

# „Aus der Praxis und für die Praxis!“

Aufbau eines Netzes von akademischen hausärztlichen Forschungspraxen – ein Werkstattbericht

*“In the Practice and for the Practice!”*

*A Workshop Report of the Development of an Academic Practice-Based Research Net*

Frank Peters-Klimm, Tobias Freund, Martina Bentner, Marion Kiel, Andreas Gutscher, Joachim Szecsenyi

**Hintergrund:** Erfolgreiche und praxisrelevante Forschung in der Allgemeinmedizin bedarf einer interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen hausärztlichen Praxisteams und Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin. Ziel dieser Arbeit ist es, über den Aufbau eines Netzes akademischer Forschungspraxen in der Allgemeinmedizin zu berichten.

**Methode:** Das Ziel war der Aufbau eines Netzes aus 150 Hausarztpraxen, die mit der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg kooperieren. Die Zusammenarbeit wird über eine Akkreditierung im Rahmen eines Vertrages mit der Universität geregelt. Für den Akkreditierungszeitraum von drei Jahren darf der Praxisinhaber die Bezeichnung „Akademische Forschungspraxis der Medizinischen Fakultät“ führen. Teilnahmebedingungen sind die Bestimmung einer festen nichtärztlichen Kooperationspartnerin (MFA) aus der Praxis, die regelmäßige Teilnahme an einem Forschungsprojekt (mit Patientenrekrutierung) und an den für Forschungspraxen spezifischen Fortbildungsveranstaltungen der Abteilung. Zunächst wurden solche Praxisinhaber eingeladen, die o.g. Kriterien durch ihre bisherige Zusammenarbeit in Studien bereits erfüllt haben. Darüber hinaus wurde die Teilnahme auch Praxen angeboten, die aufgrund einer größeren Entfernung bisher nicht als Lehrpraxis aktiv waren, aber eine stärkere universitäre Anbindung wünschten. Im Eröffnungsworkshop wurde den Teilnehmern Gelegenheit gegeben, die Förderfaktoren und Barrieren für das Gelingen der verschiedenen Projektphasen zu reflektieren und die erarbeiteten Ergebnisse zu diskutieren.

**Ergebnisse:** Mit Beginn der Rekrutierung erhielten im Herbst 2011 21 Praxen ihre Akkreditierungsurkunden im Rahmen des 15. Heidelberger Tages der Allgemeinmedizin. Bis Juli 2012 wurden 86 Praxen akkreditiert. Die 27 Teilnehmer (17 Ärzte, 4 Ärztinnen und 10 MFA) des Auftaktworkshops sahen folgende Projektphasen als die wichtigsten Erfolgsfaktoren: 1. Projektplanung: Fragestellung relevant für die Praxis, Finanzierung und Machbarkeit des Projektes. 2. Rekrutierung von Ärzten: rechtzeitige Infor-

**Background:** Successful and clinically relevant research in family medicine requires interdisciplinary and interprofessional cooperation between family practices and academic departments of primary care. The aim of this paper is to report on the development of a reliable functional structure bridging the „gap“ between practice and the university.

**Method:** To establish a network of 150 primary care practices and a university department cooperation and accreditation is regulated by a contract with the university. For the accreditation period of three years the practice owner is allowed to carry the term „Academic research practice of the Medical Faculty“. In return, the determination of a firm non-medical cooperation partner (health care assistant = HCA) of the practice, regular participation in a research project (with patient recruitment) and the specific research training courses of the department are expected. To keep the cost as low as possible, some of the latter are part of a special continuous medical education day (Tag der Allgemeinmedizin). In a first step, practices fulfilling the above criteria by already existing cooperation have been invited. Physicians not active as in teaching practices because of long distance, but having demonstrated a strong interest for cooperation to the university have also been considered. In an opening workshop participants were given the opportunity to reflect the promoting and inhibiting factors for the success of the various phases of a research project and to discuss the achieved results.

**Results:** Since the beginning of recruitment (fall 2011) 21 practice owners received their accreditation certificates – and today the number has reached 86. The department has developed accreditation and monitoring procedures. The 27 participants (17 male doctors, 4 female doctors and 10 practice nurses) of the kick-off workshop looked for the following project phases as the most important success factors: 1. Project planning: relevance of the research question, funding and feasibility of the project. 2. Recruitment of doctors: timely information, personal

mation, Nutzen-/Aufwand-Relation, ideelle und finanzielle Wertschätzung als Partner. 3. Rekrutierung von Patienten: Erkennbarkeit des Zusatznutzens für Patienten, geeignete Patienteninformationen, Zumutbarkeit des Aufwands. 4. Dokumentation: Machbarkeit.

**Schlussfolgerungen:** Eine authentische, machbare, aber auch verbindliche Zusammenarbeit der Akteure aus Uni und Praxis scheinen wichtige Schlüsselfaktoren für die erfolgreiche Beantwortung von wissenschaftlichen Fragestellungen aus der Praxis zu sein.

*Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Forschungsnetz; Akkreditierung*

cost-/utility relation, moral and financial appreciation as a partner. 3. Recruitment of patients: perceptibility of the additional value for patients, appropriate patient information, reasonableness of the effort. 4. Documentation: feasibility.

**Conclusions:** An authentic, realistic and reliable cooperation between players from the university and practices appear to be important key factors to successfully answer scientific questions from daily family medicine.

*Keywords: Family Medicine; Research Network; Accreditation*

## Hintergrund

Für die Beantwortung einer wissenschaftlichen Fragestellung sind mehrere komplexe Schritte notwendig, für die neben der richtigen Planung (z.B. Sicherstellung der Finanzierung anhand eines Projektplans) auch Bedingungen für die Durchführung erfüllt sein müssen. Die erfolgreiche Durchführung von relevanter patientenbezogener und qualitativ hochwertiger Forschung in der Allgemeinmedizin setzt eine adäquate interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Praxisinhabern, Praxismitarbeitern und Wissenschaftlern voraus.

Deutsche allgemeinmedizinische Universitätsabteilungen und -Lehrbereiche haben sich in den letzten 10 Jahren insbesondere im Bereich der medizinischen Lehre erfolgreich mit Hausarztpraxen vernetzt. Analog hierzu entwickeln in jüngster Zeit einige allgemeinmedizinische Universitätsabteilungen Konzepte für Forschungspraxen, wie z.B. die Abteilungen in Frankfurt und Hannover oder Witten [1, 2], in der eine verstetigte Zusammenarbeit angestrebt wird. Im Ausland werden in Forschungsnetzwerken der Primärversorgung bereits seit längerem erfolgreich Forschungsprojekte durchgeführt [3–6].

In Heidelberg wird seit 2011 ein überregionales Netzwerk von hausärztlichen Forschungspraxen aufgebaut, um kontinuierlich größere Forschungsprojekte auf einem hohen qualitativen Niveau durchführen zu können. Diese Zusammenarbeit zwischen Universität und Praxis ist vertraglich geregelt und dient einer vertieften und verlässlichen

Zusammenarbeit zwischen der Universitätsabteilung und Hausarztpraxen.

Ziel dieses Berichts ist es, über das Heidelberger Konzept der Forschungspraxen, seine Bestandteile und den bisherigen Verlauf des Aufbaus des Netzwerkes zu informieren.

## Methode

Für die Gewährleistung einer verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg wurde ein Vertragskonzept ausgearbeitet. Die vertragliche Grundlage wurde auf der Basis des positiven Fakultätsratsbeschlusses vom Sommer 2011 geschaffen: Hierin erklärt sich der Praxisinhaber dazu bereit, regelmäßig an Forschungsvorhaben der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung teilzunehmen. Mit Unterstützung der Abteilung soll die Praxis dadurch die Qualifikation erlangen (bzw. erhalten), auch zukünftig aktiv an Forschungsvorhaben beteiligt zu werden. Der Praxisinhaber darf gemäß Vertrag für die Dauer der Vereinbarung die Bezeichnung „Akademische Forschungspraxis der Medizinischen Fakultät der Ruprecht Karls Universität Heidelberg“ führen.

Zu den Vorteilen einer Teilnahme gehören für die Praxis:

- die Beteiligung an der Vorbereitung und Ausformulierung neuer Forschungsvorhaben,
- regelmäßige Informations- und Fortbildungsveranstaltungen über geplante, anstehende und abgeschlossene Forschungsprojekte der Abteilung,

die bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg für die Fortbildung zertifiziert werden, sowie im Zusammenhang mit beginnenden Projekten auch Veranstaltungen zur Kompetenzsteigerung in der Durchführung wissenschaftlicher Studien,

- Informationen per Newsletter (E-Mail).

Der Praxisinhaber verpflichtet sich insbesondere:

- mit seiner Praxis weiterhin regelmäßig (z.B. mindestens einmal im Akkreditierungszeitraum) aktiv an einem Forschungsprojekt der Abteilung (mit Patientenrekrutierung) teilzunehmen,
- eine Kooperationspartnerin aus dem Kreis der Medizinischen Fachgesellschaften (MFA) in der Praxis für Forschungsfragen zu benennen. Es ist einerseits für die praktische Studierendurchführung, andererseits aber auch für die Entlastung des Praxisinhabers von administrativen Aufgaben von großer Bedeutung, dass in der Akademischen Forschungspraxis eine Kooperationspartnerin für Forschung namentlich benannt ist, mit der die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung direkt über die Unterstützung von Forschungsprojekten, Erreichbarkeit und Fortbildungsangebote kommunizieren kann. Sollte die benannte Kooperationspartnerin ausscheiden oder für ihre Aufgabe nicht zur Verfügung stehen, benennt der Praxisinhaber eine Ersatzperson. Die Kooperationspartnerin sollte MFA sein, im Einzelfall können auch Personen mit anderer Qualifikation und mit entsprechender Berufserfahrung benannt werden.

- mindestens einmal jährlich an den für Forschungspraxen spezifischen Fortbildungsveranstaltungen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg teilzunehmen (z.B. zum Thema Forschung im Rahmen des Heidelberger Tags der Allgemeinmedizin). Hierzu wird zwischen projektübergreifenden Fortbildungen und solchen mit Projektbezug unterschieden. Insgesamt müssen Praxisinhaber und/oder Kooperationspartnerin dreimal in 3 Jahren teilgenommen haben, davon zweimal an projektübergreifenden Fortbildungen.
- per E-Mail (ggf. per Telefon) während laufender Studien zeitgerecht für die Studienleitung der Abteilung erreichbar zu sein.

Die Medizinische Fakultät erklärt sich damit einverstanden, dass die Praxis für die Geltungsdauer des Vertrages gemäß der geltenden Berufsordnung für Ärzte ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Forschung durch den Zusatz: „Akademische Forschungspraxis der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg“ (z.B. auf dem Praxisschild) ankündigt. Dieser Zusatz ist ein praxisspezifischer organisatorischer Hinweis im Sinne von § 27 Abs. II der Berufsordnung.

Initial sollten lediglich Praxisinhaber zur Teilnahme eingeladen werden, die bereits im Vorfeld durch Ihre bisherige Teilnahme an anspruchsvollen Forschungsprojekten eine wesentliche Voraussetzung für eine Akkreditierung erfüllt haben (n = 204).

Der Bedarf an forschungsspezifischen Fortbildungen und die Themen sollen einerseits auf der Basis von Anforderungen bzw. Bestimmungen wie z.B. der „Good Clinical Practice“ als auch auf der Basis der Wünsche und Bedürfnisse der Wissenschaftler und der Teilnehmer an Projekten festgelegt werden. So soll schrittweise ein angemessenes und bedarfsorientiertes Fortbildungskonzept entwickelt werden. Hierzu wurde im Rahmen des Tags der Allgemeinmedizin im Anschluss an die Akkreditierung der Auftaktworkshop „Forschung aus der Praxis für die Praxis“ gehalten. In diesen konnten die Teilnehmer ihre Erfahrungen aus bisherigen Projekten einbringen und diskutieren. Nach einem Kurzreferat über den Forschungszyklus am Bei-



**Abbildung 1**

Akkreditierungsurkunde der Medizinischen Fakultät Heidelberg

spiel einer klinischen Studie (Einteilung in Konzept-, Planungs-, Operative, Klinische und Auswertungsphase) wurden die Forschungsprojekte CONTENT [7], HICMan [8], PraCMan [9], PAMINO [10], PalliPA [11] und Train the Trainer [12], an denen die Teilnehmer als Projektteilnehmer beteiligt waren, kurz vorgestellt. Vor diesem Hintergrund sollten die Teilnehmer in Kleingruppen der Frage nachgehen, was zum Gelingen eines Projektes beiträgt bzw. was für das Gelingen hinderlich ist.

Dabei wurden vier Schwerpunkte vorgegeben:

1. Konzeption und Planung einer Studie
2. Operative Phase/Durchführung: Rekrutierung der Ärzte
3. Operative Phase/Durchführung: Rekrutierung von Patienten
4. (Klinische Phase)/Dokumentation

Jede Gruppe erhielt zwei rote und zwei grüne Karten, um die wichtigsten Barrieren und Förderfaktoren in Metaplan-technik zusammenzuführen und anschließend diskutieren zu können. Je ein Gruppensprecher stellte die Ergebnisse nacheinander vor, um dann die Ergebnisse nochmals unter Moderation

(FPK) vertiefend zu diskutieren oder zu ergänzen. Die dargestellten Ergebnisse stellen eine interpretatorische Zusammenfassung der abfotografierten Metapläne (FPK) dar.

## Ergebnisse

### Teilnehmerstand Akademische Forschungspraxen

Mit Beginn der Rekrutierung im Herbst 2011 erhielten 21 Praxen ihre Akkreditierungsurkunden im Rahmen des 15. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin (s. Abb. 1 und 2). Im weiteren Verlauf konnten bis heute 86 Praxen akkreditiert werden, wobei 19 dieser Praxen auch über eine Akkreditierung als akademische Lehrpraxis in die studentische Lehre eingebunden sind. Diese Praxen können folgendermaßen charakterisiert werden (auswertbare Fragebögen: n = 67).

Die Ärzte waren vorwiegend männlich (6 weiblich), mit einem mittleren Alter von 55,9 Jahren (SD 8,0) und seit durchschnittlich 19,9 Jahren (SD 9,2) in eigener Praxis niedergelassen. Häufigste



**Abbildung 2** Überreichung der Urkunde im Rahmen des 15. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin

Praxisform war die Einzelpraxis, gefolgt von Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft (55 %, 33 %, 4,5 %). Die Patientenzahlen pro Quartal lagen gemäß Selbstauskunft zu 37 % zwischen 1001 und 1500, zu 36 % über 1500 und zu 27 % bis zu 1000. An einem der Hausarztmodelle (Hausarztzentrierte Versorgung Baden-Württemberg) nahmen 86 % und an einem Qualitätsmanagement-System rund 80 % (davon QEP, EPA, sowie andere QM Systeme zu je einem Drittel) teil. Fünf Teilnehmer nahmen an keinem DMP teil.

Die MFA waren fast ausschließlich Frauen (zwei Männer), mit einem mittlerem Alter von 37,9 Jahren (SD 10,0) und seit dem Abschluss ihrer Berufsausbildung im Durchschnitt 9,6 Jahre (SD 9,5) im Beruf tätig.

#### Teilnehmende des Workshops

Es nahmen 17 Hausärzte, 4 Hausärztinnen und 10 MFA an der Auftaktveranstaltung der projektübergreifenden Fortbildungen teil.

#### Workshop Ergebnisse

##### 1. Konzeption und Planung einer Studie:

Am häufigsten wurde die „Relevanz der Fragestellung für die Praxis“ genannt, sowohl als Förder- und Hemmfaktor. Eine frühe Beteiligung von praktisch tätigen Hausärzten in Qualitätszirkeln oder via Befragungen, die auch online durchgeführt werden könnten, wurde ebenfalls von einer Gruppe ge-

nannt. Eine ausreichende Finanzierung der Wissenschaftler und eine adäquate Aufwandsentschädigung für Ärzte wurden als Förderfaktor genannt und umgekehrt von anderen Gruppen bei Fehlen dieser Voraussetzung als Barriere. Ein zu hoher (Zeit-)Aufwand für die Praxisärzte oder eine Anfrage zur aktiven Beteiligung in Urlaubszeiten wurde ebenfalls als hinderlich angesehen.

**2. Operative Phase/Durchführung – Rekrutierung der Ärzte:** Als Erfolgsfaktoren für die Rekrutierung von Ärzten nannten die Teilnehmer einen zu erwartenden „positiven Nutzen“ bzw. einen „praktischen Nutzen für den Alltag“, einen realistischen Zeitaufwand für die Praxis, die „ideelle“ und „finanzielle“ Wertschätzung als Partner, die frühzeitige Information vor Teilnahmeentscheidung und die Möglichkeit, durch das Projekt „Motivation im Team“ oder „Neugierde auf das Projekt“ zu wecken. Kongruent dazu wurden der hohe Zeitaufwand, nicht machbare Zeitvorgaben, eine unangemessene Aufwandsentschädigung oder auch ein Fehlen bzw. eine nicht angemessene Ausstattung von Studienpersonal als hinderlich angesehen. Manche teilnehmenden Hausärzte hatten die Vorstellung, dass ihren Patienten aufgrund einer Studienteilnahme eine wünschenswerte Therapieoption vorenthalten werden könnte, und sahen dies als „ethischen Grund“ für eine Nichtteilnahme als Studienarzt.

**3. Operative Phase/Durchführung – Rekrutierung von Patienten:** Alle Kleingruppen nannten den

„erkennbaren potenziellen Zusatznutzen für Patienten“, auch für „spätere Patienten“, als Förderfaktor für die Teilnahme. Wenn Patienten sich durch die Projektteilnahme „besser betreut fühlen können“ oder ihnen „ein VIP-Status“ zukäme, sei dies für die Projektteilnahme förderlich. Das Projekt müsse sich „gut in den Alltag“ einfügen, dürfe keine „zu kurzen Rekrutierungsphasen“ aufweisen. Der Arzt sollte davon „voll überzeugt“ und „fähig sein, geeignete Patienten anzusprechen“, idealerweise unterstützt durch „geeignete, nicht zu lange Patienteninformationen“. Umgekehrt wurden „zu umfangreiche Patienteninformationen (bei Phase-III-Studien)“ als hinderlich erlebt. Ferner müsse der Aufwand für den Patienten zumutbar sein, also nicht „sehr aufwendig“, am besten „durch Fragebogen“; der Patient sollte nicht mit „zu vielen persönlichen Fragen genervt“ werden und sich auch nicht als „Versuchskaninchen“ fühlen müssen. Eine „schlechte Einstellung“ sowohl des Patienten als auch des Arztes wurden als haltungsbezogene Hemmfaktoren genannt. Hierbei nannten die Teilnehmer von sich aus „Trägheit“ gegenüber einem neuen Projekt, das dies an sich „Anstrengung“ erfordere bzw. einen „Aufwand“ bedeute.

**4. (Klinische Phase)/Dokumentation:** „Übersichtliche Dokumentation“ in „gut geordneten Studienordnern“, mit eher weniger als mehr („Klasse statt Masse“) verständlichen (Patienten- und Arzt-)Fragebögen, die relativ zum vorgegeben Zeitfenster, realistisch abgearbeitet werden können („Zeitaufwand“), waren zusammengefasst die Anforderungen der Teilnehmenden zur Dokumentation. Arztseitig wurden das „Ausmaß der Begeisterung des Arztes oder auch der MFA für das Projekt“ und die „Selbstdisziplin“ als hilfreiche haltungsbezogene Faktoren gesehen. Ferner sollte der Studienleiter (bzw. -koordinator) für Rückfragen erreichbar sein.

#### Diskussion und Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Auf- und Ausbau des Konzepts akademischer Forschungspraxen in der Allgemeinmedizin zeigen einen erfreulich guten Zuspruch. Ein Grund könnte sein, dass Praxisinhaber, die sich zuletzt bzw. derzeit durch aktive Forschungsteilnahme

**PD Dr. med. Frank Peters-Klimm ...**



... Facharzt für Allgemeinmedizin, ist seit 2004 wissenschaftlich an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikum Heidelberg und seit 2005 auch hausärztlich tätig. Seine (nicht-)wissenschaftlichen Beiträge (zur Weiterbildung und Fortbildung und neuen Versorgungsformen) sollen einen praxistauglichen Beitrag zur Weiterentwicklung und Zukunftssicherung der Primärversorgung leisten.

me(n) bewährt haben, keinen wesentlichen Zusatzaufwand haben, um zu der Berechtigung zu kommen, einen praxis-spezifischen organisatorischen Hinweis (z.B. auf dem Praxisschild) führen zu können. Dies kann auch als Anerkennung der Zusammenarbeit gewertet werden. Neben der Verpflichtung zu wenigstens einer aktiven Teilnahme an einem Forschungsprojekt (mit Patientenrekrutierung) innerhalb des Akkreditierungszeitraumes von drei Jahren zielen die weiteren Merkmale auf eine tragfähige und konstruktive Zusammenarbeit ab. Unsere Erfahrung zeigt, dass (zumindest bei komplexeren Projekten) die motivierte Teilnahme einer MFA aus der Praxis wesentlich ist. Voraussetzung eines aktiven Netzes von akademischen Forschungspraxen ist eine sorgfältige Pflege des Dialogs von Wissenschaftlern, nicht-wissenschaftlichen Mitarbeitern der Universität, Ärzten und MFA. Hierfür eignen sich insbesondere Fortbildungen im Rahmen des Tages der Allgemeinmedizin, da hier bereits seit Jahren erfolgreich ein interdisziplinärer und interprofessioneller Austausch gepflegt wird.

Dem konstruktiven Dialog von Wissenschaft und Praxis gerecht zu werden, war auch Ziel der Auftaktveranstaltung. Es gilt festzuhalten, dass die hier dargestellte Zusammenfassung des Auftaktworkshops nicht als wissenschaftliche Studie zu sehen ist. Dennoch zeigt die Zusammenfassung der Aussagen von Teilnehmenden, wie Hausärzte an Forschung beteiligt werden möchten und wie nach Ihrer Ansicht eine erfolgreiche Durchführung wahrscheinlicher wird. Die Barrieren und Förderfaktoren der Teilnahmebereitschaft an Forschungsprojekten in der hausärztlichen Praxis wurden national und international untersucht [13–15]. Jüngst wurden die Erfahrungen aus verschiedenen Studien in deutschen Hausarztpraxen mit Fokus auf die Rekrutierung berichtet und Emp-

fehlungen abgeleitet [16]. Eine weitere deutsche Befragung von Hausärzten zu Barrieren und Förderfaktoren der Teilnahmebereitschaft an klinischen (Arzneimittel-)Studien zeigte ähnliche Ergebnisse [17]. Dabei zeigte sich, dass von sieben vorgegebenen Motivationsfaktoren zur Teilnahme lediglich „neue Herausforderung bzw. die Abwechslung vom Alltag“ und „praxisrelevante Fragestellungen“ die einzigen unabhängigen Faktoren waren, welche mit grundsätzlicher Teilnahmebereitschaft assoziiert waren. Arzt- bzw. Praxischarakteristika spielten hierbei keine Rolle, mit der Ausnahme, dass Frauen offenbar weniger häufig zur Teilnahme bereit sind [17].

Wie könnten sich die dargestellten Bemühungen um eine bessere Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis in Zukunft auswirken? Ein Ziel ist eine größere Validität von Studienergebnissen, z.B. durch das Erreichen von Rekrutierungszielen bzw. einer verbesserten (korrekten und vollständigen) Studiendokumentation. Oft wird angeführt, dass die Selektion von besonders interessierten Forschungspraxen zulasten der Repräsentativität (für die Grundgesamtheit an Hausarztpraxen) gehe. Im Hinblick auf die dargestellten Charakteristika fanden wir in Bezug auf das Alter keine wesentlichen Unterschiede zur Grundgesamtheit der Hausärzteschaft. Offenbar sind eher männliche Kollegen bereit sich an Forschung zu beteiligen, insbesondere wenn sie aufwendiger wird [17]. Dies stellt eine mögliche Herausforderung für die akademische Allgemeinmedizin im Bezug auf erfolgreiche Durchführung von Projekten vor dem Hintergrund des steigenden Frauenanteils dar. Vermutungen, dass sich an Forschung motivierte Praxen nicht nur durch Ihre Forschungsaktivität, sondern auch im Versorgungsverhalten und vielleicht sogar in ihren Ergebnissen auf Patientenebene, unterscheiden, können

meist nicht bewiesen bzw. widerlegt werden. Eine Arbeit aus England konnte beispielsweise keinen Unterschied von Forschungspraxen und Nicht-Forschungspraxen im Versorgungsverhalten (gemessen am breiten Indikatorenset des „quality and outcome framework“) finden [18]. Da Forschung in der Allgemeinmedizin naturgemäß auf Freiwilligkeit basiert wird man dem Grundproblem der Repräsentativität jedoch nie gänzlich entkommen, weshalb diese jeweils projektspezifisch beurteilt werden sollte. Möglicherweise ist jedoch gerade das niederschwellige Angebot akademischer Forschungspraxen in der Allgemeinmedizin für die Repräsentativität der Studienergebnisse eher hilfreich.

Das Thema hat allerdings auch eine forschungspolitische Dimension. Viele Faktoren dürften dafür verantwortlich sein, dass die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich gemessen an den Publikationen in der Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin noch nicht so sichtbar ist [19], sich aber erfreulich entwickelt [20]. Eine allgemein bessere Stellung der Allgemeinmedizin im Fachgruppenvergleich dürfte auch mit der Anzahl der Universitätsabteilungen und ihren qualifizierten Mitarbeitern, der eingeworbenen Drittmittel sowie den Formen der Zusammenarbeit zwischen Universität und Praxis erklärt werden können. In England haben sich mittlerweile verschiedene Netzwerke für Forschung über einzelne Universitätsstandorte hinaus entwickelt, die eine Durchführung von anspruchsvolleren Studien in der Primärversorgung ermöglicht [4, 5]. Der Aufbau und die Pflege eines Forschungsnetzwerkes bedeuten auch für eine (relativ zu anderen) große Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung einen Aufwand. Die Investition erscheint aber lohnenswert, will man im internationalen Vergleich Anschluss gewinnen. Schließlich sollte nicht übersehen werden, dass Forschungsnetze im Sinne von Rekrutierungs- und Forschungsfeldern als wichtige Kriterien für eine erfolgreiche Antragstellung für Projektmittel gesehen werden, dienen sie nicht zuletzt als Indikator für eine erfolgreiche Durchführung für ein Projekt.

Der vorliegende Werkstattbericht beschreibt, wie eine universitäre Abteilung für Allgemeinmedizin eine Zusam-

menarbeit der Akteure aus Uni und Praxis gestaltet. Eine authentische, machbare, aber auch überprüfbare Zusammenarbeit erscheint dabei als Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Beantwortung von Fragestellungen aus der Praxis. Dabei dürfte der vorgestellte vertragliche Rahmen eher eine notwendige, aber

noch lange nicht hinreichende Bedingung darstellen. Vielmehr baut Forschung in der Allgemeinmedizin auf einen gemeinsamen, stetigen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Frank Peters-Klimm  
 Universitätsklinikum Heidelberg  
 Abteilung Allgemeinmedizin und  
 Versorgungsforschung  
 Voßstraße 2  
 69115 Heidelberg  
 frank.peters-klimm@med.uni-heidelberg.de

## Literatur

1. ForN – Forschungsnetzwerk Allgemeinmedizin Frankfurt: <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung4/forn.html>, letzter Zugriff 14.08.2012
2. Bleidorn J, Hauswaldt J, Heim S, Lingner H, Hummers-Pradier E. Das Forschungspraxennetz als Basis hausärztlicher Forschung – eine Fokusgruppenanalyse. In: 45. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Forum Medizin 21 22.-24.09.2011; Salzburg: German Medical Science GMS Publishing House; 2011
3. Lindbloom EJ, Ewigman BG, Hickner JM: Practice-Based Research Networks. The Laboratories of Primary Care Research. *Medical Care* 2004, 42 (4 Suppl): III45–9
4. Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007; 334: 1093–1094
5. Primary Care Research Network: [www.crncc.nih.ac.uk/about\\_us/pcrn](http://www.crncc.nih.ac.uk/about_us/pcrn), letzter Zugriff 14.08.2012
6. de Lusignan S, Metsemakers JF, Houwink P, Gunnarsdottir V, van der Lei J: Routinely collected general practice data: goldmines for research? A report of the European Federation for Medical Informatics Primary Care Informatics Working Group (EFMI PCIWG) from MIE2006, Maastricht, The Netherlands. *Inform Prim Care* 2006; 14: 203–209
7. Laux G, Koerner T, Rosemann T, Beyer M, Gilbert K, Szecsenyi J. The CONTENT project: a problem-oriented, episode-based electronic patient record in primary care. *Inform Prim Care* 2005; 13: 249–255
8. Peters-Klimm F, Mueller-Tasch T, Schellberg D, et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovasc Disord* 2007; 7: 25
9. Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials* 2011; 12: 163
10. Rosemann T, Hermann K, Miksch A, Engeser P, Szecsenyi J. The PAMINO-project: evaluating a primary care-based educational program to improve the quality of life of palliative patients. *BMC Palliat Care* 2007; 6: 5
11. Hermann K, Boelter R, Engeser P, Szecsenyi J, Campbell SM, Peters-Klimm F. PalliPA: How can general practices support caregivers of patients at their end of life in a home-care setting? A study protocol. *BMC Res Notes* 2012; 5: 233
12. Peters-Klimm F, Campbell S, Müller-Tasch T, et al. 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
13. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Family Practice* 2004; 5: 31
14. 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
15. Salmon P, Peters S, Rogers A et al. Peering through the barriers in GPs' explanations for declining to participate in research: the role of professional autonomy and the economy of time. *Fam Pract* 2007; 24: 269–275
16. Güthlin C, Beyer M, Erler A, et al. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Z Allg Med* 2012; 88: 173–181
17. Peters-Klimm F, Gágyor I, Haasenritter J, Bleidorn J. Erfahrungen und Einstellungen zu Klinischen Studien in der Hausarztpraxis: Ergebnisse einer Befragung von deutschen Hausärzten. *Gesundheitswesen* 2012; in press
18. McManus RJ, Ryan R, Jones M, Wilson S, Hobbs FR. How representative of primary care are research active practices? Cross-sectional survey. *Fam Pract* 2008; 25: 56–62
19. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011; 342: d1028
20. Schneider A, Grossmann N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 58

Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den „Tagen der Allgemeinmedizin“  
 finden Sie unter [www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de).