

# Die Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin als sinnvolle Ergänzung für die Allgemeinmedizin

## *The Additional Qualification “Manual Medicine” as a Meaningful Supplement for Family Medicine*

Dana Loudovici-Krug<sup>1,2</sup>, Wolfram Linz<sup>3</sup>, Matthias Psczolla<sup>3,4</sup>, Ulrich Christian Smolenski<sup>1,3</sup>, Lothar Beyer<sup>3</sup>

**Hintergrund:** Palpation und manuelle Behandlung von Patienten gehören seit jeher zur ärztlichen Tätigkeit. In der vorliegenden Befragung sollte der Stellenwert der Manuellen Medizin in der täglichen Arbeit von Allgemeinmedizinern ermittelt werden.

**Methoden:** Ein eigens dafür konzipierter Fragebogen wurde an ärztliche Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin verschickt. Für diese Auswertung wurden nur die Stimmen der Allgemeinmediziner gezählt.

**Ergebnisse:** 159 Allgemeinmediziner nahmen an der Befragung teil. Fast die Hälfte dieser Kolleginnen und Kollegen nutzt manualmedizinische Methoden in ihrer täglichen Arbeit sowohl diagnostisch (47 %) als auch therapeutisch (44 %). Für 82 % der Befragten hat die Manualmedizin einen hohen bzw. sehr hohen Stellenwert.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse dieser Studie lassen vermuten, dass die Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eine sinnvolle Ergänzung für Allgemeinmediziner bei Patienten mit Bewegungs- und Funktionsstörungen darstellt.

*Schlüsselwörter: muskuloskeletale Erkrankungen; manuelle Diagnostik und Behandlung; Funktionsstörungen; Hausarzt*

**Background:** Palpation and manual treatment of patients has always been part of medical treatment. This paper deals with the current role of manual medicine in the daily work of family physicians.

**Methods:** A self-designed questionnaire was sent to members of the German Society of Manual Medicine. Only responses of family physicians were analyzed.

**Results:** 159 family physicians took part in this survey. Almost half of these physicians uses manual methods in their daily routine, for diagnosis (47 %) as well as for treatment (44 %). For 82 % of the interviewees manual medicine plays an important role.

**Conclusions:** The results of this study suggest that a qualification in manual medicine can be a useful supplement for family physicians caring for patients with musculoskeletal complaints.

*Keywords: musculoskeletal diseases; manual diagnostics and therapy; functional motor disorders; family physician*

### Hintergrund

Zu den Grundfertigkeiten eines Arztes gehört seit Beginn medizinischen Handelns die Untersuchung des Kranken durch Palpation sowie die manuelle Behandlung [1]. Viele Schmerzsyndrome, wie Gelenk- und Muskelschmerz, Rückenschmerz oder Schul-

ter-Nackenschmerz haben eine hohe Lebenszeitprävalenz [2, 3]. Etwa 27 % gaben in einer in Deutschland durchgeführten Querschnittsstudie an, unter Schmerzen zu leiden, die seit mehr als drei Monaten bestehen [4]. Es ist anzunehmen, dass die oben genannten Schmerzsyndrome ebenfalls darunter zu finden sind.

Die Ursachen muskuloskelettaler Beschwerden mit reduzierter Lebensqualität und Schmerz sind aber nicht nur Schmerzsyndrome, sondern auch Funktionsstörungen, die erst sekundär zu Pathologien führen. Jedoch sind Funktionsstörungen, wie z.B. eingeschränkte Gelenkmobilität, Muskelverkürzung oder verminderte Bindege-

<sup>1</sup> Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena

<sup>2</sup> Forschungsberatungsstelle für MM

<sup>3</sup> Ärzteseminar Berlin (ÄMM) e.V.

<sup>4</sup> DGMSM e.V. – Akademie Boppard

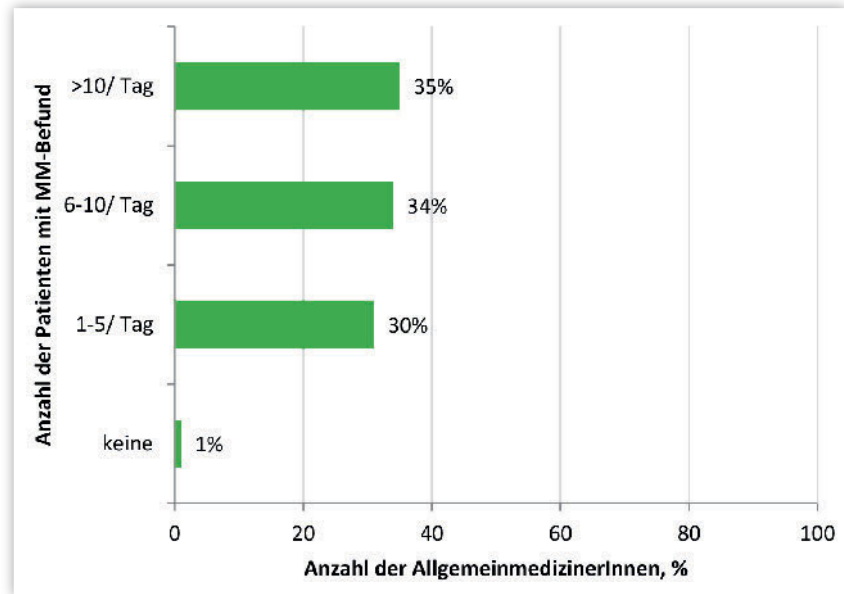
**Peer-reviewed article** eingereicht: 29.06.2018, akzeptiert: 02.09.2018

**DOI** 10.3238/zfa.2019.0314-0318

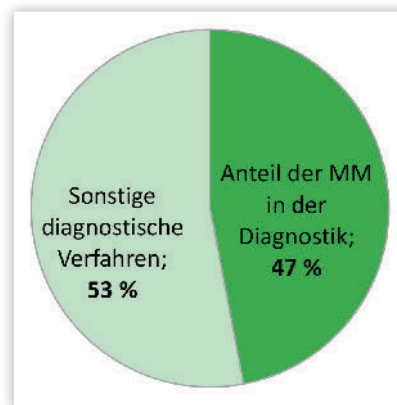
webselastizität, mit der entsprechenden Behandlung häufig noch reversibel. Die Manuelle Medizin (MM) ist sowohl in ihren Untersuchungsansätzen und -techniken als auch hinsichtlich der Therapiemaßnahmen auf die Minderung und Eliminierung von Funktionsstörungen spezialisiert und erscheint als geeignete Behandlung von muskuloskelettalen Beschwerden [1, 5, 6].

So wurden als mögliche Ursachen für den spezifischen Rückenschmerz zwei funktionelle Entitäten, die sogenannte Blockierung, eine Hypomobilität im Bereich der Wirbelgelenke und die myofasziale Dysfunktion in die S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“ aufgenommen [7]. Ebenso wird auch in der nationalen Versorgungsleitlinie für den unspezifischen Kreuzschmerz MM bzw. Manuelle Therapie (MT) empfohlen [8]. Die MT wird in Deutschland von Physiotherapeuten durchgeführt. In der MM hat es in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Entwicklung weg von der Manipulation (Impuls mit kleiner Amplitude, aber hoher Geschwindigkeit) hin zur sanften und gezielten Mobilisation an Gelenken, Muskeln und Bindegewebe gegeben. Bisherige größere Reviews beziehen sich praktisch ausschließlich auf Manipulationen an der Wirbelsäule oder chronische Schmerzen [9]. Die Bedeutung der MM liegt aber nicht nur in der manuellen Auffindung der Dysfunktionen am Bewegungssystem, sondern vielmehr in der Vermeidung chronifizierender Prozesse durch frühzeitige spezifische Behandlung.

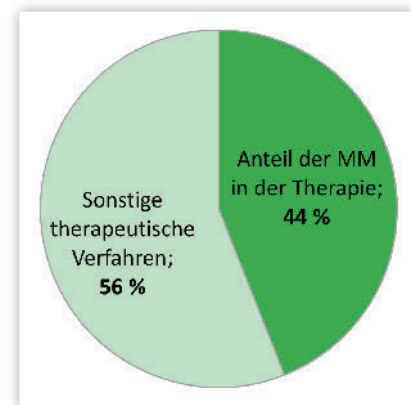
Dementsprechend erscheint die MM nicht nur für Fachärzte und Fachärztinnen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM) bzw. Orthopädie/Unfallchirurgie interessant, sondern zunehmend auch für Allgemeinmediziner. Ein großer Teil der Beschwerden der Patienten und Patientinnen auch in allgemeinärztlichen Praxen bezieht sich auf muskuloskelettale Funktionsstörungen [10, 11]. Das Anliegen der Zusatzweiterbildung „MM/Chirotherapie“ ist auch die „feste Etablierung [der MM] in der hausärztlichen Primärversorgung“ [12]. An anderer Stelle wird analog die Verortung der Weiterbildung für MM, neben der Orthopädie, gleichfalls in der Allgemeinmedizin gefordert [13].



**Abbildung 1** Tägliche Anzahl von Patienten mit MM-Befund unter Allgemeinmedizinern (n = 158)



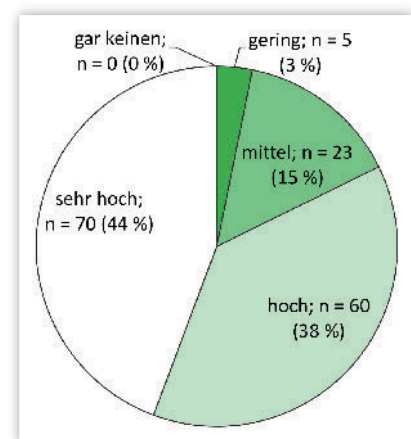
**Abbildung 2** Anteil MM in der Diagnostik (n = 159)



**Abbildung 3** Anteil MM in der Therapie (n = 159)

Gemäß der aktuellen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer unterteilt sich diese Weiterbildung in einen Grundkurs mit 120 Unterrichtseinheiten (UE) und einen anschließenden Aufbaukurs mit 200 UE (Details bei [6] S. 49).

Die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin konzipierte für die vorliegende Studie einen Fragebogen zum Thema „Welche Rolle spielt die MM in Ihrer ärztlichen Tätigkeit“, der die Anwendungsmöglichkeiten der MM in der täglichen Patientenversorgung abbilden sollte. Ziel war es, darzustellen, wie manualmedizinisch arbeitenden Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin den Einsatz der MM einschätzen.



**Abbildung 4** Stellenwert der MM im eigenen diagnostischen Spektrum von Allgemeinmedizinern (n = 158)

<b>1. In welchem Arbeitsbereich sind Sie beschäftigt?</b>	Krankenhaus, Reha-Klinik, Arztpraxis/MVZ, Privatpraxis
<b>2. In welcher FA-Richtung sind Sie tätig?</b>	Allgemeinmedizin, Neurologie, Pädiatrie, PhysRehabMedizin, Anästhesie, Orthopädie/Chirurgie, Sonstige
<b>3. Haben Sie besondere Tätigkeitsschwerpunkte?</b>	Schmerztherapie operative Therapie Akupunktur/Neuraltherapie, Kinderbehandlung, Psychotherapie, Sonstige
<b>4. a) Bei welchen Erkrankungen wenden Sie die Manuelle Medizin vorwiegend an: b) Bei welchen Erkrankungen wenden Sie die Manuelle Medizin vorwiegend an:</b>	a) bei akuten, bei chronischen b) Bewegungssystem betreffend, kardiopulmonale, intestinale, Sonstige:
<b>5. Wie groß ist der Anteil der Manuellen Medizin in Ihrem Praxisalltag hinsichtlich der DIAGNOSTIK?</b>	(0–100 % in 10er Schritten)
<b>6. Wie groß ist der Anteil der Manuellen Medizin in Ihrem Praxisalltag hinsichtlich der THERAPIE?</b>	(0–100 % in 10er Schritten)
<b>7. a) Wie viele Patienten behandeln Sie PRO TAG in einer durchschnittlichen Arbeitswoche? b) Wie viele davon mit MANUALMEDIZINISCHEM BEFUND?</b>	a) ... b) keine, 1–5x/Tag, 6–10x/Tag, > als 10x/Tag
<i>(Fragen 8–10 beziehen sich auf alle Patienten mit MANUALMEDIZINISCHEM BEFUND)</i>	
<b>8. Wie groß ist der Anteil verordneter Manueller Therapie als Rezept pro Tag in einer durchschnittlichen Arbeitswoche?</b>	(0–100 % in 10er Schritten)
<b>9. Wie groß ist der Anteil von sonstigen Verordnungen (Krankengymnastik, Sporttherapie, etc.) in einer durchschnittlichen Arbeitswoche?</b>	(0–100 % in 10er Schritten)
<b>10. Wie häufig leiten Sie Ihre Patienten zu Eigenübungen an?</b>	(0–100 % in 10er Schritten)
<b>11. a) Wie oft empfehlen Sie Ihren Patienten Präventionsangebote? b) Falls ja, welche?</b>	a) gar nicht, mehr als 1x/Monat, mehr als 1x/Woche, täglich b) ...
<b>12. Welchen Stellenwert messen Sie der Manuellen Medizin in Ihrem diagnostischen Spektrum bei?</b>	gar keinen, gering, mittel, hoch, sehr hoch

**Tabelle 1** Fragebogen zur Anwendung der Manuellen Medizin

## Methoden

Der Fragebogen wurde zusammen mit der Forschungsberatungsstelle für MM mit Sitz am Institut für Physiotherapie des Universitätsklinikums Jena entwickelt. Folgende Unterpunkte wurden in zwölf Fragen eingebaut (Tab. 1):

- Berufliche Aspekte: Arbeitsbereich, Facharzttrichtung, Tätigkeitsschwerpunkte,
- allgemeine Anwendung der MM: akut/chronisch; muskuloskelettal/kardiopulmonal/intestinal,

- prozentuale Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Anwendung der MM bezogen auf alle medizinischen Maßnahmen,
- prozentuale Häufigkeit der Anwendung von weiterführender Therapie bei MM-Befund,
- Stellenwert der MM.

Der Fragebogen zielt konkret auf Aussagen zur manualmedizinischen Anwendung; auf weitere demographische Erhebungen, wie Alter und Geschlecht, wurde verzichtet, um die ärztliche Tätig-

keit in den Fokus zu rücken. Ein Ethikvotum wurde nicht eingeholt.

Ende 2016 wurde der Fragebogen einmalig an die einzelnen Mitglieder der DGMM-Seminare per E-Mail oder, wenn keine E-Mail-Adresse vorlag, postalisch verschickt. Die ärztlichen Mitglieder von zwei der drei Mitgliedsgesellschaften wurden zur Teilnahme an der Befragung gebeten: Ärztevereinigung für Manuelle Medizin (ÄMM) und Deutsche Gesellschaft für muskuloskeletale Medizin (DGMSM). Die Anzahl der Allgemeinmediziner beläuft sich dabei auf ca. 500. Die genaue Zahl kann nicht angegeben werden, da prinzipiell alle ärztlichen Mitglieder (n = 2475) angeschrieben wurden, bei manchen aber nicht die weiterführende Facharzttrichtung eingetragen war, sondern lediglich „Arzt“. Eine erneute Erinnerung per Mail wurde nicht durchgeführt.

Im Fall unvollständig ausgefüllter Fragebogen wurden nur die beantworteten Fragen in der Auswertung berücksichtigt, sodass sich die Gesamtzahl bei den verschiedenen Punkten ggf. unterscheidet.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten die Antwortbögen von 438 TeilnehmerInnen (TN) aller Fachbereiche ausgewertet werden. Die Anzahl der Allgemeinmediziner bezieht sich dabei auf 159 Ärzte und Ärztinnen, deren Einschätzung hier dargestellt wird. Dies sind ca. 30 % der angeschriebenen Allgemeinmediziner.

Neben dem Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin gaben elf Ärzte noch ein weiteres FA-Zertifikat an (Orthopädie, PRM, Pädiatrie, Anästhesie) bzw. eine weitere Zusatzweiterbildung (Sportmedizin, Arbeitsmedizin). Der Großteil der Allgemeinmediziner ist in einer ambulanten Praxis tätig (n = 121), weitere 37 TN speziell in einer Privatpraxis. Als besonderer Tätigkeitsschwerpunkt wird von den meisten die Akupunktur (n = 68) genannt, an zweiter Stelle die Schmerztherapie (n = 38) und an dritter Stelle Kinderbehandlung (n = 16) bzw. Psychotherapie (n = 15). Als sonstiger Schwerpunkt (n = 46) wurden MM, Osteopathie, Chirotherapie, Sportmedizin und Naturheilkunde erwähnt.

Im Durchschnitt werden von den befragten AllgemeinmedizinerInnen täglich

53 Patienten behandelt. Die Verteilung der Patienten mit MM-Befund ist relativ identisch hinsichtlich der Auswahlmöglichkeiten (> 10/Tag, 6–10/Tag und 1–5/Tag; Abb. 1). Zwei Drittel der TN geben an, dass täglich mehr als sechs bzw. mehr als zehn Patienten mit MM-Befund in Ihrer Praxis vorstellig werden.

Die MM wird von den TN vorrangig bei muskuloskelettalen Beschwerden eingesetzt (n = 157). Allerdings werden bestimmte Techniken auch bei kardiopulmonaler (n = 12) oder intestinaler Indikation (n = 21) genutzt, worauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll. Fast die Hälfte der genutzten Verfahren durch die TN entspricht manualmedizinischen Maßnahmen; sowohl diagnostisch als auch therapeutisch (Abb. 2 und 3).

Des Weiteren wurden weiterführende Behandlungen für Patienten mit MM-Befund erfragt. 53 % gaben die regelmäßige Anleitung ihrer Patienten zu Eigenübungen an. 24 % der TN rezeptieren die Weiterbehandlung mit Manueller Therapie und 27 % der TN gaben an, sonstige das Bewegungssystem betreffende ambulante Therapien zu verordnen (Krankengymnastik, Sporttherapie etc.). Zirka die Hälfte der Befragten gibt täglich bewegungstherapeutische Empfehlungen zu weiterführenden Präventionsangeboten (n = 77).

Die abschließende Frage zum persönlichen Stellenwert der MM bezogen auf das eigene diagnostische Spektrum spiegelt diese Ergebnisse wider (Abb. 4). Für 82 % der teilnehmenden Allgemeinmediziner spielt die MM eine wichtige bzw. sehr wichtige Rolle.

## Diskussion

Ein Großteil der TN gibt an, täglich mehrmals Patienten mit MM-Befund zu versorgen, was sowohl die Bedeutung der manuellen Diagnostik und manuellen Behandlung als auch die Sinnhaftigkeit einer erworbenen Zertifikatweiterbildung in MM unterstreicht. Obwohl die TN fast jeweils zur Hälfte angegeben haben, die einzelnen Maßnahmen des manualmedizinischen Spektrums zu nutzen, sind die behandelten Beschwerdebilder durch unseren Fragebogen nicht erfasst worden. Nach den hier dargestellten Ergeb-

### Dana Loudovici-Krug ...



... ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Physiotherapeutin am Institut für Physiotherapie des Universitätsklinikums Jena. Des Weiteren begleitet sie die Forschungsberatungsstelle für Manuelle Medizin (MM), gefördert von der Stiftung für MM.

nissen erscheint es erforderlich, in weiteren Studien die Inzidenzen der mit MM behandelten Beschwerdebilder zu erheben, sowie den Behandlungsablauf als auch den Behandlungserfolg zu dokumentieren.

Die MM zielt auf die Therapie von Funktionsstörungen des Bewegungssystems. Damit offeriert sie als Zusatzweiterbildung auch Allgemeinmediziner eine Behandlungsoption für Patienten, die wegen Rücken-, Gelenk- oder muskulären Beschwerden ihren Hausarzt aufsuchen. Knüpfer et al. konnten mittels semistrukturierter Interviews zeigen, dass der hohe Stellenwert durch den unabdingbaren direkten Kontakt mit den Patienten einhergeht [14]. Auch in der vorliegenden Befragung wird die MM von drei Viertel der TN als wichtig oder sogar sehr wichtig eingestuft.

Schmerzen im Bewegungssystem insbesondere auch die Beschwerden und Schmerzen im Nacken und Schulterbereich, wie sie häufig an Bildschirmarbeitsplätzen und auch schon im Schulalter auftreten, sind gekennzeichnet von einer Multikausalität, die von den gängigen ICD10-Diagnosen nicht abgebildet wird. Bei den schmerzhaften Beschwerden des muskuloskelettalen Systems steht bislang der Schmerz im Vordergrund, während die funktionellen Störungen sowie psychische Faktoren bisher unzureichend untersucht wurden. Dies ist möglicherweise ein Grund, weshalb die Nachfrage nach manueller Diagnostik und Behandlung (häufig weniger differenziert unter dem Begriff der Osteopathie deklariert) gestiegen ist. Inzwischen sind auch die funktionellen Entitäten „Hypomobilität der Wirbelgelenke“ und „myofasziale Dysfunktion“ als Ursachen spezifischer Rückenschmerzen in die dementsprechende Leitlinie eingegangen, wobei die MM als Behandlungsoption empfohlen wird [7, 15].

In der Darstellung eines Tagesprofils in einer manualmedizinisch tätigen Allgemeinarztpraxis wird konstatiert, dass die Patientenzahl mit manualmedizinischer Indikation proportional zu Erfahrung und Qualifikation des Behandlers steigt, die zusätzlich aufgewendete Zeit jedoch im Verhältnis zur hohen Effektivität der Behandlung steht [1].

Als eine Limitation der Umfrage ist die relativ geringe Rücklaufquote von ca. 30 % zu werten. Die Gruppe der Allgemeinmediziner mit der Zusatzqualifikation MM, deren Antworten hier dargestellt sind, war dementsprechend klein (n = 159). Des Weiteren wurden ausschließlich Mitglieder der DGMM befragt. Es ist davon auszugehen, dass auf diesem Weg nicht alle Ärzte Ärztinnen erreicht wurden, die über die Zusatzqualifikation MM in Deutschland verfügen.

Ein weiterer Punkt ist der Fragebogen, der bislang durch keine Validierung oder vorhergehende Testung bestätigt wurde. Demzufolge ist eine Weiterentwicklung auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse anzustreben.

**Interessenkonflikte:** Dana Loudovici-Krug gibt an, dass die Forschungsberatungsstelle Manuelle Medizin von der „Deutschen Stiftung Manuelle Medizin“ gefördert wird. Die anderen Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

### Korrespondenzadresse

Dana Loudovici-Krug  
Institut für Physiotherapie  
Universitätsklinikum Jena  
Am Klinikum 1  
07747 Jena  
Tel.: 03641 9325280  
Dana.Loudovici@med.uni-jena.de

## Literatur

- Schulze B, Beyer L. Tagesprofile eines manualmedizinisch tätigen Allgemeinmediziners. *Man Med* 2007; 45: 137–140
- Ohlendorf D, Erbe C, Hauck I, et al. Kinematic analysis of work-related musculoskeletal loading of trunk among dentists in Germany. *BMC Musculoskeletal Disord* 2016; 17: 427
- Schmidt CO, Raspe H, Pfingsten M, et al. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and socio-demographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 2007; 32: 2005–2011
- Häuser W, Schmutzer G, Henningsen P, Brähler E. Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. *Schmerz* 2014; 28: 483–492
- Casser H-R, Schaible G-G. Muskuloskeletaler Schmerz. *Schmerz* 2015; 29: 486–495
- Loudovici-Krug D, Beyer L, Lieftring V, et al. Manuelle Medizin in der Allgemeinmedizin – Einsatz im ambulanten Sektor. *Man Med* 2018; 56: 249–252
- Kroppenstedt S, Halder A. S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“ (Stand Dezember 2017). [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-0511\\_S2k\\_Spezifischer\\_Kreuzschmerz\\_2018-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0511_S2k_Spezifischer_Kreuzschmerz_2018-02.pdf) (letzter Zugriff am 19.07.2018)
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage, Version 1, 2017. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0071\\_S3\\_Kreuzschmerz\\_2017-03.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0071_S3_Kreuzschmerz_2017-03.pdf) (letzter Zugriff am 30.09.2018)
- Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 9: CD008880
- Hohe Kosten durch muskuloskeletale Erkrankungen. *Ärzte-Zeitung*; Ausgabe 211 vom 23.11.2006. [www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett\\_und\\_weichteilkrankheiten/article/428521/hohe-kosten-durch-muskuloskeletale-erkrankungen.html?sh=204&h=-120347666](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/article/428521/hohe-kosten-durch-muskuloskeletale-erkrankungen.html?sh=204&h=-120347666) (letzter Zugriff am 11.10.18)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Deutschland hat Rücken und ringt nach Luft: KBV-Infografik zu den häufigsten Krankheiten. Pressemitteilung 2016. [www.kbv.de/html/2016\\_24723.php](http://www.kbv.de/html/2016_24723.php) (letzter Zugriff am 12.10.2018)
- Müller R. Manuelle Medizin in der hausärztlichen Primärversorgung. *Man Med* 2010; 48: 470
- Manuelle Medizin kann umfangreiche Diagnostik und Medikamente ersparen (nach Pressemitteilung des DKOU). *Z Orthop Unfall* 2015; 153: 576
- Knüpfer A, Joos S, Götz K, Steinhäuser J. Manuelle Medizin aus Sicht der Anwender: Eine qualitative Studie mit Ärzten. *Forsch Komplementmed* 2016; 19: 137–142
- Engel K, Seidel W, Niemier K, Beyer L. Myofasziale Dysfunktion in der S2k-Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. *Man Med* 2018; 56: 215

## 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, 12. September 2019 um 18:45 Uhr** (Ende ca. 20:15 Uhr) im Universitätsklinikum Erlangen, Maximiliansplatz 2, 91054 Erlangen.

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 und in schriftlicher Form, u.a. in der ZFA und auf der DEGAM-Website (interner Bereich) vorgelegt.

### Tagesordnung (Stand 17. April 2019)

- Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
- Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
- Bericht der Präsidentin und des Geschäftsführers
- Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
- Bericht der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- Entlastung
- Wahlen des Präsidiums, der Sektionssprecher und Stellvertreter sowie des Vorstands der Stiftung
- Bericht über die DEGAM-Leitlinienarbeit
- Bericht der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE)
- Sonstiges

Prof. Dr. Erika Baum, Präsidentin

Prof. Dr. Anne Simmenroth, Schriftführerin

