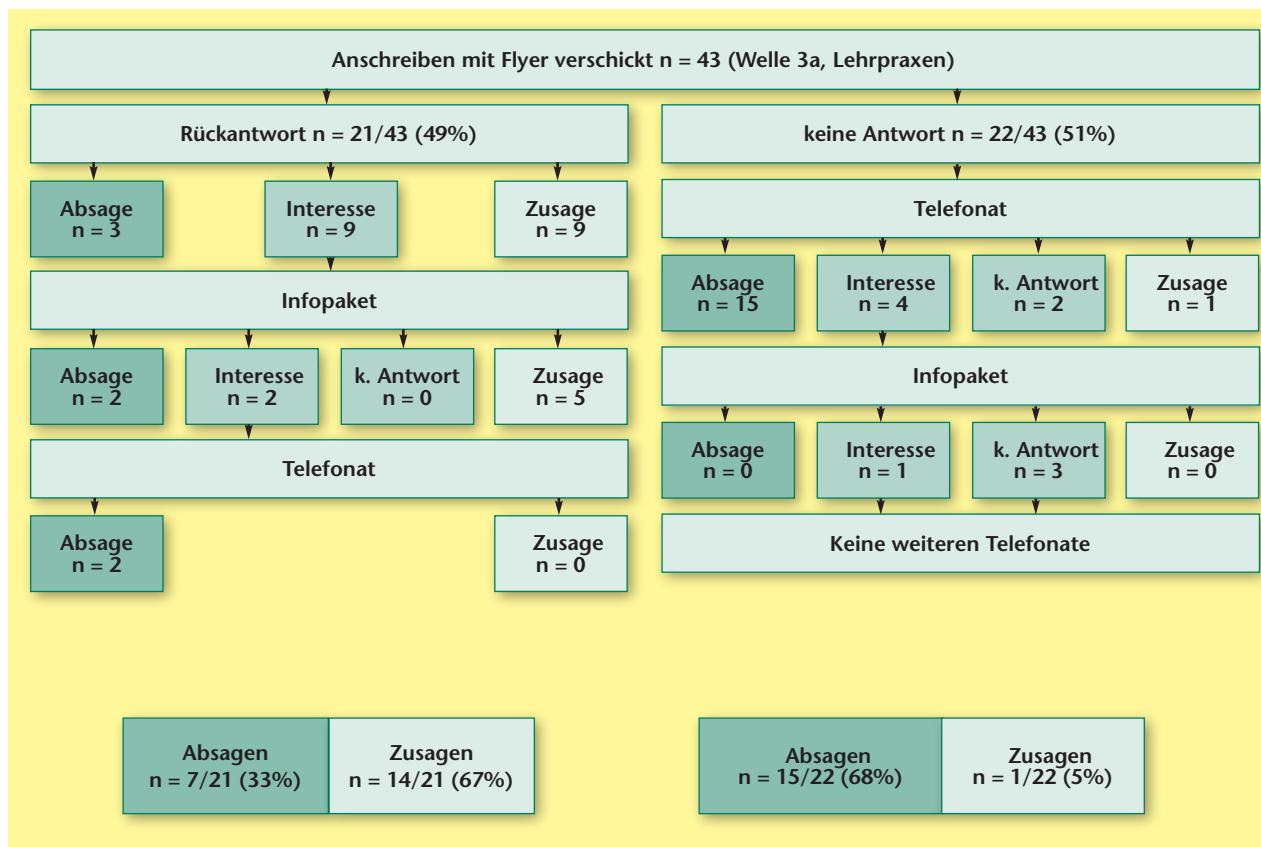
häufigsten, nämlich in 48%, wurde hier „kein Interesse“ genannt, gefolgt von „keine Zeit“ (33%), „keine geeigneten Patienten“ (9%) und „weiteren Gründen“ (9%).

Diskussion

In der Interventionsstudie *PräfCheck* lag die Teilnehmerate hausärztlicher Praxen, die auf der Basis der KV-Liste angeschrieben wurden, mit insgesamt 14%

|  | Altersverteilung |             |             |            |           | Anteil der Ärztinnen | Anteil Ärzte in Einzelpraxen |
|--|------------------|-------------|-------------|------------|-----------|----------------------|------------------------------|
|  | 35-39            | 40-49       | 50-59       | 60-65      | > 65      |                      |                              |
| <b>Teilnehmer PräfCheck KV-Liste, n = 24</b>                         | 4,2% 1/24        | 41,7% 10/24 | 29,2% 7/24  | 20,8% 5/24 | 4,2% 1/24 | 33,3% (8/24)         | 54,2% (13/24)                |
| <b>KV-Allgemeinärzte Niedersachsen*</b>                              | 4,7%             | 31,7%       | 39,8%       | 18,9%      | k.A.      | 31,2%                | 55,6%                        |
| <b>Teilnehmer PräfCheck Lehrärzte, n = 15</b>                        | 6,7% 1/15        | 53,3% 8/15  | 33,3% 5/15  | 6,7% 1/15  | -         | 73,3% (11/15)        | 26,7% (4/15)                 |
| <b>Angefragte Lehrärzte des Instituts für Allgemeinmedizin MHH**</b> | 7% 3/43          | 44,2% 19/43 | 30,2% 13/43 | 14% 6/43   | -         | 41,9% (18/43)        | 51,2% (22/43)                |

Tabelle 1 Demografie teilnehmender Ärzte im Vergleich.



**Abbildung 5** Ergebnisse der Rekrutierung (Welle 3a, Lehrpraxen).

recht niedrig. Insgesamt nahmen aus der Gruppe der „Antworter“ wesentlich mehr Praxen teil als aus der Gruppe der „Nichtantworter“ (47% vs. 5%). Nur wenige der zunächst angeschriebenen Praxen nutzten das vorgesehene Antwortfax für eine Rückmeldung. Die telefonische Rückfrage bei den „Nichtantwortern“ erwies sich als aufwendig und ineffektiv. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass Praxen, die die vorhergesehene Rückantwortmöglichkeit nicht wahrnehmen, tatsächlich auch kein Interesse an einer Studienteilnahme haben. Die Zielgruppe der Lehrärzte ergab insgesamt eine höhere Rückmelde- und Teilnahmequote.

Als Limitation ist anzufügen, dass es sich auch bei der vorliegenden Arbeit um einen Einzelfallbericht handelt. Schaut man auf den Erfolg der Praxisrekrutierung in anderen hausärztlichen Forschungsprojekten, ergibt sich ein durchaus unterschiedliches Bild. Herber et al. berichten über eine niedrige Teilnahmequote von 2% bei einer interdisziplinären Interventionsstudie zum Ulcus cruris [1]. An einer edukativen randomisiert-kontrollierten Studie bei Patienten

mit Herzinsuffizienz nahmen 5% ungewählter Praxen teil [4]. Für die von unserem Institut durchgeführte Harnwegsinfekt-Studie HWI-01 wurde über ein Lehrpraxen-Kollektiv eine Teilnahmequote von 18% erzielt [2]. Im Rahmen des MedVIP-Projektes (Gewinnung hausärztlicher Behandlungsdaten) konnten 23% ungewählter Ärzte in Göttingen und 66% der Ärzte des Freiburger Qualitätsnetzes gewonnen werden [3]. An der Marburger Brustschmerz-Studie nahmen sogar 35% der angefragten Praxen teil, allerdings fehlen hier Angaben zum Kollektiv [5].

Der Vergleich von Erfolgen der Praxisrekrutierung wird erschwert durch unterschiedliche zugrunde liegende Kollektive (ausgewählte vs. ungewählte Ärzte), wie auch durch unterschiedliche Fragestellungen und Anforderungen an die teilnehmenden Praxen, denen ein nicht zu unterschätzender Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft zuzuschreiben ist.

Für die Übertragbarkeit der Ergebnisse versorgungsnaher Forschung in Deutschland wäre viel gewonnen, wenn es gelänge, Forschung vermehrt in haus-

ärztlichen Praxen zu verankern. Allerdings stehen viele Hausärzte der Teilnahme an Forschungsprojekten mit Vorbehalten gegenüber [8]. Häufig genannter Grund für Nichtteilnahme an Forschungsprojekten ist der damit verbundene Aufwand, aber auch mangelndes Interesse bzw. fehlender Praxisbezug der Forschungsthemen [9, 16]. Es scheint, dass der deutsche hausärztliche Alltag, gekennzeichnet durch eine hohe Zahl an Patientenkontakten bei kurzer Konsultationsdauer [17], wenig Raum für andere Aktivitäten lässt.

Welche Konsequenzen wären erforderlich, um insgesamt mehr Hausärzte für Forschungsprojekte zu gewinnen? Erfahrungsgemäß fördern praxisrelevante Fragestellungen, umgesetzt in einfachen Studienkonzepten, die gut in den Praxisablauf zu integrieren sind, die Teilnahmebereitschaft ebenso wie gelungene Kommunikation mit dem Studienteam [6, 18]. Nicht unerheblich ist auch die Höhe der Aufwandsentschädigung – der erforderliche Aufwand für die teilnehmende Praxis sollte vorab abgeschätzt und die Aufwandsentschädigung nach Möglichkeit bereits bei der Fi-

**Dr. med. Jutta Bleidorn ...**

... Fachärztin für Allgemeinmedizin, seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsschwerpunkte: Klinische Studien in der Allgemeinmedizin, Forschung in hausärztlichen Praxen, Versorgung am Lebensende.

nanzplanung (Antragstellung!) einbezogen werden. Der Bedeutung der Aufwandsentschädigung wird im Vergleich zu den o.g. Motivationsfaktoren jedoch unterschiedlicher Stellenwert beigemessen [16, 18].

Organisationstechnisch anzustreben wäre eine bessere Vernetzung akademischer Einrichtungen mit forschungsinteressierten Praxen, wie sie beispielsweise in den „practice based research networks“ [19–21] im Ausland bereits etabliert sind. Eine derartige strukturelle Weiterentwicklung stellt möglicherweise den Schlüssel zur Etablierung versorgungsnaher Forschung auch in deutschen Hausarztpraxen dar.

Sind die Praxen, die an einer Studie teilnehmen und mit denen eine Intervention erprobt wurde, auch vergleichbar mit „durchschnittlichen“ hausärztlichen Praxen? Sind Ergebnisse übertragbar und reproduzierbar auch in anderen Praxen? Der Frage nach der Repräsentativität von Studienpraxen kommt besonders bei versorgungsnahen Interventionen große Bedeutung zu [11–13]. Insbesondere bei Studien, in denen die Praxis bzw. der Arzt selbst das Ziel der Intervention ist, ist bei der Planung zu berücksichtigen, über welches Kollektiv die Praxisrekrutierung

erfolgen sollte, um belastbare Ergebnisse zu erhalten.

Nach unseren Erfahrungen bei *PräFCheck* sind zwei mögliche Selektionseffekte zu berücksichtigen: Auch in einem unselektierten Kollektiv, wie es hier die KV-Liste darstellt, kann besonders bei niedriger Teilnehmerate eine Selektion entstehen, wie beispielsweise durch Teilnahme vorwiegend jüngerer Ärzte. Diesen Effekt wird man nicht ausschließen können; er sollte aber wahrgenommen und beschrieben werden, insbesondere bevor erprobte Interventionen implementiert werden.

Ein weiterer Selektionseffekt entsteht, wenn die Praxisrekrutierung bereits über vorselektierte Kollektive erfolgt, wie in unserer Studie über das Lehrarztkollektiv, in dem sowohl jüngere wie auch weibliche Ärzte vermehrt vertreten sind. Auch Praxen, die beispielsweise an Forschungsnetzwerken teilnehmen, können demografische Unterschiede aufweisen [14].

In der MEDViP-Studie (Gewinnung hausärztlicher Behandlungsdaten [3]), in der sowohl unselektierte Praxen wie auch Praxen eines ausgewählten Praxisnetzes angefragt wurden, nahmen aus beiden Gruppen ebenfalls mehr jüngere Ärzte teil. Weiterhin waren bei MEDViP

männliche Ärzte in beiden Gruppen überrepräsentiert [15]. Möglicherweise zeigt sich hier der Einfluss des Studienthemas: Das Interesse an einer „behandlungsdatenbasierten“ Studie könnte zu einer Selektion männlicher Teilnehmer geführt haben. Unser Studienthema, ein patientenorientiertes Gesprächsmodul für multimorbide ältere Patienten, könnte hingegen Ärztinnen mehr angesprochen haben, womit der hohe Anteil weiblicher Ärzte unter den teilnehmenden Lehrärzten zu erklären wäre. Allerdings ist dieser Effekt bei den Teilnehmern der KV-Liste nicht vorhanden und relativiert sich durch die geringe Gruppengröße.

**Fazit:** Die Rekrutierung von Praxen für hausärztliche Forschungsprojekte erfordert sorgfältige Planung. Der Aufwand, von allen Praxen eine definitive Zu- oder Absage zu erhalten, lohnt sich erfahrungsgemäß nicht. Vorhandene Selektionseffekte bei der Praxisrekrutierung z.B. durch vorselektierte Kollektive sind bei der Übertragbarkeit der Studienergebnisse in die Versorgungsrealität zu berücksichtigen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Jutta Bleidorn  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511 532 4997  
Fax: 0511 532 4176  
E-Mail: bleidorn.jutta@mh-hannover.de

**Literatur**

- Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. Recruitment rates and reasons for community physicians' non-participation in an interdisciplinary intervention study on leg ulceration. *BMC Med Res Methodol* 2009; 9: 61
- Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? –Results of a randomized controlled pilot trial. *BMC Med* 2010; 8: 30
- Himmel W, Hummers-Pradier E, Kochen MM und MedViP-Gruppe. Medizinische Versorgung in der hausärztlichen Praxis. Ein neuer Forschungsansatz. *Bundesgesundheitsblatt* 2006; 49:151–159
- Peters-Klimm F, Campbell S, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gelbrich G, Herzog W, Szecsenyi J. Primary care-based multifaceted, interdisciplinary medical educational intervention for patients with systolic heart failure: lessons learned from a cluster randomised controlled trial. *Trials* 2009; 10: 68
- Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, et al. Gender bias revisited: new insights on the differential management of chest pain. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 45
- Goodyear-Smith F, York D, Petousis-Harris H, et al. Recruitment of practices in primary care research: the long and the short of it. *Fam Prac* 2009; 26: 128–136
- Williamson MK, Pirkis J, Pfaff JJ, et al. Recruiting and retaining GPs and patients in intervention studies: the DEPS-GP project as a case study. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7: 42
- Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 2008; 25: 105–112

9. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 31
10. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M-L, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. PrüfCheck: Patientenzentrierte Behandlungsplanung mit älteren multimorbiden Patienten. *Z Gerontol Geriat* 2010; 43: 303–309
11. Croughan M. Factors influencing physician participation in practice-based research network studies: a call for further research. *J Fam Pract* 2001; 50: 978–979
12. Heywood A, Mudge P, Ring I, Sanson-Fisher R. Reducing systematic bias in studies of general practitioners: the use of a medical peer in the recruitment of general practitioners in research. *Fam Pract* 1995; 12: 227–231
13. Cockburn J, Campbell E, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW. Response bias in a study of general practice. *Fam Pract* 1988; 5: 18–23
14. Hammersley V, Hippisley-Cox J, Wilson A, Pringle M. A comparison of research general practices and their patients with other practices – a cross-sectional survey in Trent. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 463–468
15. Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, et al. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam Pract* 2005; 22: 458–464
16. McIntosh S, Ossip-Klein DJ, Hazel-Fernandez L, Spada J, McDonald PW, Klein JD. Recruitment of physician offices for an office-based adolescent smoking cessation study. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 405–412
17. Sawicki PT, Bastian H. German health care: a bit of Bismarck plus more science. *BMJ* 2008; 7: 337
18. Raftery J, Bryant J, Powell J, Kerr C, Hawker S. Payment to healthcare professionals for patient recruitment to trials: systematic review and qualitative study. *Health Technol Assess* 2008; 12: 1–128
19. Green LA, White LL, Barry HC, Nease DE Jr, Hudson BL. Infrastructure requirements for practice-based research networks. *Ann Fam Med* 2005; 3: 5–11
20. Lindbloom EJ, Ewigman BG, Hickner JM. Practice-based research networks: the laboratories of primary care research. *Med Care* 2004; 42: 45–49
21. Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007; 334: 1093–1094

## Leserfotos

Unsere Aufforderung, Fotos an die Redaktion zu schicken, ist auf breite Resonanz gestoßen. Aus den vielen eingegangenen Bildern haben wir Fotos von Martin C. Eschholz (Titelseite) und Wilfried Deiß ausgewählt. Wir gratulieren herzlich! Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto vergeben wir einen 3-monatigen Online-Zugang zu den EbM-Guidelines (Hrsg.: Rabady/Sönnichsen/Kunnamo). Also schicken Sie uns weiter Ihre Fotos.



© Wilfried Deiß