

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autor:

Franziska Prütz, Alexander Rommel

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland

Abstract

Die ambulante Versorgung findet in Deutschland vor allem bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Daten aus Gesundheitssurveys ermöglichen die Darstellung der ambulanten Inanspruchnahme aus der Sicht der Patientinnen und Patienten sowie die Verknüpfung mit sozialen und anderen Einflussfaktoren. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde der Indikator „Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten“ bei Erwachsenen erhoben. 90,9 % der Frauen und 84,1 % der Männer nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme steigt mit dem Alter an: Von den über 65-Jährigen wurden rund 94 % in den letzten 12 Monaten ambulant ärztlich versorgt. Die im jüngeren Alter deutlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Frauen und Männern gleichen sich im Altersverlauf an. Unterschiede nach Bildungsstatus oder nach Bundesländern zeigen sich nicht.

 **AMBULANTE VERSORGUNG · INANSPRUCHNAHME · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND**

Einleitung

Die ambulante Versorgung umfasst alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken erbracht werden. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche Versorgung. Sie findet in Deutschland vor allem bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Bei gesundheitlichen Beschwerden sind diese meist die erste Anlaufstelle im professionellen Versorgungssystem. Sie diagnostizieren Gesundheitsprobleme und stellen Behandlungsbedarf fest, führen Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlassen bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen [1]. 2015 wurden in Deutschland von allen Ausgabenträgern 172,3 Milliarden Euro für die ambulante Versorgung aufgewendet. Dies entspricht etwa der Hälfte der Gesundheits-

ausgaben insgesamt. Zur ambulanten Versorgung gehören neben Arzt- und Zahnarztpraxen auch Praxen anderer medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk bzw. -einzelhandel sowie die ambulante Pflege. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Arztpraxen betragen 51,6 Milliarden Euro [2].

Für die Analyse der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte können Daten aus der amtlichen Statistik, aus Abrechnungsdaten von Krankenkassen und von kassenärztlichen Vereinigungen sowie Daten aus Bevölkerungsbefragungen (Surveydaten) herangezogen werden. Nachdem 2008 die sogenannte pauschalisierte Vergütung eingeführt wurde, erlauben Abrechnungsdaten jedoch nur noch Aussagen zu Behandlungsfällen pro Quartal und Arztpraxis und nicht

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responderate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

mehr zu einzelnen Kontakten innerhalb eines Quartals. Zudem ermöglichen sie häufig nur Aussagen zu bestimmten Versichertengruppen [3, 4]. Dagegen können mit Surveydaten Aussagen zur Inanspruchnahme aus der Sicht der Patientinnen und Patienten getroffen und mit sozialen und anderen Einflussfaktoren verknüpft werden [5]. Damit sind diese Daten auch für die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung von großem Interesse.

Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung sind aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) verfügbar. Die Studie ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie des europäischen Gesundheitsmonitorings; die Fragen der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) wurden in die GEDA-Studie integriert.

Indikator

Der Indikator „Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten“ wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurden folgende Fragen gestellt: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein“ und „In der nächsten Frage geht es um ambulante Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärzten. Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt. Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich

selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Für beide Fragen waren die Antwortmöglichkeiten: „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“ und „Nie“ vorgegeben. Um die gesamte ambulante ärztliche Inanspruchnahme abzubilden, wurden bei der Auswertung die Antworten für beide Fragen zusammengefasst. Als Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten wurde gewertet, wenn mindestens eine der beiden Fragen mit „Vor weniger als 12 Monaten“ beantwortet wurde.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.921 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.092 Frauen, 10.829 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zu klassifizieren [6]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [7] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Fast 90 % der erwachsenen Bevölkerung nimmt innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch.



Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 (n=13.092 Frauen; n=10.829 Männer)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Ergebnisse und Einordnung

Die meisten Erwachsenen – knapp 9 von 10 – nehmen innerhalb eines Jahres mindestens einmal ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch. Dabei weisen Frauen mit 90,9 % eine signifikant höhere Inanspruchnahme auf als Männer mit 84,1 % (Tabelle 1).

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme ab der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich am deutlichsten im jungen Erwachsenenalter: Von den 18- bis 29-Jährigen nahmen 90,4 % der Frauen und 78,4 % der Männer in den letzten 12 Monaten ambulante ärztliche Leistungen

in Anspruch. Bei den 30- bis 45-Jährigen sind es 87,8 % bzw. 77,6 %. Im Altersverlauf findet eine Angleichung der Inanspruchnahme zwischen Frauen und Männern statt. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind schließlich keine Unterschiede mehr feststellbar: Der Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, beträgt in dieser Altersgruppe 94,0 %. Bei den Männern sind es 93,7 %. Die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Bildungsgruppen. Auch finden sich keine signifikanten Unterschiede der Inanspruchnahme in den einzelnen Bundesländern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Frauen	%	(95%-KI)
Frauen (gesamt)	90,9	(90,2–91,6)
18–29 Jahre	90,4	(88,7–91,9)
Untere Bildungsgruppe	90,9	(86,2–94,1)
Mittlere Bildungsgruppe	90,2	(88,0–92,1)
Obere Bildungsgruppe	90,4	(87,0–92,9)
30–44 Jahre	87,8	(86,2–89,3)
Untere Bildungsgruppe	87,1	(81,6–91,1)
Mittlere Bildungsgruppe	87,1	(85,0–89,0)
Obere Bildungsgruppe	90,1	(87,7–92,1)
45–64 Jahre	90,8	(89,7–91,8)
Untere Bildungsgruppe	90,3	(87,3–92,6)
Mittlere Bildungsgruppe	90,6	(89,3–91,8)
Obere Bildungsgruppe	91,7	(90,1–93,0)
≥ 65 Jahre	94,0	(92,8–95,0)
Untere Bildungsgruppe	94,1	(92,3–95,5)
Mittlere Bildungsgruppe	93,7	(91,9–95,2)
Obere Bildungsgruppe	94,7	(92,1–96,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	87,6	(87,0–88,2)

KI = Konfidenzintervall

Männer	%	(95%-KI)
Männer (gesamt)	84,1	(83,1–85,0)
18–29 Jahre	78,4	(75,7–80,8)
Untere Bildungsgruppe	79,3	(73,4–84,2)
Mittlere Bildungsgruppe	79,1	(75,7–82,1)
Obere Bildungsgruppe	72,7	(66,7–78,0)
30–44 Jahre	77,6	(75,2–79,9)
Untere Bildungsgruppe	77,1	(68,8–83,6)
Mittlere Bildungsgruppe	79,1	(75,7–82,2)
Obere Bildungsgruppe	75,3	(71,9–78,4)
45–64 Jahre	85,0	(83,6–86,4)
Untere Bildungsgruppe	84,9	(80,5–88,4)
Mittlere Bildungsgruppe	86,3	(84,1–88,2)
Obere Bildungsgruppe	82,7	(80,7–84,6)
≥ 65 Jahre	93,7	(92,5–94,6)
Untere Bildungsgruppe	93,1	(89,9–95,3)
Mittlere Bildungsgruppe	93,9	(92,2–95,3)
Obere Bildungsgruppe	93,5	(91,7–94,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	87,6	(87,0–88,2)

Insbesondere Frauen unter 45 Jahren suchen ambulante Ärztinnen und Ärzte häufiger auf als Männer; dies dürfte zu einem großen Teil auf die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen zurückzuführen sein.

Die Inanspruchnahme steigt mit dem Alter an: Von den 65-Jährigen und Älteren wurden rund 94 % in den letzten 12 Monaten ambulant ärztlich versorgt.

Ähnliche Ergebnisse wie in der aktuellen Studie zeigten sich in GEDA 2012. Dort gaben 90,5 % der Frauen und 83,6 % der Männer mindestens einen Arztbesuch in den letzten 12 Monaten an [8]. Allerdings wurde in GEDA 2012 und früheren GEDA-Wellen, anders als in GEDA 2014/2015-EHIS, nur eine Frage zur Inanspruchnahme einer niedergelassenen Ärztin bzw. eines niedergelassenen Arztes gestellt. Außerdem fand ein Wechsel des Erhebungsmodus von einer telefonischen zu einer schriftlichen bzw. internetbasierten Erhebung statt. Daher sind zuverlässige Aussagen zu zeitlichen Trends nicht möglich. Die GEDA-Wellen 2009 bis 2012 hatten einen statistisch signifikanten Anstieg der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme von 84,9 % auf 87,1 % ergeben [8]. Analysen auf der Basis von Abrechnungsdaten der BARMER Krankenkasse zeigen für die Jahre 2014 und 2015 mit rund 93 % etwas höhere Anteile von Versicherten mit Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte [9, 10]. Denkbar ist, dass es bei Selbstanfragen zur ärztlichen Inanspruchnahme zu Unter- oder Fehlerfassungen kommt, beispielsweise aufgrund von Erinnerungslücken (Recall Bias) oder, weil sehr alte bzw. schwer erkrankte Personen nicht an Befragungen teilnehmen können [4, 11]. Insbesondere im höheren Alter scheint es eher vorzukommen, dass Arztbesuche unterschätzt werden [12]. Dies trifft aber stärker auf die Anzahl der Kontakte zu und weniger auf die Frage, ob niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht wurden. Auch ist ein Recall Bias wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten 12 Monate erfasst wird [13]. Behandlungsanlässe wurden in GEDA 2014/2015-EHIS nicht erhoben.

Dass Frauen der jüngeren Altersgruppen häufiger niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen, war auch in früheren GEDA-Studien zu beobachten [8, 14, 15]. Die Unterschiede dürften zu einem großen Teil auf Besuche in gynäkologischen Praxen (z. B. zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Verhütungsberatung oder Schwangerenvorsorge) zurückzuführen sein. Außerdem wird für Frauen eine höhere Sensibilität im Hinblick auf Körper und Gesundheit berichtet sowie eine höhere Bereitschaft, ärztliche Hilfe anzunehmen [16]. Dagegen führt bei Männern häufig erst die Manifestation einer Krankheit dazu, dass sie ärztliche Leistungen im gleichen Umfang wie Frauen in Anspruch nehmen [17]. Daraus resultiert auch, dass sich die ärztliche Inanspruchnahme von Frauen und Männern ab einem Alter von 65 Jahren nicht mehr wesentlich unterscheidet [12] – ein Befund, der sich auch aus GEDA 2014/2015-EHIS ergibt.

Die vorliegende Analyse von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, wie schon die Auswertungen aus GEDA 2012, keine Unterschiede in der ambulanten Inanspruchnahme nach Bildungsgruppen. Bei einer differenzierten Betrachtung der Inanspruchnahme von haus- und fachärztlicher Versorgung lassen sich allerdings Unterschiede nach sozialer Lage feststellen [18–20]: Danach neigen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker zur Nutzung von allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Leistungen. Personen mit hohem sozioökonomischen Status suchen dagegen häufiger Fachärztinnen und Fachärzte auf. Weiterführende Analysen, die zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung differenzieren und die Kontakthäufigkeit mit einbeziehen, sind auch mit den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS

Es lassen sich bei der Nutzung ambulanter ärztlicher Leistungen keine Unterschiede nach Bildungsgruppen feststellen.

möglich, ebenso wie Analysen zu regionalen Unterschieden. Diese sollten nicht nur zwischen ländlichen und städtischen Regionen differenzieren, sondern auch (Fach-)Arztdichten und die Erreichbarkeit von Arztpraxen einschließen [21].

Der Indikator „Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben“ stellt die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten dar. Damit kann er die Indikatoren aus der amtlichen Statistik und aus Abrechnungsdaten, zum Beispiel für Zwecke der ambulanten Bedarfsplanung, sinnvoll ergänzen. Gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur **Inanspruchnahme stationärer Versorgung**, **Inanspruchnahme von Physiotherapie**, **Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und Selbstmedikation**, **Focus zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung**) ergibt das vorliegende Fact sheet einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Ambulante Versorgung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PlbXnl56Jfc.pdf (Stand: 06.11.2017)
2. Statistisches Bundesamt (2017) Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Gesundheitsausgabenrechnung.
www.gbe-bund.de (Stand: 11.07.2017)
3. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(10):1095-1105
4. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(4):464-472
<http://edoc.rki.de/oa/articles/re8DcZWoznMY/PDF/25BfjmkdbUNG6.pdf> (Stand: 06.11.2017)
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reouo6qZcW7el/PDF/28AGUAv8kuupjwo.pdf (Stand: 06.11.2017)
6. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
7. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28G8WuNtFjVqY.pdf (Stand: 06.11.2017)
9. Barmer GEK (Hrsg) (2016) Barmer GEK Arztreport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 37. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
10. Barmer (Hrsg) (2017) Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
11. Swart E (2012) The prevalence of medical services use. How comparable are the results of large-scale population surveys in Germany? Psychosoc Med 9:Doc10
12. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturi-

- relle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289-299
-
13. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63(2):217-235
-
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/2odqmVRMM57G6.pdf (Stand: 06.11.2017)
-
15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/remDCctjOJxl/PDF/21TgK-GZEOWNCY.pdf (Stand: 06.11.2017)
-
16. Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern
-
17. Grunow D, Grunow-Lutter V (2002) Geschlechtsspezifische Formen von Selbstvorsorge und Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, S. 548-564
-
18. Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. Eine empirische Analyse. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1):15–21
-
19. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5-6):832-844
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf> (Stand: 06.11.2017)
-
20. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS One* 11(5):e0155982
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reM7r24yWAGoE/PDF/23o6gYto7-UAPE.pdf> (Stand: 06.11.2017)
-
21. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land - Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012 Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160-181
-

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PruetzF@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88–94.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit