

# Ambulante Gesundheitszentren in Deutschland

## *State of Ambulatory Health Centers in Germany*

Josef Wobkenberg<sup>1,2</sup>, Nils Schneider<sup>2</sup>

**Hintergrund:** In den letzten zehn Jahren ist in Deutschland ein stetiger Zuwachs sowohl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als auch sogenannten ambulanten Gesundheitszentren zu beobachten. Diese Entwicklung betrifft nicht nur die Großstädte, sondern auch in zunehmendem Maße ländliche Regionen – entgegen dem Trend des Aussterbens der Einzel-Hausarztpraxen. Die Vor- und Nachteile dieser MVZ und Gesundheitszentren werden in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert, bislang allerdings wenig innerhalb medizinischer Fachkreise beleuchtet. Insbesondere gilt dies für die ambulanten Gesundheitszentren. Diese Studie gibt einen Überblick über die bereits in Deutschland existierenden ambulanten Gesundheitszentren (d.h. ohne MVZ) und ihre Merkmale aus allgemeinmedizinischer Sicht.

**Methoden:** Im Rahmen einer Internetrecherche im Zeitraum Januar bis März 2012 wurden unter den Suchwörtern „Gesundheitszentren“, „Ärztelhaus“ und „ambulante Behandlungszentren“ die Anzahl der in Deutschland vorhandenen Gesundheitszentren sowie deren Charakteristika erfasst. Daten zu Eröffnungsjahr, Trägerschaft, Anzahl der Haus- und Fachärzte sowie Versorgungsregion wurden dokumentiert.

**Ergebnisse:** Die Suche ergab 105 ambulante Gesundheitszentren in Deutschland. Knapp die Hälfte davon (n = 52) wurde in den letzten 5 Jahren errichtet. 26 Zentren (25 %) befinden sich in ländlichen Versorgungsgebieten. Die durchschnittliche Anzahl der in einem Gesundheitszentrum tätigen Hausärzte betrug 1,75 (Spannweite 0–10 Hausärzte), die der Fachärzte 8,1 (0–44).

**Schlussfolgerung:** In den letzten Jahren ist ein starker Zuwachs nicht nur an MVZ, sondern ebenso an ambulanten Gesundheitszentren zu verzeichnen. Dieser Anstieg betrifft nicht nur die Ballungsgebiete, sondern auch die ländlichen Regionen. Um den Nutzen und Vorteile dieser Zentren, aber auch mögliche negative Aspekte im Hinblick auf die Versorgungsqualität wissenschaftlich fundiert beurteilen zu können, ist weitere Versorgungsforschung erforderlich.

*Schlüsselwörter:* Gesundheitszentrum; Ärztelhaus; Medizinisches Versorgungszentrum; Deutschland

**Introduction:** In the last 10 years there has been a notable increase in the number of medical care clinics (MVZ) as well as outpatient health centres in Germany – not only in bigger cities, but also in rural areas. This contrasts with the trend of decreasing numbers of single-handed family physicians' (FP) practices. The advantages and disadvantages of the medical care clinics and the outpatient health centres have been controversially discussed by the public, but hardly by medical professionals. This is particularly true with respect to health centres. This study aims to provide an overview of the existing outpatient health centres in Germany and their characteristics from a FP's perspective.

**Methods:** An internet research was conducted between January to March 2012 using the keywords "Gesundheitszentren", "Ärztelhaus", and "ambulante Behandlungszentren" by which we obtained the number and characteristics of health centres. Facts such as the opening year, numbers of family practitioners and medical specialists as well as the catchment area were recorded.

**Results:** We found 105 outpatient health centres in Germany. Half of them (52) had been established within the last five years. 26 centres (25 %) were located in rural areas. The average number of FPs was 1.75 (range 0–10) and 8.1 medical specialists (range 0–44) per centre.

**Discussion:** In recent years there has been a rapid increase in the number of MVZ and outpatient health centres. This increase has been seen both in metropolitan and rural areas. To assess the benefits, advantages and disadvantages of the centres' quality of care more health services research is needed.

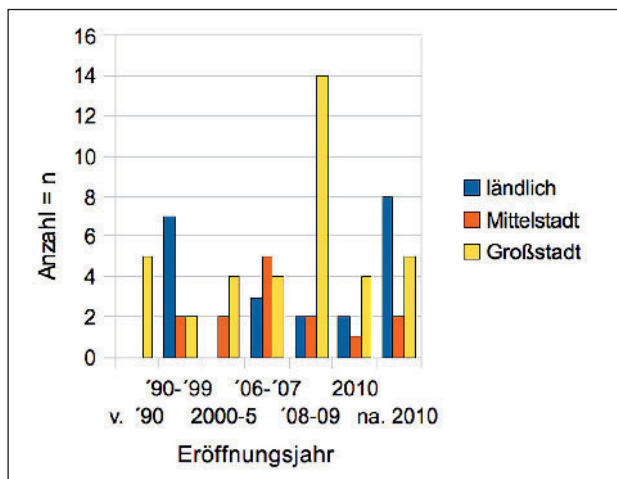
*Keywords:* Ambulatory Medical Health Center; Germany

<sup>1</sup> Gesundheitszentrum Damme

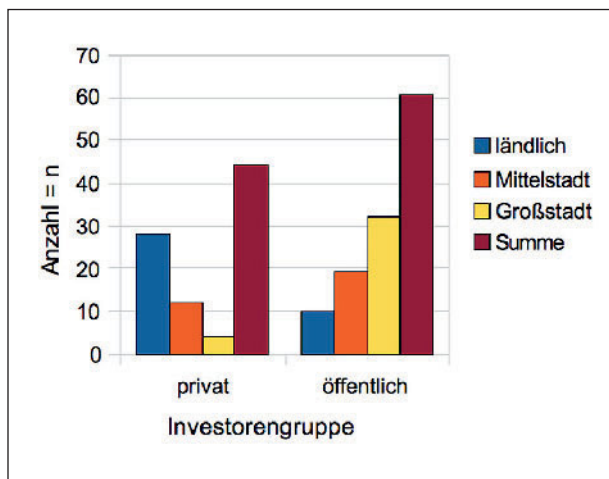
<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 21.10.2013, akzeptiert: 07.01.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0226-0230



**Abbildung 1** Gesundheitszentren nach Eröffnungsjahr und Versorgungsregion



**Abbildung 2** Private und öffentliche Investoren

## Einleitung

MVZ und ambulante Gesundheitszentren stellen zunehmend Pfeiler in der medizinischen Grundversorgung im ambulanten und tagesklinischen Bereich dar. Ziel ist es, hier medizinische, diagnostische und therapeutische Dienstleistungen auf kurzen Wegen schnell und umfassend anzubieten. Ein essenzielles Merkmal ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen im ärztlichen als auch nicht-ärztlichem Bereich. Nicht nur in Deutschland, sondern auch im Ausland, v.a. in Schweden, Finnland, Polen, Schweiz, werden zunehmend Gesundheitszentren errichtet [2, 4, 8].

In Israel werden z.Z. 50 ambulante Gesundheitszentren auf Initiative der zweitgrößten Krankenkasse „Maccabi“ des Landes betrieben, angeregt durch Ed Wagners „chronic care model“ aus den USA [15].

Der Beginn der ersten medizinischen Versorgungszentren bestand in der Umgestaltung der ehemaligen Polikliniken in den Großstädten der ostdeutschen Bundesländern [12]. Die Neugründung von ambulanten Gesundheitszentren in privater Hand auf Initiative der dort tätigen Ärzte hat sich hingegen erst in den letzten Jahren etabliert. Ein Beispiel ist das 1998 gegründete Gesundheitszentrum Damme ([www.gesundheitszentrum.de](http://www.gesundheitszentrum.de)).

Über das Für und Wider von Gemeinschaftspraxen sowie medizini-

schen Versorgungszentren in der ambulanten und integrierten Patientenversorgung wird viel diskutiert. Allerdings fehlt als Diskussionsgrundlage eine Übersicht über den Stand und die wesentlichen Merkmale der Einrichtungen. Die vorliegende Studie will einen Überblick über die Verbreitung und Struktur der vorhandenen ambulanten Gesundheitszentren in Deutschland geben und einen Vergleich dieser Versorgungsstrukturen ermöglichen. Die Ergebnisse werden in den Kontext der gelebten persönlichen und praktischen Erfahrungen des Erstautors (JW; Geschäftsführer des Gesundheitszentrums Damme) gestellt.

## Methodik

Anhand einer umfangreichen Internetrecherche in den Monaten Januar bis März 2012 unter Nutzung der Suchmaschinen Google Scholar, yahoo, PubMed Health, Trip Database und Cochrane Library mit den Suchwörtern „Gesundheitszentrum“, „Ärztelhaus“ und „ambulante Behandlungszentren“ wurden die gefundenen Gesundheitszentren mit haus- und/oder fachärztlicher Versorgung sowie deren Charakteristika registriert. Nicht berücksichtigt wurden die medizinischen Versorgungszentren (MVZ), wie diese in einem Übersichtsartikel aus dem 4. Quartal 2011 der KBV aufgeführt wurden (<http://kbv.de/koop/8791.html>) – zur Differenzierung ambulanter Gesund-

heitszentren von MVZ siehe nachfolgenden Textkasten.

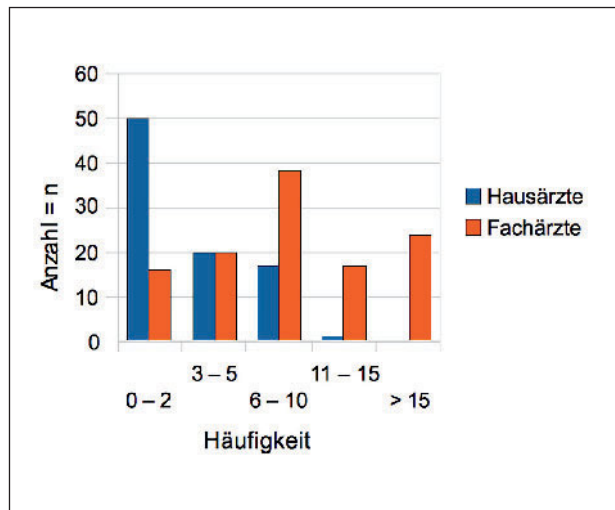
Die gefundenen Gesundheitszentren wurden tabellarisch aufgeführt und wesentliche Kennzeichen und Merkmale dieser Versorgungsstrukturen deskriptiv dargestellt. Die Angaben der vorhandenen Ärzte und Organisation der genannten Gesundheitszentren beziehen sich auf die in der Internetpräsentation gegebenen Informationen. Eine vollständige Erfassung aller Daten konnte wegen fehlender Informationen im Internet nicht gewährleistet werden.

Als Untersuchungsparameter wurden das Eröffnungsjahr, die zugrundeliegende Investorengruppe (privat: die Investition des Zentrums erfolgte durch die dort tätigen Ärzte selbst; öffentliche Trägerschaft: z.B. Krankenhaus, Stadt oder Klinikunternehmen) und die Anzahl der in dem jeweiligen Zentrum tätigen Haus- und Fachärzte erfasst.

Analysiert wurden die Charakteristika der Gesundheitszentren bezüglich ihrer Versorgungsregion: ländlich (= l, < 15.000 Einw.), Klein- und Mittelstädte (= m, 15–100.000 Einw.) sowie Großstädte bzw. Ballungszentren (Gr. > 100.000 Einw.).

## Ergebnisse

Die Internetrecherche identifizierte 105 Gesundheitszentren. Die überwiegende Anzahl der Gesundheitszentren wurde innerhalb der letzten 10 Jahre in Deutschland eröffnet, die Hälfte erst in-



**Abbildung 3**  
 Anzahl Haus- und  
 Fachärzte pro  
 Gesundheitszentrum

nerhalb der letzten 5 Jahre. Dies betrifft sowohl die groß- und mittelstädtischen als auch die ländlichen Versorgungsregionen (Abb. 1).

Der überwiegende Teil der Gesundheitszentren wurde durch öffentliche Investoren, wie Krankenhäuser bzw. Medizin-Versorgungsketten mit initiiert – die hier tätigen Ärzte sind jedoch freiberuflich/eigenständig tätig. Rein private Investoren, wie z.B. bei der Gründung des Gesundheitszentrums Damme, bilden hier eher die Ausnahme und beschränken sich eher auf die kleineren Einrichtungen in ländlichen Versorgungsregionen (Abb. 2).

Als weiterer Untersuchungsparameter wurde die Anzahl der in dem jeweiligen Zentrum tätigen Haus- und Fachärzte analysiert (Abb. 3).

Die durchschnittliche Anzahl der Hausärzte aller Gesundheitszentren betrug 1,75 Hausärzte (Spannweite 0–10). Das Gesundheitszentrum Damme verfügt über sieben hausärztlich tätige Kollegen.

Die durchschnittliche Anzahl der Spezialisten in den untersuchten Gesundheitszentren betrug 8,1, hier lagen die Extremwerte bei 0 und 44. Im Vergleich hierzu liegt der Zahl der Spezialisten im Gesundheitszentrum Damme incl. angeschlossener Radiologiepraxis und dem neuen „Ärztelhaus“-Anbau mit insgesamt 25 Fachärzten ebenfalls deutlich darüber.

Die Gesamtzahl der Hausärzte und Spezialisten in den Gesundheitszentren sowie die fachspezifische Verteilung zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen Einrichtungen in ländlichen Regionen, Klein-/Mittel-

städten sowie Großstädten: Einrichtungen mit über 15 tätigen Ärzten fanden sich mit Ausnahme des Gesundheitszentrums Damme nur in städtischen Versorgungsgebieten (11 x mittelgroße Stadt, 12 x Großstadt). In den Städte-metropolen lag die durchschnittliche Anzahl der Spezialisten bei 13,9 pro Zentrum, die durchschnittliche Hausarztanzahl hingegen nur bei 1,9. Für den klein-/mittelstädtischen Bereich betragen die Zahlen 5,6 (Spezialisten) und 1,5 (Hausärzte) und für die ländlichen Versorgungsgebiete 5,6 und 1,9.

## Diskussion

Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland findet zunehmend in MVZ und ambulanten Gesundheitszentren statt. Der überwiegende Teil dieser Versorgungszentren befindet sich in größeren Städten. Im ländlichen Raum, wie z.B. in der Einrichtung des Erstautors, dem Gesundheitszentrum in Damme, sind sie eher (noch) die Ausnahme. Der größte Teil dieser Zentren liegt in der Trägerschaft von Krankenhäusern bzw. gewerblichen Versorgungsunternehmensketten – die hier tätigen Ärzte sind im Gegensatz zum MVZ jedoch freiberuflich tätig und rechnen direkt mit der KV ab. Die Trägerschaft in privater Hand durch die dort tätigen Ärzte, wie es beim Gesundheitszentrum Damme gegeben ist, stellt eher eine Ausnahme dar und findet dann überwiegend in ländlichen Regionen statt.

In der Literatur werden unterschiedliche Vorteile der Kooperation sowohl in einem medizinischen Versorgungszentrum

als auch einem ambulanten Gesundheitszentrum beschrieben [1, 2, 5, 6, 7, 9, 13, 16]:

- Kostenreduktion durch Zusammenschluss: gemeinsame Nutzung von kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Geräten (z.B. Röntgen, Ultraschall/Doppler, ambulanter OP), gemeinsame Nutzung einer Telefonanlage und der EDV, gemeinsame Einkäufe, gemeinsame Verbrauchsgüter, gemeinsames Praxismanagement
- Gemeinsame Parkplatznutzung, Eingangsbereich, Treppenhaus
- Gemeinsame Nutzung und Vorhaltung eines Personalpools, von Schulungs- und Tagungsräumen
- Möglichkeit der Aushandlung von Sonderkonditionen mit Kostenträgern
- Gemeinsame Außendarstellung im Verbund (Informationsveranstaltungen, Tag der offenen Tür)
- Gemeinsame Kooperation mit umliegenden Praxen und Hausärzten
- Vermeiden doppelläufiger Behandlungsprozesse, bessere Ausnutzung vorhandener Ressourcen. Vermeiden unnötiger Polypharmakologie, Optimierung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie durch bessere Abstimmung, Vermeiden von Neben- und Wechselwirkungen infolge unkoordinierter Therapiemaßnahmen
- Teamarbeit und Qualitätssicherung, bessere Spezialisierung im Team, Optimierung von Arbeitsprozessen, Innovation und vermehrte Weiterbildung
- Einbindung von wissenschaftlichem Arbeiten, Ausbildung von Studenten und somit Sicherung des medizinischen Nachwuchses und der medizinischen Versorgung für die Zukunft
- Bessere Einbindung der Pflegedienste in die interdisziplinäre Versorgung, Vermeidung von Versorgungsengpässen bei stationärer Entlassung
- Besseres ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement durch Möglichkeit der integrierten Versorgung
- Kooperation und Koordinierung physiotherapeutische Leistungen
- Bessere Abrechnungsmöglichkeiten im Bereich Privatabrechnung, IGeL-Leistungen, Präventions- und Vorsorgeleistungen durch höheres Patientenaufkommen und Kooperation

**Dr. med. Josef Wöbkenberg ...**



... Studium an der Universität Düsseldorf, Examen 1986. Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin am Krankenhaus St. Elisabeth Stift Damme. 1990 Niederlassung. Seit 1998 Komplementär und Geschäftsführer des Gesundheitszentrum Damme. Seit 2008 Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover.

Als Nachteile gelten:

- Durch Konzentration der Arztpraxen teilweise längere Anfahrtswege der Patienten
- Längere Wartezeiten bei hohem Patientenaufkommen, z.B. bei Grippeepidemien
- Höhere Anonymität durch Fortfall der persönlichen Arzt-Patientenbeziehung, speziell in Gemeinschaftspraxen mit häufig wechselnden Praxispartnern
- Profitorientierung der (insbesondere nicht-ärztlichen) Trägergesellschaften
- Mangelnde persönliche Identifizierung der tätigen Ärzte mit dem Versorgungsprojekt
- Schlechtere Prozessqualität durch Einbindung mehrerer noch unerfahrener Ärzte/innen

In Hinblick auf die große und weiter zunehmende Gruppe älterer und polymorbider Patienten ergeben sich durch die medizinische Versorgung in einem Gesundheitszentrum optimale Behandlungsmöglichkeiten insbesondere durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten als Generalisten und fachbezogenen Spezialisten [7, 10].

Die Vorteile der integrativen Zusammenarbeit üben überregional eine Sogwirkung auf das Patientenkollektiv aus und erfüllen den Anspruch des Patienten nach wegearmer, rascher und kompetenter Diagnostik und Therapie [11]. Auch in der häuslichen Versorgung hat der Einzugskreis unseres Gesundheitszentrums deutlich größere Ausmaße als der von Einzelpraxen (Erfahrungen und Beobachtungen des Erstautors).

Der Unterschied des Gesundheitszentrums Damme gegenüber den übrigen gefundenen Gesundheitszentren in Deutschland liegt zum einen in der Größenordnung der dort tätigen Haus- und Fachärzte im ländlichen Bereich, zum anderen in der Vorreiterrolle, da die Eröffnung bereits zu einem frühen Zeitpunkt (1998) stattfand.

### Stärken und Schwächen der Arbeit

Aufgrund der Internetrecherche kann eine vollständige Erfassung aller vorliegenden Gesundheitsversorgungsstrukturen und ihrer Daten nicht sicher gewährleistet werden.

Über Informationen zur Vervollständigung unserer Daten würden wir uns außerordentlich freuen, um in einem Follow-up dieser Studie eine möglichst umfassende Darstellung der in Deutschland vorliegenden Gesundheitszentren zu ermöglichen.

### Schlussfolgerung

In den letzten Jahren ist ein starker Zuwachs an ambulanten Gesundheitszentren zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu verzeichnen. Dieser Anstieg betrifft nicht nur die Ballungsgebiete, sondern auch die ländlichen Regionen. Um Nutzen und Vorteile dieser

*Gemeinsames Ziel von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ambulanten Gesundheitszentren ist es, die Kooperation von Ärzten und nicht-ärztlichen medizinischen Einrichtungen auf kurzen Wegen zu bündeln. Der Unterschied besteht in der Trägerschaft, in der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Verpflichtung zum kassenärztlichen Notdienst und in der Eigenverantwortung der beteiligten Parteien. Es ist jedoch nicht immer leicht, MVZ und ambulante Gesundheitszentren eindeutig voneinander zu trennen. Gründe hierzu sind z.B. Wechsel innerhalb der Organisationsstruktur sowie Mischsituationen, in denen z.B. auch angestellte Ärzte in einem ambulanten Gesundheitszentrum mitarbeiten, und auch umgekehrt Vertragsärzte in einem MVZ mitbeteiligt sein können.*

**MVZ:** Überwiegend an Krankenhäusern angeschlossene **medizinische Versorgungszentren** bestehen in Deutschland seit 2004 nach dem § 95 des SGB V. Die hier tätigen Ärzte arbeiten überwiegend in einem Angestelltenverhältnis, nur 16 % der MVZ-Ärzte sind freiberuflich tätig. Die Entlohnung der MVZ-Ärzte erfolgt in der Regel durch ein Festgehalt, das wirtschaftliche Risiko liegt bei der Trägergesellschaft, die auch den bürokratischen Arbeitsanteil übernimmt. Die den MVZ zugrunde liegenden Trägergesellschaften bestehen zu 49,4 % aus Vertragsärzten, in 37,3 % aus Krankenhäusern, in 21,3 % aus anderen Trägergesellschaften; neuerdings sollen auch Städte und Kommunen entsprechende Möglichkeiten erhalten. MVZ verfügen über einen eigenen Geschäftsführer und in der Regel über ein eigenes „Organisationspersonal“. Technische Ausrüstungen wie Labor, Röntgen, Ultraschall werden gemeinsam genutzt (Gerätepool), häufig auch das Personal (Personalpool).

Nach Angaben auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) arbeiteten im 4. Quartal 2011 1.358 Vertragsärzte (Zahl in den letzten Jahren konstant) und 8.662 angestellte Ärzte (dieser Anteil stark ansteigend) in 1814 MVZ (Zugriff unter: <http://www.kbv.de/koop/8791.html>). Im Durchschnitt arbeiteten pro MVZ 5,5 Ärzte.

**Gesundheitszentren: Ambulante Gesundheitszentren** unterscheiden sich in erster Linie durch die Organisationsform (Quelle: Analyse der deutschen Apotheker und Ärztekammer (November 2007), [www.projekt-medizin.com/index.php?id=12](http://www.projekt-medizin.com/index.php?id=12)). Die hier tätigen Ärzte sind eigenständig freiberuflich tätig, rechnen direkt mit der KV ab und tragen das wirtschaftliche Risiko selbst. Die organisatorischen Aufgaben werden von den beteiligten Ärzten bzw. Arztpraxen ebenfalls eigenständig übernommen. Die Verpflichtung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst ist an jeden Arzt persönlich und nicht – wie beim MVZ – an die Organisation gebunden. Es können aber zusätzlich von den selbstständig Tätigen noch weitere Ärztinnen und Ärzte angestellt werden, sodass komplizierend Mischsituationen entstehen. Jede Praxis verfügt über ihre eigenen Räumlichkeiten, Geräte und Personal. Die Praxen arbeiten autark, d.h. ohne Bindung und Verpflichtung an übergeordnete Trägergesellschaften oder Versorgungsträger.

Sowohl MVZ als auch medizinische Gesundheitszentren leisten einen zunehmend wertvollen Beitrag zum Standort-Marketing für Städte und Gemeinden, gerade in ländlichen Regionen. Die Versorgung der zunehmend überalterten und polymorbiden Gesellschaft erfordert Lösungen zur umfassenden Betreuung im Sinne: „Alle Angebote unter einem Dach“. Vorteile der MVZ und Gesundheitszentren sind die direkte und unkomplizierte Kooperation durch ein persönliches, vertrautes, kollegiales Arbeitsverhältnis mit schnellem Informationsfluss und eine rasche, kompetente Weiterbetreuung.

**Textkasten** Differenzierung: MVZ – Gesundheitszentren

Zentren, aber auch mögliche negative Aspekte im Hinblick auf die Versorgungsqualität wissenschaftlich fundiert beurteilen zu können, ist weitere Versorgungsforschung erforderlich.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Josef Wöbkenberg  
Gesundheitszentrum Damme  
Lindenstraße 10–14, 49401 Damme  
Tel.: 05491 955100  
josef.wobkenberg@  
gesundheitszentrum.de

## Literatur

1. Brenken K. Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/0data/06/word/06001100052006.doc> (letzter Zugriff am 15.12.2013)
2. Christiansen T. Modernisation of general practice in Denmark. Gütersloh: Health Policy Monitor, 2008
3. Cornelius F. Erfolgsfaktoren für den Aufbau medizinischer Versorgungszentren. [http://www.mwv-Berlin.de/fileadmin/bilder/Downloads/Probeseiten/Handbuch\\_Leseprobe.pdf](http://www.mwv-Berlin.de/fileadmin/bilder/Downloads/Probeseiten/Handbuch_Leseprobe.pdf) (letzter Zugriff am 15.12.2013)
4. Ferragut Ensenyat G. CASAP: a new form of primary care organisation. Gütersloh: Health Policy Monitor, 2007
5. Möhrmann G. Planung von Gesundheitszentren, Gemeinschaftspraxen und Betreibergemeinschaften, 2012. <http://www.geundheitszentren.de/gz-entwicklung.htm> (letzter Zugriff am 15.12.2013)
6. Müller S, Köppel B. Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt. Dtsch Arztebl 2008; 105: A-2500/B-2124/C-2052
7. Pelleter J, Sohn S, Schöffski O. Medizinische Versorgungszentren, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 7. Burgdorf, 2005
8. Public health: Parameter und psychosoziale Gesundheitsforschung. Ausgabe: 02/04: Gesundheitssysteme in Europa. <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de> (letzter Zugriff am 15.12.2013)
9. Roeder N, Hensen P. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Gesundheitslehrbuch. Köln, Deutscher Ärzteverlag: 2009
10. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. Health Aff (Millwood) 2009; 28: w1–16
11. Scholz J Die Mär von der „doppelten Facharztschiene“: Wer braucht schon den Facharzt um die Ecke?, 2007. <http://www.durchblick-gesundheit.de/content/red.otx/1177,54643,0.html> (letzter Zugriff am 15.12.2013)
12. Schraeder WF, Jacobs K. Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Umstrukturierung der ambulanten Versorgung im Land Brandenburg. (2. Aufl.) Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen, Bd. 24. Berlin, 1997
13. Schwiedernoch A, Özyurt EL. Integrierte Versorgung. Ein managed care Ansatz in Deutschland. Projektarbeit Köln (o.J.): Mibeg-Institut Medizin. [http://www.henrikbecker.de/iv/Integrierte\\_Versorgung\\_Schwiedernoch\\_Ozyurt.pdf](http://www.henrikbecker.de/iv/Integrierte_Versorgung_Schwiedernoch_Ozyurt.pdf) (letzter Zugriff am 15.12.2013)
14. Szecsenyi J, Stock J. Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? In: Szecsenyi J, Stock J (Hrsg.) Stichwort: Qualitätsindikatoren. Bonn: KomPart, 2007: 9–16
15. Wilf-Miron R, Kokia E, Gross R. Redesigning primary care services in Macca-bi. Gütersloh: Health Policy Monitor, 2007
16. Zwingel B, Preißler R. Ärzte-Kooperation und medizinische Versorgungszentren (2. Auflage). Köln, Deutscher Ärzte-Verlag: 2007



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den  
„Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

**[www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de)**