

Warum wir ein Primärarztsystem brauchen

Hintergründe für ein DEGAM-Positionspapier

Why We Need a Primary Care System

Background for a Position Paper of the German College of General Practitioners and Family Physicians

Uwe W. Popert¹, Günther Egidi², Johanna Eras³, Thomas Kühlein⁴, Erika Baum⁵

Zusammenfassung: In den kommenden Jahren werden der Anteil und die Zahl von alten, kranken und multimorbiden Menschen in der Bevölkerung erheblich ansteigen. Das erfordert eine funktionierende, hausärztlich koordinierte Primärversorgung. Diese bietet:

1. einen zeitnahen, flächendeckenden und niedrighschweligen Zugang,
2. weniger Notfall-/Krankenhausbehandlungen,
3. bessere Versorgungsqualität, gesteigerte Lebenserwartung und besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung
4. höhere Zufriedenheit von Patienten und Ärzten,
5. niedrigere Gesundheitsausgaben trotz zunehmender Komplexität.

Dafür sind folgende Maßnahmen erforderlich:

1. allgemeinmedizinische Weiterbildung für etwa 30 % des ärztlichen Nachwuchses,
2. bessere Vergütung von hausärztlicher Tätigkeit,
3. weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten,
4. Primärversorgung mit Einschreibesystem.

Schlüsselwörter: Primärarztsystem; Positionspapier

Summary: In the near future, proportion and numbers of elderly, ill and multimorbid people in the population will increase. This requires a working primary medical care of high quality which covers:

1. readily accessible, broad-based and low-threshold access,
2. less emergency cases and hospital treatments,
3. better quality of care, prolonged life expectancy and higher health standards of the population,
4. higher satisfaction of patients and medical staff,
5. lower health costs in spite of rising complexity.

For this, the following actions are required:

1. vocational training in primary care for about 30 % of all recently graduated medical doctors,
2. higher remuneration for family practitioners,
3. less bureaucracy and more time for patient consultation,
4. a registration based primary care system.

Keywords: primary medical care; position paper

Hintergrund

Zunehmende Versorgungsprobleme erfordern einen strukturierten Umbau des Gesundheitswesens mit leistungsfähiger medizinischer Primärversorgung. Derzeit prognostiziert das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2040 eine Steigerung des Bevölkerungsanteils der über 67-Jährigen um 42 %. Deutschland hat von elf vergleichbaren Industrieländern die höchsten medizinischen Informationsverluste – im Wesentlichen durch mangelnde

Einbeziehung/Information des Hausarztes [1].

Die Versorgungssituation in Deutschland ist bisher durch die Möglichkeit einer direkten und parallelen Inanspruchnahme von Spezialisten gekennzeichnet. Allerdings behandeln diese zumeist nur Erkrankungen/Beschwerden eines bestimmten Organsystems. Durch fehlende Koordination und mangels ärztlichen Personals führt dies zu Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Bereits jetzt gibt es bei Spezialisten – trotz sehr hoher Versorgungsdichte [2] –

gegenüber Hausärzten deutlich längere Wartezeiten.

Das beruht auch auf sehr häufigen Arzt-Patient-Kontakten: nach aktuellen Hochrechnungen von Zahlen der BARMER GEK suchten 92 bis 93 % der deutschen Bevölkerung innerhalb der Jahre 2005 bis 2015 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf; etwa 78 % hatten mindestens einmalig Kontakt zu ihrem Hausarzt [3].

Hausärzte bezahlen dafür einen hohen Preis: Sie behandeln pro Woche durchschnittlich 250 Patienten und ha-

¹ Arzt für Allgemeinmedizin, Kassel

² Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen

³ Ärztin für Allgemeinmedizin, Nürnberg

⁴ Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen

⁵ Abteilung Allgemeinmedizin, Philipps-Universität, Marburg

Peer-reviewed article eingereicht: 11.04.2018, akzeptiert: 21.04.2018

DOI 10.3238/zfa.2018.0250-0254

ben dafür jeweils im Durchschnitt neun Minuten Zeit. In anderen Industriestaaten haben Hausärzte maximal halb so viele Kontakte und entsprechend ungefähr doppelt so viel Zeit für ihre Patienten [4, 5]. Bei einem durchschnittlichen Renteneintrittsalter von 65 Jahren werden bis 2030 voraussichtlich etwa 60 % der jetzigen Hausärzte nicht mehr arbeiten. [6] Hausärzte behandeln aber in der Regel während einer Konsultation durchschnittlich zwei bis drei verschiedene Organsysteme bzw. Beratungsanlässe parallel und sind deswegen gerade bei Multimorbidität nur durch spezifisch allgemeinmedizinisch ausreichend weitergebildeten Nachwuchs adäquat ersetzbar [7, 8].

Ziel des vorliegenden Artikels ist es, die Vorteile, die Patienten, Hausärzten und Spezialisten durch die Einführung eines Primärärztsystems in Deutschland entstehen, darzustellen und die Hintergründe für ein Positionspapier der DEGAM zu erläutern.

Das Wesen der hausärztlichen Versorgung

Menschen sind – selbst bei identischen Krankheiten und Beschwerden – immer unterschiedlich „krank“ bzw. besorgt in Bezug auf ihre Gesundheit. Dies ist sowohl durch den Verlauf und das Stadium der Erkrankung sowie das Bestehen zusätzlicher Erkrankungen, aber auch durch den „Umgang“ der Menschen mit ihrer Erkrankung zu erklären. Dabei ist es die erste ärztliche Aufgabe herauszufinden, was den vorgebrachten Beschwerden zugrunde liegt bzw. – bei schon bekannter Erkrankung – was diagnostisch oder therapeutisch aktuell zu tun ist. Diese Aufgabe kann am besten ein Arzt übernehmen, der

- räumlich und zeitlich gut erreichbar ist,
- es gewohnt ist, einerseits in einem „Niedrigprävalenzbereich“ mit hoher diagnostischer Unsicherheit zu arbeiten und andererseits die meisten Beratungsanlässe fachkundig und effektiv sofort behandeln kann [9],
- fest zuständig und verantwortlich ist und koordiniert,
- die große Breite der Medizin so überblickt, dass er das Anliegen einordnen bzw. über weitere erforderliche Maßnahmen entscheiden kann und

- den Patienten und sein Umfeld möglichst gut kennt, damit er einerseits dessen weitere bekannten Erkrankungen und Störungen mit berücksichtigen kann, aber auch den individuellen Umgang mit Krankheit oder Symptomen einschätzen kann.

Letzteres macht eine stabile und persönliche Arzt-Patient-Beziehung notwendig. Dem entsprechen die Forderungen der WHO nach einer medizinischen Primärversorgung [10] und die Zukunftsperspektiven der DEGAM [11].

Das Wesen eines Primärärztsystems

Für eine Primärversorgung bedarf es eines Systems, in dem im Regelfall ein festgelegter Primärarzt (Generalist) der erste Ansprechpartner ist, der zudem die geforderte Kontinuität der Versorgung verbindlich gewährleistet. Dies wird typischerweise durch ein Einschreibesystem und eine stabile Arzt-Patient-Beziehung gewährleistet. Patienten können den Primärarzt frei wählen, ein Wechsel ist möglich. Für Notfälle und spezielle Beratungsanlässe, z.B. Augenprobleme und Schwangerschaft, gibt es definierte Ausnahmen. Es handelt sich dabei immer um eine gegliederte Versorgung. Diese hat ihre inhaltliche Begründung darin, dass Gesundheitsprobleme und Krankheiten von Patienten einer gewissen Vorselektion und klarer Zuständigkeit bedürfen.

Ein gegliedertes Primärversorgungssystem ist in 15 von 28 europäischen Ländern etabliert (Bulgarien, Kroatien, Estland, Finnland, Ungarn, Irland, Italien, Litauen, Niederlande, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden und Großbritannien). In sieben weiteren EU-Ländern wird eine hausärztliche Überweisung in die Sekundärversorgung durch Vermeidung von Zuzahlungen unterstützt (Belgien, Dänemark, Frankreich, Lettland, Malta, Rumänien und der Slowakei) [12].

Ein hausärztlich geleitetes Primärärztsystem bietet nachweisbare Vorteile:

- **Mehr Versorgungsgerechtigkeit durch niedrigschwellige Zugang.** Hausärztliche Koordination ist besonders wichtig in ländlichen und sozial benachteiligten städtischen Regionen [13]. Internationale Untersuchungen belegen, dass die Stärkung

einer primärärztlichen Versorgung für benachteiligte Gruppen eines der effektivsten Mittel ist, die Ungleichheit im Gesundheitswesen zu reduzieren [14–17], und zwar mit einer höheren Effizienz als durch eine unspezifische Förderung des Gesundheitssystems [18].

- **Weniger Notfall-/Krankenhausbehandlungen.** Je höher die Behandlungskontinuität bei einem Hausarzt als persönlicher Ansprechpartner war, desto niedriger war in einer englischen Studie die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlungen [19].

- **Bessere Qualität, gesteigerte Lebenserwartung und besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung.** Hausärztliche Versorgung erhöht die Patientensicherheit durch individuelle, gemeinsame Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik bzw. Therapie und dient damit der ressourcenschonenden Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen (sog. „quartäre Prävention“) [20, 21]. Ein Vergleich von 18 Industrieländern zeigte: Je stärker die Orientierung auf Primärversorgung in einem Land ist, desto niedriger ist die Sterblichkeit (insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Asthma, COPD, Lungenemphysem und kardiovaskulären Erkrankungen, aber auch z.B. Pneumonie) [22]. Große prognostische und therapeutische Studien zu den „Volkskrankheiten“ stammen häufig aus Ländern mit Primärärztsystem und sind damit in diesem Kontext besonders aussagekräftig.

- **Höhere Zufriedenheit von Patienten.** Im internationalen Vergleich bescheinigen deutsche Patienten ihren Hausärzten eine gute Zugänglichkeit mit zeitnaher Terminvergabe und eine patientenorientierte Behandlung mit enger Arzt-Patienten-Bindung [23].

- **Niedrigere Gesundheitsausgaben trotz zunehmender Komplexität.** Erkenntnisse aus internationalen Metaanalysen zu den Kosten der Versorgung ließen sich auch für Deutschland bestätigen [24, 25]: Eine aktuelle Routinedatenanalyse zeigte signifikant niedrigere Gesamtkosten bei hausärztlich koordinierten im Vergleich zu unkoordinierten Patienten. Die Kostendifferenz nahm mit steigendem Alter

Dr. med. Uwe W. Popert ...

... Jahrgang 1956, Medizinstudium in Marburg, Glasgow, London und Göttingen.

Seit 1990 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Kassel, zunächst in Praxisgemeinschaft, jetzt mit angestellten Kolleginnen und Kollegen. Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Univ. Göttingen und Modulkoordinator der Kassel School of Medicine. Mitglied der „Kasseler Kodiergruppe“.

Derzeit Delegierter in der Landesärztekammer Hessen und Mitglied des Vorstands des hessischen Hausärzterverbandes sowie der Vertreterversammlung der KV Hessen. Mitglied der Ständigen Leitlinienkommission und Sprecher der Sektion Versorgung im erweiterten Präsidium der DEGAM.

und bei psychischer Komorbidität zu; und dies, obwohl die gesteuerten Patienten älter und kränker waren [26]. Dies unterstreicht, dass der Hausarzt insbesondere bei zunehmender Komplexität und Multimorbidität an Bedeutsamkeit gewinnt [27, 28].

- **Zugang zu arztfernen Menschen und bessere Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.** Das Einschreibesystem mit fest zuständigem Hausarzt ermöglicht es, aktiv auf Menschen zuzugehen und dabei gleichzeitig deren Recht zu wahren, auf eine medizinische Versorgung zu verzichten. So können diese z.B. aktiv von dem Arzt, bei dem sie eingeschrieben sind, über Präventionsmaßnahmen informiert werden und es können Rückfragen erfolgen, wenn wichtige Kontrollen offensichtlich nicht wahrgenommen wurden.

Vorteile einer Primärversorgung für Patienten

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass eine gute Primärversorgung wesentlich ist für niedrigere Ausgaben, höhere Zufriedenheit und bessere Ergebnisse im Gesundheitswesen [29]. Dies wird unter anderem auf die Behandlungskontinuität [30], die Verringerung von Notfallbehandlungen [31] und Krankenhauseinweisungen [32] sowie die Koordination der Versorgung durch den Hausarzt zurückgeführt [33]. Dies gilt auch in Deutschland [34, 35].

Vorteile des Primärarztsystems für Spezialisten

Für Spezialisten ist es wichtig, einen festen Ansprechpartner und Zuständigen für die Weiterversorgung zu haben. Eine

vollständigere Datengrundlage der Hausärzte schützt Spezialisten vor Fehlansprache und inadäquater Nutzung ihrer spezifischen Kompetenzen [36]. Dadurch kann die Praxis gleichmäßiger ausgelastet werden und wirtschaftlicher arbeiten. Spezialisten können durch die hausärztliche Vorsortierung treffsichere Diagnostik bzw. Therapien erbringen, unter anderem weil sie nicht überwiegend in Bezug auf ihr Fachgebiet „Gesunde“ untersuchen müssen und so weitgehend vor „falsch-positiven“ Befunden mit Notwendigkeit von Folgediagnostik geschützt sind. Hausärzte können etwa 80 bis 90 % aller Patientenanliegen abschließend, in guter Qualität und mit einer sehr hohen Kosteneffektivität behandeln. Nur in 10 bis 20 % ist eine Überweisung bzw. Mitbehandlung durch Spezialisten in Klinik oder Praxis erforderlich [37].

Vorteile für Hausärzte

Eine klare Hausarztzuordnung erleichtert vollständige und verpflichtende Facharzt- und Krankenhausberichte – diese erhöhen die Qualität der Versorgung sowie die Rechtssicherheit bei der Behandlung. Durch eine stabile Patientenbindung und die dadurch möglich werdende Langzeitbetreuung steigen die Arbeitszufriedenheit und damit auch die Attraktivität für den ärztlichen Nachwuchs. Durch bessere Koordination sinkt die Zahl der verschiedenen Patientenkontakte. Ein Vollzeit-Hausarzt wäre für ca. 1600 bis 1800 Personen als Primärarzt zuständig. Eine bessere Finanzierung und Strukturierung der hausärztlichen Weiterbildung erfolgt bereits. Die steigende Bedeutung der Primärversorgung macht angesichts noch zu geringer Nachwuchszahlen und der

bestehenden Fehlverteilung darüber hinaus attraktivere Arbeitszeitmodelle und bessere Vergütung im Vergleich zu Spezialisten erforderlich.

Strukturelle Unterstützung primärärztlicher Versorgung

Delegation und andere arztentlastende Systeme

Das strukturierte Ineinandergreifen (primär-)ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungsbereiche (IV-Verträge) im Rahmen der integrierten Versorgung kann die primärärztliche Versorgung entlasten, insbesondere durch berufsgruppenübergreifend miteinander abgestimmte Zusammenarbeit, interprofessionell ausgerichtete Behandlungspfade sowie ein berufsgruppenübergreifendes DMP und gemeinsam abgestimmte (Mindest-)Qualitätsstandards [37]. Die zusätzliche Einbindung von besonders qualifiziertem medizinischen Fachpersonal in ein hausärztliches Behandlungsteam kann Hausärzte entlasten, aber nicht ersetzen. Arztentlastende Effekte werden allerdings längst genutzt – zusätzliche Optionen werden begrenzt durch die notwendigerweise große Bandbreite hausärztlicher Tätigkeit. Schulungen des Personals konzentrieren sich in der Regel nur auf Teilbereiche.

Nachwuchsförderung

Die Weiterbildung von genügend allgemeinmedizinischem Nachwuchs und eine gegenüber Spezialisten gleichwertige Einkommenssituation bleiben die wichtigsten Elemente zur zukünftigen Sicherung der Primärversorgung.

Bürokratieverminderung

Die Umsetzung von bundeseinheitlichen Medikationsplänen, Notfalldatensätzen, digitalen Patientenakten und strukturierter Notfallversorgung erfordert mehr hausärztliche Ressourcen. Als Ausgleich ist eine Verringerung weniger wichtiger Aufgaben erforderlich. Bereits die Verlängerung der Frist zur Notwendigkeit von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen [38] kann ohne Gesundheitsgefährdung unnötige Arztbesuche und damit ärztliche Ar-

beitslast reduzieren. Einfachere Abrechnung und Positivlisten für Medikamente und Heilmittel statt Rabattvertragschaos und offenen oder versteckten Regressen erleichtern zusätzlich die Einbeziehung von Nachwuchs- und Teilzeitärzten [39].

Neue Definition der Bundesärztekammer

In der Bundesärztekammer wird aktuell eine neue Definition diskutiert [40], die die Primärversorgung durch ein hausarztgeleitetes Team von Fachkräften in den Mittelpunkt stellt.

Schlussfolgerung

Die Einführung eines Primärärztsystems ist geeignet, viele der strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems zu lösen und Unter-, Fehl- und Überversorgung zu reduzieren. Ergänzend zu den Forderungen aus den Gutachten des Sachverständigenrates von 2007 bis 2015 [37] sind dafür folgende Maßnahmen erforderlich:

1. allgemeinmedizinische Weiterbildung für etwa 30 % des ärztlichen Nachwuchses,
2. bessere Vergütung von hausärztlicher Tätigkeit,

3. weniger Bürokratie, mehr Zeit für die medizinische Versorgung von Patienten,
4. Primärversorgung mit Einschreibesystem.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe W. Popert
Praxis für Allgemeinmedizin
Goethestraße 70
34119 Kassel
uwe.popert@web.de

Literatur

1. Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SN, Ying J, Doty MM. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. *Ann Fam Med* 2017; 15: 113–119
2. OECD. Health at a glance 2017: health indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (letzter Zugriff am 10.4.2018)
3. Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J. Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Siegburg: Asgard-Verlag, 2017
4. Koch K, Miksch A, Schürmann C, et al. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Die Perspektive der Hausärzte. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 255–261
5. Erler A, Gerlach F. Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – gute Ideen regional umsetzen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh* 2011; 105: 551–555
6. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister – Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (letzter Zugriff am 10.4.2018)
7. Abholz H, Hager WC, Rose CM. Der Behandlungsanlass – Oberfläche und Hintergrund. *Z Allg Med* 2001; 77: 409–414
8. Tobert V, Popert U. “Multitasking” and complex patient encounters in family medicine. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226
9. Linden M, Gothe H, Ormel J. Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Der Hausarzt als Gatekeeper. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A2600–2602
10. World Health Organisation. The World Health Report 2008: primary health care – Now more than ever. www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf (letzter Zugriff am 17.02.2018)
11. DEGAM Zukunftspositionen. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 10.04.2018).
12. OECD/EU. Strengthening primary care systems. In: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2016. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (letzter Zugriff am 10.04.2018)
13. Mehring M, Donnachie E, Schneider A, et al. Impact of regional socioeconomic variation on coordination and cost of ambulatory care: investigation of claims data from Bavaria, Germany. *BMJ Open* 2017; 7: e016218
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502
15. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275–284
16. Schäfer WLA. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients. Dissertation, Utrecht University 2016
17. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health* 2012; 11: 59
18. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 65
19. Barker I, Steventon A, Deen SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017; 356: j84
20. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, et al. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *Prim Care* 2010; 10: 350–354
21. Øvretveit J. Evidence: does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence. London: Health Foundation, 2011
22. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–865
23. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults’ health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff* 2007; 26: w717–w734
24. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 28–38
25. Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R. Do primary care physicians acting as gatekeepers really improve health outcomes and decrease costs? A systematic review of the concept gatekeeping. *Gesundheitswesen* 2010; 72: e38–44
26. Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, et al. Vergleich der ambulanten Versorgungskosten bei Patienten mit und ohne hausärztliche Steuerung – Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern. *Z Allg Med* 2017; 93: 297–304
27. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2015; 13: 456–465
28. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 293–299
29. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129–1133

30. Romano MJ, Jodi BS, Pollack CE, et al. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1148–1154
31. Marshall EG, Clarke B, Burge F. Improving continuity of care reduces emergency department visits by long-term care residents. *J Am Board Fam Med* 2016; 29: 201–208
32. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995; 25: 283–294
33. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37: 111–126
34. Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation of family doctor centred medical care based on AOK routine data in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013; 107: 372–378
35. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, et al. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany: results of a quantitative and qualitative evaluation. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2015; 58: 398–407
36. Winpenny EM, Miani C, Pitchforth E, King S, Roland M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. *J Health Serv Res Policy* 2017; 22: 53–64
37. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Gutachten 2009. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6 (letzter Zugriff am 01.01.2018)
38. Herrmann WJ, Haarmann A, Baerheim A. Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2015; 109: 552–559. [http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(15\)00231-7/ppt](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(15)00231-7/ppt) (letzter Zugriff am 10.04.2018)
39. Online-Petition für die hausärztliche Versorgung der Zukunft. www.openpetition.de/petition/online/initiative-fuer-die-hausaerztliche-versorgung-der-zukunft (letzter Zugriff am 10.4.2018)
40. 4. Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin am 09.02.2018: Entwurf des Begriffes der Primärversorgung durch die Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer – unter Bezugnahme auf den Experten Ausschuss der Europäischen Kommission zu wirksamen Gesundheitsinvestitionen: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expert-panel/files/2016_primary_care_de.pdf

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, 13. September 2018 um 19.00 Uhr** (Ende ca. 20.30 Uhr) im CCB (Raum L.EG 200/M.EG 180) der Medizinischen Universität Innsbruck, Innrain 80, A-6020 Innsbruck.

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 23. April 2018)

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
3. Bericht der Präsidentin und des Geschäftsführers
4. Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
5. Bericht über die DEGAM-Leitlinienarbeit
6. Kompetenzzentren Weiterbildung
7. Aktueller Stand Masterplan 2020
8. Bericht der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM)
9. Bericht der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE)
10. Sonstiges

Prof. Dr. Erika Baum, Präsidentin

Prof. Dr. Anne Simmenroth, Schriftführerin

