


# „Für uns in Österreich ist Primärversorgung unverzi

Im Interview: Dr. Maximilian Schwarz und Dr. scient. med. David Wachabauer, Gesundheit Österreich GmbH

„Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ ist ein Projekt im Rahmen der EU-Aufbau- und Resilienzfazilität (RRF), das darauf abzielt, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie abzumildern und Europa nachhaltig zu stärken. Bereits 2015 eröffnete in Wien die erste Primärversorgungseinheit (PVE) Österreichs, bis heute gibt es 106 PVE im ganzen Land: Mit rund 100 Millionen Euro an EU-Fördermitteln hat die seit einer Dekade in Österreich existente Primärversorgung ordentlich Rückenwind erhalten. Wie Österreich das geschafft hat, erklären Dr. Maximilian Schwarz und Dr. David Wachabauer von der – vom österreichischen Gesundheitsministerium – mit der Umsetzung beauftragten Gesundheit Österreich GmbH (1).

# t die chtbar”

>> Das Besondere an der in Österreich aufgebauten Organisationsform ist, dass in einer PVE Allgemeinmediziner:innen und/oder Fachärztinnen bzw. Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Ordinationsassistenzen und Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe wie Sozialarbeiter:innen, Diätolog:innen und Physiotherapeut:innen oder Psychotherapeut:innen in einem Team zusammenarbeiten, wobei das jeweilige Leistungsangebot auf die jeweilige Region zugeschnitten ist. Wie haben Sie die Implementierung der PVE gegen die sicher aufgetretenen Widerstände der Leistungserbringer schaffen können?

Mit viel Geduld und harter Community- und Überzeugungsarbeit. Dazu muss man wissen, dass der Aufbau der inzwischen 106 Primärversorgungseinheiten in Österreich alles andere als über Nacht entstanden ist. Bereits seit 2014 gibt es bei uns das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Ein Jahr später, 2015, wurde in Wien die erste Primärversorgungseinheit (PVE) Österreichs eröffnet – die PVE Medizin Mariahilf. Ein Jahr später fand der erste Kongress für Primärversorgung statt, den das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz (auf dem auch das Österreichischen Forum Primärversorgung (OEFOP) ins Leben gerufen wurde) ausgerichtet hat und der von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) unterstützt wird. Will heißen: Seit über zehn Jahren gibt es hierzulande die Auseinandersetzung mit diesem Thema und dazu ein recht aktives Communitybuilding, das insbesondere mit der EU-Förderung professionalisiert wurde.

*„Seit über zehn Jahren gibt es hierzulande die Auseinandersetzung mit diesem Thema und dazu ein recht aktives Communitybuilding, das insbesondere mit der EU-Förderung professionalisiert wurde.“*

Dazu wurde innerhalb der Gesundheit Österreich GmbH eine eigene Abteilung aufgebaut. Die GÖG ist zudem das nationale österreichische Forschungs- und Planungsinstitut und zentrale Stelle für Gesundheitsförderung. Damit man auch bei uns in Deutschland erkennt, wie konsequent und weitblickend bei Ihnen im Nachbarland gehandelt wird: Die GÖG wurde bereits im Jahr 2006 aufgrund des „Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH“, kurz GÖGG, errichtet. Alleingesellschafter ist die Republik Österreich, vertreten durch den jeweils amtierenden Gesundheitsminister oder die Gesundheitsministerin.

Die Fachgebiete der GÖG umfassen seit der Gründung ein recht breites Spektrum. Sie reichen von der Pharmako- und Gesundheitsökonomie, Qualitätsentwicklung und -sicherung bis hin zu spezieller Expertise in Bereichen wie Arzneimittelpreise, Gesundheitsberufe und Sucht. Die GÖG betreut aber auch die Themen Strukturplanung und Gesundheitsförderung.

Sie, Herr Dr. scient. med. David Wachabauer, sind Abteilungsleiter für „Primärversorgung und Versorgungskoordination“, und Sie, Herr Dr. med. univ. Maximilian Schwarz, sind Health Expert in dieser Fachgebietsabteilung. Was ist Ihre Aufgabe?

Wir haben erkannt, dass das Thema Primärversorgung in der derzeitigen österreichischen Versorgungslandschaft immer wichtiger wird und man hat dazu eine eigene Abteilung in der GÖG gegründet. Seit Kurzem ist in unserer Abteilung auch noch das Thema Versorgungskoordination dazugekommen. Das macht überaus Sinn, weil man Primärversorgung und Versorgungskoordination gemeinsam denken und planen muss. Dazu kommen wir sicher noch später.

Welche Kernaufgaben hat Ihre Abteilung?

Die Abteilung Primärversorgung und Versorgungskoordination – zuerst als Teil einer anderen Abteilung und dann eigenständig – entstand erst durch die seit 2022 zur Verfügung stehenden EU-Mittel in Höhe von 100 Millionen Euro. Das war quasi unser Startschuss. Unsere Kernaufgabe war es zunächst, Strukturen für die Gesamtkoordination des Projekts und der Förderungen aufzubauen sowie die Plattform Primärversorgung zu gründen, um damit eine Community in der Primärversorgungslandschaft zu etablieren. Das Problem in der Primärversorgung ist nun einmal die enorme Heterogenität der vielen verschiedenen Berufsgruppen, die bisher schlecht oder zumindest nicht ausreichend vernetzt waren. Was aber auch kein Wunder war, weil die Primärversorgung höchst dezentral lokalisiert ist und in vielen Tausenden einzelnen Ordinationen durch verschiedene Gesundheitsberufe geleistet wird. Dazu kommt, dass sich die Mitglieder der verschiedenen Gesundheitsberufe vor der Schaffung der „Plattform Primärversorgung“ nicht als Community gefühlt haben. Jeder hat quasi für sich in seiner Praxis agiert. Sicher gab es ein paar telefonische Kontakte mit anderen Leistungserbringern, mit denen man halt öfter zusammenarbeitet. Von daher war es schon ein wichtiger Akt, diese Plattform aufzusetzen, um die große Community dieser Versorgungsebene zu vernetzen. Das ist mithilfe verschiedener Events, Mitgliederveranstaltungen und Vernetzungsgruppen schon ganz gut gelungen, aber natürlich auch durch viele Webinare zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit. All diese Maßnahmen haben das Communitybuilding enorm gestärkt.

Wer hatte die Idee, in die Primärversorgung als weiteres Angebot für die Versorgung zu investieren?

Die Idee ist eindeutig unserem Gesundheitsministerium, aber sicher auch dem Engagement der Veranstalter:innen des Grazer Kongress für Primärversorgung zuzuschreiben, allen voran Univ.-Prof.in Dr.in Andrea Siebenhofer-Kroitzsch (s. MVF 01/2021), der Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte

Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz und auch des hier angesiedelten Studiengangs „Primary Health Care“. Der Willen zur Stärkung der Primärversorgung war durchaus auch eine Konsequenz, die in Österreich aus den Lehren der Corona-Pandemie gezogen wurde. Unser Gesundheitsministerium hat aber auch die Chance erkannt, dazu den „Next Generation“-Fördertopf der EU zu nutzen. Österreich hat sich beworben und immerhin eine Förderbewilligung über 100 Millionen Euro erhalten.

Sie sprechen das Programm „NextGenerationEU“ (3) an, – aufgepasst deutsche Bundesgesundheitsministerin und Landesgesundheitsminister:innen! – temporäres Aufbauinstrument von 750 Milliarden Euro, das die wirtschaftliche Erholung Europas nach der Covid-19-Pandemie fördern soll. Das Kernstück ist die Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF), die Investitionen und Reformen in den Bereichen ökologischer und digitaler Wandel, soziale Inklusion sowie Gesundheit und Resilienz finanziert, den ihr Land in seinem „Wiederaufbau- und Resilienzplan“ recht fleißig nutzt (4).

Das ist absolut richtig. Die EU hat das Förderprogramm für innovative Projekte zur Verfügung gestellt, das unser Gesundheitsministerium genutzt hat, um den Aufbau von Primärversorgungseinheiten als Versorgungsmodell fördern zu lassen und dazu eine zentrale Stelle einzurichten, die das Ganze koordiniert und das Communitybuilding organisiert. Wichtig war es aber auch zu kommunizieren, dass in der Primärversorgung viele verschiedene Berufsgruppen sehr gut sowie harmonisch und erfüllend zusammenarbeiten können, um die Patientenschaft gemeinsam bestmöglich zu versorgen. Dass es so etwas wie Primärversorgung überhaupt gibt, wussten davor nur sehr wenige Patient:innen wie Leistungserbringende. Von daher war es überaus richtig, einen Teil der EU-Förderung für den Aufbau der „Plattform Primärversorgung“ einzusetzen.




Dr. scient. med. David Wachabauer, BSc, BSc, MSc

*leitet die Abteilung Primärversorgung und Versorgungskoordination bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Zuvor war er von 2021 bis 2024 u.a. für den Aufbau der „Plattform Primärversorgung“ verantwortlich; seine Laufbahn bei der GÖG begann 2014 in der Abteilung Planung und Systementwicklung.*

**Könnte man die in Deutschland weitverbreiteten Arztnetze als Vorläufer des Konzepts der Primärversorgung begreifen?**

Es kommt darauf an, wie Ärzt:innen in derartigen Netzen organisiert sind. Bei uns in Österreich gibt es auch Arztnetze, die Veranstaltungen mit fachlichen Vorträgen veranstalten und sich in Bezirksärzteversammlungen austauschen. Das ist natürlich auch eine Form des Communitybuildings, jedoch meist eine sehr monoprofessionelle und auch oft eher informell. Der Unterschied zu unserer Plattform ist, dass alle Berufsgruppen, die in der Primärversorgung eine Rolle spielen, vernetzt sind.

**Da ahnt man, wie bei uns die verfasste Ärzteschaft aufschreit und sich lautstark dagegen verwehrt, dass neben dem ambulanten und stationären Sektor auf einmal noch eine weitere Versorgungseinheit einen Teil des zur Verfügung stehenden Budgets beanspruchen will. Sicherlich wurde genau darum in Deutschland im aktuellen Koalitionsvertrag der Begriff „Primärarztsystem“ verwandt.**

Das war bei uns auch nicht anders. Von Anfang an war viel Widerstand zu spüren, indem immer wieder die Sinnhaftigkeit derartiger PVE infrage gestellt wurde. Doch nach und nach ist es uns mit viel Überzeugungsarbeit gelungen, große Teile der Stakeholder zu überzeugen, dass Versorgung zusammen – statt in einzelnen Professionen und Sektoren – gedacht werden muss. Dazu muss man auch sagen, dass in vielen anderen Ländern wie England, Spanien oder Slowenien teambasierte multiprofessionelle Zentren bereits seit Jahrzehnten existieren. Der Ansatz ist also nicht neu. Natürlich gibt es auch noch heutzutage Stimmen, die PVE immer noch nicht als zielführend oder schlicht als nicht notwendig abkanzeln. Doch werden solche Stimmen nach und nach leiser und leiser. Vor allem in den letzten zwei bis drei Jahren überzeugt alleine schon das rasche Wachstum von PVE auf der einen und der hohe Vernetzungsgrad der Mitglieder auf der Plattform Primärversorgung auf der anderen Seite viele Zweifelnde. Am Anfang war es sicher nur eine Gruppe an Pionieren und Innovatoren, die mitgemacht haben und die 2015 die erste PVE in Wien gestartet haben. 2016 kam keine einzige dazu. 2017 dann drei, in den folgenden Jahren aber schon fünf und sieben. Als dann 2022 die EU-Förderung eingeworben wurde und die Plattform gelauncht wurde, begann der eigentlich exponentielle Aufschwung, sodass wir – Stand heute – bei 106 PVE stehen. Mit der EU-Förderung ist die Entwicklung der Primärversorgung in eine neue Phase getreten. Es hilft eben immer, wenn auf einmal Geld aus externen Fördertöpfen zur Verfügung steht. Schlichtweg gilt: Der Erfolg gibt dem Ganzen recht.

**Wobei sicher auch einige Kritiker:innen argumentiert haben werden, dass man das nicht unbedeutende EU-Budget auch für andere Dinge hätte einsetzen können.**

Sicher. Nur haben die so Argumentierenden den Förderzweck missverstanden. Die EU-Förderung ist ausschließlich für die Implementierung von Innovationen gedacht, jedoch nicht für die Finanzierung des Status quo. Die Gelder sind zudem zweckgebunden; die kann man nicht einfach abzweigen, um damit etwaige andere Löcher zu stopfen oder Ähnliches.

**Wie kann man sich das österreichische Primärversorgungssystem vorstellen: als Extrasektor zwischen der ambulanten und stationären Schiene? Bei uns in Deutschland hat erst vor wenigen Wochen der Bundesverband Managed Care (BMC) genau so etwas vorgeschlagen. Da stellt sich die Frage: Wie wird in Österreich der Übergang zwischen den Sektorengrenzen gelöst?**

Österreich hat – sowie die meisten anderen Ländern, mehrere Versorgungsstufen. Die erste Versorgungsstufe ist die Primärversorgung, diese beinhaltet die hausärztliche sowie kinderärztliche Versorgung im niedergelassenen kassenfinanzierten Bereich. Danach folgt die Sekundärversorgung mit der fachärztlichen Versorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich sowie die stationäre Versorgung. Aber auch bei uns ist die sektorenübergreifende Problematik noch ungelöst. Natürlich gibt es einen Austausch zwischen dem Spitalbereich und der Primärversorgung. Der ist aber noch ausbaufähig, insbesondere was die Übermittlung von Befunden und die zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle anbelangt. Österreich ist jedoch gerade dabei, auch diese Problematik anzugehen und sicher auch irgendwann zu lösen – Stichwort „elektronische Gesundheitsakte". Hierzulande gibt es schon lange den Willen, die Versorgungskoordination zwischen den Sektoren besser zu gestalten.


© R. Ettl

Dr. med. univ. Maximilian Schwarz, LL.M., MPH

*ist Arzt für Allgemeinmedizin, arbeitet seit Februar 2023 bei der GÖG in der Abteilung Primärversorgung und Versorgungskoordination als Health Expert. Er ist Projektleiter im EU-Projekt „Transfer of Best Practices in Primary Care", Lehrbeauftragter an mehreren Hochschulen und nebenbei tätig als Allgemeinmediziner in Ordinationen sowie einer Rehaklinik.*

**Um über Patientennavigation überhaupt nachzudenken, braucht es stabile und resiliente Strukturen vor allem im ambulanten Sektor. Wer zudem vorhat, ein Primärarztsystem flächendeckend und verpflichtend aufzubauen, wie es in unserem Koalitionsvertrag steht, muss auch sicherstellen, dass einer ausreichend starken Primärversorgungsebene die nötigen Kapazitäten zur Verfügung stehen. Doch das geht nicht so schnell, vor allem in ländlichen Gebieten, wo schon jetzt viel Arztsitze unbesetzt sind. Ein Beispiel bitte: Was tut ein österreichischer Bürger, der sich krank fühlt und – sagen wir – im oberösterreichischen Linz lebt. An wen wendet er sich?**

Ganz einfach: Er geht in erster Linie zum niedergelassenen Arzt oder Ärztin, zur nächsten PVE oder – was wir eigentlich vermeiden wollen – direkt ins Spital. Zudem gibt es in Österreich die Gesundheitsberatung 1450, die genau bei solchen Themen unterstützt.

**Wo dann eine Community Nurse die erste Versorgungssteuerung übernimmt und die Patient:innen hoffentlich in den richtigen Versorgungskanal einsteuert.**

Menschen in Österreich, die sich krank fühlen, gehen in Linz oder in sonst einer Gemeinde oder Kommune in eine allgemeinmedizinische Ordination oder in eine PVE. Kinder suchen eine Ordination für Kinder- und Jugendheilkunde oder eine Kinder-PVE – davon gibt es österreichweit schon 14 – auf oder eine der knapp 100 PVE für Erwachsene. Die Menschen können aber auch direkt zu einem Facharzt gehen oder auch gleich ein Spital aufsuchen. Die Community Nurse hingegen sitzt nicht hinter einem PVE-Schalter. Das ist ein aufsuchender Beruf, der zu den Patient:innen – vor allem chronisch kranken und älteren, die im häuslichen Umfeld Betreuung brauchen – kommt. In der PVE werden Patient:innen von der Ordinationsassistenz in Empfang genommen.

**Die was tut?**

Das kommt natürlich auf den einzelnen Fall an. Wenn beispielsweise eine sich vorstellende Patient:in ein Problem ihres Bewegungsapparats hat, wird die PVE-Ordinationsassistenz direkt und sofort einen Termin entweder für die Allgemeinmedizin oder Physiotherapie organisieren. Wenn dieselbe Patient:in eine niedergelassene Ärzt:in aufsuchen, dann ist das Prozedere etwas anders: Hier bekommt die Patient:in eine Überweisung, muss sich dann eine Physiotherapiepraxis selbst aussuchen, dort anrufen oder per E-Mail kontaktieren und selbst einen Termin vereinbaren. Oder bei einem zu langen Terminzeitraum bzw. bei akuten Problemen eben direkt die Spitalambulanz aufsuchen. Damit wird der Vorteil einer PVE eigentlich recht schnell sicht- und auch erlebbar: Weil in PVE viele Berufsgruppen zusammenarbeiten, besteht die Möglichkeit, dass man rascher und abschließender behandelt wird.

**Demnach gibt es in Österreich ein sehr durchlässiges Versorgungssystem.**

Richtig. Und obendrein eines mit einer sehr hohen Freiwilligkeit.

**In unseren Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern existieren seit vielen Jahren positiv evaluierte hausärztliche Verträge im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), in die man sich einschreiben muss, aber damit auch verpflichtet ist, sich in diesem System versorgen zu lassen. Das ist quasi die Blaupause unserer Regierung, ein verpflichtendes flächendeckendes Primärarztsystem einzuführen.**

Wir haben in Österreich die freie Arztwahl. Jeder kann sich frei in diesem System bewegen.

**Gab es denn vor Einführung der PVE eine Statuserhebung der Public Health?**

Die Einführung von PVE war eine Konsequenz aus den Studiener-

gebnissen von Dionne S. Kringos (5), die die Stärke der Primärversorgung in unterschiedlichen Ländern untersucht hat, mit dem Ergebnis, dass hier Österreich schwach abgeschnitten hat. Das war der eigentliche Startschuss für unsere Primärversorgungsreform im Jahr 2013. Es wurden zusätzlich in den letzten Jahren drei Evaluationen von PVE in drei Bundesländern durchgeführt: in Niederösterreich, Wien und Steiermark. Hier wurden einerseits die Patient:innen befragt, wie sie PVE wahrnehmen. Andererseits wurden Kennzahlen herangezogen, wie durch die Einführung der PVE andere Versorgungssysteme entlastet wurden, wie sich beispielsweise das Disease-Management-Programm für Diabetes oder die Polypharmazie entwickelt und welche Untersuchungen in welchem Zeitraum Patienten in Anspruch genommen haben. Durchweg zeigt sich, dass PVE hier Vorteile bieten. Insbesondere jedoch beim Indikator Behandlungsabschluss: In PVE können viele Patienten abschließend behandelt werden und müssen nicht noch weitere Versorgungsstufen in Anspruch nehmen. Das liegt natürlich daran, dass PVE per se schon multiprofessionell aufgestellt sind und damit viele Berufsgruppen unter einem Dach zusammenarbeiten. Das heißt auch: Das ist für die Patient:innen viel bequemer, weil gerade in ländlichen Gebieten unnötige Fahrtstrecken entfallen, und entlastet gleichzeitig die fachärztliche Versorgung sowie unsere Spitalsambulanzen.

Jede Förderung läuft irgendwann aus, so auch die der EU. Was dann?

Bei uns läuft das EU-Förderprogramm im nächsten Jahr aus. Ab dann werden neue PVE keine Gründungsförderung mehr erhalten. Dennoch wird es auch weiterhin Gründungen neuer PVE geben, weil sich das Modell an sich durchgesetzt hat und vor allem von der Bevölkerung angenommen wird. Damit sind PVE auch ohne Gründungsförderung auf Jahre und Jahrzehnte ein attraktives Modell – für Leistungserbringende wie Patientenschaft.

Wie viele PVE sind denn in Österreich gewollt?

Die neueste Zahl, die von unserem Gesundheitsministerium herausgegeben wurde: 300 PVE bis 2030. Wichtig ist aber nicht die bloße Zahl, sondern deren Verteilung in den Bundesländern. So existiert bei uns ein Ost-West-Gefälle: Es gibt in Österreich im Osten mehr PVE als im Westen. Das liegt einerseits daran, dass PVE vor allem in städtischeren Gebieten etabliert werden und im Osten deutlich mehr Menschen leben als im Westen, aber auch an lokalen Stakeholdern, die in den östlichen Ländern sehr aufgeschlossen für PVE sind. Oft sind es aber auch Bürgermeister:innen oder Vertreter:innen von Gesundheitsversicherungen, die sich engagieren, weil sie Gesundheitsversorgung als wichtigen Teil der Daseinsvorsorge begreifen.

Was ist mit dem Land?

Bei den PVE gibt es zwei Formen: Zentren und Netzwerke. Je ländlicher ein Gebiet ist, desto genauer muss man sich überlegen, ob sich eine PVE – insbesondere in Form von Zentren – trägt. Das heißt, dass Zentren in kleineren Kommunen mit wenigen 100 Einwohnenden nicht tragfähig sind, sondern es sich schon um eine kleinere Stadt oder Bezirkshauptstadt mit einem ausreichend großen Einzugsgebiet handeln muss. Primärversorgungsnetzwerke, die auch als PVE zählen, sind als Modell für den ländlichen Bereich gedacht und sollen Einzelordinationen besser vernetzen.

Was sind für Sie die wesentlichen Hauptargumente, die für das Primärversorgungssystem sprechen?

Unser Primärversorgungssystem steht dafür, dass es auch künftig noch eine wohnortnahe, communityorientierte Gesundheitsversorgung mit hoher Kontinuität, Qualität und persönlicher Bindung gibt. Die Primärversorgung kann gerade in Kommunen Aufgaben erfüllen, die andere Versorgungsebenen eben nicht übernehmen können – was Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenzvermittlung betrifft. Gerade im Zeitalter knapper werdender Ressourcen – sowohl personeller wie finanzieller Art – ist die Primärversorgung für uns unverzichtbar.

Nicht erwähnt haben wir bisher den Einsatz von Digitalisierung wie etwa der Telemedizin, der Künstlichen Intelligenz und weiterer Tools für die Ersteinschätzung.

Es wird bei uns gerade diskutiert, wie man die Digitalisierung am besten einsetzen kann. Schon unser letzter Gesundheitsminister hat den Leitspruch ausgegeben: digital vor ambulant vor stationär. Wir setzen in Österreich bei der Ersteinschätzung auf die Gesundheitshotline 1450. Dort kann man telefonisch seine Beschwerden und Symptome schildern und wird dann in die passende nächste Versorgungsebene gesteuert. Ergänzend dazu gibt es die Onlineinformationsplattform gesundheit.gv.at, auf der fachlich validierte Gesundheitsinformationen verfügbar sind. Zum Einsatz von Telemedizin in der Primärversorgung gibt es zwar viele Überlegungen, doch bisher wurde hierzu noch nichts entschieden.

Die Herren Dottores, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

**Literatur/Links:**

1: https://goeg.at/
2: https://primaerversorgung.gv.at/
3: https://next-generation-eu.europa.eu/index_de
4: https://t1p.de/8ndsp
5: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035488/

## Zitationshinweis

Schwarz, M., Wachabauer, D., Roski, R., Stegmaier, P.: „Für uns in Österreich ist die Primärversorgung unverzichtbar", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 20–24. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2779