

Diplomarbeit

Fragebogenerhebung zur Evaluierung des quantitativen und inhaltlichen Forschungsinteresses und möglicher hemmender und fördernder Faktoren der Allgemeinmediziner/innen in der Steiermark

eingereicht von

Manuel Reinisch

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Univ.-Ass. Dr. med. Stephanie Poggenburg**

Graz, am 01. Februar 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 01. Februar 2016

Manuel Reinisch eh

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meinen Betreuerinnen, Frau Univ.-Prof. Dr. Siebenhofer-Kroitzsch und Frau Univ.-Ass. Dr. Poggenburg, recht herzlich bedanken. Sie haben mir mit ihrer freundlichen, unterstützenden und wertschätzenden Art ein angenehmes Arbeitsklima und ein rasches Vorankommen ermöglicht. Sie haben auch über die Diplomarbeit hinaus mein Interesse an der Allgemeinmedizin stark gefördert.

Ein Dank gebührt Herrn Univ.-Ass. Mag. rer. nat. Dr. rer. nat. Avian. Er hat mich großzügig im Bereich der Statistik unterstützt. Ein weiterer Dank gebührt Frau Schallmajer für zahlreiche administrative Tätigkeiten im Hintergrund und Dr. Jeitler für den Beistand zwi-schendurch.

Ich möchte meiner Familie für die Unterstützung während des Studiums danken. Vor allem meinen Eltern und meinem Opa bin ich für das Privileg, ohne finanzielle Sorgen studieren zu können, sehr dankbar.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG.....	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS.....	VIII
ZUSAMMENFASSUNG	IX
ABSTRACT.....	X
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 WAS IST VERSORGENGSFORSCHUNG?	1
1.1.1 <i>Geschichte der Versorgungsforschung</i>	1
1.1.2 <i>Definition der Versorgungsforschung</i>	2
1.1.3 <i>Gegenstand der Versorgungsforschung</i>	2
1.1.4 <i>Dimension der Versorgungsforschung</i>	3
1.1.5 <i>Bedeutung der Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin</i>	4
1.2 FORSCHUNGSPRAXEN-NETZWERK UND AUSBILDUNG.....	4
1.3 FORSCHUNGSPRAXEN-NETZWERKE INTERNATIONAL.....	5
1.3.1 <i>Deutschland</i>	6
1.3.2 <i>Großbritannien / Schottland</i>	6
1.3.3 <i>Die Niederlande</i>	7
1.3.4 <i>Schweiz</i>	7
1.4 FORSCHUNGSPRAXEN-NETZWERK IN ÖSTERREICH	8
2 FRAGESTELLUNG.....	9
3 MATERIAL UND METHODEN.....	10
3.1 STUDIENDESIGN UND ABLAUF	10
3.2 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	10
3.3 FRAGEBOGEN ALS ERHEBUNGSINSTRUMENT.....	10
3.3.1 <i>Entstehung des Fragebogens</i>	11
3.3.2 <i>Aufbau und Inhalt des Fragebogens</i>	11
3.3.3 <i>Abschnitt 1 des Fragebogens - Angaben zur Person und Praxis</i>	11
3.3.4 <i>Abschnitt 2 des Fragebogens – Forschung in der Praxis</i>	12
3.3.5 <i>Abschnitt 3 des Fragebogens – Kontaktdaten</i>	13
3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	13
3.5 BEWERTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN.....	13
4 ERGEBNISSE I.....	14
4.1 RÜCKLAUFQUOTE.....	14
4.2 ANGABEN ZU PERSON UND PRAXIS	15
4.2.1 <i>Geschlecht</i>	15
4.2.2 <i>Alter</i>	16
4.2.3 <i>Aufrechte Kassenverträge und derzeitige Tätigkeit</i>	17
4.2.4 <i>Angestellte in der Ordination</i>	18
4.2.5 <i>Einwohnerzahl</i>	20
4.2.6 <i>Durchschnittliche Regelfälle</i>	21
4.2.7 <i>Ordinationsschwerpunkt</i>	22

4.3	FORSCHUNGSINTERESSE	25
4.4	MOTIVIERENDE FAKTOREN	26
4.5	HEMMENDE FAKTOREN	29
4.6	FORSCHUNGSFRAGEN	30
4.7	ALLGEMEINE ANMERKUNGEN	32
5	ERGEBNISSE II.....	33
5.1	GESCHLECHT UND FORSCHUNGSINTERESSE	33
5.2	ALTER UND FORSCHUNGSINTERESSE	33
5.3	EINWOHNERZAHL UND FORSCHUNGSINTERESSE	35
5.4	REGELFÄLLE PRO QUARTAL UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	36
5.5	DERZEITIGE KASSENVERTRÄGE / TÄTIGKEIT UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	37
5.6	GEOGRAFISCHE VERTEILUNG DER FORSCHUNGSINTERESSIERTEN.....	39
6	DISKUSSION.....	40
6.1	SOZIODEMOGRAFISCHE BESCHAFFENHEIT UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	41
6.1.1	<i>Geschlecht</i>	41
6.1.2	<i>Alter</i>	41
6.1.3	<i>Angestellte in der Ordination</i>	42
6.1.4	<i>Einwohnerzahl</i>	42
6.1.5	<i>Ordinationsschwerpunkte</i>	43
6.1.6	<i>Regelfälle pro Quartal</i>	43
6.1.7	<i>Geografische Verteilung</i>	44
6.2	MOTIVIERENDE FAKTOREN	44
6.3	HEMMENDE FAKTOREN	45
6.4	LIMITATIONEN	47
6.5	AUSBlick	47
6.6	SCHLUSSFOLGERUNG	48
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	49
8	ANHANG.....	53
8.1	FRAGEBOGEN.....	53
8.2	BEGLEITSCHREIBEN.....	56
8.3	ERINNERUNGSSCHREIBEN	57
8.4	FREITEXT-ANTWORTEN: MOTIVIERENDE FAKTOREN.....	58
8.5	FREITEXT-ANTWORTEN: HEMMENDE FAKTOREN.....	58
8.6	FREITEXT-ANTWORTEN: FORSCHUNGSFRAGEN.....	59
8.7	FREITEXT-ANTWORTEN: ALLGEMEINE ANMERKUNGEN	65

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AM	Allgemeinmedizin
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
GKK	Gebietskrankenkasse
HA	Hausärztinnen und Hausärzte
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
JAMÖ	Junge Allgemeinmedizin Österreich
MFA	Medizinische Fachangestellte
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Tab.	Tabelle

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DAS SYSTEMTHEORETISCHE MODELL DES VERSORGUNGSSYSTEMS NACH PROF. DR. PFAFF	3
ABBILDUNG 2: FLUSSDIAGRAMM DER RÜCKLAUFQUOTE	15
ABBILDUNG 3: GESCHLECHTERVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMENDEN IN %	15
ABBILDUNG 4: GESCHLECHTERVERTEILUNG ALLER KONTAKTIERTEN HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE IN %.....	16
ABBILDUNG 5: ALTERSVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMENDEN.....	17
ABBILDUNG 6: AUFRECHTE KASSENVERTRÄGE UND DERZEITIGE TÄTIGKEIT DER STUDENTEILNEHMENDEN.....	18
ABBILDUNG 7: ANGESTELLTE IN DER ORDINATION.....	19
ABBILDUNG 8: EINWOHNERZAHL DER ORTE DER ORDINATIONEN	21
ABBILDUNG 9: ANZAHL DER DURCHSCHNITTLICHEN REGEFÄLLE	22
ABBILDUNG 10: ORDINATIONSSCHWERPUNKTE DER STUDIENTEILNEHMENDEN	23
ABBILDUNG 11: FORSCHUNGSINTERESSE DER STUDIENTEILNEHMENDEN.....	26
ABBILDUNG 12: MOTIVIERENDE FAKTOREN AN WISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG	28
ABBILDUNG 13: HEMMENDE FAKTOREN AN WISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG	29
ABBILDUNG 14: FORSCHUNGSFRAGEN DER STUDIENTEILNEHMENDEN.....	31
ABBILDUNG 15: ALTER UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	34
ABBILDUNG 16: EINWOHNERZAHL UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	36
ABBILDUNG 17: REGELFÄLLE PRO QUARTAL UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	37
ABBILDUNG 18: AUFRECHTE KASSENVERTRÄGE / DERZEITIGE TÄTIGKEIT UND FORSCHUNGSINTERESSE	38
ABBILDUNG 19: GEOGRAFISCHE VERTEILUNG DER FORSCHUNGSINTERESSIERTEN	39

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ALTERSVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMENDEN	16
TABELLE 2: AUFRECHTE KASSENVERTRÄGE UND DERZEITIGE TÄTIGKEIT DER STUDIEN­TEILNEHMENDEN.....	18
TABELLE 3: ANZAHL DER ANGESTELLTEN IN DER ORDINATION	19
TABELLE 4: ANDERE ANGESTELLTE IN DEN HAUSARZTPRAXEN	20
TABELLE 5: EINWOHNERZAHL DER ORTE DER ORDINATIONEN	21
TABELLE 6: ANZAHL DER DURCHSCHNITTLICHEN REGEFÄLLE	22
TABELLE 7: ÜBERSICHT ÜBER DIE ORDINATIONSSCHWERPUNKTE DER STUDIEN­TEILNEHMENDEN.....	23
TABELLE 8: MOTIVIERENDE FAKTOREN AN WISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG.....	27
TABELLE 9: HEMMENDE FAKTOREN AN WISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG	29
TABELLE 10: ÜBERSICHT DER FORSCHUNGSFRAGEN DER STUDIENTEILNEHMENDEN	31
TABELLE 11: GESCHLECHT UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	33
TABELLE 12: ALTER UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	34
TABELLE 13: EINWOHNERZAHL UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	35
TABELLE 14: REGELFÄLLE PRO QUARTAL UND FORSCHUNGSINTERESSE.....	36
TABELLE 15: AUFRECHTE KASSENVERTRÄGE / DERZEITIGE TÄTIGKEIT UND FORSCHUNGSINTERESSE	38

Zusammenfassung

Einleitung: Nachhaltige und effiziente Versorgungsforschung benötigt die aktive Mitarbeit forschungswilliger Hausärztinnen und Hausärzte (HA). Österreich steht im internationalen Vergleich zurück und besitzt kein flächendeckendes und zentralorganisiertes Forschungspraxen-Netzwerk. In dieser Studie soll daher untersucht werden, wie viele der steirischen Allgemeinmediziner/innen an der Forschung in ihrem Gebiet interessiert sind, wie sie soziodemografisch beschaffen sind, welche hemmenden und motivierenden Faktoren für die Forschung existieren und welche Forschungsthemen aus der Sicht der HA relevant sind.

Material und Methoden: Im Rahmen einer bundeslandweiten Querschnittserhebung wurden alle niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen der Steiermark unter Zuhilfenahme eines selbstentwickelten und standardisierten Fragebogens in einem Zeitrahmen von zwei Monaten befragt. Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte unterstützt durch "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS) mittels deskriptiver Methoden.

Ergebnisse: Von 1015 angeschriebenen Allgemeinmediziner/innen (100%) schickten 135 (13,3 %) den Fragebogen zurück. 106 (78 %) der Befragten waren prinzipiell bereit, an Forschungsprojekten in der eigenen Praxis teilzunehmen. Als motivierenden Faktor für eine Projektteilnahme nannten die Grundversorgenden in erster Linie die praktische Relevanz und Nützlichkeit der gewonnenen Evidenz für die tägliche Versorgung von Patientinnen und Patienten. Zusätzlich soll die Forschung der Aufwertung und Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin als eigene Fachdisziplin dienen und den Ausbau des persönlichen Netzwerkes, inklusive einem fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, begünstigen. Zeitmangel und hoher bürokratischer Aufwand konnten als die zwei dominierenden Hemmfaktoren für die Forschung in der eigenen Praxis identifiziert werden. 66 HA formulierten 132 für sie interessante und relevante Forschungsfragen und Forschungsthemen.

Schlussfolgerung: Die Mehrheit der antwortenden steirischen HA sind zur aktiven Mitarbeit an Forschungsprojekten in der eigenen Praxis bereit. Das neu gegründete IAMEV versteht sich als akademische Vertretung der Allgemeinmedizin und wird somit in Versorgungsforschungsfragen als erster Ansprechpartner der HA fungieren. Die Ergebnisse dieser Studie können die Erstellung von motivierenden Rahmenbedingungen für organisierte Forschung begünstigen.

Abstract

Introduction: Sustainable and efficient Health Services Research requires the active participation of research-willing general practitioners (GP) in their own practice. Austria is lagging behind in international comparisons and does not have a nationwide and centrally organized primary care practice-based research network. Therefore this study will examine how many of the Styrian GPs are interested in research, how they are constituted socio-demographically, what sort of inhibiting and motivating factors prevail and what research topics are relevant from the perspective of primary care physicians.

Material and methods: As part of a statewide cross-sectional study all practicing GPs were interviewed with the aid of a self-developed and standardized questionnaire within a time frame of two months. Statistical analysis of data was carried out supported by "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS) using descriptive methods.

Results: 135 (13.3 %) GPs returned the questionnaire. 106 (78 %) of respondents were willing to participate in research projects in their own practice. Practical relevance and usefulness for the daily care of patients was a major motivating factor for participation in research projects. In addition, the research should serve the development and appreciation of general practice as its own discipline and promote the expansion of an interpersonal network including professional exchange with colleagues. Lack of time and high bureaucracy could be identified as two prominent limiting factors for research. 66 GPs formulated 132 relevant research questions and research topics.

Conclusion: The majority of respondents are ready for active participation in research projects in their own practice. Recently the IAMEV was established as an academic representation for general medicine and will thus function as the primary contact for GPs in health services research issues. The results of this study can serve as a basis for the creation of a fair and motivating environment for organized research.

1 Einleitung

Versorgungsforschung ist international ein wichtiger Forschungsweig. Immer mehr Länder erkennen die Wichtigkeit einer effizienten und auf Evidenz basierenden Grundversorgung. Primärärztliche Forschungspraxen-Netzwerke spielen dabei eine wesentliche Rolle und haben sich bereits in vielen Ländern erfolgreich etabliert.

1.1 Was ist Versorgungsforschung?

Die Dynamik der Spezialisierung zieht sich wie ein roter Faden durch die Medizin und die Gesundheitswissenschaften. Es entstehen neue Forschungsfelder, Subdisziplinen und Forschungsgruppen. Diese Ausdifferenzierungsstrategie hat laut dem deutschen Soziologen und Experten für Versorgungsforschung, Prof. Dr. Holger Pfaff, klare Vor- und Nachteile. Auf der einen Seite ermöglicht sie „höhere Kompetenz in Detailfragen, Reduktion der Komplexität und Beherrschung der komplexen Materie“ (Pfaff 2003). Auf der anderen Seite bedarf sie eines deutlich erhöhten Aufwandes an Koordination und falls dieser nicht suffizient erbracht wird, leiden Qualität, Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung. Versorgungsforschung versucht dieser wachsenden Komplexität des Gesundheitssystems eine klare Struktur und in weiterer Hinsicht eine gezielte Richtung zu geben. In der englischsprachigen Literatur werden für Versorgungsforschung die Begriffe „Health Services Research“ und selten auch „Outcomes Research“ verwendet (Crombie & Davies 1997; Hadley 2000; Eisenberg 1998).

1.1.1 Geschichte der Versorgungsforschung

McCarthy & White datieren die 1952 abgehaltene „Conference on research requirements for health and medical care“ an der University of North Carolina, Chapel Hill, als den Startpunkt der modernen Versorgungsforschung (McCarthy & White 2000). Die Vereinigten Staaten von Amerika haben seither mit rund 60 Jahren die längste Tradition in dieser Wissenschaftsdisziplin. Bis zum heutigen Tag wurden dort zahlreiche finanzielle Mittel für „Health Care Research“ zur Verfügung gestellt. Zum Beispiel wurde 2009 das Forschungsfeld der „comparative effectiveness studies“ mit 1,1 Milliarden US-Dollar subventioniert (VanLare et al. 2010; Sox 2010).

In den achtziger Jahren machte sich erstmals auch in Europa ein Aufschwung der Versorgungsforschung bemerkbar. Großbritannien stellte als erstes europäisches Land finanzielle Zuschüsse zur Verfügung. Im Jahre 2000 folgte Deutschland mit dem ersten nationalen Förderprogramm für Versorgungsforschung (Badura et al. 2001; Raspe et al. 2010). In Österreich wurde 2013 Versorgungsforschung in den Bundes-Zielvertrag 2013-2016 aufgenommen (Anon 2013).

1.1.2 Definition der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung bildet neben der Grundlagenforschung und der Klinischen Forschung einen der drei Pfeiler der medizinischen Forschung. Der „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer in Deutschland definiert sie folgendermaßen:

„Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.“ (Schwartz et al. 2004)

Der Fokus liegt bei Versorgungsforschung also auf der Erforschung von medizinischer Intervention unter „Alltagsbedingungen“. Prof. Dr. Holger Pfaff erwähnt hierfür auch den Begriff der „letzten Meile“. Damit ist die „konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen“ gemeint (Pfaff 2003). Im Endeffekt sind es jene Versorgungsleistungen, welche als Endresultat bei den Patientinnen und Patienten auch tatsächlich ankommen. Versorgungsforschung bedient sich aber auch Methoden der experimentellen Grundlagenforschung und ätiologisch orientierter Studien und arbeitet auch auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin (Schwartz et al. 2004).

1.1.3 Gegenstand der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung untersucht das Versorgungssystem. Die systemtheoretische Sichtweise aus **Abb. 1** beschreibt das Versorgungssystem als eine Art „Blackbox“. Die vorherrschenden Ressourcen des Gesundheitssystems wie Personal, Geld, Material und Patientinnen und Patienten gelangen als Input in diese „Blackbox“. Der komplexe Verarbeitungsmechanismus oder Throughput ergibt sich aus der Versorgungsstruktur, den Versorgungsprozessen und aus dem Einsatz von Versorgungstechnologien. Die Aufgabe eines Versorgungssystems ist die Erstellung einer adäquaten Versorgungsleistung. Dies ist der

Output der „Blackbox“. Diese stark vereinfachte und reduzierte Sichtweise der komplexen Vorgänge innerhalb des Systems ermöglichen einen einfacheren und direkteren Vergleich zwischen Input und Output. Erst in weiterer Folge ist es notwendig, die diffizilen Abläufe innerhalb der „Blackbox“ genauer zu untersuchen und Optimierungsmöglichkeiten zu finden. Schlussendlich muss zwischen Output, welcher die Resultate aller erbrachten Behandlungs-, Pflege-, Diagnose- und Beratungsleistungen darstellt und dem Outcome unterschieden werden. Denn nur Outcome, als der erzeugte Gewinn an Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität, rechtfertigt im Endeffekt die Existenz eines Versorgungssystems (Pfaff 2003).

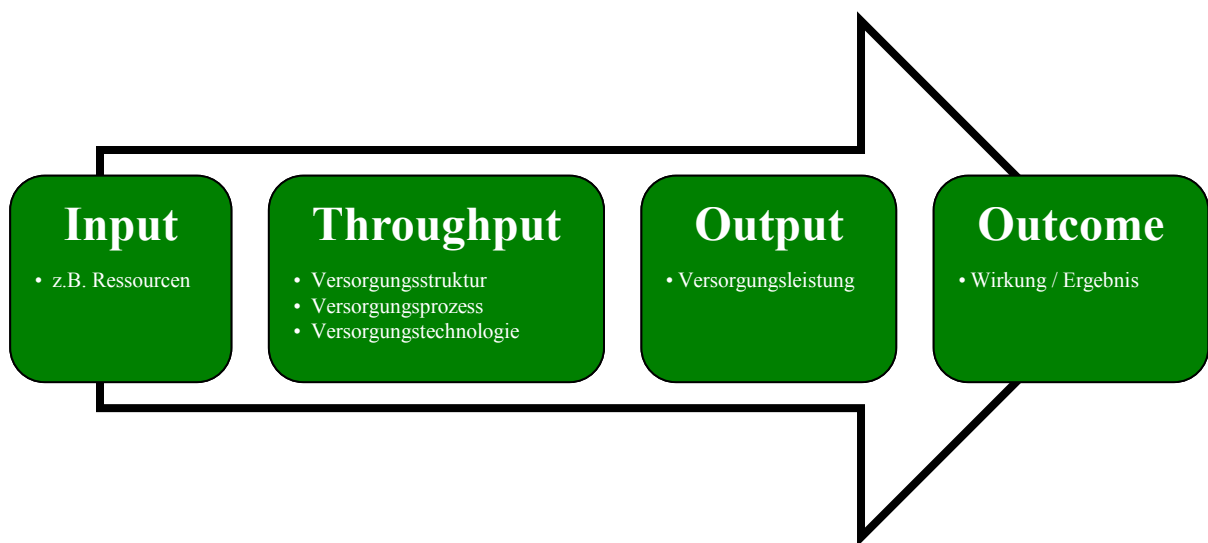


Abbildung 1: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Prof. Dr. Pfaff

1.1.4 Dimension der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung agiert primär auf der Mikroebene des Gesundheitssystems und bezieht sich somit auf die Versorgungsleistung von Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitstechnologien. Sekundär werden auch die Organisationen und Institutionen der Meso- und Makroebene einbezogen, sofern Krankenkassen und Ärzteverbände die Versorgungssituation der „letzten Meile“ wesentlich mitbeeinflussen (Pfaff 2003). Dr. Norbert Schmacke, Professor für Versorgungsforschung in Bremen, weist in diesem Kontext darauf hin, dass Versorgungsforschung nicht als beiläufige Anwendungsforschung zu verstehen ist. Denn die Verbesserung von Qualität und Kosteneffektivität im Versorgungssystem wird maßgeblich davon abhängen, welchen Stellenwert Versorgungsforschung in der Gegenwart hat und in der Zukunft bekommen wird (Schmacke 2004).

1.1.5 Bedeutung der Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin

International trugen versorgungsrelevante Studien zur deutlichen Verbesserung der Primärversorgung bei und konnten unter anderem in namhaften Zeitschriften publiziert werden wie zum Beispiel Lancet, British Medical Journal und British Journal of General Practice. Auszugshaft seien hier einige bedeutende Studien erwähnt. Ein Forschungsteam aus Großbritannien untersuchte das Management bei akuter infektiöser Konjunktivitis (Everitt et al. 2006). Eine weitere multizentrische Studie aus Großbritannien erforschte den finanziellen Kostenunterschied einer empirischen Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren im Vergleich zu einer gezielten antibiotischen Therapie von *Helicobacter pylori* bei Dyspepsie (Delaney et al. 2008). Zwei Studien aus Maastricht untersuchten die hausärztliche Versorgungsqualität und das Diagnose- und Prognose-Management von Patientinnen und Patienten mit Infektion des unteren Respirationstraktes (Vierhout et al. 1995; Hopstaken et al. 2003). Als ein Vorreiter der Versorgungsforschung gilt die bereits im Jahre 1981 im Lancet publizierte Studie über das Therapiemanagement von akuter Otitis Media bei Kindern (Buchem et al. 1981). Auch Forschungsprojekte aus dem deutschsprachigen Raum lieferten bereits zahlreiche relevante Ergebnisse. Hierfür werden beispielhaft vier Studien erwähnt. Die symptomatische Therapie mit Ibuprofen wurde im Vergleich zur antibiotischen Therapie mit Ciprofloxacin im Rahmen eines „comparative effectiveness trial“ untersucht (Bleidorn et al. 2010). Eine weitere Studie lieferte Resultate zu einer angepassten Diagnostik bei Brustschmerz-Symptomatik im Niedrigprävalenz-Bereich (Bösner et al. 2010). Eine andere Untersuchung erforschte den therapeutischen Nutzen eines effektiven Therapie-Managements bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (Peters-Klimm et al. 2010). Ferner verglich eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie die Therapie mit Ibuprofen und Fosfomycin bei Frauen mit unkomplizierter Blasenentzündung (Gágyor et al. 2015).

1.2 Forschungspraxen-Netzwerk und Ausbildung

Das erworbene Wissen aus diesen Studien ist eine unentbehrliche Grundlage für die Verbesserung der Versorgungssituation im Gesundheitswesen. Die für diese Art von systematischer Forschung notwendigen multizentrischen Studien setzen Strukturen im Sinne eines Forschungspraxen-Netzwerkes voraus. Das aufwendige Studiendesign einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie verlangt eine gute Organisationsstruktur und den Einsatz kompetenten Personals. Obwohl HA oft ein großes Interesse an Forschung zeigen,

gestaltet sich die Gründung oft schwierig und es zeigen sich oft Hürden in der konkreten Umsetzung (Piccoliori et al. 2011; Rossi et al. 2006). Die Koppelung eines Forschungspraxen-Netzwerkes an ein universitäres Institut erweist sich in der Praxis als überaus hilfreich und unterstützend. Darüber hinaus ist dies von den meisten Ärztinnen und Ärzten auch erwünscht (Bleidorn et al. 2014), da die Zusammenarbeit den organisatorischen Aufwand erheblich reduziert und zu einer höheren Teilnahmequote führt (Güthlin et al. 2012).

Zusätzlich spielen die Aus- und Weiterbildungen der HA eine wesentliche Rolle. In einer deutschen Studie konnte die Notwendigkeit der systematischen Ausbildung von HA zu wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bereits gezeigt werden (Peters-Klimm et al. 2012). Allerdings muss die Fortbildung unter Berücksichtigung der Guten Klinischen Praxis (Good Clinical Practice) (Joos et al. 2012) an die Bedürfnisse der HA angepasst sein (Gágyor et al. 2013). Wissenschaftliche Tätigkeit sollte idealerweise bereits in der Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/in integriert sein. Bislang gestaltet sich dies aufgrund mangelnder Anrechenbarkeit als schwierig und basiert größtenteils auf Freiwilligkeit (Kötter et al. 2014).

1.3 Forschungspraxen-Netzwerke International

Die Forschung in Hausarztpraxen erlebt international einen Aufschwung. Einige Länder dürfen bereits auf langjährige Erfahrung zurückblicken und besitzen eine gute universitäre Infrastruktur gepaart mit einem stabilen hausärztlichen Forschungspraxen-Netzwerke. Zu diesen Vorreitern gehören England, die Niederlande und die USA (UKCRN n.d.; CARE n.d.; Peterson et al. 2012; De Maeseneer & van Weel 2001). Weitere gut strukturierte Forschungspraxen-Netzwerke haben sich in jüngster Zeit in Schottland, Irland, Australien, Norwegen und Kanada etabliert (IPCTN n.d.; SPCRN n.d.; PHCRIS n.d.; Rørtveit 2014; UTOPIAN n.d.). Andere Länder folgen diesem Beispiel und sind bereits am Planen und Umsetzen der ersten Schritte in Richtung Forschung in der Grundversorgung.

Eine umfassende Ausführung über die weltweite Dynamik der Versorgungsforschung ist im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht möglich. Um annähernd eine Vergleichbarkeit zur österreichischen Situation zu schaffen, werden exemplarisch die wichtigsten nationalen Entwicklungen der primärärztlichen Versorgungsforschung in Europa vorgestellt.

1.3.1 Deutschland

In den achtziger Jahren entstanden in Deutschland die ersten Lehrstühle für Allgemeinmedizin. 2014 hatten bereits 75 % aller medizinischen Fakultäten einen Lehrstuhl oder eine Abteilung für Allgemeinmedizin (Kochen 2013). Heute gibt es bereits zahlreiche von den universitären Instituten akkreditierte Lehr- und Forschungspraxen (Hummers-Pradier et al. 2014). 2002 bis 2011 unterstützte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Versorgungsforschung mit fachspezifischen Förderprogrammen. Aufgrund dieser Förderung stieg die Anzahl der Publikationen im letzten Jahrzehnt stark an (Schneider et al. 2012).

2014 entwickelten die „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) in Kooperation mit dem DFG-geförderten Netzwerk „Klinische Studien in der Allgemeinmedizin“ eine Stellungnahme betreffend Ziele, Strukturen, Umsetzung und Kosten eines deutschlandweiten Forschungspraxen-Netzwerkes. Laut dem Positionspapier werden in Deutschland mehr als 80 % aller Patientinnen und Patienten ambulant behandelt. Dennoch fehlen bislang „wissenschaftlich hochwertige überregionale Studien im ambulanten Setting.“ (Gágyor et al. 2014) In Heidelberg, Frankfurt, Düsseldorf/Witten, Marburg, Hamburg und Hannover/Göttingen gibt es bereits gut strukturierte Forschungspraxen-Netzwerke (Bleidorn et al. 2014).

1.3.2 Großbritannien / Schottland

Der Beginn der Versorgungsforschung war in Großbritannien mit großen Startschwierigkeiten verbunden. Seit den achtziger Jahren gab es mehrere Anläufe und Umstrukturierungen von Forschungspraxen-Netzwerken (Shaw & Greenhalgh 2008). Mittlerweile schneidet Großbritannien laut einer bibliometrischen Analyse von Australien, Kanada, Deutschland, den Niederlanden und Großbritannien als führende Nation in Punkto Versorgungsforschung ab (Glanville et al. 2011). In den letzten 10-15 Jahren konnte sich das „Scottish Primary Care Research Network“ (SPCRN n.d.) gut etablieren. Große Förderprogramme haben zu einer stabilen Netzwerkstruktur beigetragen. Zwei Drittel aller schottischen Hausarztpraxen beteiligen sich regelmäßig an der Forschung. In Summe werden zwei bis drei umfangreiche randomisierte kontrollierte klinische Studien pro Jahr publiziert und tragen so zu einer verbesserten Versorgungssituation bei (Sullivan et al. 2014). Zum Beispiel führte eine viel beachtete schottische Studie aus dem New England Journal of

Medicine zu einem veränderten Therapiemanagement der Fazialis-Lähmung (F. M. Sullivan et al. 2007).

1.3.3 Die Niederlande

„Das Gesundheitssystem der Niederlande gilt als eines der effizientesten und fortschrittlichsten der Welt mit Vorbildcharakter bei der Umsetzung von Reformen in anderen Ländern.“ (Grunenberg 2003) Die progressive und visionäre Haltung schlägt sich in den Niederlanden auch in der Versorgungsforschung nieder. Seit Mitte der neunziger Jahre gibt es regionale Forschungspraxen-Netzwerke. Mittlerweile haben sie sich zu einem Netzwerk verbunden, um gemeinsam mehr Gewicht in der Forschungs-Landschaft zu haben und größere Projekte bewältigen zu können. „Netherlands School of Primary Care Research“ ist ein Zusammenschluss von vier universitären Standorten. Jeder Standort umfasst zahlreiche Institute, die vereint in der Versorgungsforschung tätig sind (CARE n.d.). Jedes allgemeinmedizinische Institut betreibt ein eigenes Forschungspraxen-Netzwerk. Als Beispiel sei das Institut für Family Medicine in Maastricht zu erwähnen. Dieses unterscheidet wiederum zwischen drei verschiedenen Netzwerken für HA. Das „Registration Network“ bietet die Gelegenheit im Forschungskontext erste Erfahrungen zu sammeln. Die ungefähr 65 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden für jedes Projekt erneut angefragt. Das „Affiliated Network“ besteht aus forschungsaktiven HA und arbeitet bereits mit besseren Strukturen. Die Forschung ist hier verpflichtend und etliche der Teilnehmenden engagieren sich auch in der universitären Lehre. Den inneren Kern bildet das „Academic Network“. Alle fünf Jahre wird dessen Tätigkeit neu evaluiert. Es besteht aus 25 Forschungspraxen, beteiligt sich maßgeblich an der universitären Lehre und verlangt intensive Forschungstätigkeit. Ein akademischer Titel ist hierfür Voraussetzung (FM-Maastricht n.d.).

1.3.4 Schweiz

In den achtziger und neunziger Jahren gab es Versuche die Forschung in der Primärversorgung institutionell zu verankern. 2004 gab die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ihre „Empfehlung zur Förderung der Forschung in der Grundversorgung“ ab. Darin wurde der Hausarztmedizin ein eigenes Forschungsfeld zugesprochen (Niederer 2007). Im selben Jahr wurde das Institut für Hausarztmedizin in Basel gegründet. Die ersten Forschungsprojekte starteten im März 2005 im „Netzwerk Forschung in der Hausarztpraxis Basel“ mit dem thematischen Schwerpunkt „Aus der Praxis für die Praxis“ (Tschudi et al. 2005). In den Jahren 2005 bis 2008 wurden vier weitere In-

stitute für Hausarztmedizin gegründet: Bern, Genf, Lausanne und Zürich. In einem Interview aus dem Jahr 2011 gaben alle Institutsvorsteher an, mehr in Ausbildung, Forschung und Lehre investieren zu wollen (Schaufelberger et al. 2011).

1.4 Forschungspraxen-Netzwerk in Österreich

In Österreich hat die hausärztliche Forschung noch keine lange Tradition. Ein universitäres Institut für Allgemeinmedizin gibt es in Salzburg seit 2006 (PCU n.d.). Im Jänner 2015 eröffnete ein weiteres Institut in Graz (IMAEV n.d.). Eine Abteilung für Allgemeinmedizin befindet sich in Wien seit 1991 (MUW n.d.). In Innsbruck wird die universitäre Lehre durch die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin organisiert (TGAM n.d.).

Neben den Vertretungsorganen an den Universitäten ist die „Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin“ (ÖGAM) maßgeblich an der Förderung der Allgemeinmedizin in Wissenschaft und Praxis beteiligt (ÖGAM n.d.). Ein flächendeckendes und zentral organisiertes Forschungspraxen-Netzwerk gibt es in Österreich allerdings nicht. Dies führt dazu, dass bislang durchgeführte Studien nur in lokalen Netzwerken stattfinden konnten. Aus der Erfahrung in Deutschland ist bekannt, dass unter diesen Umständen die Planung mit einem großen organisatorischen Aufwand verbunden ist, da forschungswillige Praxen stets neu rekrutiert und eingeschult werden müssen (Güthlin et al. 2012; Bleidorn et al. 2012).

2 Fragestellung

Bislang fand in österreichischen allgemeinärztlichen Praxen kaum Forschungsarbeit statt. Durch die teilweise fehlende akademische Vertretung der Allgemeinmedizin an den Universitäten gab es auch keine übergeordnete Stelle und somit keinen klaren Forschungsauftrag. Nach Gründung des Grazer Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung im Jänner 2015 soll es in Zukunft möglich sein, versorgungsforschungsrelevante Themen unter Einbeziehung der praktisch tätigen Allgemeinmediziner/innen in der Steiermark zu bearbeiten.

In dieser Studie soll daher untersucht werden, wie viele der steirischen Allgemeinmediziner/innen an der Forschung in ihrem Gebiet interessiert sind, wie sie soziodemografisch beschaffen sind, welche hemmenden und motivierenden Faktoren für die Forschung vorherrschen und welche Forschungsthemen aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte relevant sind. Zusätzlich soll anhand ausgewählter soziodemografischer Parameter die Gruppe der Forschungsinteressierten näher beschrieben werden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu dienen, in der Steiermark ein Forschungspraxen-Netzwerk zu gründen. Darüber hinaus sollen durch Stärkung der motivierenden und Reduktion der hemmenden Faktoren und Fokussierung auf die für die HA relevanten Fragestellungen eine rege Teilnahme an zukünftigen Forschungsprojekten erreicht werden.

3 Material und Methoden

3.1 Studiendesign und Ablauf

Im Rahmen einer bundeslandweiten Querschnittserhebung wurden alle niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen der Steiermark (N = 1015) unter Zuhilfenahme eines selbstentwickelten und standardisierten Fragebogens befragt. Die Adressenliste wurde von der Ärztekammer für Steiermark zur Verfügung gestellt. Die Studie ist ein Projekt des IAMEVs.

Alle Ärztinnen und Ärzte erhielten eine postalische Aussendung mit einem gedruckten Fragebogen, wobei alternativ auch eine Online-Beantwortung möglich war. Die Versandkosten trug die Stabstelle Marketing und Kommunikation der Medizinischen Universität Graz. Die Aussendung geschah am 22.05.2015 und beinhaltete den dreiseitigen Fragebogen und ein einseitiges Begleitschreiben der Instituts-Leitung. Nach zwei Wochen wurde am 05.06.2015 ein Erinnerungsanschreiben an alle Ärztinnen und Ärzte gesandt. Alle Rücksendungen bis 31.07.2015 flossen in die Datenerhebung ein.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Alle Teilnehmenden waren HA mit dem Tätigkeitssitz in der Steiermark. In die Auswertung flossen alle Fragebögen ein, die bis zum 31.07.2015 per Fax oder Post retourniert oder online ausgefüllt wurden.

Ausgeschlossen wurden grob unvollständig ausgefüllte Fragebögen, die trotz telefonischer Erinnerung nicht komplettiert wurden und grob unvollständig ausgefüllte anonymisierte Fragebögen. Bei der Beantwortung des Fragebogens war es legitim einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Als grob unvollständig wurden daher nur solche Fragebögen gewertet, bei denen eine oder mehrere Seiten fehlten. Doppelt retournierte Fragebögen wurden als einmalig ausgefüllter Fragebogen gewertet.

3.3 Fragebogen als Erhebungsinstrument

Die standardisierte Befragung erfolgte mittels eines strukturierten Fragebogens. Dieser war schriftlich oder online zu beantworten und gewährleistete die Möglichkeit zur Anonymisierung. Der Fragebogen war so konzipiert, dass er innerhalb von 15-20 Minuten aus-

gefüllt werden konnte. Der verwendete Fragebogen, das Begleitschreiben und das Erinnerungsschreiben finden sich im Anhang.

3.3.1 Entstehung des Fragebogens

Ende April 2015 wurde vom IAMEV ein vorläufiger Fragenpool erstellt. Als Grundlage dienten publizierte Erfahrungswerte aus bereits im Ausland durchgeführter Befragungen. Ein Schwerpunkt wurde auf Erhebungen aus Deutschland (Peters-Klimm et al. 2012; Kötter et al. 2014), Schweiz (Rossi et al. 2006) und Südtirol (Piccoliori et al. 2011) gelegt. Die Ergebnisse aus diesen Studien wurden als Ausgangspunkt herangezogen und im weiteren Hergang adaptiert. Im Verlauf eines Pilotierungsprozesses fanden fünf einzeln geführte qualitative Interviews mit fünf Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern statt. Die Fragen wurden dabei auf Relevanz, Verständlichkeit und Prägnanz untersucht. Diese Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Nach der Transkription wurden die Tonbandaufzeichnungen gelöscht. Aufgrund der Interviews wurde der Fragebogen anschließend adaptiert. Im Anhang befindet sich der vollständige Fragebogen.

3.3.2 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus drei Abschnitten, 13 Fragestellungen, 64 Items und sechs Freitextfeldern. Der erste Abschnitt umfasste sieben Fragestellungen zu soziodemografischen Daten und Angaben zur allgemeinmedizinischen Ordination. Der zweite Abschnitt beinhaltete fünf Fragestellungen zum allgemeinen und spezifischen Forschungsinteresse. Der dritte Abschnitt stellte die Möglichkeit zur Bekanntgabe der Kontaktdaten zur Verfügung, falls weitere Zusammenarbeit erwünscht war.

3.3.3 Abschnitt 1 des Fragebogens - Angaben zur Person und Praxis

Die Erhebung der soziodemografischen Daten fand sich gleich zu Beginn des Fragebogens, um einen einfachen Einstieg zu ermöglichen. Hier wurden mittels dichotomer Fragestellung Angaben zu Geschlecht, aufrechten Kassenverträgen, Angestellten in der Ordination und speziellen Ordinationsschwerpunkten erhoben. Die Frage nach einem Ordinationsschwerpunkt bot zusätzlich die Möglichkeit in Form eines Freitextes zu antworten.

Angaben zu Lebensalter, Einwohnerzahl des praktizierenden Ortes und Regelfällen pro Quartal wurden mittels Eingruppierungs-Fragen erhoben. Die Einteilung in definierte Wertebereiche stellte jeweils zwischen vier und fünf Antwortmöglichkeiten zur Auswahl.

3.3.4 Abschnitt 2 des Fragebogens – Forschung in der Praxis

Ein einleitender Satz beschrieb die Zielsetzung des IAMEVs, mit den steiermärkischen allgemeinmedizinischen Ordinationen ein Forschungspraxen-Netzwerk aufzubauen. Daraufhin wurde mittels dichotomer Fragestellung die allgemeine Bereitschaft zur Mitwirkung an Forschungsprojekten eruiert.

Die persönliche Motivation an wissenschaftlicher Forschung in der AM-Praxis wurde mittels zehn dichotomer Fragen und zusätzlicher Freitext-Möglichkeit erhoben. Die Antwortmöglichkeiten umfassten:

1. Einbringen eigener Forschungsideen
2. Aufbauend auf den Ergebnissen könnte die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten verbessert werden
3. Persönlicher Wissensgewinn
4. Bearbeitung für die Allgemeinmedizin relevanter Fragestellungen
5. Gewinnung von Evidenz mit praktischer Relevanz
6. Interesse an Forschungsfrage
7. Aufwertung der Allgemeinmedizin
8. Entstehung neuer Kontakte zu anderen Ärztinnen und Ärzten, Berufsgruppen und der Medizinischen Universität durch die Teilnahme an Forschungsprojekten
9. Mitgestaltung an der Entwicklung des Fachgebietes für die nächsten Jahre/Jahrzehnte
10. Neue Herausforderung

Die hemmenden Faktoren für eine Teilnahme als Forschungspraxis wurden mittels vier dichotomer Fragen und zusätzlicher Freitext-Möglichkeit erhoben. Die Antwortmöglichkeiten umfassten:

1. Zeitmangel
2. Bürokratischer Aufwand

3. Mangel an Hilfspersonal
4. Finanzielle Aspekte (fehlende oder geringe Aufwandsentschädigung)

Zwei weitere Fragen mit Freitext-Möglichkeiten boten die Gelegenheit zum aktiven Einbringen eigener Forschungsfragen des persönlichen Interesses und der Kundgabe sonstiger relevanter Anmerkungen.

3.3.5 Abschnitt 3 des Fragebogens – Kontaktdaten

Name, Wohnort und Emailadresse konnten bei Interesse an zukünftiger Zusammenarbeit angegeben werden. Dies erfolgte ausschließlich freiwillig und hatte für die statistische Auswertung des Fragebogens keine Relevanz.

3.4 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte unterstützt durch „Statistical Product and Service Solutions“ (SPSS) mittels deskriptiver Methoden. Die Angaben zur Person und Praxis und zu motivierenden- und hemmenden Faktoren wurden jeweils als eigene Dimension betrachtet. Um die Zusammenhänge zwischen dem Forschungsinteresse und der Bewertung der Dimensionen zu untersuchen, wurden ausgewählte Dimension mit der Variable „Forschungsinteresse“ korreliert und deskriptiv ausgewertet.

3.5 Bewertung der Forschungsfragen

Die von den HA formulierten Forschungsfragen wurden nach thematischen Zusammenhängen geordnet und in Gruppen zusammengeführt. Einzelne Forschungsfragen, die keiner Thematik zugeordnet werden konnten, wurden der Rubrik „Sonstiges“ zugeteilt.

4 Ergebnisse I

In diesem Kapitel werden die Rücklaufquote, die soziodemografischen Angaben zu Person und Praxis, das Forschungsinteresse, die fördernden- und hemmenden Faktoren, die Forschungsfragen und die allgemeinen Anmerkungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte beschrieben.

4.1 Rücklaufquote

Von insgesamt 1015 ausgesandten Fragebögen wurden 29 online und 113 per Post oder Fax retourniert. Schlussendlich flossen nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien 135 Fragebögen in die Auswertung ein. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 13,3 %.

Von den 142 erhaltenen Antworten wurden sieben aus der Bewertung ausgeschlossen. Ein grob unvollständig ausgefüllter Fragebogen wurde nach zusätzlich telefonischer Erinnerung von der Bewertung ausgeschlossen. Ein weiterer Fragebogen war unleserlich und wurde somit als grob unvollständig betrachtet. Trotz telefonischer Bitte und erneuter Zusendung des Fragebogens wurde keine Ergänzung der unleserlichen Bereiche eingereicht. Ein Fragebogen wurde sowohl per Post retourniert als auch online ausgefüllt und wurde somit als ein Fragebogen gewertet. Zwei Fragebögen wurden rund drei Wochen nach der Frist am 31.07.2015 zugesandt und flossen nicht in die Auswertung ein.

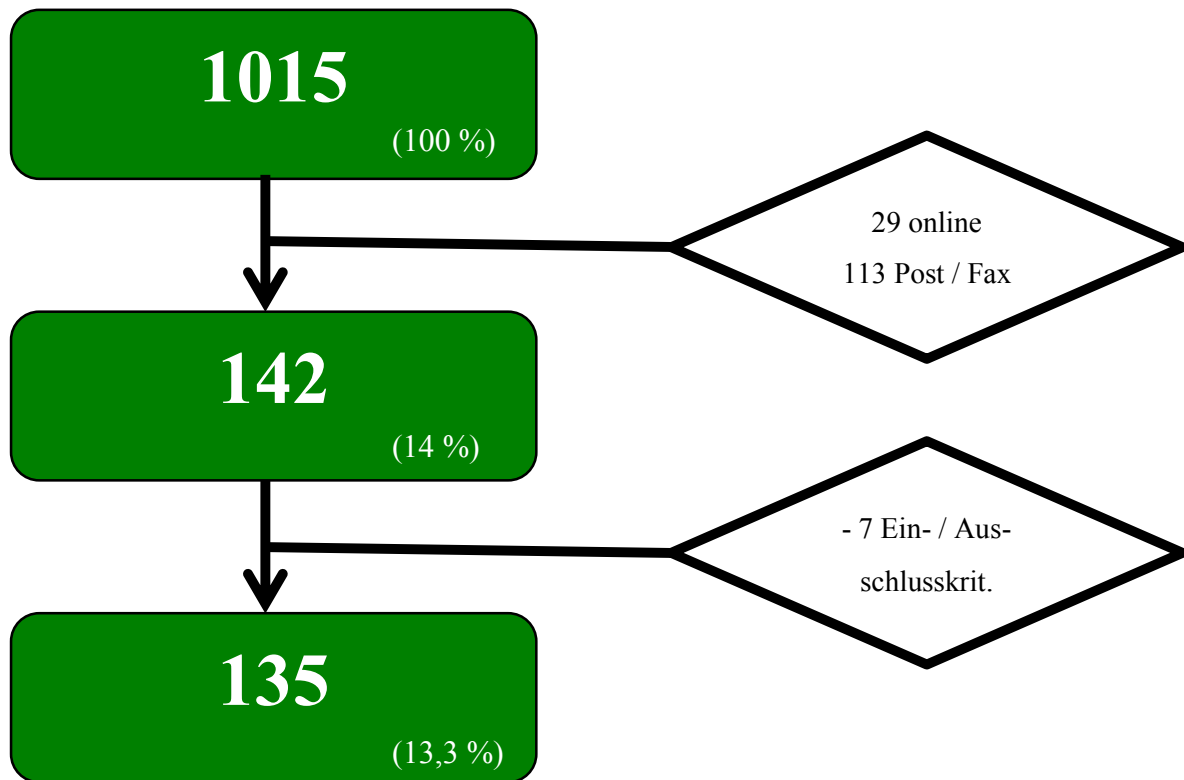


Abbildung 2: Flussdiagramm der Rücklaufquote

4.2 Angaben zu Person und Praxis

4.2.1 Geschlecht

Von den 135 teilnehmenden HA waren 96 männlich und 39 weiblich. Dies entspricht einer Verteilung von 71,1 % zu 28,9 %.

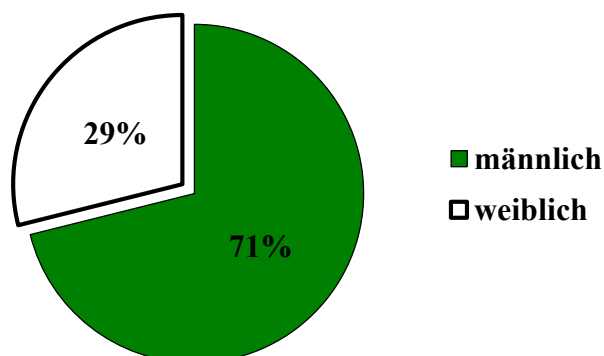


Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmenden in %

Von den in Summe 1015 ursprünglich kontaktierten HA waren 561 Männer und 454 Frauen. Dies entspricht einer Verteilung von 55,3 % zu 44,7 %.

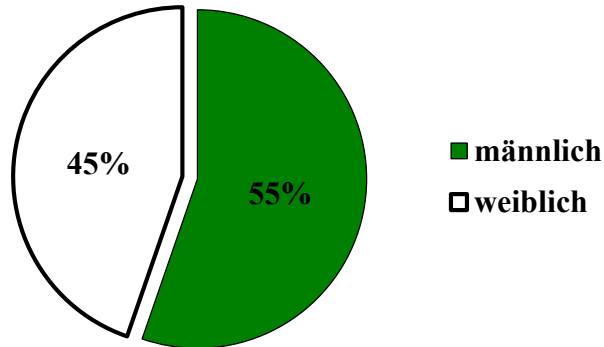


Abbildung 4: Geschlechterverteilung aller kontaktierten Hausärztinnen und Hausärzte in %

4.2.2 Alter

Mit 43 % war die Altersgruppe zwischen 56 und 65 Jahren am stärksten vertreten. Die beiden Randgruppen, unter 35 Jahren und über 65 Jahren, machten zusammen mit knapp 12 % den geringsten Teil der Studienteilnehmenden aus. Die restlichen beiden Altersgruppen bestanden aus rund 45 % der HA, wobei die Gruppe der 46 bis 55-Jährigen etwa 27 % ausmachte und die der 36 bis 45 gegen 18 %.

Tabelle 1: Altersverteilung der Studienteilnehmenden

Altersgruppe	Anzahl absolut (%)
unter 35 Jahre	11 (8,1 %)
36 - 45 Jahre	24 (17,8 %)
46 - 55 Jahre	37 (27,4 %)
56 – 65 Jahre	58 (43 %)
über 65 Jahre	5 (3,7 %)

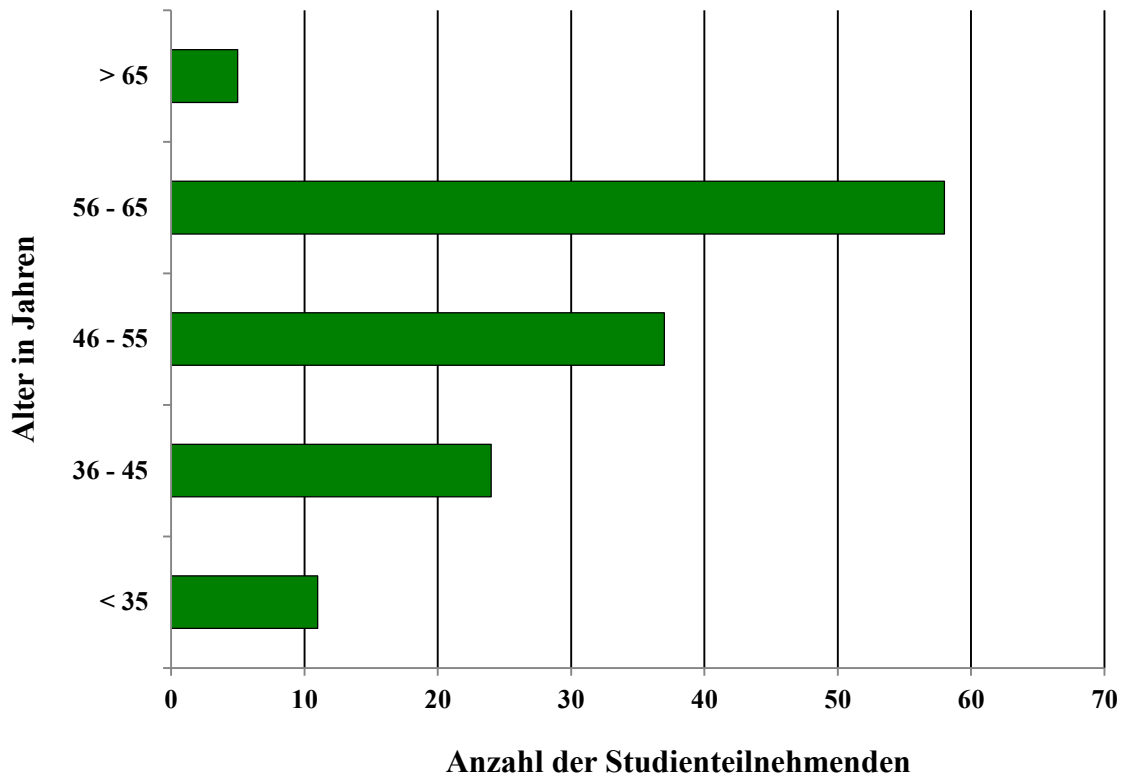


Abbildung 5: Altersverteilung der Studienteilnehmenden

4.2.3 Aufrechte Kassenverträge und derzeitige Tätigkeit

Zwischen 80 und 85 % der befragten HA hatten mindestens einen aufrechten Kassenvertrag bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse oder bei den kleinen Kassen. Gegen 16 % waren als Wahlärzte tätig. Der Prozentsatz der Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte^(a) betrug etwa 8 %. Knapp 12 % betätigten sich zusätzlich oder ausschließlich als Vertretungsärztinnen und Vertretungsärzte.

^(a) Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte sind z.B. ausschließlich Gutachter/innen oder Praxisvertreter/innen, sowie eventuell Schul-, Betriebs- oder Notärztinnen und Notärzte ohne notwendiger eigener Ordinationsstätte.

Tabelle 2: Aufrechte Kassenverträge und derzeitige Tätigkeit der Studienteilnehmenden

Kassenvertrag / Arbeitsstatus	Ja	Nein
GKK §2	109 (80,7 %)	26 (19,3 %)
Kleine Kassen BV, SVA, KFA, VA, SVB	114 (84,4 %)	21 (15,6 %)
Wahlärztin/arzt	22 (16,3 %)	113 (83,7 %)
Wohnsitzärztin/arzt	11 (8,1 %)	124 (91,9 %)
Vertretungsärztin/arzt	16 (11,9 %)	119 (88,1 %)

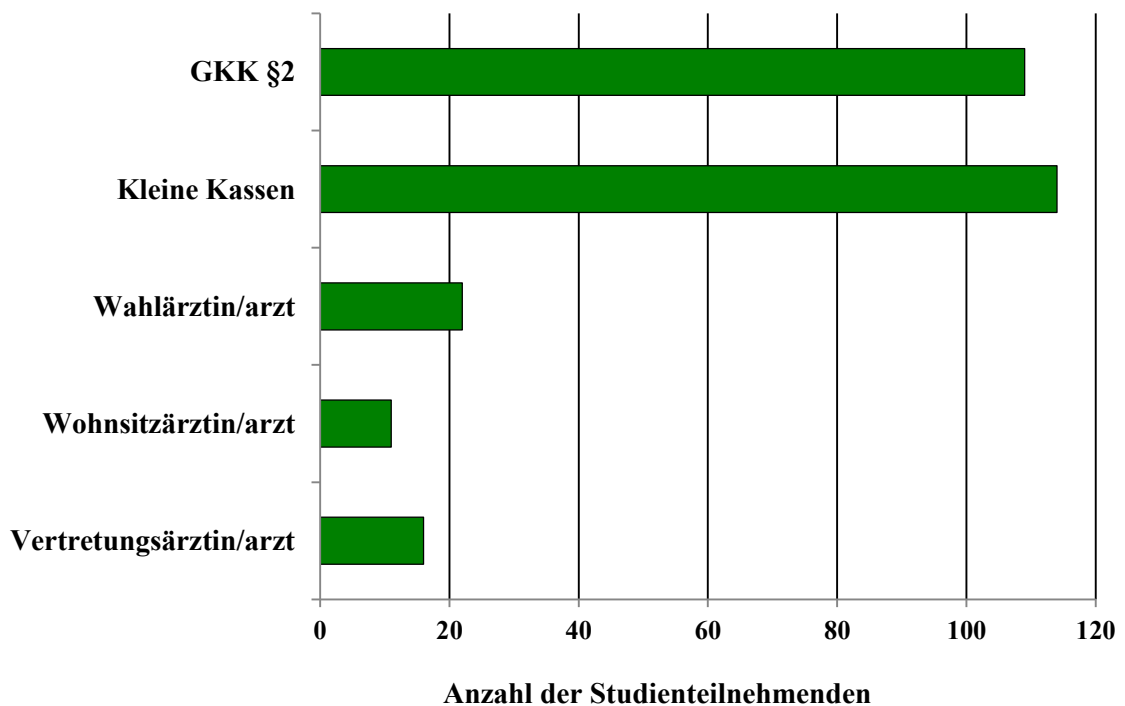


Abbildung 6: Aufrechte Kassenverträge und derzeitige Tätigkeit der Studienteilnehmenden

4.2.4 Angestellte in der Ordination

133 HA gaben an, Angestellte in der eigenen Ordination zu haben. Die überwiegende Mehrheit mit 90 % hatte eine Ordinationsassistentin. Im Vergleich hatten rund 25 % entweder zusätzlich oder ausschließlich diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angestellt. Gut 36 % beschäftigten eine/einen Sekretär/in und weitere 36 % gaben an, andere Angestellte in der Ordination zu haben.

Tabelle 3: Anzahl der Angestellten in der Ordination

Angestellte	Ja	Nein
Ordinationsassistent/in	120 (90,2 %)	13 (9,8 %)
DGKS/DGKP	34 (25,6 %)	99 (74,4 %)
Sekretär/in	48 (36,1 %)	85 (63,9 %)
Andere	48 (36,1 %)	85 (63,9 %)

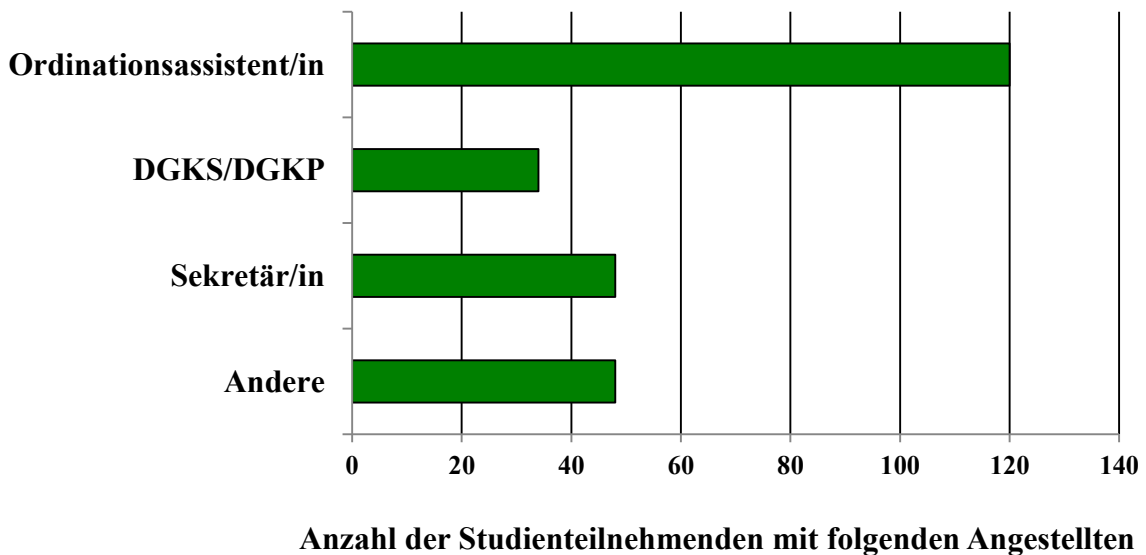


Abbildung 7: Angestellte in der Ordination

Die Dimension „andere Angestellte“ umfasste 55 angestellte Personen von 48 HA. Der Großteil der Anstellungen fiel in den Tätigkeitsbereich der Reinigung und Sauberkeit mit 29 Angestellten. Weitere sieben HA beschäftigten Masseurinnen und Masseure in der Ordination. Die restlichen Angaben umfassten vier Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, drei Medizinisch-Technische-Fachkräfte und weitere Berufsfelder, die in **Tab. 4** ersichtlich sind.

Tabelle 4: Andere Angestellte in den Hausarztpraxen

Andere Angestellte	Anzahl
Reinigungskraft	29
Heilmasseur/in	7
Physiotherapeut/in	4
MTF	3
Student/in	2
Chauffeur/in	1
Diätologin und Diätologe	1
EDV-Beauftragte/r	1
Ersatzkraft für Assistent/in	1
Fußpfleger/in	1
Laborant/in	1
Ordinationsmanager/in	1
Psychotherapeut/in	1
Turnusärztin und Turnusarzt	1
Vertretungsärztin und Vertretungsarzt	1

4.2.5 Einwohnerzahl

134 HA beantworteten die Frage nach der Einwohnerzahl des Ortes, in denen sich die Ordination befand. Knapp mehr als die Hälfte (50,7 %) der antwortenden HA betrieben ihre Ordination in einer ländlichen Gegend ^(b), der Großteil von ihnen in einem Ort mit nur 1.000 bis 4.999 Einwohnerinnen und Einwohnern. 23,9 % der praktizierenden HA hatten ihre Ordination in einer Mittel- oder Großstadt ^(c). Am schwächsten vertreten waren HA in Orten mit einer Einwohnerzahl zwischen 10.000 und 29.999 Personen.

^(b) Als ländliche Gegend werden hier Orte bis zu maximal 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bezeichnet.

^(c) Als Großstadt werden hier Orte mit mehr als 30.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bezeichnet.

Tabelle 5: Einwohnerzahl der Orte der Ordinationen

Einwohnerzahl	Anzahl absolut (%)
unter 1.000	5 (3,7 %)
1.000 – 4.999	63 (47 %)
5.000 – 9.999	22 (16,4 %)
10.000 – 29.999	12 (9 %)
über 30.000	32 (23,9 %)

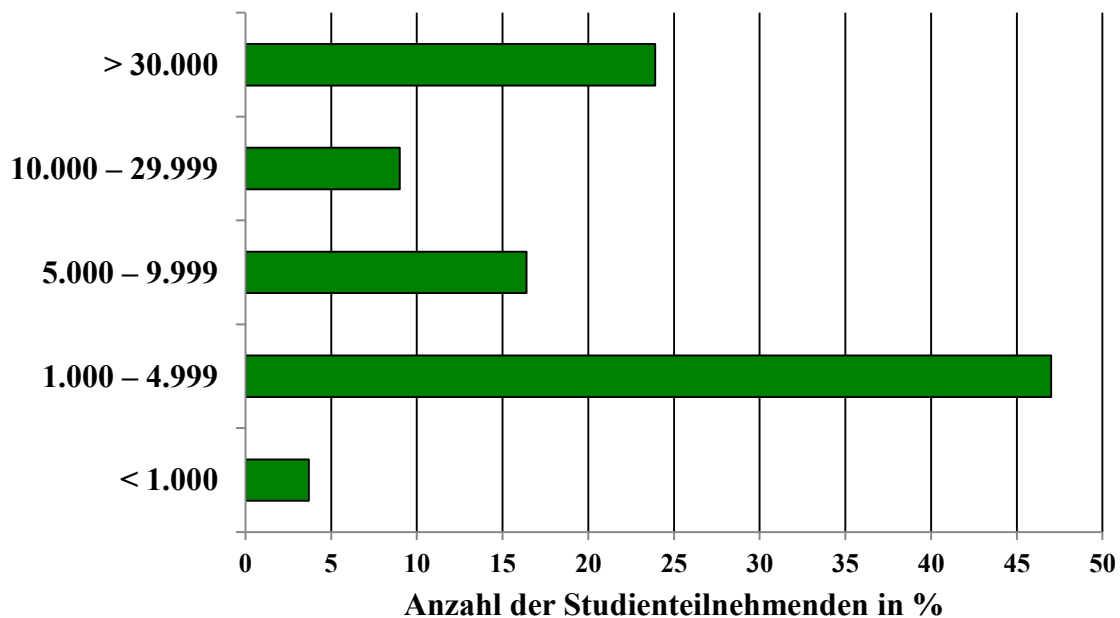


Abbildung 8: Einwohnerzahl der Orte der Ordinationen

4.2.6 Durchschnittliche Regelfälle

128 HA beantworteten die Frage nach der Anzahl der durchschnittlichen Regelfälle („Scheine“) pro Quartal bezogen auf alle Kassen. Fast die Hälfte aller Befragten führten eine Ordination mit im Schnitt zwischen 1.001 und 1.500 Scheinen pro Quartal. Ein weiterer deutlicher Prozentsatz von 23,4 % führte Praxen mit über 1.500 Regelfällen pro Quartal. Die anteilmäßig kleinste Gruppe an HA mit 10,2 % waren jene mit unter 500 Scheinen pro Quartal. 18,8 % gaben an, ihre Ordination mit zwischen 500 und 1.000 Regelfällen pro Quartal zu führen.

Tabelle 6: Anzahl der durchschnittlichen Regefälle

Regefälle	Anzahl absolut (%)
unter 500	13 (10,2 %)
500 – 1.000	24 (18,8 %)
1.001 – 1.500	61 (47,7 %)
über 1.500	30 (23,4 %)

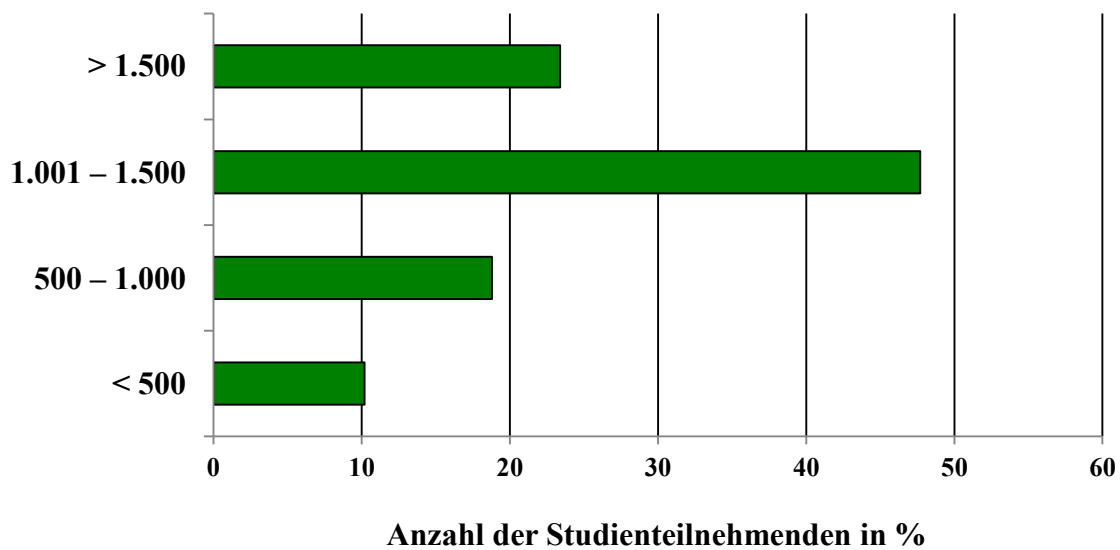


Abbildung 9: Anzahl der durchschnittlichen Regefälle

4.2.7 Ordinationsschwerpunkt

133 HA antworteten auf die Frage nach einem Ordinationsschwerpunkt, wobei 69 (51,9 %) einen Schwerpunkt angaben und 64 (48,1 %) einen solchen verneinten. Von den insgesamt 144 genannten Schwerpunkten führte die Komplementärmedizin mit 17 HA die Nennung gefolgt von der Spezialisierung auf Diabetes mellitus mit 15 HA an. Jeweils acht HA hatten einen Ordinationsschwerpunkt in Manueller Medizin, Orthopädie und Sportmedizin. Schwerpunkte in Ernährungsmedizin, Geriatrie und Psychosozialer-, Psychosomatischer-Medizin folgen mit jeweils sieben HA. Sechs Studienteilnehmende erwähnten Vorsorge-medicin als Fokus ihrer Ordination. Die restlichen Ordinationsschwerpunkte wurden je-weils von weniger als fünf HA angegeben und können in **Abb. 10**, beziehungsweise **Tab. 7** eingesehen werden.

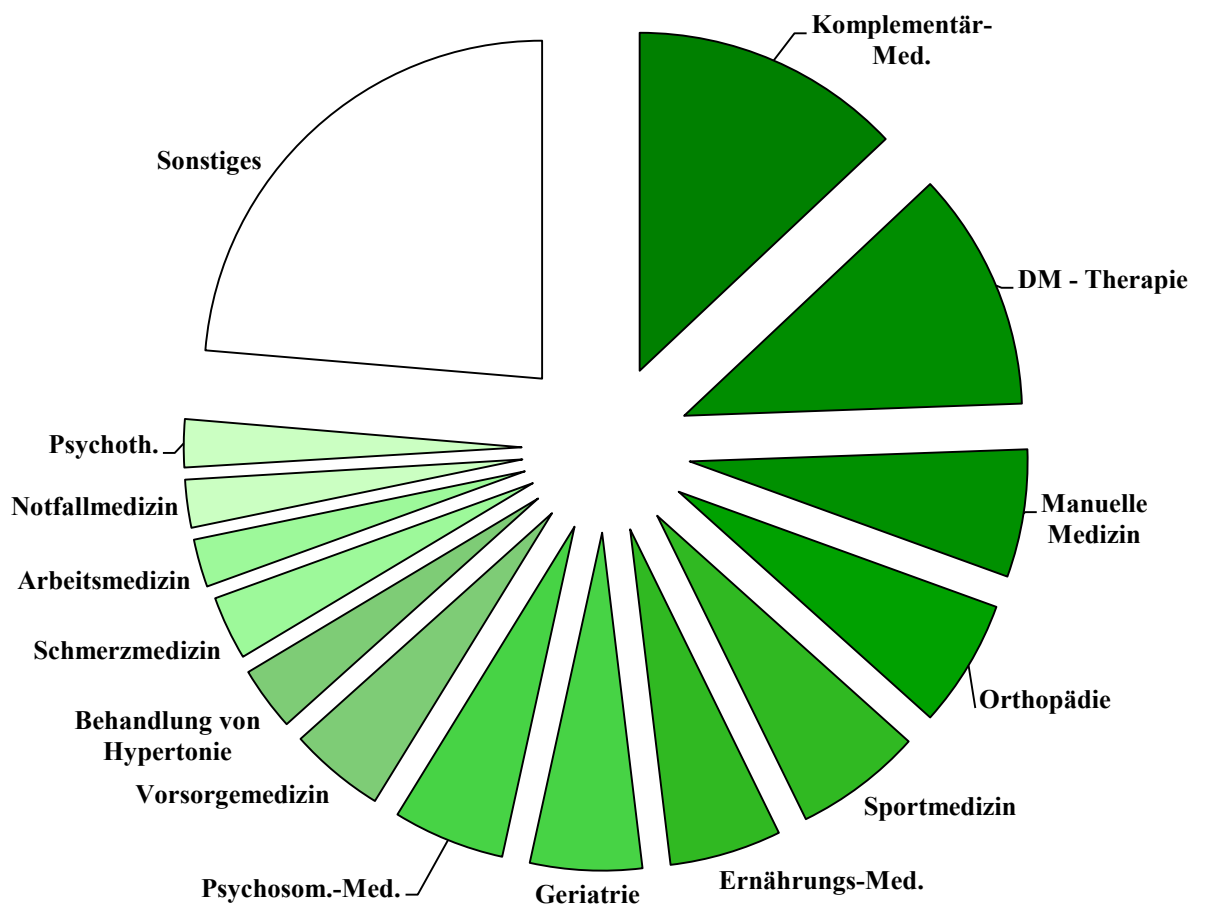


Abbildung 10: Ordinationsschwerpunkte der Studienteilnehmenden

Tabelle 7: Übersicht über die Ordinationsschwerpunkte der Studienteilnehmenden

Schwerpunktsetzung	Anzahl der Antworten
Komplementärmedizin ^(d)	17
➤ Akupunktur	11
➤ Homöopathie	4
➤ Neuraltherapie	3
➤ Orthomolekulare Medizin	3

^(d) Da einzelne Ärztinnen und Ärzte mehrere alternativ- und komplementärmedizinische Bereiche nannten, ergibt sich die Summe nicht aus der Gesamtsumme der Nennungen.

➤ <i>Ozontherapie</i>	2
➤ <i>TCM</i>	2
➤ <i>Anthroposophische Medizin</i>	1
➤ <i>Bachblütenberatung</i>	1
➤ <i>Komplement-Medizin</i>	1
➤ <i>Homotoxikologie</i>	1
➤ <i>Mesotherapie</i>	1
Behandlung von Diabetes Mellitus	15
Manuelle Medizin	8
Orthopädie	8
Sportmedizin	8
Ernährung	7
Geriatric	7
Psychosoziale-, Psychosomatische Medizin	7
Vorsorgemedizin	6
Behandlung von Hypertonie	4
Schmerzmedizin	4
Arbeitsmedizin	3
Notfallmedizin	3
Psychotherapie	3
„Schulmedizin“	3
Innere Medizin	2
Phytotherapie	2
Wundmanagement	2
Ausbildung von Allgemeinmedizinern	1
F5-Gutachten	1

Familien	1
Ganzheitsmedizin	1
Gastroenterologie	1
Gynäkologie	1
Impfberatung	1
Kleine Chirurgie	1
Mutter-Kindpass-Untersuchung	1
Myline Diätberatung	1
Onkologie	1
Unfallchirurgie (konservativ)	1
Pädiatrie	1
Palliativmedizin	1
Physikalische Therapie	1
PSY II	1
Pulmologie	1
Qualitätssicherung	1
Reisemedizin	1
Skenar-Behandlung	1
Sozialmedizin	1
Stoffwechsel	1
Summe	144 ^(e)

4.3 Forschungsinteresse

Von 135 HA waren 106 (78,5 %) prinzipiell bereit, an Forschungsprojekten in der eigenen Ordination teilzunehmen. 29 (21,5 %) HA zeigten daran kein Interesse.

^(e) Einzelne Ärztinnen und Ärzte nannten mehrere Ordinationsschwerpunkte.

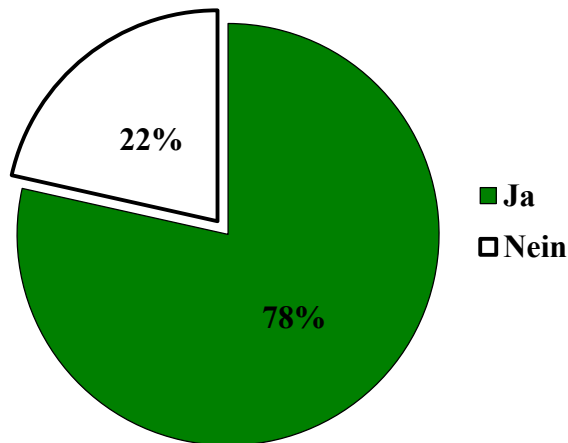


Abbildung 11: Forschungsinteresse der Studienteilnehmenden

4.4 Motivierende Faktoren

124 HA bezogen Stellung zu den motivierenden Faktoren an wissenschaftlicher Forschung in der AM-Praxis. 89 % der HA gaben an für die hausärztliche Forschung motiviert zu sein, um dadurch eine Aufwertung der AM zu bewirken. Weitere rund 86 % hatten einerseits Interesse an persönlichem Wissensgewinn und andererseits an der Verbesserung der Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten. Ungefähr 75 % motivierte es, an für die AM relevante Fragestellungen mitzuarbeiten und Evidenz mit praktischer Relevanz zu gewinnen, neue Kontakte zu anderen Ärztinnen und Ärzten durch Forschungsprojekte herzustellen und an der Entwicklung des Fachgebietes in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mitzuwirken. Mehr als die Hälfte der Befragten HA engagierten sich für wissenschaftliche Forschung aufgrund einer neuen persönlichen Herausforderung und des Interesses an Forschungsfragen. 43 % sahen das Einbringen eigener Forschungsideen als einen motivierenden Faktor.

Tabelle 8: Motivierende Faktoren an wissenschaftlicher Forschung

Motivierende Faktoren	Ja	Nein
Einbringen eigener Forschungsideen	54 (43,5 %)	70 (56,5 %)
Aufbauen auf den Ergebnissen könnte die Versorgungsqualität für unsere Patientinnen und Patienten verbessert werden	107 (86,3 %)	17 (13,7 %)
Persönlicher Wissensgewinn	107 (86,3 %)	17 (13,7 %)
Bearbeitung für die Allgemeinmedizin relevanter Fragestellungen	96 (77,4 %)	28 (22,6 %)
Gewinnung von Evidenz mit praktischer Relevanz	95 (76,6 %)	29 (23,4 %)
Interesse an Forschungsfrage	69 (55,6 %)	55 (44,4 %)
Aufwertung der Allgemeinmedizin	110 (88,7 %)	14 (11,3 %)
Entstehung neuer Kontakte zu anderen Ärztinnen und Ärzten, Berufsgruppen und der Medizinischen Universität durch die Teilnahme an Forschungsprojekten	94 (75,8 %)	30 (24,2 %)
Mitgestaltung an der Entwicklung des Fachgebietes für die nächsten Jahre/Jahrzehnte	93 (75 %)	31 (25 %)
Neue Herausforderung für mich	70 (56,5 %)	54 (43,5 %)

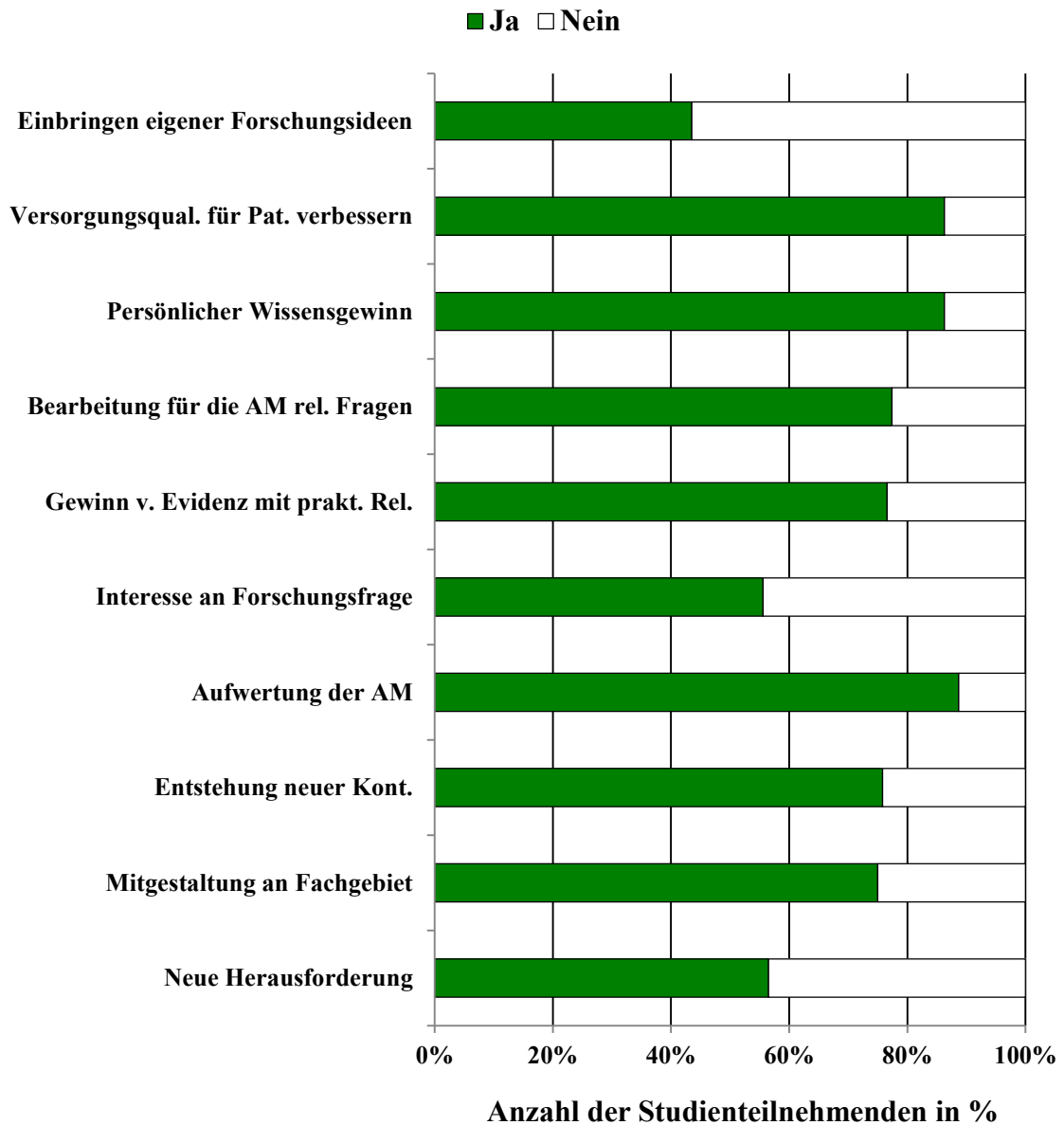


Abbildung 12: Motivierende Faktoren an wissenschaftlicher Forschung

Im Freitextfeld erwähnten fünf HA weitere motivierende Faktoren zur allgemeinmedizinischen Forschung in der eigenen Ordination. Zwei der Antwortenden sahen das Einbringen von Alternativ- und Komplementärmedizinischen Fragestellungen in den Forschungskontext als Motivator. Eine Person betrachtete die aus der Forschung entstehende Qualitätssicherung als persönlichen Anreiz. Für eine weitere Person war die Wertvermittlung der Wichtigkeit der AM an Studentinnen und Studenten ein motivierender Faktor. Und eine Person erwähnte eine private Kooperationsmöglichkeit als persönlichen Gewinn. Der genaue Wortlaut aller Antworten befindet sich im Anhang.

4.5 Hemmende Faktoren

126 der 135 antwortenden HA bezogen Stellung zu den hemmenden Faktoren für eine Teilnahme als Forschungspraxis. Mangelnde Zeit ist mit gut 92 % der größte hemmende Faktor der Befragten. Knapp 82 % sahen im bürokratischen Aufwand eine Hürde zur wissenschaftlichen Forschung in AM-Praxen. Ein wenig mehr der Hälfte, mit rund 56 %, der HA gaben einen Mangel an Hilfspersonal an. Die kleinste Gruppe mit fast 44 % betrachtete eine fehlende oder geringe Aufwandsentschädigung als einen relevanten Hemmfaktor für die Forschung.

Tabelle 9: Hemmende Faktoren an wissenschaftlicher Forschung

Hemmende Faktoren	Ja	Nein
Zeitmangel	116 (92,1 %)	10 (7,9 %)
Bürokratischer Aufwand	103 (81,7 %)	23 (18,3 %)
Mangel an Hilfspersonal	70 (55,6 %)	56 (44,4 %)
Finanzielle Aspekte (fehlende oder geringe Aufwandsentschädigung)	55 (43,7 %)	71 (56,3 %)

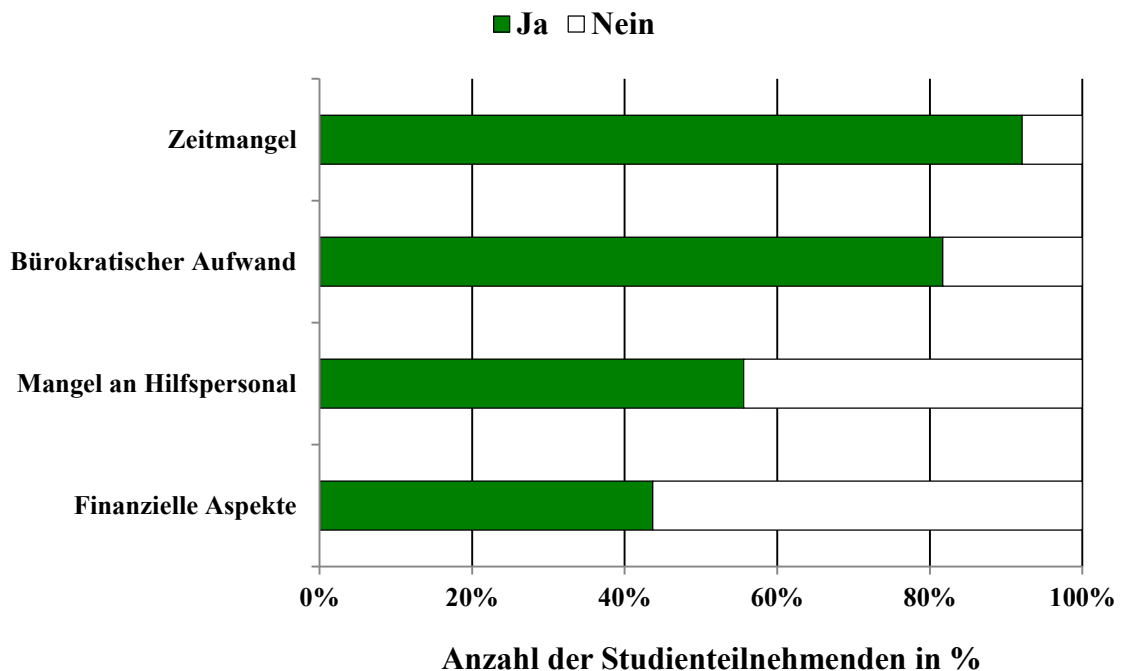


Abbildung 13: Hemmende Faktoren an wissenschaftlicher Forschung

Im Freitextfeld erwähnten zwölf HA weitere hemmende Faktoren zur allgemeinmedizinischen Forschung in der eigenen Ordination. Die Hälfte der Antwortenden sah das persönlich fortgeschrittene Alter und den baldigen Pensionsantritt als einen limitierenden Faktor. Zwei weitere Personen fühlten sich noch zu jung und unerfahren, um Forschung aktiv in der eigenen Praxis zu betreiben. Zwei der Antwortenden konnten sich unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der Versicherungsträger und der politischen Entwicklung keine eigenständige Forschung vorstellen. Auf eine Person traf keine der hemmenden Faktoren zu, da sie sich aktiv in der unentgeltlichen Forschungstätigkeit befand. Der genaue Wortlaut einer weiteren- und aller anderen Antworten befindet sich im Anhang.

4.6 Forschungsfragen

66 HA formulierten 132 für sie interessante und relevante Forschungsfragen. Die meisten ließen sich in Themenbereiche zusammenfassen. Sieben Fragestellungen wurden der Rubrik Sonstiges zugeteilt. Jeweils mehr als zehn Fragen befanden sich in den Clustern: AM im Versorgungssystem, ausgewählte Krankheitsbilder, Komplementärmedizin, Pharmaka und Diagnostik und Therapie in der AM. Die restlichen Kategorien umfassten jeweils weniger als zehn Fragestellungen. Einen Überblick liefern **Abb. 14** und **Tab. 10**. Der genaue Wortlaut aller Antworten befindet sich im Anhang.

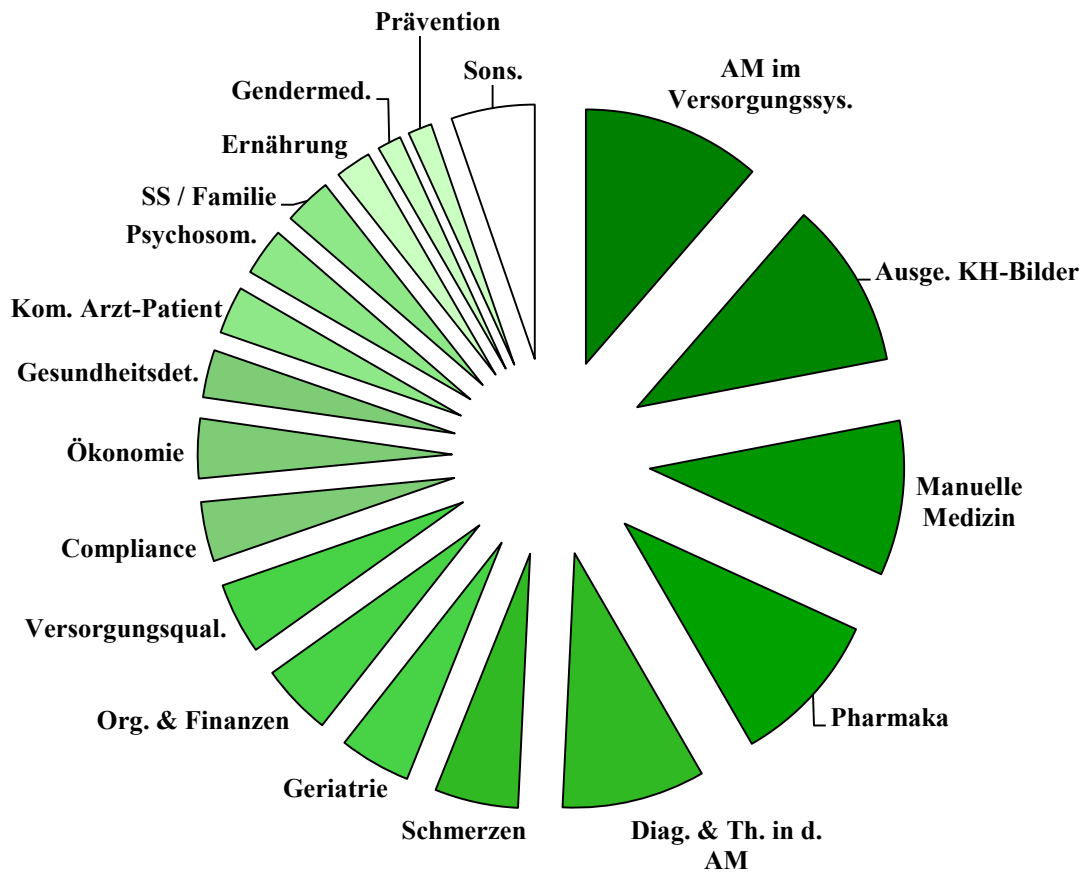


Abbildung 14: Forschungsfragen der Studienteilnehmenden

Tabelle 10: Übersicht der Forschungsfragen der Studienteilnehmenden

Forschungsfragen in Themenbereichen	Anzahl der Fragen
Allgemeinmedizin im Versorgungssystem	15
Ausgewählte Krankheitsbilder	14
Komplementärmedizin	13
Pharmaka (Wechselwirkungen, Generika, Polypharmazie)	13
Diagnostik & Therapie in der AM	12
Schmerzen	7

Geriatric	6
Organisation / Finanzen / Struktur	6
Versorgungsqualität	6
Compliance	5
Ökonomie	5
Gesundheitsdeterminanten	4
Kommunikation: Arzt-Patient	4
Psychosomatik	4
Schwangerschaft / Familie / Kind	4
Ernährung	3
Gendermedizin	2
Vorsorge / Prävention	2
Sonstiges	7
Summe	132 ^(f)

4.7 Allgemeine Anmerkungen

Rund 33 HA antworteten per Freitext auf die Frage nach allgemeinen Anmerkungen. Zehn von ihnen gaben eine allgemein positive Rückmeldung. Weitere elf äußerten sich zum Thema Belastung und schwierige Rahmenbedingungen in der AM. Wiederum elf gaben eine spezifische positive Rückmeldung und eine Person äußerte ihrer Kritik zur Umfrage. Der genaue Wortlaut aller Antworten befindet sich im Anhang.

^(f) Einzelne Ärztinnen und Ärzte nannten mehrere Forschungsfragen.

5 Ergebnisse II

In diesem Kapitel werden ausgewählte soziodemografische Merkmale zu Person und Praxis der Forschungsinteressierten beschrieben. Von den 135 teilnehmenden HA zeigten 106 (78,5 %) ein prinzipielles Interesse an Forschung. Die in diesem Kapitel vorkommenden Grafiken zeigen den Unterschied der Forschungsinteressierten (in grüner Farbe) zu der gesamten Studienpopulation (in weißer Farbe). Die Ergebnisse der gesamten Studienpopulation wurden aus dem vorherigen Kapitel in die Grafiken übernommen. Die Kreuztabellen korrelieren die soziodemografischen Dimensionen mit dem prinzipiellen Forschungsinteresse.

5.1 Geschlecht und Forschungsinteresse

Von den 106 forschungswilligen HA waren 79 (74,5 %) männlich und 27 (25,5 %) weiblich. Im Vergleich zur gesamten Studienpopulation sank der Frauenanteil bei den Forschungsinteressierten von 29 % auf 25,5 %.

Tabelle 11: Geschlecht und Forschungsinteresse

	Forschungsinteresse		Gesamt
	Ja	Nein	
Männlich	79	17	96
Weiblich	27	12	39
Gesamt	106	29	135

5.2 Alter und Forschungsinteresse

Von 106 forschungswilligen HA waren 49 über 50 Jahre und neun unter 35 Jahre alt. 48 befanden sich in den mittleren Altersgruppen zwischen 36 und 55 Jahren. Während bei den unter 35-Jährigen neun von elf Forschungsinteresse zeigten, waren es bei den über 65-Jährigen zwei von fünf.

Tabelle 12: Alter und Forschungsinteresse

Alter	Forschungsinteresse		Gesamt
	Ja	Nein	
< 35	9	2	11
36 - 45	20	4	24
46 - 55	28	9	37
56 - 65	47	11	58
> 65	2	3	5
Gesamt	106	29	135

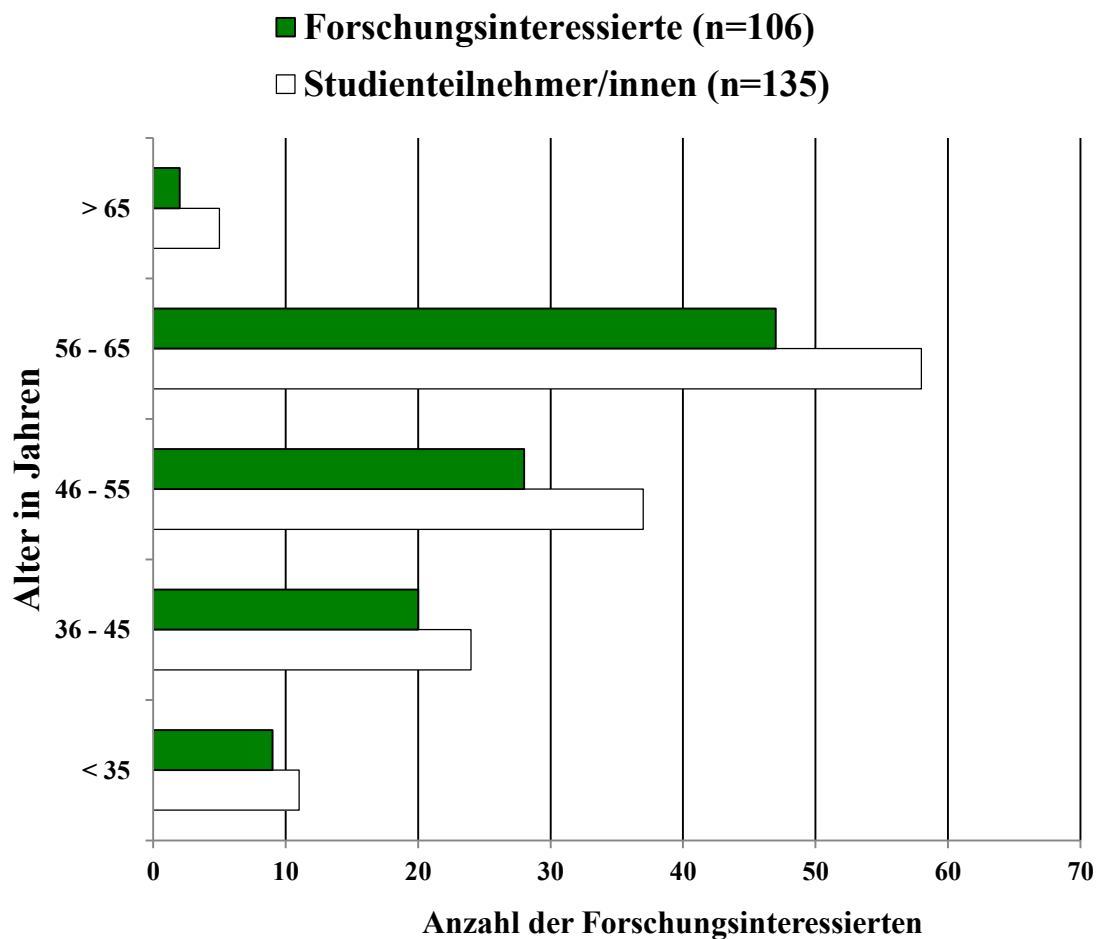


Abbildung 15: Alter und Forschungsinteresse

5.3 Einwohnerzahl und Forschungsinteresse

Knapp mehr als die Hälfte alle Forschungsinteressierten ordinierte an einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Elf von zwölf zeigten Forschungsinteresse an einem Ort zwischen 10.000 und 29.999 Einwohnerinnen und Einwohnern. Bei Einwohnerzahlen über 30.000 waren es 24 von 32. Beinahe alle HA, welche an einem Ort unter 1.000 und zwischen 10.000 und 29.999 ordinierten, waren motiviert für Forschung.

Tabelle 13: Einwohnerzahl und Forschungsinteresse

Einwohnerzahl	Forschungsinteresse		Gesamt
	Ja	Nein	
< 1.000	4	1	5
1.000 – 4.999	51	12	63
5.000 – 9.999	15	7	22
10.000 – 29.999	11	1	12
> 30.000	24	8	32
Gesamt	105	29	134

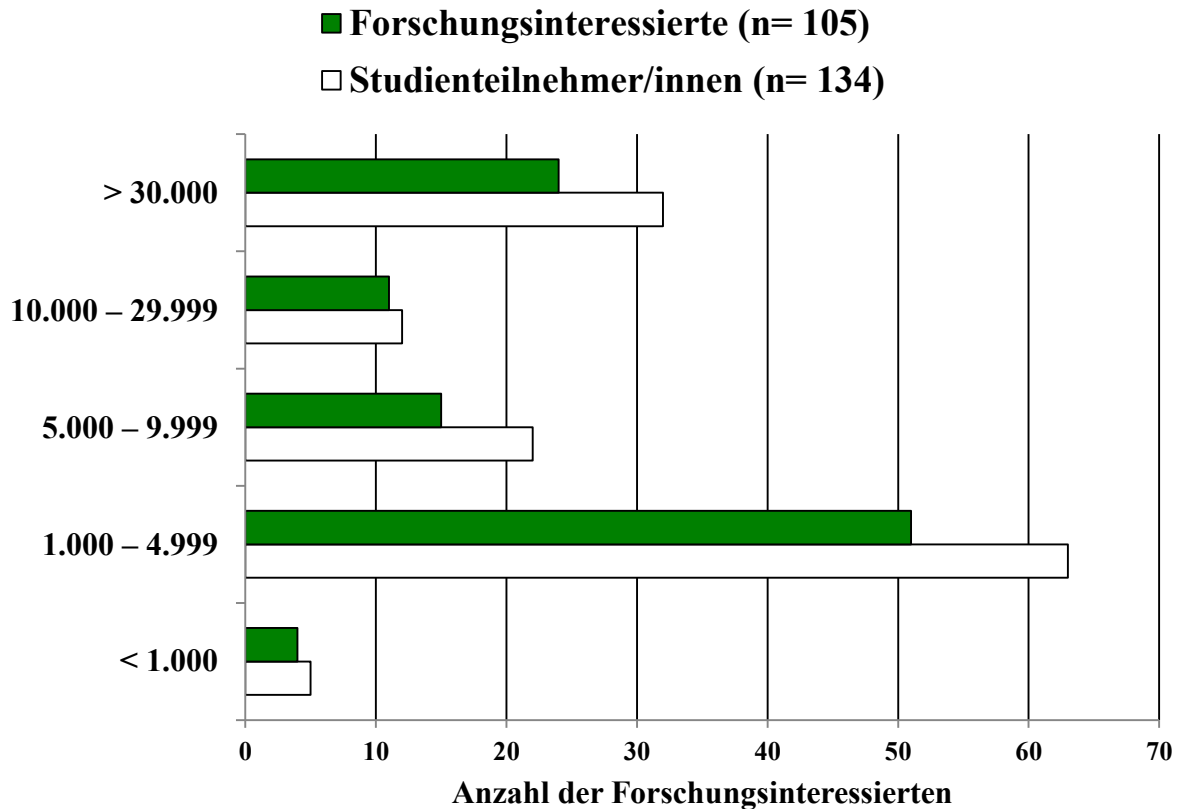


Abbildung 16: Einwohnerzahl und Forschungsinteresse

5.4 Regelfälle pro Quartal und Forschungsinteresse

Das größte Forschungsinteresse mit 90 % zeigten die HA mit über 1.500 Regelfällen pro Quartal. Unter 1.000 Regelfällen pro Quartal sank das Forschungsinteresse auf rund 60 % mit 22 von 37 Forschungsinteressierten.

Tabelle 14: Regelfälle pro Quartal und Forschungsinteresse

Regelfälle	Forschungsinteresse		Gesamt
	Ja	Nein	
< 500	9	4	13
500 – 1.000	13	11	24
1.001 – 1.500	52	9	61
> 1.500	27	3	30
Gesamt	101	27	128

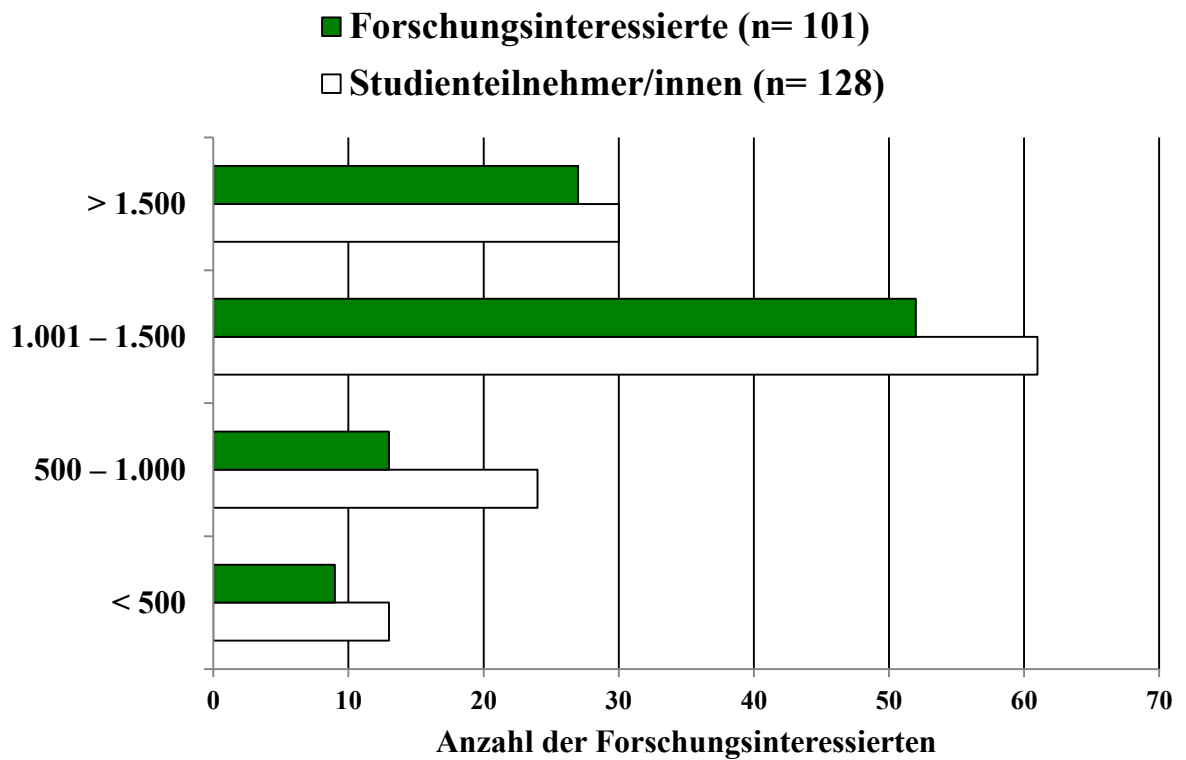


Abbildung 17: Regelfälle pro Quartal und Forschungsinteresse

5.5 Derzeitige Kassenverträge / Tätigkeit und Forschungsinteresse

Die Anzahl der Forschungsinteressierten betrug in allen Vertragsbeziehungen und Tätigkeitsverhältnissen mindestens über 50 %. 86 von 109 der HA mit GKK §2-Vertrag und 90 von 114 mit Verträgen bei den kleinen Kassen zeigten prinzipielles Forschungsinteresse. Bei den Wahlärztinnen und Wahlärzten ohne Kassenverträgen waren es 15 von 22. Auch HA ohne eigene Ordination hatten Interesse an der Forschung. Sechs von elf Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte und elf von 16 Vertretungsärztinnen und Vertretungsärzten würden gerne an Forschungsprojekten in der Praxis teilnehmen.

Tabelle 15: Aufrechte Kassenverträge / derzeitige Tätigkeit und Forschungsinteresse

	Forschungsinteresse		Gesamt
	Ja	Nein	
GKK §2	86	23	109
Kleine Kassen	90	24	114
Wahlärztin/arzt	15	7	22
Wohnsitzärztin/ Wohnsitzarzt	6	5	11
Vertretungsärztin/ Vertretungsarzt	11	5	16

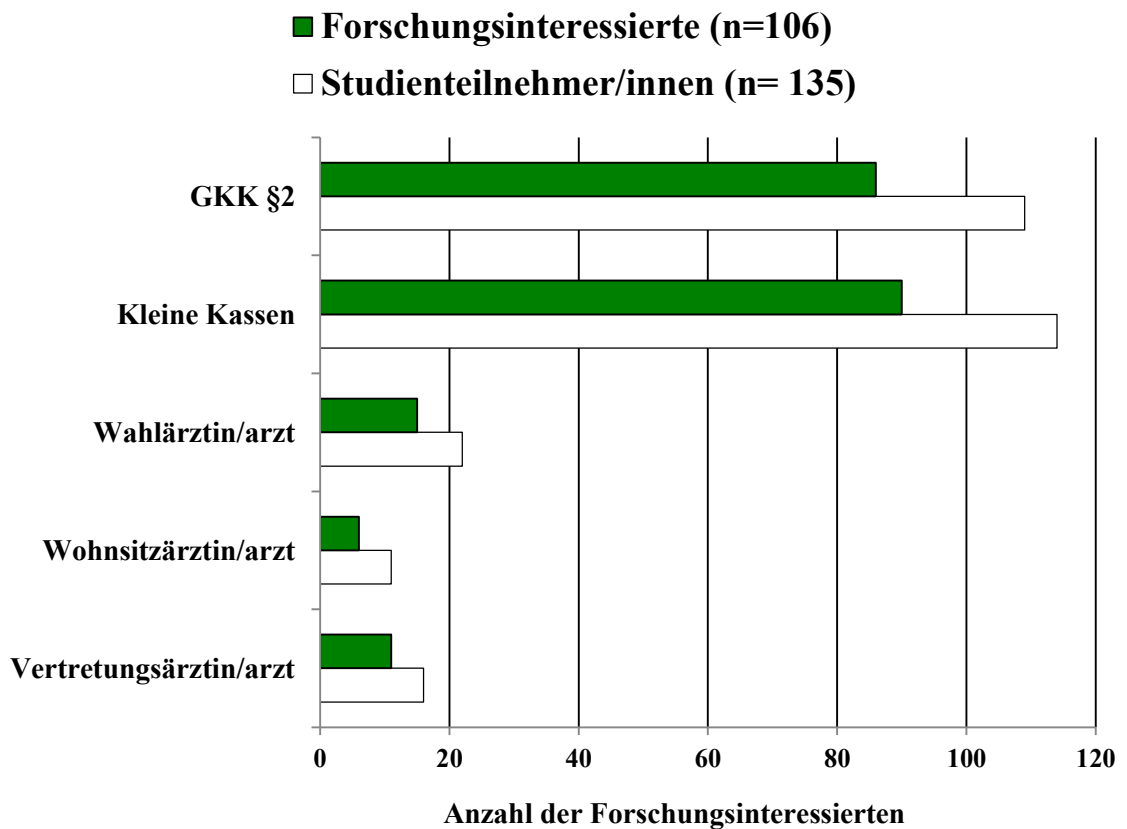


Abbildung 18: Aufrechte Kassenverträge / derzeitige Tätigkeit und Forschungsinteresse

5.6 Geografische Verteilung der Forschungsinteressierten

Von 106 forschungsinteressierten HA gaben 98 ihren Namen und Adresse bekannt. 26 ordinierten in Graz und Umgebung. Die geografische Verteilung in der restlichen Steiermark ist in **Abb. 19** ersichtlich.



Abbildung 19: Geografische Verteilung der Forschungsinteressierten

6 Diskussion

Die steirischen HA zeigten laut dieser Studie ein großes Interesse an Forschung in der Grundversorgung. 78 % der Antwortenden waren prinzipiell bereit an Forschungsprojekten in der eigenen Hausarztpraxis teilzunehmen. Über 85 % sahen in der Aufwertung der AM, der Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten und in der Möglichkeit des persönlichen Wissensgewinns einen Motivator für wissenschaftliche Forschung. Als die größten hemmenden Faktoren konnten Zeitmangel und bürokratischer Aufwand identifiziert werden.

Die Frage ist nun, wie sich das große Forschungsinteresse in praktische Forschungstätigkeit umsetzen lässt. In der Einleitung dieser Diplomarbeit konnte gezeigt werden, dass die Versorgungsforschung in Österreich im internationalen Vergleich hinterherhinkt. Hierfür ließen sich einige Gründe identifizieren:

1. Bis 2006 gab es in Österreich keine akademische Vertretung der Allgemeinmedizin in Form eines eigenständigen universitären Instituts.
2. Allgemeinmedizinische Forschung fand größtenteils auf Freiwilligkeit basierend statt.
3. Es gibt in Österreich kein flächendeckendes und zentral organisiertes Forschungspraxen-Netzwerk.
4. Auszubildende in der AM bekommen keine umfassende und anrechenbare Schulung in wissenschaftlichem Forschen.
5. Es gibt kaum staatliche finanzielle Unterstützung für Versorgungsforschung in der AM.

Durch die Gründung des IAMEVs im Jänner des Jahres 2015 an der Medizinischen Universität Graz ist die Möglichkeit geschaffen worden, diese inhaltlichen und strukturellen Defizite auszugleichen. Die AM bekommt somit eine festverankerte akademische Vertretung mit einem klaren Lehr- und Forschungsauftrag. Eines der erklärten Ziele des IAMEVs ist die Stärkung der AM unter anderem auch durch Versorgungsforschung mittels eines gut strukturierten Forschungspraxen-Netzwerkes in der Steiermark.

Die nachfolgende Auseinandersetzung mit den Ergebnissen dieser Studie soll Aufschluss darüber geben, wie ein solches Forschungspraxen-Netzwerk beschaffen sein könnte, um einerseits den Bedürfnissen der steirischen HA gerecht zu werden und um andererseits eine möglichst hohe Teilnahmerate zu generieren. Des Weiteren werden vorherrschende Limitationen dieser Arbeit diskutiert und ein Ausblick der nächsten Schritte zu konkreten ersten Forschungsprojekten gegeben.

6.1 Soziodemografische Beschaffenheit und Forschungsinteresse

6.1.1 Geschlecht

Immer mehr Frauen streben eine Niederlassung als Hausärztin an. Der Frauenanteil an allgemeinmedizinischen Ordinationen in der Steiermark betrug im Jahre 1988 lediglich 15,6 %. Im Jahr 2015 waren es bereits 43,4 % ^(g) (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2015). Der an 454 Allgemeinmedizinerinnen ausgesandte Fragebogen wurde bloß von 39 beantwortet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 7,5 %. Bei den Männern waren es im Vergleich 96 von 561 und somit eine Quote von 17,1 %. Auch das Forschungsinteresse unterliegt einer, wenn auch geringeren, Reduktion des Frauenanteils. Die Frage, warum weniger Frauen als Männer antworteten und zugleich ein geringeres Forschungsinteresse zeigten, konnte im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden. Ein ähnlicher Rücklauf des Frauenanteils im Zusammenhang mit Teilnahmebereitschaft an klinischen Studien in der Hausarztpraxis wurde auch in einer deutschen Studie beschrieben (Peters-Klimm et al. 2012).

6.1.2 Alter

Laut einer Untersuchung von Statistik Austria aus dem Jahre 2015 sind 52 % aller steirischen niedergelassenen HA über 55 Jahre alt (Österreichische Ärztekammer 2015). In der vorliegenden Studie konnten ähnliche Zahlen gezeigt werden. 46,7 % der befragten HA waren über 55 Jahre alt. Die Anzahl der Forschungsinteressierten über 55 Jahre war durchaus überraschend. 78 % von ihnen konnten sich vorstellen an einem Forschungsprojekt in der eigenen Praxis teilzunehmen. Bei den unter 45-Jährigen waren es sogar 83 %. In der Gruppe der über 65-Jährigen sank das Forschungsinteresse unter 50 %. Die Ergebnisse lassen einerseits vermuten, dass das Forschungsinteresse mit dem Herannahen der Pensio-

^(g) Die Zahl der Ordinationen ist höher als die Zahl der eingetragenen Ärztinnen und Ärzte, da einige Ärztinnen und Ärzte mehrere Ordinationen betreuen.

nierung sinkt. Andererseits scheint die zeitliche Nähe zum universitären Abschluss mit einem hohen Forschungsinteresse einherzugehen. Allerdings können keine genauen Angaben darüber gemacht werden, da der Fragebogen lediglich Altersblöcke zu je 10 Jahren enthielt.

Fraglich bleibt zudem inwieweit das Forschungsinteresse in der Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/in postgraduell gefördert wird. Denn auch die neue Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 sieht in der Ausbildung zur AM keinen Platz für wissenschaftliches Arbeiten vor (Anon n.d.). Demnach wird Forschung für werdende Allgemeinmediziner/innen auch in der Zukunft eine Frage der Freiwilligkeit und persönlichen Motivation bleiben. Eine Studie aus Sydney schlägt vor, hausärztliches Lehr-Personal vermehrt in der Forschung auszubilden. Dies könnte einen doppelt positiven Effekt haben. Einerseits könnte es die Ausbildung von Jungkolleginnen und Jungkollegen verbessern und andererseits steigert es eventuell die ärztliche Versorgungsqualität (Abbott et al. 2014).

6.1.3 Angestellte in der Ordination

Der Unterschied zwischen Ordinationsassistenten und Sekretär/in wurde vorab nicht klar definiert. Das Ergebnis könnte somit eine Verzerrung aufgrund etwaiger Definitionsunterschiedlichkeiten aufweisen. Nichtsdestotrotz gaben mehr als 90 % aller HA an, eine Ordinationsassistenten angestellt zu haben. In der Literatur wurde die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Personal und Medizinischen Fachangestellten (MFA) vielfach diskutiert. Als erste Ansprechpartner/innen für Patientinnen und Patienten, Verantwortliche der Datenerhebung und als Koordinatorinnen und Koordinatoren aller Angestellten könnten sie eine zentrale und wesentliche Position einnehmen (Bleidorn et al. 2015). Eine Erweiterung des Arbeitsspektrums von MFAs um Forschungsaufgaben könnte sich zusätzlich positiv auf die Jobzufriedenheit und die Qualität der Studiendurchführung auswirken (Goetz et al. 2013; Young et al. 2008). Seit einigen Jahren bietet die DEGAM eine Vernetzungsmöglichkeit für interessierte MFAs in der Vereinigung „WiForMFA – Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte“ an (DEGAM n.d.).

6.1.4 Einwohnerzahl

Laut Landesstatistik Steiermark waren 2015 32,3 % der allgemeinmedizinischen Ordinationen in der Stadt Graz angesiedelt (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2015). Die durchgeführte Umfrage ergab einen Wert von 23,9 %. Tendenziell gab es eine höhere

Rücklaufrate aus ländlichen und kleinstädtischen Gebieten. Das größte Forschungsinteresse fand sich mit durchschnittlich 80 % in Orten unter 30.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Hier wiederum war das Interesse an Forschungsprojekten größer in Ortschaften unter 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Ursachen hierfür sind vermutlich nicht eindeutig zu klären. Denn zahlreiche Gründe könnten zu einem teilweise sehr unterschiedlichen, geografisch bedingten Arbeits- und Anforderungsprofil beitragen. Die Tätigkeiten der ruralen Ärztinnen und Ärzte lassen sich nur eingeschränkt mit denjenigen der urbanen Ärztinnen und Ärzte vergleichen. Nichtsdestotrotz sollte auf keine der beiden Gruppen in der Versorgungsforschung verzichtet werden. Denn es ist fraglich inwieweit sich Forschungsergebnisse aus urbanen Praxen auf ländliche Gebiete übertragen lassen und umgekehrt. In diesem Sinne ist auch die Übertragbarkeit von Daten und Versorgungsmodellen aus anderen Ländern auf Österreich in Frage zu stellen. Zum Beispiel untersuchte eine deutsche Studie, ob das in den USA populäre „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH) zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von chronisch kranken Patienten im eigenen Land beitragen könnte (Constantinidis et al. 2013). Bereits in der Definition von Stadt und Land unterscheidet sich Österreich maßgeblich von Deutschland. Dies könnte eine spezifische Forschung unter der Berücksichtigung der in Österreich vorherrschenden topografischen und geografischen Verhältnisse unabdingbar machen.

6.1.5 Ordinationsschwerpunkte

Die Auswertung der Ordinationsschwerpunkte ließ einige Interessenskernegebiete ersichtlich werden. Spezifische Aussagen lassen sich aufgrund der heterogenen Angaben nicht machen. Tendenzielle Fokusse liegen jedoch im Bereich der Komplementärmedizin, der Behandlung von Diabetes Mellitus und der Querschnittsfächer des Bewegungsapparates. Ob eine Berücksichtigung der Ordinationsschwerpunkte im Rahmen der Rekrutierung von Forschungspraxen eine Rolle spielt, bleibt in dieser Studie ungeklärt.

6.1.6 Regelfälle pro Quartal

Die genaue Anzahl der durchschnittlichen Regelfälle wird von den österreichischen HA ungenau publik gemacht. Vermutlich möchten die meisten ihre wirtschaftliche Potenz nicht preisgeben. Die Gruppe unter 500 Scheinen pro Quartal bestand wahrscheinlich größtenteils aus Wahlärztinnen und Wahlärzten, Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzten und Jungärztinnen und Jungärzten ohne eigene Ordination. Die Analyse des Forschungsinteresses in Abhängigkeit von den Regelfällen pro Quartal zeigte das höchste Forschungsinter-

se bei Praxen mit über 1.500 „Scheinen“ pro Quartal. Dies lässt sich vermutlich durch die bereits vorhandene hohe Arbeitsmotivation und Begeisterung für die AM erklären. Das hohe Forschungsinteresse bei Praxen unter 500 Regelfällen pro Quartal lässt Fragen offen. Eventuell besaßen jene HA keine eigene Praxis, weil sie noch nicht gereiht waren und auf eine passende Stelle warteten. Unter Umständen haben HA mit weniger Regelfällen pro Quartal auch mehr Zeit für Forschung.

6.1.7 Geografische Verteilung

Die geografische Verteilung der forschungsinteressierten HA in der Steiermark war homogen. Dies ermöglicht Forschung in einem für die gesamte Steiermark repräsentativen Forschungspraxen-Netzwerk. Die Verdichtung in und um Graz gleicht annähernd der faktischen Ärztinnen- und Ärztedichte in diesen Gebieten (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2015).

6.2 Motivierende Faktoren

Die Analyse der motivierenden Faktoren in der vorliegenden Studie führte im Groben zu drei möglichen Schlussfolgerungen. HA lassen sich unter der Berücksichtigung folgender Faktoren für die Forschung in der eigenen Praxis motivieren:

1. Die aus der Forschung gewonnene Evidenz ist nützlich und relevant für die tägliche Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten.
2. Die Forschung dient der Aufwertung und Weiterentwicklung der AM als eigene Fachdisziplin.
3. Die Forschung begünstigt den Ausbau des persönlichen Netzwerkes und ermöglicht einen fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.

Der Blick in die Literatur zeigt eine große Übereinstimmung mit bisherigen Untersuchungen. Für viele HA spielt die praktische Relevanz der Forschungsergebnisse für die Behandlung von Patientinnen und Patienten eine bedeutende Rolle (Raftery et al. 2009; Robinson & Gould 2000; Bleidorn et al. 2014). Auch lassen sich HA leichter für die Zusammenarbeit in Forschungsprojekten gewinnen, wenn die klinische Bedeutsamkeit gewährleistet ist (Calmbach et al. 2012; Peters-Klimm et al. 2012). Einige Allgemeinmediziner/innen schätzen zudem die Möglichkeit der Darstellung der eigenen Versorgungsqualität. Dies gibt eine Arte Rückmeldung über die eigene Arbeit und diene nach Selbstreflexi-

on der Optimierung von Behandlungsabläufen (Rosemann & Szecsenyi 2004; Bleidorn et al. 2014). Der praktische Stellenwert für die eigene Arbeit spielt auch bereits in der Planungsphase eine wesentliche Rolle. Es wurde beschrieben, dass die Teilnahmequote steigt und die Patientinnen- und Patientenrekrutierung erleichtert wird, wenn HA bereits in die Erarbeitung der Fragestellung miteinbezogen werden (Kottke et al. 2008).

Der Aspekt der „Aufwertung der AM“ ist als Motivationsgrund nicht leicht zu interpretieren, da aus der Studie nicht ersichtlich wurde, was HA jeweils darunter verstehen. Jedoch sind die öffentlichen Vertretungsorgane der AM schon seit längerem um ähnliche Anliegen bemüht. In einem Positionspapier formulierte die ÖGAM 2015 zehn Punkte die zu einer verbesserten hausärztlichen und familienmedizinischen Grundversorgung beitragen könnten (ÖGAM 2015). Im Dezember desselben Jahres tagte in Wien ein ÖGAM-JAMÖ Zukunftsworkshop, um das bestehende Positionspapier in einem generationenübergreifenden Dialog zu überarbeiten. Es wurden die Stärken und Schwächen der vorherrschenden Situation analysiert und Strategien besprochen, die eine proaktive und konstruktive Entwicklung der AM in Österreich fördern könnten (ÖGAM & JAMÖ 2015).

Schlussendlich spielt auch die persönliche Fortbildung, Herausforderung und Weiterentwicklung bei etlichen HA eine wesentliche Rolle (Piccoliori et al. 2011). Als alleiniger Grund könnte es unter Umständen aber nicht für eine nachhaltige Projektdurchführung reichen, „da diese Art der Motivation bekanntlich in den Hintergrund tritt, wenn Dokumentations- und Rekrutierungspflichten zunehmen.“ (Peters-Klimm et al. 2012)

6.3 Hemmende Faktoren

Zeitmangel und hoher bürokratischer Aufwand konnten als die zwei dominierenden Hemmfaktoren für die Forschung in der eigenen Praxis identifiziert werden. Dies deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen aus der Fachliteratur. Zahlreiche Publikationen erwähnen Zeitmangel (Hummerts-Pradier et al. 2008; Jowett et al. 2000; Raftery et al. 2009; Rosemann & Szecsenyi 2004; Peters-Klimm et al. 2009; Piccoliori et al. 2011) und bürokratischen Aufwand (Rosemann & Szecsenyi 2004; Raftery et al. 2009; Peters-Klimm et al. 2009; Piccoliori et al. 2011) als mögliche hinderliche Faktoren. In weiteren Arbeiten werden auch der Mangel an Hilfspersonal (Jowett et al. 2000) und eine ambivalente bezie-

hungsweise negative Einstellung der Forschung gegenüber beschrieben (Sellors et al. 2002; Hummers-Pradier et al. 2008).

Der Wunsch nach finanzieller Vergütung fiel in der vorliegenden Studie gering aus, obwohl der finanzielle Anreiz in anderen Arbeiten durchaus als effektiver Motivationsfaktor evaluiert wurde (Jowett et al. 2000; Salmon et al. 2007). Im Freitext erbaten einige HA eine adäquate Aufwandsentschädigung. In der Literatur wurde beschrieben, dass kein wesentlicher Motivationsunterschied zwischen „Aufwandsentschädigung“ und „Honorar gemäßer Aufwandvergütung“ bestand (Peters-Klimm et al. 2012). Ein wesentlicher Hemmfaktor könnte demnach durch einen ressourcenschonenden Studienablauf und Vergütung gemäß Aufwand abgebaut werden (Bleidorn et al. 2014).

Die Faktoren Zeitmangel und hoher bürokratischer Aufwand werden sich voraussichtlich nur schwer und bedingt verändern lassen. Hier müssten umfassende strukturelle Veränderungen auf politischer Ebene geschehen, um den tätigen HA Freiraum für die Forschung zu ermöglichen. In einer deutschen Studie wird diese Problemlage folgendermaßen zusammengefasst ^(h):

„Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten freiberuflich, in einem wettbewerbsorientierten Markt und in einer kleinen Praxis mit hohen Fallzahlen. Sie haben keine geschützte Zeit oder finanzielle Unterstützung für die Forschung und meist keine umfassende Forschungserfahrung oder diesbezügliche Ausbildung.“
(Hummers-Pradier et al. 2012)

Dies stellt die fortschreitende Akademisierung der Allgemeinmedizin vor substantielle Herausforderungen, die ein proaktives Handeln erfordern. Die universitären Vertretungsorgane, Abteilungen und Institute für AM könnten hinsichtlich dieser vorherrschenden Hemmnisse in zweifacherweise unterstützend tätig sein. Einerseits hat sich die Implementierung von Prüfärztinnen- und Prüfärztschulungen als Erleichterung und Hilfestellung für forschungswillige HA erwiesen. Die vermittelten Lehrinhalte sollten jedenfalls an die konkreten Bedürfnisse der HA angepasst werden (Gágyor et al. 2013). In einer deutschen Studie konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen und Ärzte durchaus bereit waren, sich finanziell

^(h) Freie Übersetzung des Autors aus dem Englischen.

an den Schulungskosten zu beteiligen. 84 % von 238 Befragten präferierten zudem eine 4-stündige Präsenzveranstaltung und 64 % eine Online-Fortbildung ohne Präsenzpflcht (Peters-Klimm et al. 2012). Andererseits könnte der Zusammenschluss von qualifizierten und forschungswilligen Hausarztpraxen zu einem nationalen Forschungspraxen-Netzwerk eine nachhaltige und effiziente Forschungstätigkeit im primärärztlichen Sektor begünstigen. So könnte sich der Arbeitsaufwand unter mehreren Ärztinnen und Ärzten gleichmäßig verteilen. „Primary care research networks“ (PCRN) aus England könnten hier ein Vorbild sein (F. Sullivan et al. 2007). Denn in Österreich gibt es noch keine vergleichbare Struktur für ein flächendeckendes und zentralorganisiertes Forschungspraxen-Netzwerk.

6.4 Limitationen

Limitiert wird die Interpretation der Resultate dieser Studie durch den Umstand, dass aufgrund der geringen Rücklaufquote keine letztgültigen Aussagen für die gesamte Steiermark getroffen werden können. Zusätzlich liegt die Vermutung einer Positivselektion nahe. Tendenziell antworteten wahrscheinlich nur diejenigen HA, die verhältnismäßig bereits ein großes Forschungsinteresse oder eine hohe Begeisterung für die AM aufwiesen. Dieser Bias enthält ein wesentliches Verzerrungspotential und hätte durch eine Frage nach bestehender Lehrärztinnen- und Lehrarztstätigkeit näher quantifiziert werden können.

Eventuell wurde der Zeitrahmen der Studie zu knapp angesetzt und führte zu einer geringeren Rücklaufquote. Da allerdings nur zwei Fragebögen nach der Deadline zurückgesendet wurden, ist davon auszugehen, dass zwei Monate eine suffiziente Bearbeitungsdauer darstellten.

6.5 Ausblick

Die vorliegende Fragebogenerhebung wurde im Rahmen der Eröffnung des IAMEVs durchgeführt und lieferte grundlegende Daten für eine bedarfsorientierte Strategieplanung für zukünftige Lehr- und Forschungsprojekte. Von großem Interesse wäre eine österreichweite Querschnitterhebung derselben Thematik, um die nationalen Bestrebungen im Bereich der strukturierten Versorgungsforschung voranzutreiben. Die Zukunft sollte in der Errichtung eines österreichweiten Forschungspraxen-Netzwerkes liegen. Wobei sowohl die Finanzierung des administrativen Aufwandes als auch die Koordination desselben außerhalb derjenigen Bundesländer, die über allgemeinmedizinische universitäre Vertretungen verfügen, diskutabel ist. Als Vorbild könnte die Stellungnahme der DEGAM und des

DFG-geförderten Netzwerks „Klinische Studien in der Allgemeinmedizin“ zu Finanzierung und Struktur eines solchen Netzwerkes dienen (Gágyor et al. 2014).

Der nächste wesentliche Schritt wird darin bestehen, die von den HA erwähnten Forschungsfragen im Rahmen eines Expertenteams nach Relevanz und Machbarkeit zu sortieren und zu priorisieren. Dies soll unter aktiver Miteinbeziehung von Studierenden der Medizinischen Universität Graz im Zuge einer weiteren Diplomarbeit geschehen.

Des Weiteren ist geplant, die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit als Publikation in einem Fachjournal zu veröffentlichen. Auf den Resultaten aufbauend könnte ein Leitfaden für die Gründung eines Forschungspraxen-Netzwerkes in Österreich erstellt werden.

6.6 Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie liefert fundierte Daten zur Forschungsbereitschaft der steirischen Allgemeinmediziner/innen. Es konnte gezeigt werden, dass rund 78 % der Antwortenden prinzipiell bereit waren, an Forschungsprojekten in der eigenen Hausarztpraxis teilzunehmen. Um eine rege und nachhaltige Teilnahme an zukünftigen Forschungsprojekten zu gewährleisten, ist ein gut strukturiertes Forschungspraxen-Netzwerk unabdingbar. Das neu gegründete IAMEV versteht sich als akademische Vertretung der Allgemeinmedizin und wird somit in Versorgungsforschungsfragen als erster Ansprechpartner der mitforschenden HA fungieren.

Da sich Forschungsdaten aus dem Ausland alleine schon aufgrund der unterschiedlichen geografischen Beschaffenheit nur bedingt auf Österreich übertragen lassen, ist es in erster Linie notwendig, eigene Erfahrung in der Etablierung und Erhaltung eines Forschungspraxen-Netzwerkes zu sammeln. Die in dieser Arbeit erforschten Daten zur soziodemografischen Beschaffenheit der Forschungsinteressierten könnten als eine wertvolle Orientierungshilfe für die weitere strategische und operante Arbeit dienen.

7 Literaturverzeichnis

- Abbott, P. et al., 2014. Increasing GP supervisor research skills – enhancing clinical practice and teaching. *Australian Family Physician*, 43(5), pp.327–330.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung, F. 1C-L., 2015. *Niedergelassene Ärzte in der Steiermark 2015*,
- Anon, 2013. *Bundes-Zielsteuerungsvertrag*, Wien.
- Anon, Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015). Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186> [Accessed January 6, 2016].
- Badura, B., Schaeffer, D. & Troschke, J., 2001. Versorgungsforschung in Deutschland Fragestellungen und Förderbedarf. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 9(4), pp.294–311.
- Bleidorn, J. et al., 2012. Anrufen ohne Ende? Über das Gewinnen hausärztlicher Praxen für ein Versorgungsforschungsprojekt. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(2), pp.61–68.
- Bleidorn, J. et al., 2015. Forschungsprojekte in der Hausarztpraxis – und wie sieht 's die MFA? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, (91), pp.73–77.
- Bleidorn, J. et al., 2010. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? Results of a randomized controlled pilot trial. *BMC Family Practice*, 14(3).
- Bleidorn, J. et al., 2014. Wie sehen Hausärzte allgemeinmedizinische Forschung im Praxennetz? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90(9), pp.348–353.
- Bösner, S. et al., 2010. Accuracy of symptoms and signs for coronary heart disease assessed in primary care. *British Journal of General Practice*, 60(575), pp.246–257.
- Buchem, F.L., Dunk, J.H. & van't Hof, M.A., 1981. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. *Lancet*, 2(8252), pp.883–7.
- Calmbach, W.L. et al., 2012. Practice-based research networks (PBRNs): meeting the challenges of the future. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 25(5), pp.572–6. Available at: <http://www.jabfm.org/content/25/5/572.full>.
- CARE, CARE, Netherlands school of primary care research (NIVEL, CAPHRI, EMGO, RHIS). Available at: <http://www.researchschoolcare.nl> [Accessed January 6, 2016].
- Constantinidis, A. et al., 2013. Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, (89), pp.317–324.
- Crombie, I.K. & Davies, H.T.O., 1997. *Research in Health Care: Design, Conduct and Interpretation of Health Services Research* 2nd ed., Chichester: John Wiley & Sons.
- DEGAM, WiForMFA - Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte. Available at: <http://www.degam.de/ag-wiformfa.html> [Accessed January 6, 2016].
- Delaney, B.C. et al., 2008. Helicobacter pylori test and treat versus proton pump inhibitor in initial management of dyspepsia in primary care: multicentre randomised controlled trial (MRC-CUBE trial). *British Medical Journal*, 336, pp.651–654.
- Eisenberg, J.M., 1998. Health services research in a market-oriented health care system. *Health affairs*, 17, pp.98–108.
- Everitt, H.A., Little, P.S. & Smith, P.W., 2006. A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. *British Medical Journal*, 333(7563), pp.321–7.
- FM-Maastricht, Family Medicine Maastricht Networks. Available at:

- <http://www.familymedicinemaastricht.nl/what-we-do/networks/> [Accessed January 6, 2016].
- Gágyor, I. et al., 2015. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, (351). Available at: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.h6544>.
- Gágyor, I. et al., 2013. Prüfarztschulung für klinische Arzneimittelstudien in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 89(2), pp.81–87.
- Gágyor, I. et al., 2014. *Unser Labor ist die Praxis*,
- Glanville, J. et al., 2011. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *The BMJ*, 342(3), p.1028.
- Goetz, K. et al., 2013. Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: An observational study. *Family Practice*, 30(4), pp.411–417.
- Grunenberg, G., 2003. Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Niederlande. *IPG Newsletter*. Available at: http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-02-03/Gesundheitssysteme_in_Europa/index.html.
- Güthlin, C. et al., 2012. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(4), pp.173–181.
- Hadley, J., 2000. Better health care decisions: fulfilling the promise of health services research. *Health services research*, 35, pp.175–86.
- Hopstaken, R.M. et al., 2003. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *British Journal of General Practice*, 53(490), pp.358–364.
- Hummers-Pradier, E. et al., 2012. General practice-based clinical trials in Germany - a problem analysis. *Trials*, 13, p.205.
- Hummers-Pradier, E. et al., 2008. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Family Practice*, 25(2), pp.105–112.
- Hummers-Pradier, E., Chenot, J.-F. & Scherer, M., 2014. Sind Hausarztpraxen Forschungsinfrastruktur? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90, pp.317–322.
- IMAEV, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Available at: <https://allgemeinmedizin.medunigraz.at> [Accessed January 6, 2016].
- IPCTN, Irish Primary Care Research Network (IPCTN). Available at: <http://www.ipcrn.ie/index.html> [Accessed January 6, 2016].
- Joos, S. et al., 2012. Nichtmedikamentöse klinische Studien in der Primärversorgung. *DEGAM*.
- Jowett, S.M. et al., 2000. Research in primary care: Extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *British Journal of General Practice*, 50, pp.387–389.
- Kochen, M.M., 2013. Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen: Herzlichen Glückwunsch! *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 89(9).
- Kötter, T., Carmienke, S. & Hermmann, W.J., 2014. Vereinbarkeit wissenschaftlicher Tätigkeit mit der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin . Eine Querschnittstudie. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(3).
- Kottke, T.E. et al., 2008. Optimizing Practice Through Research : A New Perspective to Solve an Old Problem. *Annals Of Family Medicine*, 6(5), pp.459–462.
- De Maeseneer, J. & van Weel, C., 2001. Research in general practice in Europe: A growing community. *European Journal of General Practice*, 7(3), pp.90–91.
- McCarthy, T. & White, K.L., 2000. Origins of health services research. *Health services research*, 35(2), pp.375–87.

- MUW, Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien. Available at: <http://allgmed.meduniwien.ac.at> [Accessed January 6, 2016].
- Niederer, A., 2007. Der Hausarzt als Wissenschaftler. *Neue Zürcher Zeitung*. Available at: <http://www.nzz.ch/articleEXW5U-1.131091> [Accessed December 2, 2015].
- ÖGAM, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Available at: <http://www.oegam.at> [Accessed January 6, 2016].
- ÖGAM, 2015. *Positionspapier hausärztliche und familienmedizinische Grundversorgung*, Wien.
- ÖGAM & JAMÖ, 2015. *Stärken , Schwächen und daraus abgeleitete Strategien zur proaktiven Entwicklung der Allgemeinmedizin in Österreich*, Wien.
- Österreichische Ärztekammer, 2015. Niedergelassenene Ärzte und Ärztinnen 2014 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern. Available at: [http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html) [Accessed November 4, 2015].
- PCU, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin. Available at: <http://www.pmu.ac.at/allgemein-familien-und-praeventivmedizin.html> [Accessed January 6, 2016].
- Peters-Klimm, F. et al., 2010. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials*, 11, p.56.
- Peters-Klimm, F. et al., 2012. Erfahrungen und Einstellungen zu Klinischen Studien in der Hausarztpraxis: Ergebnisse einer Befragung von deutschen Hausärzten. *Thieme: Das Gesundheitswesen*, 75(05), pp.321–327.
- Peters-Klimm, F. et al., 2009. Primary care-based multifaceted, interdisciplinary medical educational intervention for patients with systolic heart failure: lessons learned from a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 10, p.68.
- Peterson, K. a. et al., 2012. Supporting Better Science in Primary Care: A Description of Practice-based Research Networks (PBRNs) in 2011. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(5), pp.565–571.
- Pfaff, H., 2003. Versorgungsforschung- Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Verlag Hans Huber, pp. 13–23.
- PHCRIS, Primary Health Care research & Information Service. Practice-Based Research Networks in Australia. Available at: <http://www.phcris.org.au/guides/pbrns.php> [Accessed January 6, 2016].
- Piccoliori, G. et al., 2011. Medizinische Forschung in Südtirol – Eine Meinungsumfrage bei Ärzten und der Bevölkerung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87, pp.111–115.
- Raftery, J. et al., 2009. Paying clinicians to join clinical trials: a review of guidelines and interview study of trialists. *Trials*, 10, p.15.
- Raspe, H. et al., 2010. *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung*, Bonn.
- Robinson, G. & Gould, M., 2000. What are the attitudes of general practitioners towards research? *British Journal of General Practice*, 50, pp.390–392.
- Rørtveit, G., 2014. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(3), pp.107–109.
- Rosemann, T. & Szecsenyi, J., 2004. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract*, 5(31).
- Rossi, S., Zoller, M. & Steurer, J., 2006. Forschungsinteresse bei praktizierenden Ärzten: Eine Umfrage. *Praxis*, 95(49), pp.1913–1917.

- Salmon, P. et al., 2007. Peering through the barriers in GPs' explanations for declining to participate in research: the role of professional autonomy and the economy of time. *Family practice*, 24(3), pp.269–275.
- Schaufelberger, M. et al., 2011. Institute für Hausarztmedizin in der Schweiz – eine Bilanz. *Primary Care*, 7, pp.110–114.
- Schmacke, N., 2004. Versorgungsforschung- auf dem Weg zu einer Theorie der “letzten Meile.” *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 9(3), pp.167–171.
- Schneider, A., Großmann, N. & Linde, K., 2012. The development of general practice as an academic discipline in Germany - an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC family practice*, 13, p.58.
- Schwartz et al., 2004. *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*, Berlin.
- Sellers, J. et al., 2002. Recruiting family physicians and patients for a clinical trial: lessons learned. *Family practice*, 19(1), pp.99–104.
- Shaw, S.E. & Greenhalgh, T., 2008. Best research - For what? Best health - For whom? A critical exploration of primary care research using discourse analysis. *Social Science and Medicine*, 66(12), pp.2506–2519.
- Sox, H.C., 2010. Annals of Internal Medicine Medicine and Public Issues Comparative Effectiveness Research: A Progress Report. *Annals of Internal Medicine*, 153, pp.469–472.
- SPCRN, Scottish Primary Care Research Network (SPCRN). Available at: <http://www.sspc.ac.uk/spcrnaboutus-item> [Accessed January 6, 2016].
- Sullivan, F. et al., 2014. Primary care research network progress in Scotland. *The European journal of general practice*, 20(4), pp.337–42.
- Sullivan, F. et al., 2007. Primary care research networks in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 334, pp.1093–1094. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17525452.
- Sullivan, F.M. et al., 2007. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *The New England journal of medicine*, 357(16), pp.1598–1607.
- TGAM, Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin an der Universität in Innsbruck.
- Tschudi, P. et al., 2005. Forschung in der Hausarztpraxis am Institut für Hausarztmedizin in Basel. *Primary Care*, 11, pp.266–268.
- UKCRN, United Kingdom Clinical Research Network (UKCRN). Available at: <https://www.crn.nihr.ac.uk> [Accessed January 6, 2016].
- UTOPIAN, University of Toronto Practice-Based Research Network (UTOPIAN). Available at: <http://www.dfc.utoronto.ca/research/UTOPIAN.htm> [Accessed January 6, 2016].
- VanLare, J.M., Conway, P.H. & Sox, H.C., 2010. Five Next Steps for a New National Program for Comparative-Effectiveness Research. *The New England Journal of Medicine*, 362(11), pp.970–973.
- Vierhout, W.P. et al., 1995. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*, 346(8981), pp.990–4.
- Young, J., Manea-Walley, W. & Mora, N., 2008. Practice nurses and research - The Fremantle Primary Prevention study. *Aust Fam Physician*, 37(6), pp.464–466.

8 Anhang

8.1 Fragebogen



Befragung von Hausärzten/ Hausärztinnen in der Steiermark

Angaben zur Person und Praxis

	männlich	weiblich
1. Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wie alt sind Sie?

- ≤ 35 Jahre
- 36-45 Jahre
- 46-55 Jahre
- 56-65 Jahre
- > 65 Jahre

3. Welche aufrechten Kassenverträge haben Sie derzeit bzw. in welchem Status arbeiten Sie derzeit (Mehrfachnennung möglich)?

	ja	nein
GKK §2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kleine Kassen BVA, SVA, KFA, VA, SVB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahlarzt/ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnsitzarzt/ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertretungsarzt/ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Welche Angestellten haben Sie in Ihrer Ordination?

	ja	nein
Ordinationsassistent/innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger (DGKS/DGKP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekretärin/Sekretär	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere? welche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem sich Ihre Ordination befindet?

< 1.000	1.000-4.999	5.000-9.999	10.000-29.999	≥ 30.000
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wie viele Regelfälle („Scheine“) haben Sie durchschnittlich pro Quartal (alle Kassen)?

	< 500	500-1000	1001-1500	>1500
Anzahl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ja nein

7. Haben Sie einen speziellen Ordinationsschwerpunkt?

Wenn ja, welchen?

Forschung in der Praxis

Wir haben es uns zum Ziel gesetzt ein Forschungsnetzwerk mit Ihnen, den steiermärkischen allgemeinmedizinischen Ordinationen, aufzubauen.



8. Wären Sie prinzipiell bereit an Forschungsprojekten (in ihrer Hausarztpraxis) teilzunehmen?

ja nein

9. Welche persönliche Motivation besteht für Sie an wissenschaftlicher Forschung in der allgemeinmedizinischen Praxis?

ja nein

Einbringen eigener Forschungsideen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbauend auf den Ergebnissen könnte die Versorgungsqualität für unsere Patienten und Patientinnen verbessert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönlicher Wissensgewinn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bearbeitung für die Allgemeinmedizin relevanter Fragestellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewinnung von Evidenz mit praktischer Relevanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse an der Forschungsfrage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufwertung der Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entstehung neuer Kontakte zu anderen Ärztinnen und Ärzten, Berufsgruppen und der Medizinischen Universität durch die Teilnahme an Forschungsprojekten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitgestaltung an der Entwicklung des Fachgebietes für die nächsten Jahre/Jahrzehnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neue Herausforderung für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere:

10. Welche hemmenden Faktoren für eine Teilnahme als Forschungspraxis fallen Ihnen ein?

ja nein

Zeitmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bürokratischer Aufwand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel an Hilfspersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Aspekte (fehlende oder geringe Aufwandsentschädigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere:

11. Welche Forschungsfragen würden Sie in ihrer Ordination gerne untersuchen und welche weiteren Forschungsfragen interessieren Sie?

12. Gibt es noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten?

Falls Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem IAMEV besteht, bitten wir Sie nachfolgend Ihren Namen und Adresse bekannt zu geben. Verwenden Sie auch gerne Ihren Stempel.

Titel, Vor- und
Nachname : _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-mail: _____

Zusendung bitte bevorzugt per FAX: 0316-385-79654 oder per Post

Vielen herzlichen Dank für ihre Mitarbeit!

**Ihr Team des Instituts für Allgemeinmedizin
und evidenzbasierte Versorgungsforschung**

Seite 3 von 3

8.2 Begleitschreiben



Medizinische Universität Graz

**Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung**

Postanschrift: Auenbruggerplatz 2/9
Haus: Auenbruggerplatz 20/III
8036 Graz

Univ.-Prof. Dr.med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Institutsleitung
andrea.siebenhofer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73558

Elisabeth Schallmayer
Teamassistentin
elisabeth.schallmayer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73555
Fax: +43 316 385 / 79654

Graz, den 22.5.2015

Forschung in der Allgemeinmedizin für unsere Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Durch die Gründung des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) wollen wir als Team von Forschenden und Lehrenden, die ebenfalls hausärztlich tätig sind, dazu beitragen, die Allgemeinmedizin in Österreich durch eine Verbesserung der Qualität und Effizienz zu stärken.

Hierfür möchten wir auch in der Steiermark gemeinsam mit Ihnen als Hausärztin und Hausarzt Forschungsprojekte initiieren, die sich mit praxisrelevanten Fragestellungen unter Alltagsbedingungen beschäftigen.

Durch die Beantwortung und Rücksendung des beiliegenden **Fragebogens (per FAX: 0316-385-79654 oder per Post)** oder durch Ihre Teilnahme an unserer Online-Befragung auf der Website <http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/umfrage> können wir abschätzen, wie hoch die Teilnahmebereitschaft ist, welche Motivationsfaktoren Sie mitbringen und welche Erwartungen damit verknüpft sind.

Damit die Ergebnisse aussagekräftig und repräsentativ sind, ist es wichtig, dass möglichst viele teilnehmen. Es besteht einerseits die Möglichkeit einer anonymen Beantwortung, andererseits können Sie gerne ihre Kontaktdaten angeben, wenn Sie an einer Zusammenarbeit interessiert sind.

Nur unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kann es gelingen, diese Forschungsarbeit zu leisten, und wir ersuchen Sie mit uns den Grundstein zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit in einem interaktiven IAMEV-Forschungsnetzwerk zu legen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Prof.Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG IBAN: AT93 1200 0500 9484 0004, BIC: BKALAT33
Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN: AT44 3800 0000 0004 9510, BIC: RZSTAT2G

8.3 Erinnerungsschreiben



Medizinische Universität Graz

**Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung**

Postanschrift: Auenbruggerplatz 2/9
Haus: Auenbruggerplatz 20/III
8036 Graz

Univ.-Prof. Dr.med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Institutsleitung
andrea.siebenhofer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73558

Elisabeth Schallmayer
Teamassistentin
elisabeth.schallmayer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73555
Fax: +43 316 385 / 79654

Graz, den 5.6.2015

Forschung in der Allgemeinmedizin für unsere Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege !

Vor zwei Wochen haben Sie von uns den Fragebogen zur Evaluierung Ihrer Bereitschaft an Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis erhalten.

Sollten Sie bereits geantwortet haben, so möchten wir uns recht herzlich für Ihre Teilnahme bedanken!

Wenn Sie den Fragebogen noch nicht ausgefüllt haben, bitten wir Sie, uns diesen ausgefüllt zu faxen an die Nr.: **0316/385-79654** oder zu senden oder auf unserer Website zu beantworten (<http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/umfrage>), denn jede Antwort ist für die Auswertung der Ergebnisse wichtig.

Sollten Sie an einer Zusammenarbeit mit unserem Institut interessiert sein und haben Sie Ihre Kontaktdaten angegeben, werden wir alsbald in Kontakt mit Ihnen treten.

Herzlichen Dank bereits im Voraus für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr.med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG IBAN: AT93 1200 0500 9484 0004, BIC: BKALATWW
Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN: AT44 3800 0000 0004 9510, BIC: RZSTAT2G

8.4 Freitext-Antworten: Motivierende Faktoren

	Motivierende Faktoren
1	Einbringung alternativer Methoden
2	Fragestellungen der TCM, ev. mit Diplomarbeiten von Teilnehmern des SSM06 der MedUni Graz zu Fragen von allgemeinmedizinischer Relevanz
3	Im Rahmen von Forschungsprojekten auch Studenten und TA den Wert unseres Faches näher bringen können!
4	Kooperationsmöglichkeit mit meiner Frau PD Dr. Sylvia Farzi
5	Qualitätssicherung für meine Ordination

8.5 Freitext-Antworten: Hemmende Faktoren

	Zu alt / Zeit bis zur Pension
1	Alter (bin 62er)
2	baldige Pensionierung
3	baldiger Pensionsantritt
4	gehe im kommenden Jahr in Pension
5	gehe in 2J. + 10M. In Pension
6	meine altersbedingte kurze Restlaufzeit in der Praxis

	Zu jung / zu unerfahren
1	Derzeit noch geringe Patientenzahlen
2	Wenig Erfahrung, bisher keine Weiterbildung auf diesem Gebiet

	Rahmenbedingungen
1	Die AM wird in nächster Zeit politisch abgeschafft. Es fehlt die Zukunftsperspektive auf dieser Schiene. Wozu Forschung für historischen Beruf?
2	Hemmung der Versicherungsträger

	Sonstiges
1	Man nimmt sich Zeit und scheut keinen Aufwand für das, was einem wichtig ist.
2	Trifft derzeit nichts zu. Da ich derzeit unentgeltlich als Studienkoordinator bei unserer SARUTI-Studie arbeite. Das Studienzentrum ist in mei-

	ner/unserer Ordination.
--	-------------------------

8.6 Freitext-Antworten: Forschungsfragen

	Allgemeinmedizin im Versorgungssystem
1	Allgemeinmedizin als fachübergreifende Erstversorgung
2	Aufwertung der AM
3	Ergebnis klinischer Studie - für Allgemeinmedizin gleiche Ergebnisse?
4	Geographische Nähe, rasche Verfügbarkeit, Einwohner/Arzt - Zusammenhang mit verschiedenen Endpunkten? Gibt es eine optimale Arztdichte? Wovon hängt sie ab? (Die geforderten PHC in vollem Umfang könnten sicher höchstens in Bezirkshauptstädten eingerichtet werden); Arbeitsmedizin und Pseudo-Freiberufler: Schutzmaßnahmen nötig? Z.B. dauern Feiertagsärzte an Feiertagen unter der Woche vom Vortag (normaler Arbeitstag) bis zum Folgetag (dito) rechnerisch 60 Stunden durchgehend. Und das auf Kassenvertrag verpflichten
5	Grundkompetenzen-/Aufgaben - was soll/kann in der Grundversorgung/PHC/hausärztlich versorgt werden; Wie versorgen: Qualitätsgesicherte Handlungspläne für Grundversorgung für alltägliche Standardsituationen; abgestufte Versorgung: Stufen/Versorgungsebenen: welche Stufe macht was?; Abgestufte Ordinations-Erreichbarkeits-Zeiten (Praxisöffnung/Erreichbarkeit/Bereitschaft)
6	Limitationen im extramuralen Bereich
7	Stellenwert der AM in der Bevölkerung
8	Verhinderung noch stärkerer Entlastung des intramuralen Bereichs durch Systemregularien, Limitationen und Degressionen sowie Verhinderung ärztlicher Zusammenarbeit
9	Weiterentwicklung der Allgemeinpraxis zu ersten Anlaufstelle; Primary health care und neue Zusammenarbeitsformen, Gruppenpraxis, Arzt angestellt, Vertragssplittung, etc.
10	Welche Form der medizinischen Versorgung ist besser (Zielwerte: Hospitalisation, Mortalität, Ökonomie, Fehlbehandlungen, etc.): 1. Betonte AM ("Hausarzt")-Versorgung mit zusätzlichem Spezial-/Facharzt-Support - wie zumeist in der Peripherie/am Land durchgeführt 2. hohe Spezialisten Frequenz, Facharztversorgung mit nur untergeordneter AM - "Koordinator" - wie zumeist in den Städten praktiziert.
11	Wie viel z.B. Orthopädie, Psychiatrie, Psychologie wird in der AM-Praxis abgedeckt?
12	Wie viele Patienten müssen gar nicht in das GH-System eintreten, da der Hausarzt minimaler Kurzinterventionen und Beratungen weiterer sekundärer Maßnahmen verhindert? Bei welchen Beratungsursachen?
13	Zugangsregelung zu Behandlungen

14	Zusammenarbeit Psychotherapie, Pflege, Fachärzte, Spitäler - Wie eine Gatekeeper Funktion vertrauenswürdig aufbauen und halten?
15	Zusammenarbeitsformen verschiedener Gesundheitsdienstanbieter

Ausgewählte Krankheitsbilder	
1	Bedeutung des Fiebers und Ursprung mit fieberhaften Erkrankungen
2	Bewegungsstörungen
3	Borreliose als Ursache von rheumat. Entwicklung bei Gelenkserkrankungen v. o. neurologischer Erkrankungen
4	Chronische Wunden
5	Der banale Virusinfekt --> Erkrankungsdauer mit / ohne medikamentöser Therapie
6	Diabetes
7	Diabetologie
8	DM Typ II + I
9	Hypertonie
10	orthopädische Fragen
11	Polymyalgia rheumatica in AM
12	Posttraumatische Belastungsstörungen
13	Prophylaxe + Therapie von Dekubitus - Vergleich mit Ozon z.B. vs. Olivenöl (wie in Altersheimen Usus)
14	Rezidivierende Infekte z.B. HWI

Komplementärmedizin	
1	Alternativ-Medizin Grundlagen
2	Einfluss komplementärer Therapien in der AM-Praxis
3	Komplementär-Medizin
4	Komplementäre Therapieformen in der Onkologie
5	Orthomolekulare Medizin und Schilddrüse; OM und Hypertonie
6	Phytotherapie in der AM
7	TCM
8	Therapieerfolge von Akupunkturbehandlungen
9	Trad. chines. Medizin bes. Phytotherapie in der Allgemeinmedizin
10	Tumorerkrankungen und Misteltherapie

11	westliche Pflanzen und TCM
12	Wie bereits erwähnt, dzt. läuft über unsere Ordination die SARUTI-Studie (Akupunktur-Studie). Ich würde gerne weitere Akupunkturstudien machen. Auch aus diesem Grund, da es sich bei vielen Erkrankung um eine effiziente und ökonomische Therapieform handelt, die bisher noch zu wenig anerkannt ist.
13	Wie viele Pat. würden mehr kommen, wenn Homöopathie als Kassenleistung durchgeführt wird?

Pharmaka (Wechselwirkungen, Generika, Polypharmazie)	
1	Anwendungsbeobachtung von Impfungen, Antibiotika
2	Auswirkungen (v.a. Nebenwirkungen) von Psychopharmaka, Analgetika (Opiate und Nichtopiate) auf Morbidität, Mortalität - und Alternativen
3	Benzodiazepine in AM-Praxis (gezielte Diskreditierung billiger Med.)
4	Erarbeitung von Leitlinien (Symptom , Parameter) betreffend Antibiothikatherapieindikation in der AM-Praxis
5	Generika vs. Originär
6	Häufigkeit von Nebenwirkung und Folgen von medikamentöser Therapie, die nicht als solche erkannt werden?
7	Kombinationen von OAD
8	Medikation im höheren Lebensalter und Multimorbidität (80-100 LJ.) – Guidelines
9	Polypharmazeutische Behandlung geriatrischer Patienten vs. minimal treatment
10	Polypharmazie
11	Statine --> diabetogen? Bis zu welchem Alter wirklich sinnvoll?
12	strukturiertes Umgehen mit Polypharmazie
13	Wechselwirkungen der Pharmaka

Diagnostik & Therapie in der AM	
1	Anwendung diagnostischer und therapeutischer Algorithmen in der Allgemeinmedizin.
2	Anwendung von Algorithmen für Diagnostik und Therapie in der hausärztlichen Praxis
3	Befragung von Reiserückkehrenden
4	Chronikerbetreuung
5	für AM-Turnusärzte --> AM-spezifisches Vorgehen/Handlungspläne
6	Harnmikroskopie
7	Neue Früherkennungsmethoden für häufige maligne Erkrankungen (z.B. Koloncarinom)

8	Point-of-care-Diagnostik
9	Primärversorgung im Wundmanagement
10	Sonographie in AM
11	Statistiken (Diagnosehäufigkeiten)
12	Ultraschall in der AM-Praxis - Verbesserung der Diagnostik

	Schmerzen
1	chronische Schmerzen
2	Langzeitverläufe von Pat. mit erhöhtem BSG
3	Mulimodale Schmerztherapie
4	Psoas-Bauchschmerzen, Trochanerschmerz
5	Rückenschmerz
6	Schmerz
7	Schmerz

	Geriatric
1	Ernährungseinfluss besonders bei älteren Personen;
2	Geriatric
3	Geriatric
4	Geriatric
5	Geriatric i.A.; z.B. Organisation e. besseren Settings im Pflegeheim / Erhebung, Kontrolle Ernährung Mobilität,...
6	Geriatric

	Organisation / Finanzen / Struktur
1	Abschaffen von übermäßigen Kontrollsystemen (Chefarzt)
2	Arbeitsschwerpunkte
3	Fehler(-kultur)
4	Kompetenzbündelung von Befunden, Untersuchungen
5	Leistungserbringungen aktualisieren
6	Möglichkeiten und Strategien zur Reduktion des bürokratischen Zeitaufwands in der AM-Praxis

	Versorgungsqualität
1	(Objektive) Verbesserung der Versorgung durch Geräte? (Labor, Ultraschall)
2	Hebung der Betreuungsqualität
3	Qualitätsmanagement - was verbessert Leistung?
4	Überprüfung der Effektivität durchgeführter Untersuchungen und eingeleiteter Therapien (Effizienz, Adhärenz)
5	Versorgungsqualität; Primärversorgung; best point of service
6	Wie kann ich aus dem auf mich einströmenden (gezielten Fehl-) Informationen den besten Benefit für mein Klientel filtern?

	Compliance
1	Compliance der Pat. bezügl. Medikamenteneinnahme- wovon hängt das ab.
2	Compliance der Patienten
3	Compliance der Patienten (Möglichkeiten zur Verbesserung der
4	Compliance); - Compliance
5	Patienten Compliance

	Ökonomie
1	Fragen, die belegen, dass das Kassenhonorar für die Fähigkeiten absolut inakzeptabel ist; Deckelungen sind zu hinterfragen - Kolchosen System.
2	Kosten und Effizienz: Praxis vs. Ambulanz
3	ökonomische Aspekte der Allgemeinmedizin (Der Arzt als "Kostenverursacher") Versorgungsqualität in der Allgemeinmedizin
4	ökonomische Auswirkungen durch Rationierungen und Degressionen
5	Regelmäßige Visiten bei geriat. Pat. - Was spare ich als AM bei Gesundheitsausgaben (z.B. weniger hospitalisieren, weniger Transporte, etc.).

	Gesundheitsdeterminanten
1	Auswirkungen niederschwelliger medizinischer Angebote auf die Volksgesundheit
2	Lebensqualität abhängig von körperlicher Leistungstätigkeit
3	Lebensstil und genetische Faktoren auf die Gesundheit
4	Soziales Umfeld - Gesundheitsniveau

	Kommunikation Arzt-Patient
1	Ärztliche Kommunikations-Anknüpfungsfragen bei langer Betreuung
2	Bio-psycho-soziale Resonanz im ärztl. Gespräch
3	Bedeutung des Beziehungsaspektes in der Medizin; Arzt-Kontinuität (continuous care)/Ambulanzbetrieb;
4	Wie wichtig ist das ärztliche Gespräch?

	Psychosomatik
1	Aufwertung von Gesprächstherapie
2	Der Einfluss der Psyche in einer AM-Praxis;
3	Droge Arzt - was wirkt?
4	Krankheit als Chance

	Schwangerschaft / Familie / Kind
1	Das Kind
2	Die Schwangere in der AM-Praxis (Familienmedizin)
3	Familienmedizin
4	Kinder

	Ernährung
1	Diabetes - Einfluss von Ernährung
2	Diabetes
3	Ernährungs.-Med.

	Gendermedizin
1	Genderaspekte in der Medizin, im Gesundheitssystem
2	Genderthemen - Behandlungsunterschiede

	Vorsorge / Prävention
1	Primär- und Sekundärprävention
2	Vorsorge

	Sonstiges
1	Ergonomie
2	für bereits Niedergelassene --> AM Jour fixe (knowledge cafe)
3	Haut
4	Infektiologie
5	Migrationsmedizin
6	nach Relevanz
7	Optimierung

8.7 Freitext-Antworten: Allgemeine Anmerkungen

	Allgemein positive Rückmeldungen
1	Alles Gute für eure Tätigkeit, wir haben lange gewartet
2	Danke
3	Es ist sehr erfreulich, dass mit der Institutsgründung dem Gebiet der AM mehr Aufmerksamkeit und hoffentlich mehr Bedeutung zukommt - ALLES GUTE!
4	Herzlichen Dank!
5	Liebe Grüße!
6	Medial laut werden und laut bleiben!!!
7	Prinzipiell wünsche ich dem Institut für die anstehenden Aufgaben alles Gute und freue mich sehr über die universitäre Verankerung!
8	Versuch der Aufwertung der Allgemeinmedizin finde ich richtig und notwendig
9	Viel Glück!
10	Wurde mich über die weitere Zusammen-/ Mitarbeit sehr freuen!

	Belastung / Rahmenbedingungen
1	An der derzeitigen Situation ist das Zeitemsum derart angereizt, dass jeglicher Zusatz abgewehrt werden muss; Hauptschuld: Bürokratie + AM = Coloniakübel der Medizin [Coloniakübel = Mistkübel]
2	Das einzige wirklich ungelöste Problem für mich ist mein Zeitmangel. Ich arbeite ca. 90h/Woche.

3	Derzeit hat man das Gefühl in der Praxis alleine gelassen zu sein (sowohl von Politik als auch Kammervvertretung); Gefühl des "Auslaufmodells", das scheinbar auch die JungkollegInnen so sehen (siehe Nachwuchs)
4	Interessen übersteigen die zeitlichen Möglichkeiten um ein Vielfaches
5	Keine Forschung ohne angemessene Honorierung bzw. Neustrukturierung der kassenärztlichen Tätigkeit insbesondere von Gruppenpraxen
6	Nette Umfrage, aber solange sich das System nicht ändert, wird die Allgemeinmedizin dem Niedergang geweiht sein. Mit zu Grabe getragen wird sie von der Fessel der evidenzbasierten Medizin", dem schlimmsten Korsett in der Medizin überhaupt, das die Einbringung persönlicher Erfahrung in der Therapie zu Gunsten der Dominanz von Pharmakonzernen unmöglich macht.
7	Nicht honorierte Arbeit ist leider nicht möglich
8	Orientieren Sie Ihr Institut schnell nach neuen Gegebenheiten: Aus AM wird Primary-Health-Care, aus forschungswilligen Unternehmern werden Jobber für standardisierte Statistiken, aus Patienten werden Bilanzpositionen auf der Sollseite, aus Akademikern werden Dienstleister. (Kontaktdaten dienen nur der Ent-Anonymisierung)
9	Prinzipielles Interesse vorhanden, aber derzeit noch keine Ressourcen übrig, evtl. In 1 Jahr (noch im Praxisaufbau)
10	Tut mir leid, aber ich arbeite ständig an der Überbelastungsgrenze und bin nicht bereit, mich in meiner spärlichen Freizeit auch noch mit medizinischen Themen beschäftigen zu müssen. Bitte um Verständnis!
11	Wie kann man „state of the art“ verbinden, wenn Verbandsstoffe nicht geliefert werden! (Wundkoffer - wenn sinnvolles Honorar nicht bezahlt wird, soll es an HKP ausgelagert werden) (nichts gegen die HKP, nur nimmt das manchmal eine Eigendynamik an)

Spezifische positive Rückmeldungen	
1	Bei Interesse über unsere Studie einfach nachfragen.....
2	Cave! Ein ungelöstes Problem steht uns noch bevor: Wo nehmen wir KPJ-Praxen her, wenn dann Turnusarzt-Lehrpraxen bezahlt werden (und umgekehrt!)
3	Das derzeitige theoretische Wissen der Absolventen ist absolut unzureichend.
4	Habe im Rahmen des Kurz-Lehr-Projekt bereits in Forschungstätigkeit teilgenommen.
5	ICD bzw. ICPC Patientenstatistik in der AM publiziert von Dr. Dietman Kleinbichler Markersdorf/Pielach St.Pölten mit Dr. Christian Euler Rust + Dr. Gerhard Fink, Dr. ??? Preisträger WONCA 2014, Obmann Styria-med.net Weiz (zwei Artikel im Anhang)
6	Ich würde mir eine FB zum Thema "Statistik für Anfänger" wünschen; weiters wären Diskussionen, Veranstaltungen mit an Forschung interessierten KollegInnen sehr fein;

7	Meine Ordination ist nicht auf Ausbildung von Studenten ausgerichtet, aber ich habe Interesse an Vortragstätigkeit. Sollte noch Bedarf bestehen, bitte um Kontaktaufnahme. Bis 6.7. bin ich jedoch auf Urlaub.
8	Ohne AM geht's nicht - und wenn doch nötig, dann nicht Qualitätsrückschritt - das zu beweisen wäre SUPER.
9	Schnittstelle KH und Arztpraxis - wann ist es sinnvoll Pat. wirklich in den stationären Bereich zu empfehlen? Was braucht die Praxis noch damit ich die stationieren EW vermindere?
10	Wenn Bedarf besteht, würde ich gerne am IAMEV mitwirken. Dabei interessiert mich weniger die Forschung als die Ausbildung der Studenten. Bis dato sind nämlich die Rückmeldungen der Studenten über die universitäre Allgemeinausbildung leider Großteils schlecht. Die AM wird schlecht dargestellt und hat ein sehr schlechtes Image unter Studenten, aber auch innerhalb der MedUni. Bin auch gerne zur persönlichen Kontaktaufnahme bereit - Mail, telefonisch, persönlicher Termin
11	Das derzeitige theoretische Wissen der Absolventen ist absolut unzureichend.

	Umfrage negativ
1	Das Hochglanzpapier ist ein Horror zu beschriften; Farbtinte haftet gleich gar nicht