



Chancen nutzen, Risiken minimieren

Digitalstrategie der DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Autorinnen und Autoren

Erika Baum, Sandra Blumenthal, Jean-François Chenot, Günther Egidi, Maren Ehrhardt, Edmund Fröhlich, Ildiko Gágyor, Christoph Heintze, Leonor Heinz, Bernadett Hilbert, Ralf Jendyk, Stefanie Joos, Philipp Leson, Wilhelm Niebling, Pascal Nohl-Deryk, Uwe Popert, Marco Roos, Martin Scherer, Jeannine Schübel, Anne Simmenroth, Jost Steinhäuser, Karen Voigt, Hans-Otto Wagner, Alexander Waschkau

Nach einer ersten Diskussion im Dezember 2019 hat das DEGAM-Präsidium in einer Klausurtagung im Februar 2020 die Grundstruktur festgelegt und erste Ausarbeitungen erstellt, die im Laufe des Jahres in Arbeitsgruppen vertieft wurden. Der Plan, das Konzept im Februar 2021 zu finalisieren, konnte – coronabedingt – nicht realisiert werden. In mehreren Arbeitsphasen wurde die Digitalstrategie in den Arbeitsgruppen kontinuierlich weiterentwickelt und nach abschließender Diskussion auf der Präsidiumsklausur im Juni 2021 verabschiedet.

Die einzelnen Positionen enthalten zentrale bzw. ausgewählte Quellen. Auf umfassende Herleitungen sowie detaillierte Literaturverzeichnisse wurde im Interesse einer kurzgefassten, übersichtlichen Darstellung bewusst verzichtet.



Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
1. Evaluation und Evidenzbasierung.....	5
2. Digitalisierung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung.....	7
3. Die Hausarztpraxis als Anker und Türöffner im digitalen Versorgungsalltag.....	9
4. Wir brauchen Digitalisierung zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung.....	11
5. Unterstützung der Effektivität des Gesundheitswesens durch Digitalisierung.....	13

Präambel

Vor dem Hintergrund der rasanten digitalen Entwicklung sind die Ärzteschaft und insbesondere die DEGAM gefordert, sich an der gesellschaftlichen Diskussion, die ein allgemein anerkanntes Verständnis von „guter Medizin“ im Zeitalter globaler Digitalisierung zum Ergebnis hat, entscheidend zu beteiligen. Dabei muss es darum gehen, die normativen allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zur Grundlage auch einer Medizin für das digitale Zeitalter zu machen. Im Wesentlichen meinen wir damit eine zugleich innovationsoffene wie innovationskritische Grundhaltung, die dem Patientennutzen und der Patientensicherheit die oberste Priorität beimisst und eine solide Evaluation neuer, bislang nicht erprobter Verfahren fordert. Auch hier gelten die Standards guter wissenschaftlicher Praxis.

Die fortschreitende Digitalisierung ist überwiegend (aber nicht nur) technologiegetrieben und hat das Potenzial, disruptiv bestehende Herangehensweisen grundlegend in Frage zu stellen, zu marginalisieren oder am Ende gar zu ersetzen. Deshalb ist es unerlässlich, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit Chancen und Grenzen der Digitalisierung sowie einem zu erwartenden, veränderten Patientenverhalten auseinandersetzen. Die Arzt-Patienten-Beziehung bleibt auch bei zunehmender Digitalisierung der Kern hausärztlichen Handelns – Entscheidungen werden immer von Mensch zu Mensch getroffen. Die Grundvorstellung evidenzbasierter Entscheidungsfindungen muss selbstverständlich auch im Zeitalter der Digitalisierung Bestand haben.

Die Effektivität des Gesundheitswesens insgesamt und insbesondere der Primärversorgung soll durch Digitalisierung unterstützt und nicht beeinträchtigt werden. Sie soll Ärztinnen und Ärzte entlasten und ihnen einen echten Mehrwert bieten. Dadurch kann sie neue Möglichkeiten zur Patientenbeteiligung eröffnen und einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Bleibt der „ganze“ Mensch im Zentrum, sehen wir in der Digitalisierung mehr Chancen als Risiken für die Allgemeinmedizin.

1. Mehr Evidenzbasierung bei der Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen

Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in einem globalisierten Gesundheitsmarkt gewinnen unterstützende, personenzentrierte DiGA-Anwendungen in der hausärztlichen Versorgung an Bedeutung.

Die zunehmenden Fülle verfügbarer digitaler Gesundheitsanwendungen und Apps hat Konsequenzen für die tägliche ambulante Versorgung von hausärztlich betreuten Patientinnen und Patienten.

Aus Sicht der DEGAM sind folgende DiGA-Anwendungsfelder zentral für die hausärztliche Versorgung:

- a) Patienteninformationen,
- b) Prävention, z. B. Monitoring von Bewegung, Ernährung, Schlaf,
- c) Diagnostik und Therapieüberwachung, z. B. Symptom checker apps und
- d) Therapiebegleitung, z. B. Medikations- oder Copinghilfen

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) formuliert aus Sicht der DEGAM zu niedrige Anforderungen an die Qualität der DiGA, insbesondere bezogen auf die ärztlichen Aufgaben in Diagnostik und Therapie. Bei der Evaluation der Wirksamkeit der DiGA müssen Outcomes für Patientinnen und Patienten sowie Hausarztpraxis und Systemebene berücksichtigt werden. Hierbei sollte ein Schwerpunkt auf Patientensicherheit sowie der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung liegen.

Die DEGAM plädiert nachdrücklich dafür, dass von Ärzten verordnete DiGA vergleichbaren methodischen Zulassungsstandards entsprechen sollten wie Medikamente bzw. nicht-medikamentöse Interventionen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es sind vordringlich Evaluationskonzepte und validierte Evaluationsinstrumente unter Einbezug der hausärztlichen Expertise zu entwickeln und in Forschungsförderprogramme aufzunehmen.

Agarwal, S., LeFevre, A. E., Lee, J., L'Engle, K., Mehl, G., Sinha, C., & Labrique, A. (2016). Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *BMJ*, 352, i1174.

Arnold, K., Scheibe, M., Müller, O., & Schmitt, J. (2016). Grundsätze für die Evaluation telemedizinischer Anwendungen—Ergebnisse eines systematischen Reviews und Konsens-Verfahrens. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 117, 9-19.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.). Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. 17. April 2020

CONSORT-EHEALTH checklist (V.1.6.1): Information to include when reporting ehealth/mhealth trials (web-based/Internet-based intervention and decision aids, but also social media, serious games, DVDs, mobile applications, certain telehealth applications). <http://tinyurl.com/consort-ehealth-v1-6>
Enam, A., Torres-Bonilla, J., & Eriksson, H. (2018). Evidence-based evaluation of eHealth interventions: systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11), e10971.

Eysenbach, G., & Consort-EHEALTH Group. (2011). CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e126.

Kidholm, K., Ekeland, A. G., Jensen, L. K., Rasmussen, J., Pedersen, C. D., Bowes, A., ... & Bech, M. (2012). A model for assessment of telemedicine applications: mast. *International journal of technology assessment in health care*, 28(1), 44-51.

Kowatsch, T., Otto, L., Harperink, S., Cotti, A., & Schlieter, H. (2019). A design and evaluation framework for digital health interventions. *it-Information Technology*, 61(5-6), 253-263.

Mummah, S. A., Robinson, T. N., King, A. C., Gardner, C. D., & Sutton, S. (2016). IDEAS (Integrate, Design, Assess, and Share): a framework and toolkit of strategies for the development of more effective digital interventions to change health behavior. *Journal of medical Internet research*, 18(12), e317.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies (March 2019)

Rutz, M., Kühn, D., & Dierks, M. L. (2017). Gesundheits-Apps in der Prävention—Ergebnisse der CHARISMHA Studie. *Das Gesundheitswesen*, 79(08/09), V-15.)

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA_gesamt_V.01.3-20160424.pdf;

2. Digitalisierung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Kompetenzentwicklung nutzen und patientenorientiert anwenden

Die Anforderungen an die digitale Kompetenz von Hausärztinnen und Hausärzten werden zunehmen und komplexer. Um digitale Anwendungen möglichst angst- und fehlerfrei zu nutzen, bedarf es eines sicheren Umgangs mit ihnen [1]. Ziel muss es sein, den Erwerb digitaler Kompetenzen zum sicheren, angemessenen und kritischen Umgang in Aus-, Weiter- und Fortbildung stadiengerecht zu ermöglichen.

Hausärztinnen und Hausärzte müssen in der Lage sein, zwischen technischer „Spielerei“ und sinnvollen Anwendungen zu unterscheiden. Hierzu ist eine transparente und barrierefreie Darstellung von Nutznachweisen digitaler Anwendungen essenziell. Gesundheitsversorgung wird zukünftig immer auch telemedizinische Anwendungen beinhalten. Hierfür ist das Erlernen spezifischer Arbeitstechniken, wie bspw. das Erkennen eines abwendbar gefährlichen Verlaufes ohne die Möglichkeit einer direkten körperlichen Untersuchung, notwendig. Diese Kompetenzen müssen künftig an den medizinischen Fakultäten vermittelt werden, in der Weiterbildung für den primärärztlichen Bereich vertieft und fortdauernd in fachärztlichen Fortbildungen trainiert werden [3].

In Zukunft wird das abrufbare und für jedermann verfügbare (medizinische) Wissen stetig zunehmen. Wissensmanagement ist daher ein wesentlicher Bestandteil von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, angehenden und niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte möglichst niederschwellig und barrierefrei den Zugang zu elektronischem Wissen zu ermöglichen: in Form von Leitlinien, aber auch in Form von digitalen Wissensdatenbanken und dem freien Zugang zu Fachjournals. Nur so kann eine optimale Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Wissen elektronisch zu verwalten, für Patientinnen und Patienten bereitzustellen und mithilfe digitaler Tools dieses Wissen zu kommunizieren, trägt das Potential in sich, Allgemeinmedizin zukünftig „noch“ besser zu machen. Es ist Aufgabe von Leistungserbringern und der Politik, eine positive und unterstützende digitale Lern- und Lebensatmosphäre zusammen mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu gestalten – nur so gelingt Akzeptanz und Umsetzung einer „Allgemeinmedizin 2.0“ [2]. Lernformate sollten dabei nicht ausschließlich in Präsenz, sondern auch virtuell und als blended-Formate angeboten werden.

1. Foadi N, Koop C, Behrends M. Welche digitalen Kompetenzen braucht der Arzt? Dtsch Arztebl 2020; 117: A 596–600
2. Konttila J et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. J Clin Nurs. 2019; 28:745-761. doi: 10.1111/jocn.14710. Epub 2018 Nov 22.
3. Simmenroth A et al. Wie unterstützen digitale Medien die klinische Entscheidungsfindung in der Medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung – eine narrative Momentaufnahme. ZfA DOI: 10.3238/zfa.2021.0169-0173
4. Scherer M, Szecsenyi J, Gerlach F. Digitalisierung in der Medizin – wer schreitet voran, wer schaut hinterher? ZfA 2019; 95:165-168. DOI: 10.3238/zfa.2019.0165-0168

3. Die Hausarztpraxis als Anker und Türöffner im digitalen Versorgungsalltag

In Zeiten einer zunehmend ungerichteten Inanspruchnahme unterschiedlichster digitaler Dienste für die Versorgungswege unserer Patientinnen und Patienten können Hausärztinnen und Hausärzte durch die vertrauensvolle Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten zuverlässige Orientierung bieten.

Zur Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung mit Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist es darum erforderlich, die Hausarztpraxis als zentrales Verknüpfungs- und Steuerungselement im digitalen Versorgungsalltag auszubauen und aufwandsgerecht zu vergüten.

Die Hausarztpraxis ist der Ort der kontinuierlichen Langzeitbetreuung unabhängig von einzelnen Krankheitsepisoden. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind darauf spezialisiert, ganzheitlich und personenzentriert zu behandeln, Problemlagen in ihren bio-psycho-sozio-kulturellen Zusammenhängen zu erfassen, einzuordnen und zu koordinieren. Hier fließen die Behandlungsdaten aus allen Versorgungsebenen und -einheiten zusammen. Hier ist der Ort, qualitätsgesicherte Datengrundlagen aufzubauen und zu pflegen – ob im Bereich der Prävention oder in der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit akuten und/oder chronischen Erkrankungen.

Die Praxisverwaltungssysteme (PVS) sind durch Verknüpfung vertrauenswürdiger digitaler Instrumente weiterzuentwickeln: Zur Unterstützung einer leitlinienorientierten hochwertigen Versorgung, zum Beispiel auch bei seltenen Erkrankungen auf Ebene des hausärztlichen Primärarztssystems, sowie auch zur Eröffnung neuer Möglichkeiten der Patientenedukation und zur Förderung der Krankheitsbewältigung und Therapieadhärenz. Hierzu muss die Zusammenarbeit der Hausarztpraxis mit Gebietspraxen, nichtärztlichen Professionen und dem Krankenhaussektor neu justiert werden.

Mit der Digitalisierung erfolgen in immer vielfältigeren Kontexten Datenerhebung und -verarbeitung und somit Informationsgenerierung. Dadurch nehmen Komplexität und Fragmentierung im Gesundheitswesen zu: Das sich kontinuierlich erweiternde Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie die Vielfalt der Anbieter mit sich zum Teil widersprechenden Botschaften können die Orientierung erschweren.[1] Das erhöht den Arbeitsaufwand in der Hausarztpraxis und führt dazu, dass die immer begrenzter zur Verfügung stehende Ressource Arztzeit [2] weiter

verknüpft wird. Zur Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung mit Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung [3] ist es darum erforderlich, die Hausarztpraxis als zentrales Verknüpfungs- und Steuerungselement im digitalen Versorgungsalltag auszubauen. [4,5]

Eine aussagekräftige elektronische Patientenakte (ePA) muss engmaschig und kontinuierlich um irreleitende oder überflüssige Informationen bereinigt werden. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit der Patienten mit einer Vertrauensperson mit medizinischen Kenntnissen.

Aus diesem Grund bedarf es einer hausärztlichen Primärversorgung mit Einschreibesystem und Koordination durch die gewählte Praxis, um die elektronische Patientenakte (ePA) für Patientinnen und Patienten nutzbar zu machen und im Behandlungsverlauf nutzbar zu erhalten.

1. Big Data und Personalisierte Medizin: Goldene Zukunft oder leere Versprechungen? Antes, Gerd. Dtsch Arztebl. 2016; 113(15): A-712 / B-600 / C-592

2. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205107/Kassenaerztliche-Bundesvereinigung-Jede-Minute-verschwindet-Arztzeit>

3. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/053-045_S2e_SchutzvorUeberundUnterversorgung.pdf

4. KBV 2025 – Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen. Ein Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen, 3. Mai 2021, S. 5 (2.2)

5. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

4. Digitalisierung soll der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung dienen

Die persönliche Beziehung ist das zentrale Element der hausärztlichen Tätigkeit. Diese findet nicht nur zwischen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten statt, sondern auch mit den übrigen Berufsgruppen der hausärztlichen Praxis-Teams. Bei der hausärztlichen Versorgung kann Digitalisierung die Patientensicherheit erhöhen und helfen, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Digitale Hilfsmittel und Algorithmen können eine Entlastung bei Routineabläufen und -kontrollen herbeiführen sowie standardisierte Informationsübermittlung gewährleisten und damit die integrierte Qualitätssicherung unterstützen.

Beispiele für automatisierbare Abläufe sind: Medikations- und Blutdruckmonitoring sowie Monitoring von anderen Daten wie Laborwerten, Lebensqualität sowie Reminder für Impfungen und Kontrolltermine inkl. Früherkennungsuntersuchungen. Dabei sollen Ärztin und Arzt sowie Patientin und Patient im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung den Erwartungsbereich festlegen. Der Fokus liegt neben Zielwerten auf der Patientensicherheit und der rechtlichen Absicherung. Die Änderung von Algorithmen muss jederzeit durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfolgen können. Es sollen vor allem aggregierte Auswertungen und Alarmfunktionen genutzt werden.

Die elektronische Patientenakte (ePA) sollte für eine intra- und interprofessionelle gemeinsame Nutzung von Daten mit standardisierten, auswertbaren Dokumentationselementen befüllt werden. Für Patient und Patientinnen soll ihre ePA leicht zugänglich sein (open medical records), was die patientenzentrierte Versorgung verbessern kann. Dabei kommt der Hausarztpraxis eine zentrale Rolle zu. Auch die Verknüpfung mit Wearables und Self-care-Anwendungen muss genau definiert werden. Eine ePA ist gut strukturiert und übersichtlich zu gestalten. Um die Informationen bewältigen und Abläufe vereinfachen zu können, ist bei der Verwendung digitaler Anwendungen in der Praxis das Prinzip der Datensparsamkeit einzuhalten. Daten-Sperrung durch Patientin oder Patient sollte jederzeit möglich sein, es soll dabei erkennbar sein, ob und in welchem Bereich eine Sperrung erfolgt ist.

In Leitlinien sollen Bereiche definiert werden, die sich für digital unterstützte Abläufe besonders eignen. Alle Anwendungen sind hinsichtlich ihres Nutzens für die Patientenversorgung sowie der Entlastung und Effizienzsteigerung des Versorgungssystems und insbesondere der Hausarztpraxen sowie der Datensicherheit zu überprüfen und anzupassen.

Benjamins J, Haveman-Nies A, Gunnink M, Goudkuil A, de Vet E. How the Use of a Patient-Accessible Health Record Contributes to Patient-Centered Care: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2021 Jan 11;23(1):e17655. doi: 10.2196/17655

Cerqueira O, Gill M, Swar B, Prentice KA, Gwin S, Beasley BW. The effectiveness of interruptive prescribing alerts in ambulatory CPOE to change prescriber behaviour & improve safety. *BMJ Qual Saf*. 2021 Apr 19;bmjqs-2020-012283. doi: 10.1136/bmjqs-2020-012283

Maillet É, Paré G, Currie LM, Raymond L, Ortiz de Guinea A, Trudel MC, Marsan J. Laboratory testing in primary care: A systematic review of health IT impacts. *Int J Med Inform*. 2018 Aug;116:52-69. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2018.05.009.

Ogburn DF, Ward BW, Ward A. Computerized Capability of Office-Based Physicians to Identify Patients Who Need Preventive or Follow-up Care - United States, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Nov 6;69(44):1622-1624.

5. Die Effektivität der hausärztlichen Primärversorgung soll durch Digitalisierung unterstützt und nicht beeinträchtigt werden

Die Funktionsfähigkeit, Integrität und Praktikabilität müssen im Praxisalltag gewährleistet sein. Insbesondere bei neuen Dokumentations- oder Vernetzungsfunktionen sind vorab die positiven wie negativen Effekte auf die Gesundheitsversorgung durch Studien mit Real-World-Daten zu untersuchen.

Ziel der Digitalisierung im Gesundheitswesen muss sein, die Versorgung der Bevölkerung mit möglichst geringem Einsatz finanzieller und zeitlicher Ressourcen zu verbessern. Nutzen und Schaden von Interventionen sowohl auf Patienten- als auch auf Systemebene müssen dazu zuverlässig und vor flächendeckender Einführung eingeschätzt werden. Dies betrifft auch strukturelle Interventionen. Im weiteren Verlauf sind die Auswirkungen fortlaufend zu evaluieren und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Einzelne eHealth-Maßnahmen können zwar nachweislich Indikatoren für krankheitsbezogene Endpunkte verbessern. Dabei kann es aber bei anderen Versorgungsaufgaben zu einer Vernachlässigung oder Verschlechterung der Versorgung kommen. Eine Reihe systematischer Untersuchungen im britischen Gesundheitssystem (NHS) (whole system demonstrator [1,2]) zeigte Verlagerungen von personellen und finanziellen Ressourcen und überschießende Reaktionen auf den Wegfall finanzieller Anreize (pay-for-performance [3]).

Der teilweise nicht digitalisierbare und nicht messbare Anteil der hausärztlichen Patientenversorgung, insbesondere im psychosozialen Bereich, muss anerkannt und berücksichtigt werden. Die Risiken einer Vernetzung (z. B. Datenlecks, Datenüberflutung, Ransomware, Trojaner etc.) dürfen kurz-, mittel- und langfristig die Versorgungsfunktion der Primärversorgung nicht gefährden oder beeinträchtigen.

Hohe Arbeitsgeschwindigkeit [4], lange Arbeitszeit [5] und Nachwuchsmangel prägen schon heute die Arbeit in deutschen Hausarztpraxen. Die Digitalisierung erfordert deshalb eine differenzierte Betrachtung diverser Parameter hinsichtlich einzelner Maßnahmen und in Bezug auf die Versorgungsebenen.

Dabei ist – unter Beachtung von Real-World-Daten – auf Qualitätsverbesserung, Zeitersparnis, Aufwand-Nutzen-Effektivität, Datenschutz, die Entwicklung mit Anwendern, eine Pilotierung vor der Einführung sowie die Vergütung zu achten (modifiziert und zusammengefasst nach [6]).

Die durch Ärzte und Patienten bereitgestellten Daten sind als gesellschaftliche Ressource zu verstehen [7] und mit Respekt und Achtsamkeit zu behandeln. Das gilt insbesondere auch für private Unternehmen, die mit den gewonnenen Gesundheitsdaten arbeiten.

1. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Hirani S, et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. *BMJ* 2012;344:e3874.

2. Henderson C, Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f1035

3. Campbell et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England *N Engl J Med* 2009;361:368-78.

4. Tobert V, Popert U. „Multitasking“ and complex patient encounters in family medicine. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226

5. Koch, Klaus; Gehrman, Ulrich; Sawicki, Peter T. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung *Dtsch Arztebl* 2007; 104(38): A-2584 / B-2282 / C-2214

6. Forderungen des Ärztlichen Beirats zur Begleitung des Aufbaus einer Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen: Anforderungen an die einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte (eFA) . <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=9177>

7. Mazzucato M: *Mission Economy. A moonshot guide to changing capitalism.* Penguin Books, 2021

Elwenspoek MMC, Patel R, Watson JC, Whiting P. Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*. 2019 Jun 13;365:l2319. doi: 10.1136/bmj.l2319

Kerr EA, Klamerus ML, Markovitz AA, Sussman JB, Bernstein SJ, Caverly TJ, Chou R, Min L, Saini SD, Lohman SE, Skurla SE, Goodrich DE, Froehlich W, Hofer TP. Identifying Recommendations for Stopping or Scaling Back Unnecessary Routine Services in Primary Care

Mehta R, Lehman R. A Solution for Guideline Overkill-More Guidelines or Shared Understanding? *JAMA Intern Med*. 2020 Nov 1;180(11):1508-1509. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3969



Impressum

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Schumannstr. 9

10117 Berlin

E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de

www.degam.de

Gestaltung

www.benedesign.de

www.degam.de