

Wie stehen Bürgermeister und Hausärzte eines schwäbischen Landkreises zum Konzept einer Primärversorgerpraxis?

How do Mayors and Family Practitioners of a Swabian District Assess the Concept of a Primary Care Practice?

Simon Klausmann¹, Bettina Brandt², Jost Steinhäuser²

Hintergrund: Mit dem Konzept der Primärversorgerpraxis wurde 2009 ein Praxismodell vorgestellt, das die Erfüllung der Wünsche junger Hausärzte für ihre zukünftige Berufsausübung, wie z.B. Teilzeitbeschäftigung und Arbeiten in einem Team, ermöglicht. Da solche Praxen nicht flächendeckend existieren, war es Ziel dieser Studie, fördernde und hemmende Faktoren bezüglich der konkreten Umsetzung von Primärversorgungspraxen zu explorieren.

Methoden: Interviewstudie mit Bürgermeistern und Hausärzten aus Baden-Württemberg. Die Interviews wurden nach Transkription inhaltsanalytisch von zwei unabhängigen Forschern analysiert.

Ergebnisse: Neun Bürgermeister und sieben Hausärzte nahmen an den Interviews teil, davon eine Ärztin. Als Vorteile sehen insbesondere die Bürgermeister die längeren und konstanten Öffnungszeiten, Ärzte eher den Austausch unter Kollegen bei medizinischen oder das Praxismanagement betreffenden Fragen. Als Hauptbarrieren werden von den Bürgermeistern und Ärzten der hohe finanzielle Aufwand genannt sowie das Fehlen einer Methodik, die es mehreren Gemeinden ermöglichen würde, sich auf einen Standort zu einigen.

Schlussfolgerungen: Primärversorgerpraxen werden grundsätzlich als attraktives Zukunftsmodell für die wohnortnahe Grundversorgung gesehen. Allerdings müssen vor einer konkreten Umsetzung insbesondere die Fragen der Standortplanung und Finanzierung solcher Projekte geklärt werden.

Schlüsselwörter: Primärarztpraxis; Ärztemangel; Strategien gegen Ärztemangel; Bedarfsplanung

Background: In 2009, the concept of a primary care practice was introduced as a model for the future. It meets many demands of young family practitioners (FPs), such as working part time and in a team respectively. As such practices are not widely implemented, the aim of this study was to explore barriers and enablers regarding a concrete setup.

Methods: A qualitative interview-based study was performed with mayors and family practitioners from the federal state of Baden-Württemberg, Germany. Interviews were transcribed completely and qualitatively content-analyzed by two independent researchers.

Results: Nine mayors and seven family practitioners participated, one FP was female. The mayors considered longer and more constant consultation hours as particular benefits of a primary care practice, FPs mentioned the possibility of collegial exchange as to medical or business aspects as positive aspects. According to mayors and physicians, main barriers on the other hand are high expenses and the lack of a method to motivate communities agreeing on a location for such a practice.

Conclusions: Primary care practices in general are assessed as an attractive model for future care. However, prior to implementing, the issues of location planning and financing of such projects, in particular, need to be solved.

Keywords: primary care practice; physician shortage; strategies against physician shortage; needs- and demand-based planning

¹ Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

² Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Peer reviewed article eingereicht: 06.03.2017, akzeptiert: 01.06.2017

DOI 10.3238/zfa.2017.0391-0395

Hintergrund

Die Sorge um die Zukunft der wohnortnahen medizinischen Versorgung in Deutschland steht seit einigen Jahren im Fokus der Öffentlichkeit [1, 2]. Die Zahl der niedergelassenen Hausärzte sinkt, nicht zuletzt aufgrund der aktuellen hausärztlichen Demografie [3]. Gleichzeitig führt die allgemeine demografische Entwicklung zu einem gesteigerten Bedarf an medizinischer Grundversorgung [4].

Die nächste Generation an Hausärzten* stellt andere Anforderungen an den Beruf als die vorhergehende. Sie möchte weg von der Erreichbarkeit rund um die Uhr, unflexiblen Arbeitszeiten und hin zu einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf [5]. Die Möglichkeiten von Teilzeitarbeit und Arbeiten im Angestelltenverhältnis werden zunehmend gewählt [2, 6].

Vielen nachrückenden Ärzten ist der Austausch im Team sehr wichtig. Das Arbeiten in Einzelpraxen ist daher für diese Ärzte nicht attraktiv [5, 6]. In der Folge mangelt es – unter der Prämisse, dass sich die Art der Berufsausübung nicht verändert – an ärztlichen Arbeitsstunden, obwohl es in Deutschland so viele Ärzte gibt wie noch nie [4].

Eine Praxisform, welche den Bedürfnissen der nachrückenden Ärztegeneration entgegenkommt, und die die in Deutschland bisher noch nicht voll ausgeschöpften Optionen der Arztentlastung (z.B. durch Delegation) in den Vordergrund stellt, ist die Primärversorgerpraxis. Das Ärzteteam wird hier unterstützt von spezialisierten medizinischen Gesundheitsberufen wie der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VerAH) oder der nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa), die definierte medizinische Aufgaben übernehmen. Im Vordergrund steht dabei die Versorgung chronisch Erkrankter. Ein wesentlicher Aspekt der Primärversorgerpraxis ist also die Integration nichtärztlicher Berufe [7–9].

In einer Primärversorgerpraxis ist es möglich, in Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit als Selbstständiger oder Angestellter zu arbeiten. Zur Umsetzung solcher Praxen in Deutschland fehlen bislang jedoch Erfahrungswerte. Ziel dieser Studie war es, in einem ersten Schritt die

Barrieren und fördernden Faktoren bei der Umsetzung einer Primärversorgerpraxis zu erheben.

Methoden

Setting

Die Studie wurde im Landkreis Rottweil durchgeführt. Der Landkreis liegt in Baden-Württemberg und hat 135.447 Einwohner. In einer vorangegangenen Studie wurde ein Modell zur Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Hausärzten im Landkreis erstellt [3]. Das sich anschließende Arbeitspaket behandelte die Frage, wo in diesem Landkreis aus logistischer Sicht eine Primärversorgerpraxis lokalisiert sein sollte [10].

Design

Zur Durchführung der vorliegenden Studie wurde ein qualitatives Design gewählt. Hierdurch können Alltagstheorien und Eigeninterpretationen offen erhoben werden. Die Teilnehmer wurden mittels halbstrukturierter Fragebögen durch das Interview geführt. So war es dem Interviewer möglich, gezielt Themenbereiche weiter zu vertiefen.

Rekrutierung

Für die Studie wurden Hausärzte und Bürgermeister bzw. deren Stellvertreter als Vertreter der Bevölkerung im Landkreis eingeschlossen. Unterstützt durch das Gesundheitsamt Rottweil wurden alle Hausärzte und Bürgermeister des Landkreises angeschrieben. Die Teilnehmer, die Interesse an der Studie bekundeten, wurden telefonisch kontaktiert, um bestehende Fragen zu klären. Im weiteren Verlauf wurden zwei Ärzte aus Praxen in der Region, die bereits Elemente von Primärversorgerpraxen umgesetzt haben, eingeladen, an der Studie teilzunehmen.

Durchführung

Durchgeführt wurden die Interviews in der jeweiligen Arztpraxis oder im Rathaus. Vorab wurden alle Teilnehmer über eine PowerPoint-Präsentation zum Modell einer Primärversorgerpraxis auf

den gleichen Wissensstand gebracht. Dabei wurden gängige Praxisformen der Primärversorgerpraxis gegenübergestellt und die Unterschiede erläutert.

Der Leitfaden beinhaltete u.a. folgende Fragen:

- Aus Ihrer Sicht, was spricht für oder gegen solche Primärarztpraxen?
- Unter welchen Bedingungen würden Sie in einer solchen Praxis mitarbeiten?
- Unter welchen Bedingungen würden Sie sich finanziell an einer solchen Praxis beteiligen?
- Für wen würde eine solche Praxis Konkurrenz bedeuten?
- Inwiefern wäre für Sie der Aspekt der finanziellen Planungssicherheit in einer solchen Praxis abgedeckt?

Auswertung

Die Interviews wurden vollständig auf einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Danach wurden die pseudonymisierten Interviews inhaltsanalytisch von BB (Fachärztin für Allgemeinmedizin) und SK (Facharzt für Allgemeinmedizin) ausgewertet [11]. Die Auswertung wurde mit MAXQDA Version 10 unterstützt. Zunächst erfolgte deduktiv die Einteilung der Kategorien. Im zweiten Schritt wurden induktiv Haupt- und Unterkategorien erstellt. In einem Konsensus-Verfahren mit JS (Facharzt für Allgemeinmedizin) wurden die Kategorien diskutiert und vereinheitlicht.

Ethikvotum

Die Ethikkommission der Universität Heidelberg hatte keine Bedenken gegen die Studie (S-234/2014 vom 07.07.2014).

Ergebnisse

Neun Bürgermeister und sieben Ärzte nahmen an der Studie teil. Fünf der Ärzte waren direkt im Landkreis Rottweil niedergelassen. 15 Teilnehmer waren männlich, eine Teilnehmerin weiblich. Die Ärzte (n = 7) waren im Durchschnitt 52 Jahre alt (41–63 Jahre). Die Bürgermeister (n = 9) waren im Durchschnitt 51 Jahre alt (35–67 Jahre). Die Interviews dauerten im Mittel 26 Minuten

* Im Text wird die männliche Form verwendet, diese schließt selbstverständlich die weibliche Form stets mit ein.

Hauptkategorie	Unterkategorie
Fördernde Aspekte	Gewinn an Flexibilität
	Kurze räumliche Wege
	Kollegialer Austausch
	Leichter Einstieg für nachfolgende Kollegen
	Beständigkeit gegenüber einer Einzelpraxis
	Dienstleistungen aus einer Hand
	Aufteilung anfallender Arbeiten
Barrieren	Finanzierung
	Konkurrenz
	Konfliktpotential/Selbstbestimmung
	Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung
	Kirchturmdenken
	Reglementierung der Bedarfsplanung
	Gefahr der Ungleichbehandlung

Tabelle 1 Determinanten

(14–40 Minuten). Die gebildeten Kategorien sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Fördernde Faktoren

Die Bürgermeister bewerteten den vermuteten Gewinn an Flexibilität positiv. Die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und der individuellen Einteilung der Arbeitszeit, die vereinfachte Urlaubsplanung und die damit einhergehende bessere Work-Life-Balance wurden genannt. „[...] ich kann meinen Urlaub planen, mein Leben stressfreier gestalten [...].“ (Bü03)

Längere Öffnungszeiten, eine breitere medizinische Grundversorgung und die Kontinuität in Ferienzeiten sprachen für die Bürgermeister ebenfalls für Primärversorgerpraxen. Insbesondere wurde zudem das Fortbestehen der Praxis bei Ausscheiden eines Arztes als sehr positiver Aspekt gegenüber Einzelpraxen gesehen. „[...] dass solche Einrichtungen natürlich eine höhere Bestandsgarantie haben [...].“ (Bü02)

Die Erreichbarkeit der Praxis stellte für die Bürgermeister einen wesentlichen Aspekt dar. „Es spricht auch dafür, dass man keine weiten Wege zurücklegen muss.“ (Bü09)

Die mögliche Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen wurde als positiv empfunden. „[...] dass man nichtärztliche Bereiche angliedert, [...] Gerade in Richtung Physiotherapie

oder auch Sanitätshaus oder Apotheke [...].“ (Bü05)

Wie die Bürgermeister bewerten auch die Ärzte die Entlastung des Arztes durch Delegation an speziell geschultes Fachpersonal positiv. „Dass der Arzt auch von seinen Helferinnen natürlich [...] soviel Unterstützung bekommt, dass er sich auf seine reine ärztliche Tätigkeit [...] stützen kann.“ (Bü01)

„[...] auf viele Schultern verteilen und wenn die Schultern gut ausgebildet sind, dann ist das auch gar kein Problem [...].“ (A04)

Daneben wurde der vermutete kollegiale Austausch bezüglich medizinischer Fragen, aber auch hinsichtlich Fragen der Praxisorganisation und wirtschaftlicher Aspekte sehr geschätzt. „[...] im Austausch zu arbeiten mit seinen Kollegen. Und dieser Austausch bezieht sich nicht nur auf die medizinischen Aspekte, sondern vor allem auch auf die gestalterischen Aspekte drum rum.“ (A05)

Die Hausärzte sahen in der Aufteilung der anfallenden Arbeiten auf mehrere Schultern eine Entlastung. „[...] Fragen, wie organisiere ich eine Sprechstunde? Wie organisiert man die finanziellen Dinge? [...] das zu mehreren zu entscheiden, auf mehrere Schultern zu verteilen.“ (A05)

Es wird vermutet, jüngeren Kollegen könnte der Einstieg in die ambulante Medizin durch eine Primärversorgerpraxis erleichtert werden. Der finanzielle Druck und das subjektiv erlebte finan-

zielle Risiko würden entfallen. Die Möglichkeit, sich bei Problemen oder Spannungen im Team neu zu orientieren, da zunächst keine Verpflichtungen eingegangen werden, wurde als vorteilhaft erachtet. „[...] haben in den zwei Jahren die Möglichkeit sich ihren Patientenstamm zu schaffen.“ (A07)

Barrieren

Bürgermeistern stellte sich neben der Finanzierungsfrage die Frage der Standortplanung. Kooperationen über die Gemeindegrenze hinaus waren für viele nur schwer vorstellbar. Der Blick der Bürger wurde als rein auf die eigene Gemeinde fixiert wahrgenommen. „[...] wo ist die Praxis? Nun geht das Hauen und Stechen dann los: [...]“ (Bü07)

Befürchtet wurde, dass Gemeinden zukünftig versuchen, sich gegenseitig die Ärzte mit Zuwendungen abzuwerben. Gerade kleinere Gemeinden fürchteten diesen Konkurrenzkampf und den möglichen Verlust des ansässigen Hausarztes. „[...] dass man anderen Städten hier die Ärzte weg kaufen sollte.“ (Bü02)

Die Bürgermeister sahen in einer möglichen Unterstützung der Gründung und Umsetzung einer Primärversorgerpraxis eine Ungleichbehandlung anderer Berufszweige. „[...] wenn ich eine Gewerbeansiedlung hätte [...], dann darf ich nicht einfach sagen, da hast du 100.000 Euro, dann kannst du schon mal anfangen [...]“ (Bü07)

Ärzte wie auch Bürgermeister befürchteten, dass die im Umkreis einer Primärversorgerpraxis niedergelassenen Kollegen einen zunehmenden Konkurrenzdruck verspüren. „[...] was die Gemeinschaftspraxis leistet, mehrere Ärzte gemeinsam leisten können, das kann er als Einzelkämpfer nicht.“ (Bü01)

Ärztlicherseits wurde in der vermuteten erhöhten Attraktivität einer Primärversorgerpraxis für jüngere Kollegen eine Abwertung des eigenen Lebenskonzepts gesehen. „Weil die eigene Lebensentscheidung [...] nicht in die nächste Generation zu übertragen ist.“ (A05)

Die entstehenden Kosten bei der Umsetzung einer Primärversorgerpraxis wurden von den teilnehmenden Ärzten als große Hürde angesehen. Die fehlende Infrastruktur und die dadurch nötigen Baumaßnahmen würden den finanziellen Druck auf die Ärzte erhöhen. „[...] viele haben ein Stück weit auch ein

Simon Klausmann ...

... studierte bis 2011 Medizin an der Universität Bonn und arbeitete von 2012 bis 2015 als Assistenzarzt im Klinikum Villingen-Schwenningen. Von 2015 bis 2017 arbeitete er als Weiterbildungsassistent in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis im Landkreis Rottweil. Seit Mai 2017 ist er als Facharzt für Allgemeinmedizin in der Gemeinschaftspraxis angestellt.

bisschen Angst etwas Neues anzupacken, wenn der Fünfer davorsteht oder gar der Sechser.“ (A03)

Der mit der Praxisgröße ansteigende Personalbedarf könne zu innerbetrieblichen Konflikten führen. Dies beruhe vor allem auf der Gefahr von Konflikten zwischen den Praxiseignern bei der Umsetzung möglicher zukünftiger Praxis-konzepte und damit einhergehender Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung Einzelner. „[...] die Erfahrung, dass Gemeinschaftspraxen auseinandergehen. Dass es einfach Probleme gibt zwischen Ärzten [...].“ (A01)

Diskussion

Dass eine Primärversorgerpraxis eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zulässt, kann von den Bürgermeistern wie auch den Ärzten nachvollzogen werden. Die Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung ist ein Aspekt, der für eine solche Praxis spricht. Gerade für Ärzte in Weiterbildung könnte sich, so vermuten beide Teilnehmergruppen, ein niedrigschwelliger Zugang zum ambulanten Versorgungssektor bieten. Diese Ergebnisse passen zu dem allgemeinen Trend zur Reduzierung des Arbeitszeitvolumens im ärztlichen Bereich [4, 12].

Der Lösungsansatz, die Versorgung durch Primärversorgerpraxen zukunftsfähig zu machen, besteht darin, dass sich junge Fachärzte im Angestelltenverhältnis zunächst ohne finanzielle Verantwortung an der ärztlichen Grundversorgung beteiligen können. Eine erste Analyse von ehemals geförderten Ärzten in Weiterbildung zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass diese später in der Region bleiben, bei 80 % liegt [6].

Der Angestelltenanteil innerhalb der Ärzteschaft hat sich in den letzten Jahren vergrößert. Wie lange die „Verweildauer“ in einem Angestelltenver-

hältnis ist, sollte Gegenstand zukünftiger Studien sein. Einiges weist darauf hin, dass dieses ein „Durchgangsstadium“ aufgrund von externen Verpflichtungen (Familie) oder fehlenden Praxismanagementfähigkeiten ist [5]. Die Ärzte schätzen den kollegialen Austausch, den eine Primärversorgerpraxis ermöglichen könnte. Dies passt zu den Wünschen der nachrückenden Hausarztgeneration [5, 13].

Einig sind sich beide Berufsgruppen, dass neue Arbeitsmodelle – wie der Einsatz von Gesundheitsberufen, welche durch den Arzt definierte Aufgaben in Delegation übernehmen – zur Entlastung des Arztes beitragen könnten. Dies ermöglicht den Ärzten, sich stärker der eigentlichen medizinischen Tätigkeit in der Praxis zu widmen [14].

Vorhandene Immobilien sind meist nicht dafür ausgelegt, eine Praxis der Größenordnung einer Primärversorgerpraxis zu realisieren. Eine Neugründung bedeutet eine Steigerung der Investitionskosten, welche auf Seiten der Ärzte ohne konkrete Konzepte niemand bereit ist zu tragen. Kooperationen zwischen den Gemeinden erscheinen aktuell nur schwer vorstellbar. Die Gemeinden befürchten durch zu intensive Unterstützung bei der Umsetzung eine Ungleichbehandlung anderer Berufszweige. Diese Barrieren stehen den positiven Faktoren gegenüber. Demnach sollte ein Projekt zur Etablierung einer Primärversorgerpraxis extern moderiert und sollten Entscheidungen von allen Beteiligten im Konsens getroffen werden. Eine gute Standortplanung sollte dabei logistische Aspekte berücksichtigen, die in einem weiteren Schritt vor Ort diskutiert werden müssen [10].

Stärken und Schwächen

Eine Stärke der hier vorliegenden Studie ist, dass zu einem Thema, welches sonst eher in den Medien diskutiert

wird, systematisch Hypothesen erhoben wurden. Auffällig war der im Vergleich zu den Bürgermeistern geringe Rücklauf unter den niedergelassenen Hausärzten. Hier kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Möglicherweise fehlte das Interesse, sich an einer Studie zu beteiligen, die eine evtl. konkurrenzbildende Struktur hervorbringt [15].

Ansichten der Patienten wurden nur auf Grundlage der Vermutungen der teilnehmenden Bürgermeister und Ärzte berücksichtigt. Zukünftige Studien sollten Patienten mit einbeziehen. In den Ergebnissen wurde auch die große zukünftige Bedeutung der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe deutlich. Daher sollten auch diese in zukünftige Studien zum Thema integriert werden.

Schlussfolgerungen

Eine Primärversorgerpraxis kann ein zusätzliches Instrument zur Bekämpfung einer drohenden ärztlichen Unterversorgung sein. Es fehlt derzeit vor allem an Konzepten für die lokale Umsetzung und Finanzierung. Alle Beteiligten (Ärzte, Gemeinde, Kassenärztliche Vereinigung etc.) müssen an einen Tisch geholt werden, um gemeinsam konkrete Konzepte zu entwickeln.

Danksagung: Der Dank der Autoren geht an das Gesundheitsamt Rottweil für die Unterstützung bei der Studie und für die Hilfe bei der Rekrutierung der Teilnehmer. Ebenso danken wir allen teilnehmenden Bürgermeistern und Hausärzten.

Interessenkonflikte: SK und JS geben an, dass Fördergelder des Landkreises Rottweil an die Abteilung Versorgungsforschung in Heidelberg bezahlt wurden.

Korrespondenzadresse

Simon Klausmann
Abt. Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Marsilius-Arkaden, Turm West
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
Klausmann.Simon@gmail.com

Literatur

- Adler G, v d Knesebeck JH. Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2011; 54: 228–237
- Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig. www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerztstatistik-2014-etwas-mehr-und-doch-zu-wenig/ (letzter Zugriff am 11.06.2017)
- Stock C, Szecsenyi J, Riedinger-Riebl U, Steinhäuser J. Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene. Gesundheitswesen 2015; 77: 939–946
- Deutscher Bundestag. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf (letzter Zugriff am 11.06.2017)
- Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 1715–1719
- Portenhauser F, Steinhäuser J. Allgemeinmedizinische Weiterbildung: Die meisten bleiben im Ländle. Dtsch Arztebl 2015; 112: A-709/B-602/C-582 2015
- Großmann K, Berg A, Fleischer S, et al. Nicht-ärztliche Heilpersonen in der Betreuung und Behandlung chronisch Kranker (Schwerpunkt: DMP-Diagnosen). Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2009; 103: 41–48
- Beyer M, Gerlach FM, Erler A. Primärversorgungspraxen – ein Konzept zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2011; 105: 563–570
- Erler A, Bayer M, Gerlach F. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009. Z Allg Med 2010; 86: 159–165
- Reuter-Oppermann M, Nickel S, Steinhäuser J. Standortplanung von Hausarztpraxen am Beispiel des Landkreises Rottweil. 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 17.–19.09.2015, Bozen. www.egms.de/static/en/meetings/degam2015/15degam071.shtml (letzter Zugriff am 19.9.2017)
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2015
- Bühren A, Schöller AE. Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung 2010. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Handbuch_Familie_Arbeitsplatz.pdf (letzter Zugriff am 18.06.2017)
- Schmacke N, Berger B, Niehus H. Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte 2008. www.agg.uni-bremen.de/pages/download.php%3FID=26&SPRACHE=DE&TABLE=AP&TYPE=PDF (letzter Zugriff am 18.06.2017)
- Mergenthal K, Beyer M, Guthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2013; 107: 386–393
- Peters-Klimm F, Hermann K, Gagyor I, Haasenritter J, Bleidorn J. Experiences and attitudes regarding practice-based clinical trials: results of a survey among German primary care physicians. Gesundheitswesen 2013; 75: 321–327



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 Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. 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) 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
Homepage: 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