

# Ambulante Gesundheitszentren: ein Vergleich Deutschland – Schweiz

## *Ambulatory Health Care Centers: a Comparison Germany – Switzerland*

Josef Wöbkenberg

**Hintergrund:** Ambulante Gesundheitszentren nehmen einen zunehmend höheren Stellenwert in der ambulanten Patientenversorgung ein, wenngleich über das Pro und Contra vielfach diskutiert wird. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, einen Einblick in die Anzahl und Struktur ambulanter Versorgungszentren am Beispiel der Schweiz zu geben. Anhand eigener Daten soll zudem ein selektiver Vergleich mit bestehenden Einrichtungen in Deutschland vorgenommen werden.

**Methoden:** Internetrecherche (Oktober – Dezember 2015) unter Nutzung der Suchmaschinen Google Scholar, Yahoo, PubMed Health, Trip Database und Cochrane Library mit den Suchwörtern „Gesundheitszentrum/-en“, „Partnerpraxen“, „Ärztelhaus“ und „ambulante Behandlungszentren“. Erfasst wurden die gefundenen Gesundheitszentren der Schweiz mit haus- und/oder spezialisierter Versorgung sowie deren Charakteristika (z.B. Investorengruppe, Stadt – Land). Die Ergebnisse wurden mit eigenen, bereits publizierten Zahlen verglichen.

**Ergebnisse:** Die Suche ergab 59 vorhandene ambulante Gesundheitszentren in der Schweiz (49 städtische, 10 ländliche Versorgungsgebiete). Der überwiegende Teil der Gesundheitszentren wurde durch Investorenketten eingerichtet. Private Investoren bildeten die Ausnahme und beschränken sich eher auf kleinere Einrichtungen in ländlichen Versorgungsregionen. Die durchschnittliche Anzahl der in den jeweiligen Gesundheitszentren tätigen Hausärzte betrug 3,22, die der rein fachärztlich tätigen Spezialisten 3,86. Es überwogen Internisten, gefolgt von Psychiatern, Orthopäden/Rheumatologen sowie Gynäkologen und Dermatologen (n = 44; 17; 15; 10). Die Anzahl der Hausärzte war im Vergleich zu den deutschen Einrichtungen etwas höher, die der Spezialisten etwas niedriger.

**Schlussfolgerungen:** Patienten, Leistungserbringer, Versicherer und politische Entscheidungsträger benötigen mehr und bessere Daten über ambulante Gesundheitszentren, um entsprechende Initiativen zu unterstützen.

*Schlüsselwörter: Ambulante Gesundheitszentren; Versorgungsforschung; hausärztliche Versorgung*

**Background:** Ambulatory health care centers have evidently become increasingly important in primary care, especially in Germany, but also in our neighboring countries. This survey shows the frequency and characteristics of ambulatory health centers in Switzerland and a corresponding comparison to German health centers.

**Methods:** Internet research from October to December 2015 in Google Scholar, Yahoo, PubMed Health, Trip Database and the Cochrane Library with the keywords “health center”, “ambulatory health center” and “partner practices”. Characteristics were analyzed and compared with the German institutes.

**Results:** We found 59 ambulatory health care centers in Switzerland – a relative high share in relation to the population (Switzerland: 59 centers/8,24 million, Germany: 109 centers/81,9 million). The centers were established mostly by public investors and in city areas (> 20.000 inhabitants). The average number of family practitioners was 3,22/center (Germany 1,75), for specialists 3,86/center (Germany 8,1). The number of family practitioners was slightly higher in the Swiss centers, the number of specialist slightly lower compared to the German centers.

**Conclusions:** To assess and illustrate the obvious benefits of ambulatory health centers for the quality of ambulatory primary care, more research work in Europe is warranted.

*Keywords: ambulatory health care center; primary care*

## Hintergrund

Ambulante Gesundheitszentren gewinnen in der Patientenversorgung zunehmende Bedeutung, wenngleich über das Pro und Contra vielfach diskutiert wird [1, 2]. Auch in unseren Nachbarländern entstehen zunehmend mehr solcher Versorgungszentren. Wie stellt sich dort die Versorgungssituation dar? Diese Studie stellt eine Übersicht über die in der Schweiz befindlichen Gesundheitszentren und deren Charakteristika dar. Im Weiteren soll ein selektiver Vergleich mit bestehenden Einrichtungen in Deutschland anhand eigener Daten [3] vorgenommen werden.

Vor dem Hintergrund, dass in der Schweiz rund 20 % chronisch und/oder Schwerkranken rund 80 % der Kosten verursachen [4], besteht das Bestreben dort wie in anderen europäischen Ländern, durch innovative Versorgungsstrukturen mehr Qualität und Effizienz zu erreichen – vor allem durch die verbesserte Versorgung dieser Patienten. Neue Versorgungsmodelle sollen sich aber nicht auf diese Patientenpopulationen beschränken, sondern eine umfassende Versorgung sicherstellen und eine bessere Prävention ermöglichen.

Derlei Modelle zeichnen sich durch eine integrierte Versorgung durch verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens aus und passen sich dem Bedarf der zu versorgenden Patienten an. Dabei soll die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen eng, schnell und aufeinander abgestimmt sein.

Der Begriff Gesundheitszentrum steht – je nach Konzeption – für Einrichtungen mit unterschiedlich großer fachspezialisierter und hausärztlicher Ausstattung oder für Gemeinschaftspraxen, in welchen auch nicht-ärztliches Personal arbeitet und neue Formen des „Skill-Mix“ zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal praktiziert werden können. Diese Versorgungsmodelle orientieren sich häufig am Chronic-care-Modell [5, 6], einem primärmedizinisch basierten Versorgungskonzept, das auf die Bedürfnisse chronisch Kranker zugeschnitten ist. Auch in der Schweiz sind Ansätze neuer Versorgungsmodelle entstanden, wie z.B. Gesundheitszentren oder die Projekte des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich [4].

Angesichts der Bedeutung chronischer Krankheiten sind also primärmedizinisch basierte Versorgungskonzepte wichtig, die auf die Bedürfnisse chronisch Kranker zugeschnitten sind und den kompletten Versorgungsprozess an diesen ausrichten können. Durch neue Versorgungsmodelle soll eine am Patientennutzen orientierte und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung von hoher Qualität erreicht werden. Die Qualität der Versorgung muss insbesondere für chronisch Kranke und multimorbide Patienten verbessert werden und es müssen Versorgungsdefizite behoben werden. Gleichzeitig sollen die individuellen Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern erhalten bleiben, da dies für den Therapieerfolg und die Effizienz wichtig sein kann.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu zeigen, dass mehr oder bessere objektive Daten und Parameter über die Arbeit sowie die Vor- und Nachteile von ambulanten Gesundheitszentren in Deutschland und in europäischen Nachbarländern erbracht werden müssen. Denn die Datenlage in der Literatur ist noch sehr spärlich. Bisher überwiegt somit die subjektive Erfahrung des Autors aus der Tätigkeit im eigenen Projekt des „Gesundheits Centrum Damme“.

Die Begriffsvielfalt bzgl. ambulanter Gesundheits- und medizinischer Versorgungszentren ist groß. Auch kann sich die Organisationsstruktur im Verlauf eines Projektes ändern. In der Schweiz treten andere Begriffe auf als in Deutschland, wie z.B. „Partnerpraxis“ oder „Ärztelhaus“. Zudem gibt es sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz „Gesundheitszentren“ als Therapieeinrichtungen/Tagungszentren ohne ärztliche Beteiligung – diese Zentren sind in dieser Arbeit nicht berücksichtigt worden.

Bereits in einer früheren Arbeit wurde zudem auf die Differenzierung Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und Gesundheitszentrum hingewiesen und diese genauer dargestellt [3].

## Methoden

Internetrecherche in den Monaten Oktober bis Dezember 2015 unter Nutzung der Suchmaschinen Google Scholar, Ya-

Jahr	Schweiz	Deutschland
vor 1990	0	5
1990–2000	6	29
2001–2005	11	25
2006–2010	20	31
2011–2016	22	29

**Tabelle 1** Gründungszeitraum von Gesundheitszentren in der Schweiz und in Deutschland

hoo, PubMed Health, Trip Database und Cochrane Library mit den Suchwörtern „Gesundheitszentren“, „Partnerpraxen“, „Ärztelhaus“ und „ambulante Behandlungszentren“. Die Zahl der Gesundheitszentren der Schweiz mit haus- und/oder spezialisierter Versorgung und deren Charakteristika wurden erfasst und grafisch bzw. tabellarisch aufgeführt.

Als Merkmal wurden die Anzahl der jeweils tätigen Allgemeinmediziner und Fachspezialisten sowie die zugrundeliegende Investorengruppe, also private (die Investition des Zentrums erfolgte durch die dort tätigen Ärzte selbst) oder öffentliche Trägerschaft (wie ansässiges Krankenhaus bzw. Klinikunternehmensketten), herangezogen. Ebenso wurden die Charakteristika der Gesundheitszentren bezüglich ihrer Versorgungsregion (ländliche Region versus städtische Gebiete) dargestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse mit eigenen, bereits publizierten Zahlen verglichen.

## Ergebnisse

Es fand sich in der Schweiz mit 59 Zentren ein relativ hoher Anteil (gemessen an der Einwohnerzahl von ca. 8 Mio.) im Vergleich zu Deutschland mit 109 Zentren (gemessen an der Einwohnerzahl von ca. 81 Mio.). Die Gesundheitszentren wurden überwiegend zwischen 2006 und 2015 gegründet (Anzahl = 42, Tab. 1 und Abb. 1), somit deutlich später als in Deutschland. Im Vergleich zu den deutschen Einrichtungen wurden in der Schweiz die Zentren zu einem deutlich höheren Anteil von Investorenketten wie Santémed, Centramed, Sanacare, Monvia und vornehmlich in städtischen Regionen errichtet. Private Investoren bilden die Ausnahme und be-

schränken sich eher auf die kleinen Einrichtungen in ländlichen Regionen.

Die durchschnittliche Anzahl der in den Gesundheitszentren tätigen Hausärzte (HA/HÄ) betrug in der Schweiz 3,22 pro Zentrum (Spannweite 1–10 Hausärzte). Als Hausärzte sind hier die primärärztlich tätigen „Praktischen Ärzte“ und „Fachärzte (FA/FÄ) für Allgemeine und Innere Medizin“ gemeint. Die übrigen Facharztgruppen arbeiten in den Zentren „rein fachärztlich“. Im Vergleich mit der Schweiz besteht in Deutschland eine deutliche Bevorzugung von Zentren mit geringerer Hausärztebeteiligung (hier durchschnittlich 1,75 HÄ pro Zentrum, Abb. 2).

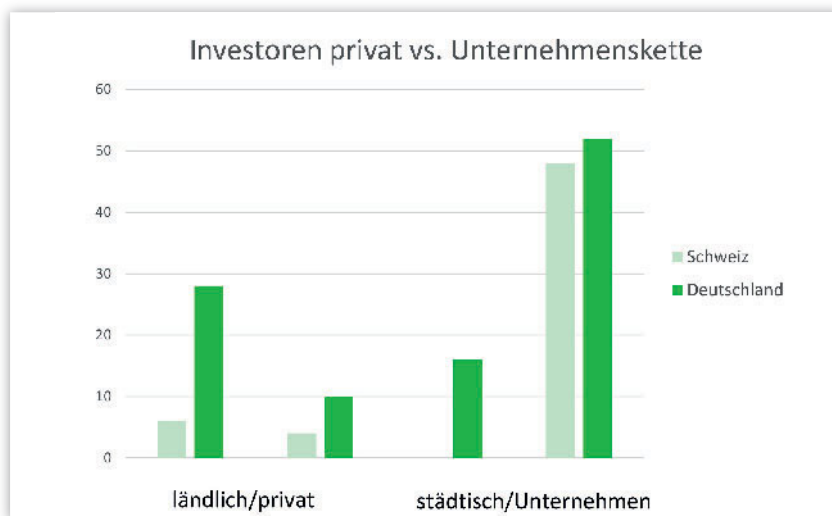
Die durchschnittliche Anzahl der Spezialisten in den schweizerischen Gesundheitszentren betrug 3,86 FÄ pro Zentrum (Spannweite 1–13 FÄ). Es überwogen Internisten (n = 44 Ärzte), gefolgt von Psychiatern (n = 17), Orthopäden/Rheumatologen (n = 15), Gynäkologen und Dermatologen (jeweils n = 10).

Die Anzahl der Hausärzte war im Vergleich zu den deutschen Einrichtungen etwas höher, die der fachärztlich tätigen Spezialisten hingegen etwas niedriger (Abb. 3)

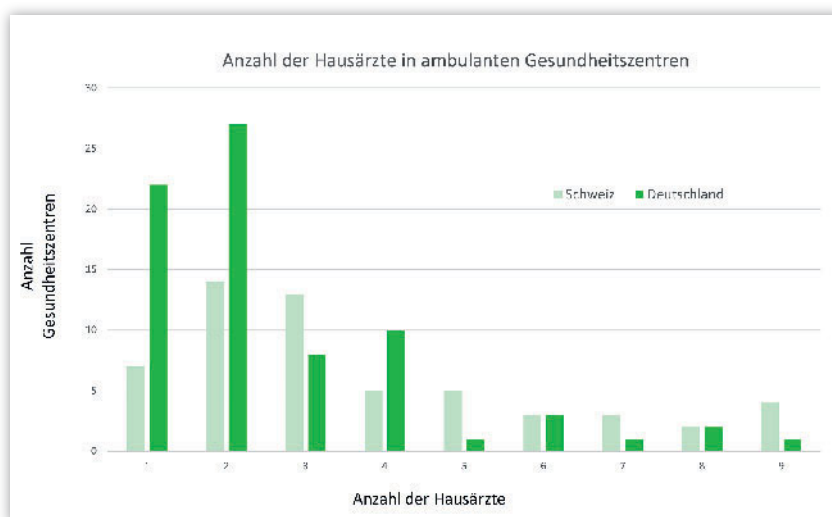
## Diskussion

In der Literatur werden unterschiedliche Vorteile von medizinischen Versorgungszentren beschrieben [2, 7, 8–11]:

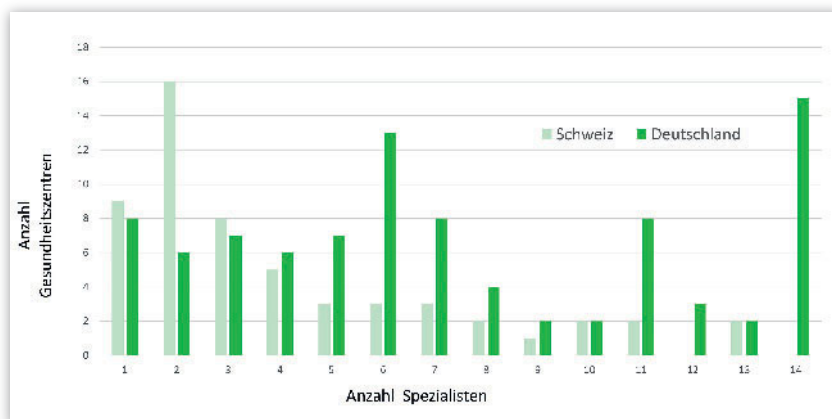
- Kostenreduktion durch gemeinsame Nutzung von diagnostischen und therapeutischen Geräten, Telefon- und EDV-Anlage. Gemeinsame Einkäufe, gemeinsames Praxismanagement
- Gemeinsame Nutzung von Parkplätzen, Eingangsbereich, Treppenhaus, Schulungs- und Tagungsräumen
- Gemeinsames Personal
- Gemeinsame Nutzung des Personals, von Schulungs- und Tagungsräumen
- Schnelle Weitervermittlung der Patienten in notwendige fachspezialistische Diagnostik und Behandlung
- Gemeinsame Außendarstellung
- Vermeiden doppelläufiger Behandlungsprozesse und unnötiger Polypharmazie, Optimierung der Therapie
- Teamarbeit und Qualitätssicherung, bessere Spezialisierung im Team, Optimierung von Arbeitsprozessen und Weiterbildung



**Abbildung 1** Investitionsformen und Ansiedlung von Gesundheitszentren in der Schweiz und in Deutschland



**Abbildung 2** Anzahl der Hausärzte in ambulanten Gesundheitszentren



**Abbildung 3** Anzahl Spezialisten in ambulanten Gesundheitszentren

**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.

- Einbindung von wissenschaftlichem Arbeiten, Ausbildung von Studierenden und Assistenten
- Bessere Einbindung der Pflegedienste, schnellere Versorgung nach stationärer Entlassung

Hingegen gelten als Nachteile der Gesundheitszentren:

- Längere Anfahrtswege der Patienten durch Konzentration der Arztpraxen
- Längere Wartezeiten bei hohem Patientenaufkommen
- Mangelnde persönliche Identifizierung angestellter Ärzte mit der Einrichtung
- Wechselnde Versorgungs- und Prozessqualität durch Einbindung auch von unerfahrenen Ärzten

Die hier vorgestellte Analyse hat gezeigt, dass ambulante Gesundheitszentren in

der Patientenversorgung nicht nur in Deutschland, sondern auch in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Damit in Deutschland wie auch in der Schweiz neue Versorgungsmodelle entstehen und sich verbreiten, muss überregional versucht werden, Rahmenbedingungen zu schaffen, die solche Initiativen begünstigen. So könnten Projekte in ihrer Startphase durch die Länder und Gemeinden sowie die Kostenträger mit Know-how und finanziellen Mitteln unterstützt werden. Weiterhin gilt es, die Versorgungsforschung auszubauen, auch um aussagekräftige Qualitätsindikatoren für die ambulante Praxis und Patientenversorgung zu entwickeln, anhand derer neue Versorgungsmodelle adäquat evaluiert werden können. Damit sollen den Patienten,

Leistungserbringern, Versicherern und politischen Entscheidungsträgern relevante Grundlagen für ihre Entscheidungen betreffend der Gesundheitsversorgung zugeliefert werden [4].

Perspektivisch bleibt abzuwarten, wie sich die weitere Entwicklung der ambulanten Gesundheitszentren in Europa sowie deren zu erwartender Vorteile in der Patientenversorgung darstellen werden.

### Limitationen

Eine Internetrecherche kann naturgemäß keine vollständige Erfassung aller vorhandenen Gesundheitszentren gewährleisten.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Josef Wöbkenberg  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Gesundheitszentrum Damme  
Lindenstraße 10–12, 49401 Damme  
Tel.: 05491 955100  
josef.woebkenberg@gesundheitszentrum.de

## Literatur

1. Fozouni B, Vieten W. Medizinische Versorgungszentren: Die Teilnahme muss sich rechnen. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: 12–14
2. Müller S, Köppel B. Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: A-2500/B-2124/C-2502
3. Wöbkenberg J, Schneider N. Übersicht ambulanter Gesundheitszentren in Deutschland. *Z Allg Med* 2014; 90: 226–230
4. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Bern, März 2012. [www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2017)
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1909–1014
6. Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J. Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2006; 100: 345–352
7. Brenken K. Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. [www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/0data/06/word/06001100052006.doc](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/0data/06/word/06001100052006.doc) (letzter Zugriff am 15.12.2013)
8. Christiansen T. Modernisation of general practice in Denmark. Bertelsmann Stiftung/HealthPolicyMonitor, 2008. [hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark\\_-\\_Denmark/11/Modernisation\\_of\\_general\\_practice\\_in\\_Denmark.html#Headline2](http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-_Denmark/11/Modernisation_of_general_practice_in_Denmark.html#Headline2) (letzter Zugriff am 15.01.2017)
9. Möhrmann G. Planung von Gesundheitszentren, Gemeinschaftspraxen und Betreibergemeinschaften, 2012. [www.gesundheitszentren.de/gz-entwicklung.htm](http://www.gesundheitszentren.de/gz-entwicklung.htm) (letzter Zugriff am 15.12.2013)
10. Roeder N, Hensen P. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Gesundheitslehrbuch. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009
11. Zwingel B, Preißler R. Ärzte-Kooperation und medizinische Versorgungszentren, 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007