

15. September 2026

Stellungnahme der DEGAM:

Wissenschaftliche Einordnung von Evaluationsstudien zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) anhand eines Basis-Kriterien-Katalogs

Als Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach SGB V §73b werden optionale hausärztliche Primärversorgungsmodelle bezeichnet, die sich je nach Region und anbietender GKV in Anreizen und Leistungen unterscheiden. Evaluationen von HZV-Verträgen sollen nun strategische gesundheitspolitische Entscheidungen und Vertragsverhandlungen informieren. Dafür sind sie jedoch nur sehr eingeschränkt geeignet.

Im Mai 2026 wurde vom Hamburg Center for Health Economics (HCHE) im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) eine Evaluation der TK-HZV-Bund-Verträge vorgelegt, allerdings bisher ohne unabhängig begutachtete wissenschaftliche Publikation. Diese kontrastiert in einigen Ergebnissen und Interpretationen mit den seit 2011 kontinuierlich durchgeführten und mehrfach wissenschaftlich publizierten Evaluationen der HZV-Verträge der AOK Baden-Württemberg. Allerdings sind die Studien nicht unmittelbar vergleichbar:

Zwar sind beide HZV-Modelle Vollversorgungsverträge, die die Versorgung eingeschriebener Patienten sowie deren Vergütung komplett außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen regeln, sie unterscheiden sich jedoch sowohl in Vertragscharakteristika als auch hinsichtlich der Implementierungsdauer und -tiefe. Zudem gibt es bisher keine anerkannte einheitliche Kriterienliste für Evaluationsstudien. Diese differieren somit in ihren Fragestellungen bzw. Zielen, Populationen, Beobachtungszeiträumen, statistischen Methoden sowie Indikatoren für Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität.

Schlussfolgerungen hinsichtlich gesundheitlicher, versorgungsbezogener und ökonomischer Effekte der HZV und insbesondere Verallgemeinerungen auf ein umfassendes Primärversorgungssystem erfordern unbedingt, dass die Ziele, Kontextfaktoren und Limitationen der jeweiligen Studie berücksichtigt werden, entsprechend den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis zur Evaluation komplexer Interventionen.

Die DEGAM warnt davor, weitreichende Entscheidungen ohne systematische Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz zu treffen. Dies erfordert eine standardisierte Liste von Kriterien für Evaluationsstudien und die kritische Beachtung von Verlässlichkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte.

Die DEGAM rät dringend, vor jeder Verwendung von Evaluationsergebnissen für strategische gesundheitspolitische oder gesundheitsökonomische Entscheidungen eine derartige systematische Prüfung durchzuführen.

Bewertungskriterien

Eine standardisierte Kriterienliste sollte auf anerkannten Theorien aufbauen und gemäß internationalen Standards mindestens folgende Themenkomplexe berücksichtigen:

A. Strukturelle Merkmale des Versorgungsprogramms (wie z.B. Einschreibung und Bindung versus Freiwilligkeit, Bindungsfristen, Überweisungspflicht, Verbindlichkeit der Steuerung, Vergütungssystematik, etc.)

B. Versorgungsprozesse (Qualitätsindikatoren wie Zugang/Erreichbarkeit, Koordination/Steuerung, Leitlinien-treue der Therapien, Arzneimitteltherapiesicherheit, etc.)

C. Ergebnisindikatoren (wie z.B. Kosten/Nutzen, Hospitalisierungsraten, Erkrankungskomplikationen, PROM, PREM, etc.)

D. Implementierung (wie z.B. Anteil teilnehmender Ärzt:innen und Versicherte, Nachhaltigkeit, etc.)

**Gegenüberstellung zentraler Studienmerkmale und Bewertungskriterien
der HCEC und Evaluation der HZV-Baden-Württemberg (HZV-BW)**

Studienmerkmale	HCEC-Evaluation TK-HZV-Teilnehmende verglichen mit Nichtteilnehmenden, z.T. in denselben Praxen	Evaluationen AOK-HZV Baden- Württemberg HZV-Teilnehmende verglichen mit Nichtteilnehmenden nur aus Pra- xen ohne HZV-Teilnahme
Art und Zielsetzung der Evaluation:	Auftragsgutachten, kein Peer Re- view	Auftragsgutachten, zudem etliche Publikationen mit Peer Review
Untersuchungsgegen- stand	Primär eher kurzfristig Kosten/ Wirtschaftlichkeit Inanspruchnahme Steuerungsfunktion	Primär langfristig Versorgungsqualität (Arzneimittel- therapiesicherheit, Komplika- tionen) Inanspruchnahme von Kranken- hausbehandlung und Notdienst- versorgung, Steuerungsfunktion Kosten

Population	Routinedaten der TK, Gesamtpopulation der TK-Bund-Verträge in 13 KV Regionen (ohne Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) Von ca. 1 Mio. Versicherten, Durchschnittsalter 49 J, 98% ohne Pflegebedürftigkeit, ähnliche Morbidität in HZV und RV, darunter die Gesamtpopulation der HZV-Versicherten - mit 2 Jahren Follow-up nach Einschreibung ca. 280.000, - mit längerem Follow-Up nach Einschreibung ca. 188.000 - in krankheitsspezifische Subgruppen mit nur je zwischen ca. 3500 (Herzinsuffizienz, Follow-Up > 2J., und 17.000 (Diabetes, Follow-Up 2J.) Ärzt:innen versorgen sowohl HZV- als auch R-Versicherte	Routinedaten der AOK Baden-Württemberg von ca. 4,8 Mio. Versicherten (2022), davon erfüllen ca. 2 Mio. Versicherte die Einschlusskriterien, davon 1,2 Mio. HZV-Teilnehmende und ca. 675.000 Versicherte in der Regelversorgung Durchschnittsalter i. d. HZV 55 J., RV 52 J., Charlson-Index HZV 1,37, RV 1,01 d.h. höhere Rate an chronisch erkrankten, multimorbiden Versicherten i.d. HZV Längsschnittauswertungen im Zeitverlauf 2011-2022 betrachten geschlossene Kohorten mit 12 Jahren Follow-Up, für Diabetes ca. 119.000 HZV- und ca. 99.000 RV-Patienten
Zeitspanne	Datenbasis 2015-2024, neu ins HZV eingeschriebene Versicherte, Follow-Up nach Neueinschreibung mindestens und überwiegend 2 Jahre, z.T. länger (ohne nähere Angaben)	Datenbasis 2011-2022, Durchschn. Dauer der HZV-TN 8,5 Jahre (2022) Längsschnittanalysen: kontinuierliche TN über 12 Jahre 2011-2022 (für die Evaluation von 2025)
Methoden	unrandomisierte Beobachtungsstudie mit gematchten Kontrollen und Adjustierungen (Entropy balancing), Difference- in differences-Design, Event-Studien-Ansatz, gestaffelte Zeitpunkte	unrandomisierte Beobachtungsstudie eines freiwilligen Programms mit gematchten Kontrollen und Adjustierungen für mögliche Einflussfaktoren, wiederholte Querschnittsuntersuchungen, Multivariable Multilevel-Regressionen (generalized estimating equations), Poisson-Modelle Längsschnittliche Analysen, u. A. Cox-Regressionen

Bewertungskriterien	Ergebnisse TK-HZV, HCHE-Evaluation	Ergebnisse AOK Ba.-Wü.,
A Strukturelle Kernmerkmale	HZV-Bund-Verträge der TK aus 13 Regionen (ohne Ba.-Wü., MV., Sachsen-Anhalt), freiwillige Einschreibung Vollversorgungsverträge, jedoch keine Facharztverträge, schwächere Steuerung Dokumentierte Qualitätsanforderungen, Fortbildungsverpflichtungen, verpflichtendes Qualitätsmanagement	HZV-Verträge der AOK Baden-Württemberg, freiwillige Einschreibung, regional flächendeckend verfügbar, Vollversorgungsverträge, gekoppelt mit ergänzenden Facharztverträgen mit inzw. 13 Fachrichtungen (2025), stärkere Koordination und Steuerung Obligate Schulungen für Ärzt:innen u. MFA, Dokumentierte Qualitätsanforderungen, umfassende Fortbildungsverpflichtungen, verpflichtendes Qualitätsmanagement mit Feedbacksystemen, Weiterentwicklung
B Prozessindikatoren der Versorgung (Auswahl)		
Kontinuität: Anteil Kontakte beim HZV- bzw. am häufigsten aufgesuchten Arzt (Usual Provider of Care-Index) Konzentrationsmaß aller aufgesuchten Ärzte (Continuity of Care-Index) Anzahl notwendiger Informationsweitergabe zwischen Ärzten (Sequential Continuity Index) Adhärenz (mind. x% HA-Kontakte beim HZV-HA, zusätzl. mind. x% FA-Kontakte mit Überweisung, in mind. 80% der Quartale)	Insgesamt eher gering k. A. k. A. k. A. Subgruppen Versicherter mit besserer Adhärenz (50%, 60%, 70%, 80%) umfassten nur jeweils ca. 40.000-30.000 Versicherte	Hoch 0,96 vs. 0,84 0,93 vs. 0,78 0,94 vs. 0,71 (alle 2017) 2019/ 2020: Kontinuität stieg während der Pandemie
Koordination: Hausarztkontakte	Rückgang	Deutlicher Anstieg: + 23%, +33 % (2016, 2022) gegenüber Regelversorgung („intensivere Betreuung“)

Koordination: Facharztkontakte insge- samt	Insgesamt Anstieg, dabei weniger Konsultationen Orthopädie, Gyn., Dermatologie, HNO, Neurologie Mehr Konsultationen bei Augen- heilkunde, Urologie, Radiologie, Psychotherapie Anstieg v.a. bei Jüngeren, Rückgang bei Älteren >80J	Rückgang (2012/ 2013)
Facharztkontakte ohne Überweisung	Rückgang	Deutlicher Rückgang: von -17% (2016) stetig sinkend auf -52 % (2022)
Notdienst-Inanspruch- nahme	Geringer bei unter 80-Jährigen	Insgesamt geringer
Stationäre Leistungen	Wahrscheinlichkeit einer KH-Auf- nahme etwas höher in der Alters- gruppe 50-64 J	Weniger vermeidbare KH-Aufnah- men insgesamt und insbes. bei Älteren ab 65 J, kürzere Verweil- dauer, weniger Wiederaufnahmen
DMP-Teilnahme	Höhere Teilnahme	Höhere Teilnahme
Influenza-Impfung Älterer	Höhere Wahrscheinlichkeit	Höhere Wahrscheinlichkeit
Arzneimittelqualität: Potentiell inadäquate Ver- ordnungen für Ältere lt. Priscus-Liste	Kein Effekt in der Gesamtpopula- tion ab 65 Jahren, leichter Rückgang bei den >80- Jährigen	Rückgang in der Gesamtpopula- tion ab 65 Jahre
Unwirtschaftliche Arznei- verordnungen	k. A.	-25 bis -35 % für unwirtschaftli- che Arzneipräparate (2022)
Polypharmakotherapie	Zunahme	Leichter Rückgang (2022)
AU-Tage Krankengeldtage	Zunahme Zunahme	k. A.
Versicherte mit Diabetes mell. Typ 2	weniger Hausarzt- und Spezialis- tenkontakte aber höherer UPC (Kontakte b. HZV-Arzt) höhere Wahrscheinlichkeit stat. Aufnahmen höhere Wahrscheinlichkeit von Komplikat.	Insgesamt weniger Komplikatio- nen im Follow-Up über 11 Jahre, weniger Amputationen, Dialyse, Erblindung, KHK/Herzinsuffizienz,
Diabetesspez. Komplika- tionen im Einzelnen	heterogen, keine wesentlichen Ef- fekte nach 2 Jahren	

Wahrscheinl. d. Einnahme v. Metformin, Adhärenz damit Wahrscheinl. Insulinbehandlung Ausgaben für ambulante Versorgung <80J, bzw. >80J	Einschreibung höher höher geringer höher niedriger	Schlaganfälle Weniger nicht empfohlene orale Antidiabetika (2011/ 2012)
Mortalität	kein Effekt	Im Längsschnitt 2022-2014 kein Effekt, ab 2011-2020 niedriger
Versicherte mit muskuloskelettalen Erkrankungen (Orthopädie-Vertrag) (kleine Stichprobe)	n. a. (keine Facharztverträge im TK-Modell)	Weniger Hospitalisationen, weniger Physiotherapieverordnungen, mehr Übungsprogramm, höhere Kosten für ambulante Versorgung geringere Kosten für stat. Versorgung, insgesamt geringere Kosten
C Ergebnisindikatoren (Auswahl)		
Krankenhausaufnahmen	Keine belastbaren Effekte in der Gesamtpopulation, sowie den Subgruppen Diabetes mell. Typ II, COPD, Herzinsuffizienz)	In allen Querschnittsanalysen sowie für alle Subgruppen (auch: Ältere, Pflegeheimbewohnende, KHK, Hüftfrakturen, muskuloskelettale Erkrankungen) niedriger Längsschnittanalysen: -11% 2011, -15 % seit 2017
Gesamtausgaben Kosten für die hausärztliche Versorgung Gesamtausgaben für >80Jährige	Höher (122 €/ Versicherter und Jahr) Höher Geringer	Niedriger (-4,3 % gegenüber RV), v.a. im stat. Sektor und bei Arzneimitteln Deutlich höher k. A.
Kosteneffektivität, Inkrementelle Kosten-Nutzen-Analysen, QUALYs	k. A. k. A. k. A.	Sämtlich keine Angaben, aber Hinweise auf bessere Prozess- und Ergebnisindikatoren bei niedrigeren Gesamtkosten
Mortalität (gesamt, Subgruppen), Krankheits-schwere, Komorbiditäten	Keine Unterschiede für Versicherte mit Diabetes, COPD, Asthma	Tendenziell geringer, v.a. Versicherte im Kardiologievertrag oder mit Diabetes mellitus)
PROM/PREM	k. A.	k. A.

D Implementierung	k. A.	Flächendeckend verfügbar in Ba.- Wü., sonst k. A.
--------------------------	-------	--

Diskussion und Schlussfolgerungen

Beide Studien unterscheiden sich grundsätzlich: es werden unterschiedliche HZV-Modelle untersucht, mit unterschiedlicher Ausprägung von Steuerungselementen (mit/ohne Facharztverträge) und Rahmenbedingungen (bspw. geringe Adhärenz der Patienten zu den HZV-Vorgaben bspw. bei Facharztbesuchen bei TK-HZV).

Die Zielsetzung hat verschiedene Schwerpunkte: die HCEC-Studie fokussiert wesentlich auf Kosten und Wirtschaftlichkeit, die HZV-Evaluation BW auf Versorgungsqualität. Das erfordert methodisch unterschiedliche Herangehensweisen und Indikatoren zur Bewertung von Kosten/Nutzen und Versorgungsqualität.

Die zugrundeliegenden Populationen unterscheiden sich deutlich in Bezug auf Alter, Morbiditätsstatus und Dauer der HZV-Teilnahme.

Beide Studien unterliegen Limitationen: Selektionseffekte durch die individuelle Entscheidung von Versicherten zur Einschreibung können zur Verzerrung der Ergebnisse führen, ebenso wie unterschiedliche Adjustierungsverfahren für mögliche Einflussfaktoren. Im Untersuchungszeitraum von überwiegend nur zwei Jahren in der HCEC-Studie werden möglicherweise vorhandene Langzeiteffekte nicht sichtbar. Zudem sind in der HCEC-Studie Versicherte eingeschlossen, deren Ärzt:innen sowohl HZV-als auch Regelversorgung anbieten, während die Untersuchungen zum AOK-Vertrag diese ausschließen.

Wie die Ergebnisse und Schlussfolgerungen vor diesem Hintergrund einzuordnen sind, zeigen die folgenden Beispiele:

- Es ist wahrscheinlicher, dass sich Menschen mit höherem Alter und/oder mehr Versorgungsbedarf in ein HZV-Modell einschreiben. Diese weisen auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für höhere Ausgaben, mehr Arztbesuche oder mehr AU-Tage auf als eine jüngere und gesündere Vergleichspopulation in HZV- oder Regelversorgung.
- Menschen mit höheren Risiken und mehr Versorgungsbedarf profitieren mehr von HZV-Programmen, Effekte zeigen sich früher und ausgeprägter. Ein früherer Einschluss führt womöglich zu einer früheren intensiven Versorgung von Menschen mit erhöhtem Risiko. Diese ist initial aufwändiger, entfaltet ihren Nutzen aber erst längerfristig. Die Bedeutung einer kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung auch von jüngeren Patient:innen liegt u.a. in der Prävention chronischer Erkrankungen. Hier sind

lange Zeiträume erforderlich, um Effekte nachzuweisen. Die aus der HCEC-Studie abgeleitete Empfehlung, HZV auf ältere Versicherte zuzuschneiden, würde diese Effekte konterkarieren.

- In beiden Untersuchungen zeigt sich, dass der Effekt der Langzeitbetreuung und Steuerung mit dem Alter und der Morbidität der untersuchten Population zunimmt. Beide schlussfolgern, dass stärkere Steuerung mit günstigen Auswirkungen korreliert. Ein Beispiel ist die hohe Influenza-Durchimpfungsrate in der HZV BW.
- Die intensivere Patientenbetreuung und frühzeitige Interventionen in der HZV BW können insbesondere am Anfang mehr Konsultationen und höhere Ausgaben erfordern. Somit besteht kein Widerspruch zu den Ergebnissen der TK-Evaluation, die sich auf die ersten Jahre nach Einschreibung bezieht und überwiegend ein kurzes Follow-Up von 2 Jahren untersucht. Positive Auswirkungen dürften einen längeren Vorlauf haben.

Fazit

Die beiden vorliegenden Studien zur HZV-Evaluation sind hinsichtlich berichteter Kriterien nicht umfassend und vor allem nicht unmittelbar vergleichbar. Insbesondere die HCEC-Studie ist nicht geeignet für Schlussfolgerungen auf den Nutzen von HZV-Programmen; eine verallgemeinernde Ableitung oder Skalierung für ein ganzes Versorgungssystem ist aus einer einzelnen Evaluation nicht möglich.

Für die Weiterentwicklung der Primärversorgung mit entsprechenden Versorgungsprogrammen sind strukturierte und systematische Evaluationen zentral, die die o.g. Dimensionen vollumfänglich berücksichtigen.

Die DEGAM fordert die kontinuierliche Evaluation des deutschen Versorgungssystems mit abgestimmten Evaluationskriterien. Damit können innovative Versorgungsmodelle zunächst als Modelle evaluiert und verglichen werden, und eine Grundlage für langfristige belastbare Analysen für Monitoring und die Weiterentwicklung wird geschaffen.

Literatur

1. Bodenheimer T, Sinsky C (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine* 12(6):573–576. [doi:10.1370/afm.1713](https://doi.org/10.1370/afm.1713).
2. Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin; Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2020. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg; 2020: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation_Broschuere_2020.pdf
3. Hausärztinnen und Hausärzterverband Baden-Württemberg e.V. (2025): https://www.haebvw.de/01-Content/Aktuelles/News/2026_01_22_HZV%20Evaluation%20Ergebnisse/2025-11-05_HZV-Evaluation-Broschuere.pdf.
4. Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin; Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung (2014) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016). Ergebnisbericht (Stand 09.09.2014). Frankfurt/Heidelberg; https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/bw_hzv_evaluation_2013-2014.pdf.
5. Karimova, K., Lemke, D., Friedmacher, C., Glushan, A., Klaußen-Mielke, R., Trampisch, H. J., Timmesfeld, N., Witte, C., & Gerlach, F. M. (2025). Evaluation der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V und der Facharztverträge nach § 140a SGB V in Baden-Württemberg - Studienphase 2023 bis 2024. Teil 2A [Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg]. Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang-Goethe-Universität.
6. Karimova K, Friedmacher CM, Lemke D, Glushan A. Development of diabetes complications within coordinated and structured primary health care: a 10-year retrospective cohort study in Germany. *BJGP Open*. 2024 Oct 29;8(3): BJGPO.2024.0061. [doi:10.3399/BJGPO.2024.0061](https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0061). PMID: 38565252; PMCID: PMC11523505.
7. Laux, G., Szecsenyi, J., Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F., Stock, C., Uhlmann, L., Miksch, A., Bauer, E., Kaufmann-Kolle, P., Steeb, V., Lübeck, R., Karimova, K., Güthlin, C., & Götz, K. (2015). Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(4-5), 398-407. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2122-9>.
8. Laux, G., Witte, C., Wensing, M., Szecsenyi, J., & Altiner, A. (2025). Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011bis 2022) - Studienphase 2023 bis 2024 (Teil 1).
9. Sawicki OA, Mueller A, Glushan A, Breitkreuz T, Wicke FS, Karimova K, Gerlach FM, Wensing M, Smetak N, Bosch RF, Beyer M. Intensified ambulatory cardiology care: effects on mortality and hospitalisation—a comparative observational study. *Sci Rep*. 2020;10:14695. [doi:10.1038/s41598-020-71770-9](https://doi.org/10.1038/s41598-020-71770-9).
10. Scherer M, Zimmermann T, Hummers E. Primärversorgungssystem in Deutschland: Evidenz, Chancen und Implementierung. *Gesundheitswesen*, im Druck.

11. Schreyögg J. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung auf Grundlage der Routinedaten der Techniker Krankenkasse. Präsentation, 28.05.2026. Hamburg: Universität Hamburg/HCHE.

<https://www.tk.de/rsource/blob/2217794/71e615c74f2c36c2efc3c19037f1796b/presentation-prof-dr-jonas-schreyoegg-zur-hzv-evaluation-data.pdf>

12. Starfield Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y et al. (2010). The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 11:81. – Kringos DS et al. (2013). The strength of primary care in Europe. BJGP 63(616):e742–e750.

13. Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin; AQUA-Institut. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2018. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg; 2018. https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/910_HZV/HZV_Evaluation_Broschuere_Web_01.pdf

14. Wensing M, Szecsenyi J, Stock C, Kaufmann-Kolle P, Laux G (2017). Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. BMC Health Serv Res, 17, 62. doi.org/10.1186/s12913-017-2000-2

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de