

Sind Hausarztpraxen Forschungsinfrastruktur?

Are Primary Care Practices Research Infrastructure?

Eva Hummers-Pradier¹, Jean-François Chenot², Martin Scherer³ für das DFG-Netzwerk Klinische Studien in der Allgemeinmedizin

Zusammenfassung: Die allgemeinmedizinische Forschung hat sich erfreulich gut entwickelt. Hausärztliche Praxen werden zunehmend interessant als Setting oder Rekrutierungsplattform für Forschungsprojekte – sowohl solche, die von allgemeinmedizinischen Universitätsinstituten initiiert bzw. koordiniert werden als auch für Studien anderer Disziplinen oder Interessengruppen. In die Praxen drängt eine zunehmende Anzahl an Studien, z.T. auch solche, die für dieses Setting wenig relevant oder geeignet sind. Die Durchführung wissenschaftlicher Studien ist nicht Teil des Versorgungsauftrags oder der Alltagsroutine von Hausärztinnen und -ärzten. Falls diese bereit sind, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, erwarten sie, dass diese hinsichtlich der hausärztlichen Relevanz, der Angemessenheit der Methoden und der Machbarkeit in der Praxis qualitätsgesichert sind. Die jeweiligen Universitätsprofessoren für Allgemeinmedizin sind zuständig für Forschung und Lehre im Fach, sie stehen auch für Kooperationen mit anderen Fächern zur Verfügung, erwarten aber eine frühe und gleichberechtigte Mitgestaltungsmöglichkeit. Voraussetzung einer unterstützenden Koordination von „fachfremder“ Praxisforschung ist, dass jegliche Forschungsvorhaben im hausärztlichen Setting mit den lokal zuständigen allgemeinmedizinischen Instituten abgestimmt sind. Eine gemeinsame Planung und Durchführung ist deutlich erfolgsversprechender als unkoordiniertes Agieren. Engagierte Praxen sollten im Sinne einer Forschungsinfrastruktur achtsam genutzt und gepflegt werden. Nach internationalem Vorbild sollte der Aufbau von stabilen Forschungspraxennetzen angestrebt werden.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Praxisforschung; Koordination; Infrastruktur

Summary: Research in general practice/family medicine is prospering. Family practices are increasingly interesting as setting or recruitment platform for research, for projects coordinated by academic departments of family medicine, but also for studies of other disciplines or interest groups. A growing number of studies crowds into practices – including some which are neither relevant nor suitable for this setting. Conducting research projects is not a part of family doctors' health care mandate or daily routine. If family doctors are willing to support research actively they expect projects to be quality assured with regards to primary care relevance, appropriateness of methods, and feasibility in a practice setting. Professors of general practice/family medicine are responsible for research and teaching in their discipline, which includes the coordination and quality assurance of local practice based research. They are readily available for cooperation if consulted early enough for an active participation in designing projects. Supportive coordination of practice based research of other disciplines requires that the local academic institutions of general practice/family medicine approve of all projects targeting or involving family practices. Concerted planning and conduction of studies is much more likely to be successful than self-contained action. Practices committed to research should be used and treated with care – they represent a valuable infrastructure. Stable practice based research networks should be established in line with international models.

Keywords: Family Practice; Practice Based Research; Coordination; Infrastructure

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

² Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

³ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

Peer reviewed article eingereicht: 06.05.2014, akzeptiert: 19.05.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0317-0322

Ausgangslage

Die Forschung in und mit Hausarztpraxen boomt. Dies gilt für die allgemeinmedizinische Forschung selbst, aber auch für Forschungsprojekte aus dem Public Health-Bereich, andere Versorgungsforschungsstudien und epidemiologische Studien hat die hausärztliche Versorgung als Forschungssetting in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Zunehmend interessant sind hausärztliche Praxen auch als Zugangsweg zur Patientenrekrutierung für Interventionsstudien unterschiedlicher Art. Klinische Arzneimittelstudien mit hausärztlichen Patienten sind zwar bisher in Deutschland eine Rarität. Häufiger durchgeführt werden Studien zu diagnostischen Verfahren oder solche, in denen nichtmedikamentöse Behandlungen erprobt oder gesundheitsbezogenes Verhalten verändert werden sollen; sie alle benötigen einen „Zugriff“ auf geeignete Patienten. Ein weiterer bedeutender Forschungssektor sind Studien, in denen mit edukativen Interventionen auf Arzt- oder Praxisebene die Versorgung verändert bzw. verbessert und der Effekt arzt- oder patientenbezogen gemessen werden soll.

All dies ist die im Prinzip erfreuliche Folge

- einer sich rasch entwickelnden akademischen Allgemeinmedizin;
- einer sich positiv entwickelnden Versorgungsforschung;
- der verstärkten Anerkennung von Hausärztinnen und Hausärzten als primäre Ansprechpartner für alle Gesundheitsprobleme;
- einer allgemein erhöhten wissenschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit für die hausärztliche Versorgung im Rahmen von Zukunftsdiskussionen, z.B. im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung für eine alternde und zunehmend multimorbide Bevölkerung, vor allem in ländlichen Gebieten;
- der Tatsache, dass die methodischen Ansprüche an Studien nicht nur in der Allgemeinmedizin deutlich gestiegen sind: Einfache Fragebogen- oder Beobachtungsstudien sowie Interventionsstudien mit monozentrischem Ansatz oder kleinen, nicht durch eine Fallzahlberechnung abgesicherten Stichproben entsprechen

heute nicht mehr dem internationalen Standard der Forschung. Zunehmend werden größere und systematisch rekrutierte Praxen- bzw. Patientenstichproben benötigt, um eine Studie sachgerecht durchzuführen.

Hausärztinnen und Hausärzte sowie deren Patientinnen und Patienten stehen somit inzwischen im Fokus des Interesses nicht nur allgemeinmedizinischer Forschungsinstitute, sondern sind auch Zielgruppe von Forschungsaktivitäten anderer Disziplinen oder auch Interessengruppen wie z.B. der Industrie. Diese positive Entwicklung eines Interesses am hausärztlichen Forschungssetting führt aber dazu, dass eine zunehmende Anzahl von Studien in die Praxen drängt. Dies bringt die Notwendigkeit mit sich, forschungsinteressierte Praxen als Infrastruktur zu verstehen, entsprechend gut zu pflegen und koordiniert zu nutzen. Unter dem Titel „Forschen oder beforscht werden?“ haben Kochen et al. bereits im Jahr 2000 vorausschauend auf diese Problematik und die Gefahren einer „passiven Beforschung durch andere Fächer“ hingewiesen [1], in ähnlicher Weise für die Schweiz später auch Rosemann [2].

Forschungspraxen in Deutschland

Eine forschende und akademische Allgemeinmedizin ist in Deutschland eine junge Entwicklung: Die ersten allgemeinmedizinischen Lehrstühle für Allgemeinmedizin entstanden in den späten 1970er und 1980er Jahren. Die Entwicklung erfolgte zunächst sehr langsam und ist bisher nicht abgeschlossen bzw. flächendeckend. Inzwischen haben immerhin 75 % der medizinischen Fakultäten in Deutschland eine Abteilung oder ein Institut für Allgemeinmedizin, in mehreren Standorten laufen derzeit Berufungsverfahren [3]. Von Anfang an knüpften diese Abteilungen oder Institute Kontakte zu interessierten Hausärztinnen und Hausärzten in ihrer Umgebung, oft vorrangig für die Lehre, aber auch für – zunächst meist kleinere – Forschungsprojekte. Sowohl die akademische Institutionalisierung als auch der Aufbau von Lehrpraxennetzen gewann durch die Einführung verpflichtender allgemeinmedizi-

nischer Blockpraktika ab 2005 an Dynamik. Parallel wuchsen Umfang und Professionalität allgemeinmedizinischer Forschung, nicht zuletzt dank der fachspezifischen Förderprogramme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in den Jahren 2002 bis 2011.

Die Rekrutierung für Forschungsprojekte war bzw. ist oft bei den Hausarztpraxen besonders erfolgreich, die bereits als akademische Lehrpraxen bzw. über Lehraufträge mit den örtlichen universitären Lehrstühlen für Allgemeinmedizin verbunden und vertraut sind. Zunehmend zertifizieren die Lehrstühle erfahrene oder besonders qualifizierte Praxen als Forschungspraxen. Umgekehrt sehen viele Hausärztinnen und Hausärzte in den universitären Fachvertretern ihre Interessenvertretung an der Universität. Sie erwarten ihrerseits einen kollegialen und pfleglichen Umgang „auf Augenhöhe“ sowie Respekt für die Belange ihrer Praxen.

Herausforderungen

Hausärztliche Praxen, auch solche mit Lehrauftrag und Forschungsinteresse, sind selbstständige Unternehmen, die ihren Patienten bzw. der Krankenversorgung gemäß den Rahmenbedingungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) verpflichtet sind. Die Durchführung wissenschaftlicher Studien ist nicht Teil des Versorgungsauftrags oder der Alltagsroutine. Eine Teilnahme erfolgt stets freiwillig und ist oft mit erheblichem Aufwand verbunden. Falls Hausärztinnen und -ärzte bereit sind, Zeit und andere Ressourcen in die Unterstützung von Forschungsprojekten zu investieren, erwarten sie, dass diese praktikabel und hinsichtlich der hausärztlichen Relevanz und Zielrichtung der Fragestellung sowie der Abläufe in der Praxis qualitätsgesichert sind [4].

Die Planung und Durchführung von Studien im hausärztlichen Setting ist nicht trivial und auch nicht ohne Weiteres vergleichbar mit der Forschung in spezialisierten (universitären) Zentren. Neben der Frage der unmittelbaren Praxisrelevanz gilt es, viele Barrieren und methodische Besonderheiten im Blick zu behalten [5–10].

Allgemeinmedizinische Relevanz
<ul style="list-style-type: none">– Getragen durch eine allgemeinmedizinische Forschungseinrichtung. Alternativ: eine Solche ist als Kooperationspartner involviert, als Minimalversion: eine Solche befürwortet das Projekt.– Bezug zu relevanten Problemen der allgemeinmedizinischen Versorgung bzw. Praxis, oder– anknüpfend an die Definitionen der Allgemeinmedizin (DEGAM, WONCA Europe), die DEGAM-Zukunftspositionen, den Research Agenda for General Practice/Family Medicine, den Educational Agenda der EURACT oder ähnliche Dokumente [11–15]– Pharmaunabhängig (interessensneutral, Einbindung als Geldgeber nur in vertraglich geregelter Form einer Spende, Auswertung/Designs/Publikationsrechte unabhängig).
Berücksichtigung methodischer Besonderheiten allgemeinmedizinischer Forschung
<ul style="list-style-type: none">– Niedrigprävalenzumfeld (jede einzelne Erkrankung bzw. jeder einzelne Beratungsanlass ist relativ selten, es gibt sehr viele verschiedene Beratungsanlässe).– Relativ hohe Prävalenz, aber eher niedrige Inzidenz chronischer Erkrankungen, oft in einen Kontext von Multimorbidität.– Im Vergleich zum Klinikkontext hohe Unzuverlässigkeit auch üblicher diagnostischer Tests (meist viele falsch positive Testergebnisse, niedriger positiv prädiktiver Wert).– Hohe Heterogenität der Patientenklientelen und hohe Variabilität der Versorgung (zwischen und in Praxen) erfordern oft die Berücksichtigung von Clustern z.B. bei Randomisierungen.– Standardisierung ist sehr schwierig, bzw. Adhärenz von Ärzten und Patienten an Vorgaben ist meist gering (der resultierende Unterschied zwischen „usual care“ und „standard“ oder „best care“ muss bei der Studienplanung insbesondere von „efficacy“- bzw. „effectiveness“-Studien beachtet werden).
Machbarkeit (feasibility) im allgemeinmedizinischen Alltag
<ul style="list-style-type: none">– Zeitliche Belastung muss begrenzt sein.– Regulative Vorgaben und wirtschaftliche Rahmenbedingungen müssen beachtet werden (z.B. wenn im Rahmen der Studie bestimmte diagnostische Leistungen oder Therapieverordnungen erwartet werden).– Aufgaben und Möglichkeiten von Medizinischen Fachangestellten (MFAs) sollten in die Planung einbezogen werden.– Rekrutierungsraten müssen realistisch geschätzt werden.

Tabelle 1 Anforderungen an Studien in allgemeinmedizinischen Praxen

Hausärztliche Praxen haben keine Forschungsinfrastruktur oder zusätzliche Ressourcen für Studien. Projekte treffen nicht auf eine präformierte Forschungsplattform, sondern drängen mit Rekrutierungsschreiben, Anrufen oder auch Besuchen in den Versorgungsalltag hinein. Dies wird nicht selten als unliebsame Störung empfunden, insbesondere in Zeiten hohen Patientenaufkommens (z.B. saisonal als „Grippewelle“ oder generell in überlaufenen Landpraxen) oder hohen bürokratischen Aufwands, wie z.B. Honorarreformen. Eine Studienteilnahme bringt zudem die Perspektive weiterer Störungen (z.B. durch Monitoring) und eines belastenden Zusatzaufwands im Versorgungsalltag („daran denken“, Rekrutierung und Aufklärung von Patienten, Dokumentation).

Ein unkoordiniertes Agieren verschiedener Forschungsinstitutionen oder Projektleiter führt schnell zu sehr häufigen Anfragen oder auch zu konkurrierenden Erwartungen. Beides kann selbst in sehr engagierten Praxen

schnell zu Ablehnung führen. Missmut provozieren auch Forschungsfragen oder -ansätze, die für die Allgemeinmedizin nicht oder kaum von Interesse sind und bei denen die Praxen nur Rekrutierungsdienstleister oder gar „Forschungsobjekt“ sind. Besonders unbeliebt sind von Fachspezialisten initiierte Projekte, mit denen mutmaßliche Qualitätsdefizite der hausärztlichen Versorgung aufgedeckt oder verbessert werden sollen, ohne dass entsprechende Interventionen unter Einbezug erfahrener Allgemeinärzte geplant wurden [16]. Forschungsvorhaben, bei denen unter dem Mantel der Qualitätsverbesserung neue diagnostische oder therapeutische Verfahren implementiert werden sollen, stoßen ebenfalls oft auf Ablehnung, wenn nicht zuvor eine vergleichende Wirksamkeits- bzw. Nutzevaluation im hausärztlichen Kontext erfolgt war. Zu Recht oder Unrecht wird befürchtet, dass damit im Sinne von Seeding Trials und ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen

bzw. Budgets einer hausärztlichen Praxis auch Marktinteressen verfolgt werden. In diese Kategorie fallen auch Studien, in denen beschwerdefreie Personen Screeningtests unterzogen werden sollen: Der mögliche Nutzen für Patienten muss gegen den Schaden durch die im Niedrigprävalenzumfeld zu erwartende hohe Rate falsch positiver Testresultate mit nachfolgendem Diagnostikbedarf abgewogen werden – oder die Studie muss geeignet sein, für genau diese Nutzenbewertung Daten zu liefern.

Zu beachten ist auch, dass sehr forschungsaktive Praxen möglicherweise nicht die Versorgungsrealität „gewöhnlicher“ Praxen abbilden bzw. sich mit zunehmender Forschungserfahrung immer weiter davon entfernen [10]. Somit entsteht ein Bias – das Handeln dieser Forschungspraxen kann nicht mehr ohne Weiteres als repräsentativ für die „Durchschnittspraxis“ im Sinne von „usual care“ betrachtet werden. Das schränkt ihre Eignung für „usual-care“-Kontrollgruppen ein und schafft Decken-Effekte für Interventionen (z.B. zur Qualitätsförderung, wenn nur noch wenig Raum für Verbesserung besteht). Dies alles muss bei der Planung von Studien bzw. Rekrutierungsstrategien berücksichtigt werden.

Meist ist es nicht realistisch, bei der Studienplanung davon auszugehen, dass studienbezogene Leistungen von Hausärzten „sowieso“ und auf Kosten der Krankenkassen bzw. -versicherungen erbracht werden können (z.B. diagnostische Maßnahmen und deren Dokumentation, Verordnungen von Medikamenten, Hilfs- oder Heilmitteln, Kontrolluntersuchungen). Umgekehrt muss darauf geachtet werden, dass es durch ein Projekt nicht zu Doppeluntersuchungen oder zu unverhältnismäßigen Interventionen kommt (z.B. invasive Untersuchungen/Maßnahmen bei unkomplizierten Erkrankungen). Manche vorhandenen vergüteten Strukturen wie z.B. Check-up, Disease-Management-Programme oder geriatrische Basisassessments können durchaus für entsprechende Forschungsfragen genutzt werden. Die Beachtung der Good-Clinical-Practice (GCP)- bzw. Good-Epidemiological-Practice (GEP)-Guidelines ist selbstverständliche Voraussetzung, ebenso die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission [17–19].

Schlussfolgerung

Bei den Beratungen von Projekten aus anderen Fachbereichen stellen die Autoren des Öfteren fest, dass über die hausärztliche Relevanz von Forschungsfragen, die geeignete Forschungsmethodik und vor allem die Alltagsrealität und die Möglichkeiten hausärztlicher Praxen sehr unterschiedliche Vorstellungen existieren. Das kann im Extremfall dazu führen, dass Forschungsprojekte undurchführbar sind oder aufgrund falscher Vorannahmen scheitern. Insbesondere im nahen Umfeld forschungsaktiver Universitäten werden unkoordinierte oder gar ungeeignete Anfragen bzw. Rekrutierungsversuche in hausärztlichen Praxen zum Problem. Praxen (und potenziell deren Patienten) werden hiermit überlastet und womöglich dauerhaft „vergrault“ – auch die Rolle als Zuweiser einer Universitätsklinik kann darunter leiden. Selbst in sehr kooperativen und engagierten Praxen ist die parallele Durchführung mehrerer Projekte kaum möglich. Grundsätzlich gehören die Hausarztpraxen „sich selbst“ und sind nur ihren Patienten bzw. dem Regelwerk der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet.

Qua Amt sind die jeweiligen Universitätsprofessoren für Allgemeinmedizin mit ihren Abteilungen oder Instituten zuständig für Forschung und Lehre im Fach, also auch für die Koordination und Qualitätssicherung der in ihrem Einzugsbereich stattfindenden Praxisforschung. Daher ergeben sich aus Sicht der allgemeinmedizinischen Hochschulstandorte folgende Forderungen zum Umgang mit der allgemeinmedizinischen Forschungsinfrastruktur.

1. Praxen sind vornehmlich für die Versorgung ihrer Patienten da. Alle Ansätze müssen dem Rechnung tragen. „The patient comes first“ ist ein Prinzip, dem jegliche Forschung in Hausarztpraxen unterzuordnen ist. Rekrutierung, Datenerhebung und auch Interventionen sind so in den Praxisalltag zu integrieren, dass die Versorgung so wenig wie möglich gestört wird.
2. Forschungsprojekte müssen die knappen Ressourcen der Praxis schonen. Soweit irgend möglich muss projektbezogene Arbeit durch Studien- (und nicht durch Praxis-) Personal erledigt

werden. Die erforderlichen Materialien sind zur Verfügung zu stellen und der forschungsbezogene Aufwand muss angemessen, das heißt kostendeckend vergütet werden.

3. Konkurrenzsituationen zwischen Studienanforderungen und dem Versorgungsauftrag bzw. den rechtlichen oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Praxis sollten vermieden werden. Die allgemeinmedizinischen Hochschulstandorte und -abteilungen können dies gut abschätzen und entsprechend beraten. Sie verfügen zudem meist über gute Kontakte zu Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen.
4. Die institutionalisierte Allgemeinmedizin steht für interdisziplinäre oder interprofessionelle Kooperationen zur Verfügung, sofern eine frühe und gleichberechtigte wissenschaftliche Beteiligung gewährleistet ist. Dies bedeutet eine Einbindung von Anfang an, mit aktiver Mitgestaltung der Fragestellung, der Methodik sowie der gemeinsamen Durchführung des Projekts. Entsprechende (Dritt-) Mittel müssen in die Studienplanung eingepreist werden. Auch bei Projekten ohne unmittelbare allgemeinmedizinische Mitgestaltung müssen bi- bzw. multilateral Kooperationsbedingungen vereinbart werden; ein antragskosmetisches Name-Dropping ist nicht zielführend. Im optimalen Falle führt die interdisziplinäre Vernetzung zu einer Stärkung der hausärztlichen Relevanz und besserer Adaptation der Studien an das hausärztliche Umfeld, damit auch zu höheren Responderaten bzw. einer verbesserten Compliance bei Projektaktivitäten seitens der Hausärztinnen und -ärzte und Medizinischen Fachangestellten (MFAs) sowie zur besseren Patientenrekrutierung.
5. Als Minimalversion einer Kooperation sollten Akteure einer Region nicht gänzlich unkoordiniert agieren. Die „Fremdnutzung“ allgemeinmedizinischer Praxennetze ohne eine entsprechende Abstimmung mit deren Koordinatoren ist nicht zielführend: Eine Rekrutierung im hausärztlichen Setting ohne Beteiligung der lokalen akademischen Institutionen für Allgemeinmedizin ist wenig erfolgversprechend; hierfür sind auch Drittmittelgeber zunehmend sensibili-

siert. Über geplante und laufende Projekte sollte zumindest ein Austausch stattfinden: Beispielsweise kann bei Projekten ohne allgemeinmedizinische Leitung oder Beteiligung bei der Koordinationsstelle an der örtlichen Institution für Allgemeinmedizin eine Liste von Praxen erbeten werden, die derzeit noch ohne Forschungstätigkeit sind. Allgemeinmedizinische Universitätsstandorte bzw. Koordinationsstellen sollen stets über den aktuellen Stand aller Projekte in Hausarztpraxen informiert werden, um unkoordinierte Überschneidungen von Projektrekrutierungen zu verhindern.

6. Sinnvoll ist eine über die lokalen allgemeinmedizinischen Institute bzw. Abteilungen koordinierte achtsame Nutzung und Pflege forschungsinteressierter Praxen im Sinne einer Forschungsinfrastruktur: Die meisten allgemeinmedizinischen Hochschulstandorte haben Datenbanken zur Erfassung und Koordination ihrer Lehr- und Forschungspraxen etabliert, die ständig aktualisiert werden. Sie sind aktueller als die Adressen der Homepages der KVen, die häufig noch mittlerweile in Ruhestand gegangene Praxen oder auch solche mit „Subspezialisierung“ oder eingeschränktem Spektrum verzeichnen. Im Hinblick auf die Nutzung der hausärztlichen Forschungsinfrastruktur könnten in solchen Datenbanken Informationen abgerufen werden, die die Koordination der Rekrutierungen zwischen verschiedenen Einrichtungen erleichtern.
 - Welche Praxis ist an welchem Projekt beteiligt?
 - Welche Praxis ist zur Rekrutierung in einem Projekt vorgesehen?
 - Welche Praxis ist aktuell an keinem Projekt beteiligt?
 - Welche Praxis ist von vorneherein nicht geeignet?
 - Welche Praxis hat an welchem Thema Interesse oder welche spezielle Qualifikationen sind vorhanden (z.B. GCP-Schulung)?
7. Den allgemeinmedizinischen Universitätsinstituten bzw. Abteilungen kommt die Rolle einer Koordinations- und Clearingstelle für alle Forschungsvorhaben zu, die Praxen in ihrem Einzugsbereich einbeziehen,

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier ...



... Medizinstudium und allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland und Frankreich. 2005–2012 Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, seit 2012 Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Allgemeinmedizinische Tätigkeit (angestellt) in einer Gemeinschaftspraxis im Landkreis Göttingen. Tätigkeit in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien und Kommissionen, u.A. im European General Practice Research Network EGPRN (2010–2013 als Präsidentin); 2004–2010 als Sprecherin der Sektion Forschung der DEGAM; 2007–2010 als Präsidiumsmitglied der Europäischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, Fachkollegiatin der DFG.

insbesondere die kooperierenden Forschungs- und Lehrpraxen. Projektbezogene Kooperationsverträge sowohl mit den universitären Partnern als auch mit den Praxen selber haben sich an einigen Standorten als sinnvoll und machbar erwiesen, sie schaffen Transparenz hinsichtlich der Beteiligten und der jeweiligen Aufgaben.

8. Die weitergehende formale Formierung von Forschungspraxennetzen nach internationalem Vorbild ist anzustreben [14, 15]. Nur solche Netze erlauben Studien mit ausreichend Praxen und Patienten mit klinisch relevanten Endpunkten.

Praktische Implikationen

Hausarztpraxen mit Forschungsinteresse sollten ihren lokalen akademischen Institutionen für Allgemeinmedizin den Rücken stärken und bei Interesse an Teilnahme an Forschungsprojekten auf deren Beteiligung achten.

Akademische Institutionen für Allgemeinmedizin sollten ihre lokalen Lehr- und Forschungspraxen pflegen und aktiv einbinden, um als Garant für Forschung im hausärztlichen Interesse, den Erfolg eigener und kooperativer Projekte zu fördern. Sie dienen als Koordinations- bzw. Clearingstelle für Forschungsprojekte, die aus anderen Fächern in hausärztliche Praxen streben.

Nicht allgemeinmedizinische

Forscher sollten Kooperation und Expertise von akademischen Institutionen für Allgemeinmedizin bei Forschungsprojekten schon möglichst früh bei der Studienplanung suchen, um so die Erfolgsaussichten ihrer Projekte zu verbessern.

Interessenkonflikte: Eva Hummers-Pradier ist Sprecherin, Jean-Francois Chenot und Martin Scherer sind Mitglieder des DFG-geförderten Netzwerks Klinische Studien in der Allgemeinmedizin (BL 1111/1–1).

Weitere Mitglieder des Netzwerks

„Klinische Studien in der Allgemeinmedizin“: Attila Altiner, Annette Becker, Jutta Bleidorn, Ildikó Gágyor, Stefanie Joos, Jörg Haasenritter, Frank Peters-Klimm, Michael M. Kochen, Guido Schmiemann, Antonius Schneider, Wilhelm Niebling

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Eva.Hummers-Pradier@med.uni-goettingen.de

Literatur

1. Kochen MM, Niebling W, Abholz HH. Forschen oder befohrt werden? *Z Allg Med* 2000; 76: 347–348
2. Rosemann T. Forschen oder befohrt werden? *Prim Care* 2008; 8: 372–373
3. Kochen MM. Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen: Herzlichen Glückwunsch! *Z Allg Med* 2013; 89: 337–338
4. Bleidorn J, Heim S, Lingner H, Hummers-Pradier E, Hauswaldt J. Wie sehen Hausärzte allgemeinmedizinische Forschung im Praxennetz? – eine Fokusgruppenanalyse. *Z Allg Med* [im Druck]
5. Peters-Klimm F, Hermann K, Gágyor I, Haasenritter J, Bleidorn J; für das Netzwerk Klinische Studien in der Allgemeinmedizin. Erfahrungen und Einstellungen zu Klinischen Studien in der Hausarztpraxis: Ergebnisse einer Befragung von deutschen Hausärzten. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 321–327
6. Namyst A, Muth C. Forschung in und mit Hausarztpraxen – ein Spagat zwischen wissenschaftlichem Gold Standard und Praxisalltag? Ein Preconference-Workshop für Hausärzte, Medizinische Fachangestellte und Mitarbeiter der universitären Allgemeinmedizin. In: 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Forum Medizin 21. Salzburg, 22.–24.9.2011
7. Bleidorn J, Voigt I, Wrede J, Dierks M, Junius-Walker U. Anrufen ohne Ende? Über das Gewinnen hausärztlicher Praxen für ein Versorgungsforschungsprojekt. *Z Allg Med* 2012; 88: 61–68
8. Guethlin C, Beyer M, Erler A, et al. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Z Allg Med* 2012; 88: 173–181
9. Lionis C, Stoffers HE, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Fam Pract* 2004; 21: 587–593
10. 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
11. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> (letzter Zugriff am 5.5.2014)
12. WONCA Europe. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin. <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/94-european-definition-of-general-practicefamily-medicine-2005-full-version> (letzter Zugriff am 5.5.2014)
13. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueberuns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 5.5.2014)

14. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevalier P, et al., Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009. http://egprn.org/files/userfiles/file/research_agenda_for_general_practice_family_medicine.pdf (letzter Zugriff am 5.5.2014)
15. Heyrman J (Ed.). EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005. <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/93-euract-educational-agenda> (letzter Zugriff am 5.5.2014)
16. Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen. Oder: Der Versuch, die Prävalenz von Krankheiten und die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit zu steigern. *Z Allg Med* 2003; 79: 579–585
17. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen (GCP-Verordnung – GCP-V). <http://www.gesetze-im-internet.de/gcp-v/BJNR208100004.html> (letzter Zugriff am 5.5.2014)
18. Guideline for Good Clinical Practice. http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6_R1/Step4/E6_R1_Guideline.pdf (letzter Zugriff am 5.5.2014)
19. Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie. Guidelines and recommendations to assure Good Epidemiologic Practice. 2004. http://dgepi.de/fileadmin/pdf/GEP_LL_english_f.pdf (letzter Zugriff am 5.5.2014)
20. Department of Health. Best research for best health: a new national health research strategy. 2006. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136578/dh_4127152.pdf (letzter Zugriff am 5.5.2014)
21. Sullivan F, Hinds A, Pitkethly M, Treweek S, Wilson P, Wyke S Primary care research network progress in Scotland. *Eur J Gen Pract* [Epub ahead of print]

Einladung zur Mitgliederversammlung der DEGAM

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie ganz herzlich zur jährlichen Mitgliederversammlung der DEGAM einladen (entspr. § 6, Abs. 1 der DEGAM-Satzung).

Diese findet statt am **Donnerstag, 18. September 2014 um 18 Uhr** (Ende ca. 19.30 Uhr) im Ian K. Karan-Hörsaal im Campus-Lehre des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) – Gebäude Nord 55, Martinistraße 52 in 20246 Hamburg.

Die Mitgliederversammlung ist wie jedes Jahr in unseren wissenschaftlichen Kongress eingebunden.

Bitte beachten Sie:

Da die Dauer der Versammlung durch das Kongressprogramm begrenzt ist, werden die Berichte sehr kurz gefasst, sie werden darüber hinaus in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) publiziert oder liegen in schriftlicher Form und ebenfalls auf der DEGAM-Homepage (interner Bereich) vor.

Tagesordnung (Stand: 15. Mai 2014)

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
3. Bericht des Präsidenten und des Geschäftsführers
4. Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
5. Entlastung des Schatzmeisters und des Präsidiums
6. Leitlinienarbeit
7. Digitales Handbuch
8. Weiterbildung Allgemeinmedizin (Sektion Weiterbildung)
9. Die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) stellt sich vor
10. Nachwuchsakademie (Sektion Studium und Hochschule)
11. Sonstiges

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Präsident
Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Schriftführer

