

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 35-47



3	Empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus	35
	<i>Leonhard Hansen</i>	
3.1	Einleitung	35
3.2	Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2008	36
3.2.1	Anzahl und Rechtsform.....	36
3.2.2	In MVZ tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen.....	38
3.2.3	Räumliche Verbreitung der MVZ.....	41
3.3	Medizinische Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung.....	42
3.3.1	Anzahl und Rechtsform.....	42
3.3.2	In MVZ mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen.....	43
3.3.3	Räumliche Verbreitung der MVZ mit Krankenhausbeteiligung.....	43
3.4	Fazit	46
3.5	Literatur.....	47

3 Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus

Leonhard Hansen

3

Abstract

Seit zum Jahresbeginn 2004 die Möglichkeit zur Bildung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) geschaffen wurde, wurden mehr als tausend solcher Einrichtungen gegründet. An mehr als einem Drittel ist ein Krankenhaus beteiligt. Von den MVZ erwartet man unter anderem eine teilweise Durchbrechung der strikten Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Der vorliegende Beitrag untersucht, inwiefern die MVZ unter Krankenhausbeteiligung besondere Charakteristika aufweisen. Hierzu wird bezüglich zentraler Aspekte wie Anzahl, Größe und vertretene Fachrichtungen deren Entwicklung von 2004 bis Anfang 2008 nachgezeichnet und der entsprechenden Entwicklung bei den übrigen MVZ gegenübergestellt. Dabei zeigen sich viele Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede insbesondere bezüglich der gewählten Rechtsform und des starken Rückgriffs auf Ärzte im Angestelltenverhältnis.

Since it is legally possible to establish so-called MVZ (Medizinische Versorgungszentren; medical care centres), more than a thousand such centres have been founded in Germany. Over a third of these involve a hospital. One of the aims of creating MVZ is to overcome the strict separation between the inpatient and outpatient sector in the German health care system. This article examines whether MVZ which involve a hospital show particular characteristics. To this end, it analyses the situation concerning central aspects like number, size and specialities in comparison with other forms of MVZ from 2004 to the beginning of 2008. The analysis reveals many similarities but also some remarkable differences which concern the legal form chosen or the use of salaried or office-based physicians.

3.1 Einleitung

Als am 1. Januar 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft trat, war dies auch die Geburtsstunde der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Kennzeichnendes Merkmal dieser Einrichtungen ist die fachübergreifende Zusammenarbeit der dort tätigen Ärzte. Durch diese Kooperation über Fachgrenzen hinweg bieten MVZ einen Ansatz, um eine stärker am Krankheitsbild des Patienten orientierte Behandlung zu ermöglichen. Die Kooperation im Rahmen des MVZ ist dabei nicht auf Ärzte beschränkt, sondern kann ebenso die Angehörigen anderer Heilberufe umfassen. Aus Sicht der hier handelnden Ärztinnen und Ärzte glaubt

man, dass sich die Patientenversorgung verbessern könnte, indem die Behandlung aus einer Hand erfolgt und nicht in Teilabschnitten von nicht vernetzt handelnden Ärzten erbracht wird.

In vielen Fällen wirken MVZ wie Gemeinschaftspraxen, doch besteht die rechtliche Beziehung nicht zwischen dem Patienten und einem bestimmten Arzt, sondern zwischen Patient und Zentrum. Damit existiert erstmals in Deutschland in nennenswertem Maße die Möglichkeit, die vertragsärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte erbringen zu können. Für die Ärzte selbst resultiert hieraus nicht nur die Möglichkeit, ihren Beruf in einem flexibleren Arbeitszeitregime auszuüben, als dies bislang der Fall war. Es erlaubt ihnen darüber hinaus in stärkerem Maße, organisatorische und wirtschaftliche Aspekte zu bündeln.

Durch die Möglichkeit der Krankenhausbeteiligung an MVZ ergibt sich ein weiterer Ansatzpunkt, um die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu überbrücken. MVZ nehmen damit tendenziell eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen diesen Bereichen ein.

Seit die rechtlichen Möglichkeit zur Gründung von MVZ geschaffen wurden, hat sich ihre Zahl in Deutschland kontinuierlich erhöht. Es zeigt sich, dass diese Organisationsform der ärztlichen Versorgung einen starken Widerhall erfahren hat. Der folgende Beitrag stellt daher die Entwicklung von MVZ und einige zentrale Charakteristika dar. Dabei wird zunächst auf alle MVZ eingegangen, bevor die Betrachtung auf solche MVZ eingeschränkt wird, die sich in Trägerschaft eines Krankenhauses befinden. Wie sich zeigen wird, bestehen zwischen diesen beiden Gruppen viele Gemeinsamkeiten, doch auch einige bemerkenswerte Unterschiede.

Die hier vorgelegten Ergebnisse basieren auf einer Datenerhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die seit der Jahresmitte 2004 in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird. Stichtag der letzten hier zugrunde gelegten Erhebung war der 31.3.2008. Diese Daten decken somit von Beginn der Einführung von MVZ in Deutschland an die Entwicklung in diesem Bereich ab.

3.2 Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2008

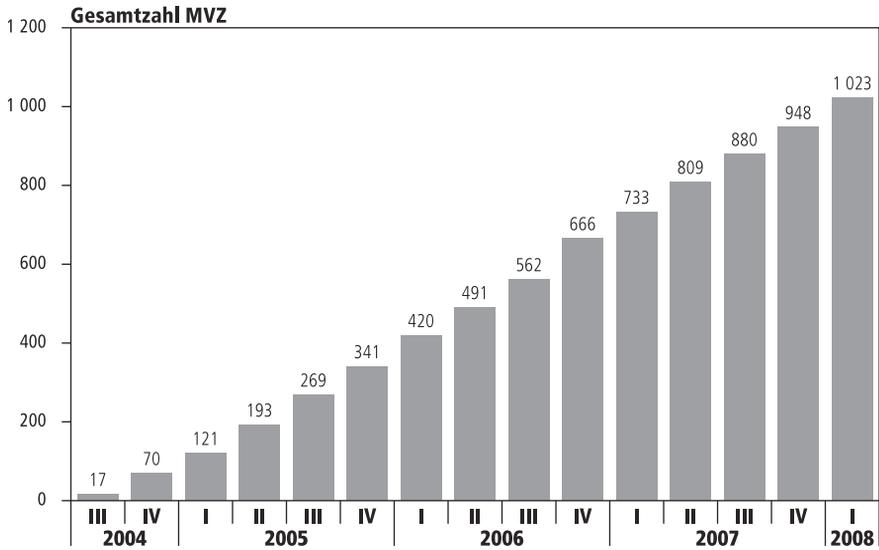
3.2.1 Anzahl und Rechtsform

In den knapp vier Jahren seit der Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen hat sich die Zahl der MVZ kontinuierlich erhöht. Zum Stichtag 31.3.2008 existierten 1 023 registrierte Einrichtungen dieser Art (Abbildung 3–1).

MVZ können von jedem Leistungserbringer im Sinne des vierten Kapitels des SGB V gegründet werden. Dies umfasst beispielsweise Vertragsärzte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, aber auch ermächtigte Krankenhausärzte, Apotheker oder Heilmittelerbringer. Vorgeschrieben ist jedoch, dass das MVZ unter ärztlicher Leitung steht. Die im MVZ beschäftigten Ärzte können als Vertragsärzte oder als Angestellte des MVZ tätig sein. Sowohl

Abbildung 3-1

Gesamtzahl an Medizinischen Versorgungszentren, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDo

Vertrags- als auch angestellte Ärzte können als ärztliche Leiter fungieren (Isringhaus et al. 2004).¹

Im Grunde genommen kann sich ein MVZ jeder zulässigen Rechtsform bedienen. Nicht möglich ist die Gründung als eingetragener Verein, da dies der wirtschaftlichen Zielsetzung des MVZ widersprechen würde. Darüber hinaus steht die Bundesärzteordnung einer Gründung als offene Handelsgesellschaft (OHG) oder als Kommanditgesellschaft (KG) entgegen, da diese Rechtsformen die Ausübung eines Gewerbes vorsehen; nach Bundesärzteordnung ist dies im Falle der Ärzte nicht gegeben.²

Im Wesentlichen kommen für MVZ damit die Rechtsformen einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) in Frage (Hohmann/Klawonn 2005; Kaiser 2006). Dabei dominierte ursprünglich eindeutig die Rechtsform der GbR. Zum Jahresanfang 2005 waren mehr als 57% der MVZ dieser Rechtsform zuzuordnen. Allerdings ging dieser Anteil etwas zurück und lag im ersten Quartal 2008 bei circa 39,5%. Der spiegelbildliche Zuwachs ging klar zu Gunsten der GmbHs, die ihren Anteil von weniger als einem

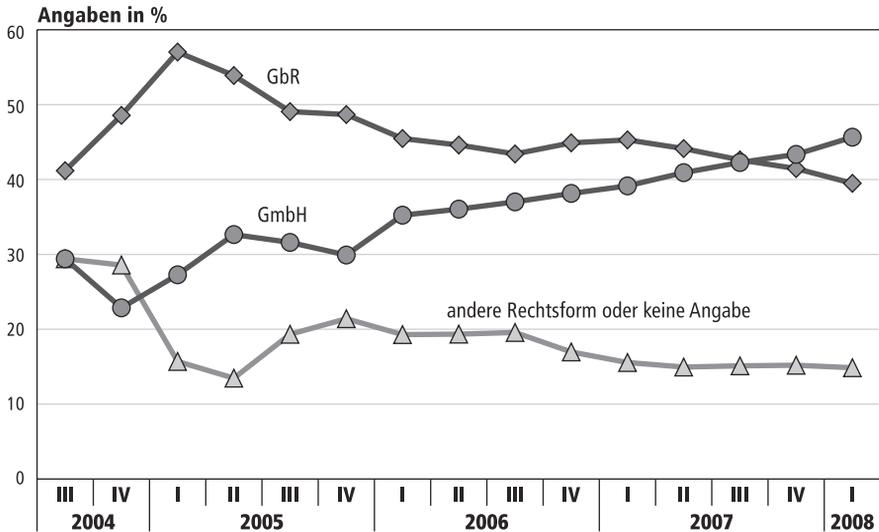
¹ Isringhaus et al. 2004

Grob gesagt kann davon ausgegangen werden, dass der entsprechende Arzt so weit in das MVZ eingebunden sein muss, dass er den täglichen Betrieb leiten kann. Es ist rechtlich noch nicht abschließend geklärt, ob beispielsweise ein Arzt, der ausschließlich als Gesellschafter fungiert, die Funktion eines ärztlichen Leiters übernehmen könnte. (KBV „Medizinische Versorgungszentren“ Berlin 2006 S. 10)

² § 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung

Abbildung 3-2

Rechtsform der Medizinischen Versorgungszentren, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Drittel auf 45,7% steigern und damit ab der zweiten Jahreshälfte 2007 die GbRs überflügeln konnten. Infolge dieser Entwicklung lässt sich heute feststellen, dass sich die MVZ zu relativ gleichen Teilen auf die beiden betrachteten Rechtsformen aufteilen (Abbildung 3-2).

3.2.2 In MVZ tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen

Angeht es den starken Anstiegs der Zahl an MVZ kann es nicht verwundern, dass auch die Anzahl der dort tätigen Ärzte mit der Zeit deutlich zugenommen hat. 2008 waren 4445 Ärzte in MVZ beschäftigt, davon waren 3247 angestellt, die restlichen 1198 waren Vertragsärzte. Der Anteil der angestellten Ärzte hat sich dabei im Zeitverlauf deutlich erhöht und lag am Ende des Betrachtungszeitraums bei fast drei Vierteln (Abbildung 3-3).

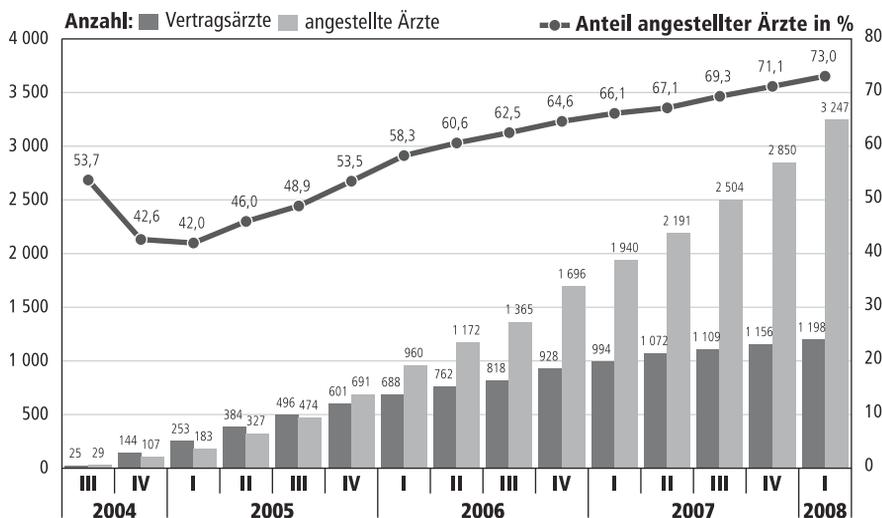
Die Zahl der durchschnittlich in einem MVZ beschäftigten Ärzte lag zu Beginn des Betrachtungszeitraumes bei lediglich 3,2. Im Zeitverlauf stieg dieser Wert an, sodass 2008 im Durchschnitt ein Arzt mehr tätig war als zuvor (Abbildung 3-4).

Stellt man sich die Frage, welche Facharztgruppen vornehmlich in MVZ vertreten sind, so fallen insbesondere die Hausärzte auf. Anfang 2008 waren an 430 der 1023 MVZ Hausärzte beteiligt, das heißt in knapp 42% der MVZ gab es mindestens einen Hausarzt. Andere Fachgruppen, die besonders häufig in MVZ anzutreffen waren, sind Internisten, Chirurgen und Frauenärzte (Abbildung 3-5).

In vielen MVZ war überdies mehr als ein Arzt derselben Fachgruppe vertreten. Man kann die Gesamtzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe mit der Anzahl der

Abbildung 3–3

In Medizinischen Versorgungszentren tätige Ärzte, 2004 bis 2008

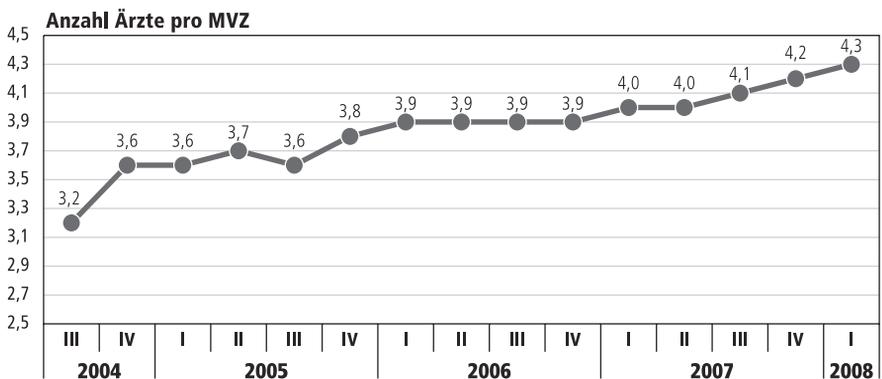


Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

Abbildung 3–4

Durchschnittliche Größe der Medizinischen Versorgungszentren, gemessen an der Anzahl der tätigen Ärzte, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

MVZ, in denen diese Fachgruppe überhaupt vertreten war, in Relation setzen. Bei den insgesamt 756 Hausärzten, die in MVZ tätig waren, und 430 MVZ mit Hausarztbeteiligung kommt man dann beispielsweise auf durchschnittlich 1,76 Hausärzte pro entsprechendes Zentrum. Bildet man diese Quote für alle Fachgruppen, so lässt sich feststellen, dass insbesondere Strahlentherapeuten, Laborärzte, Radiologen und Augenärzte besonders häufig mit Kollegen derselben Fachrichtung zusammenarbeiten (Abbildung 3–6).

Abbildung 3–5

Verbreitung von Facharztgruppen in Medizinischen Versorgungszentren

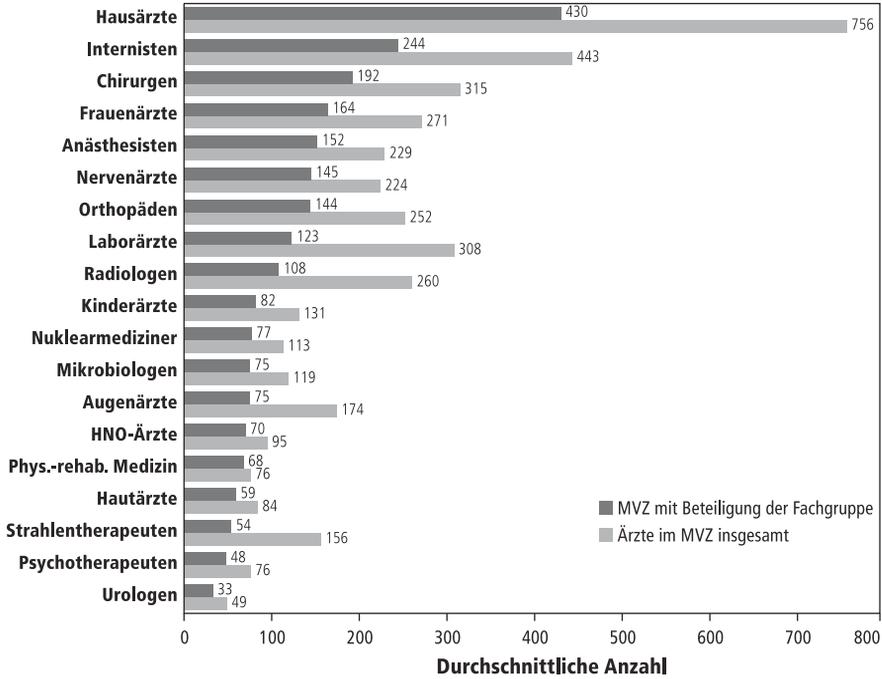
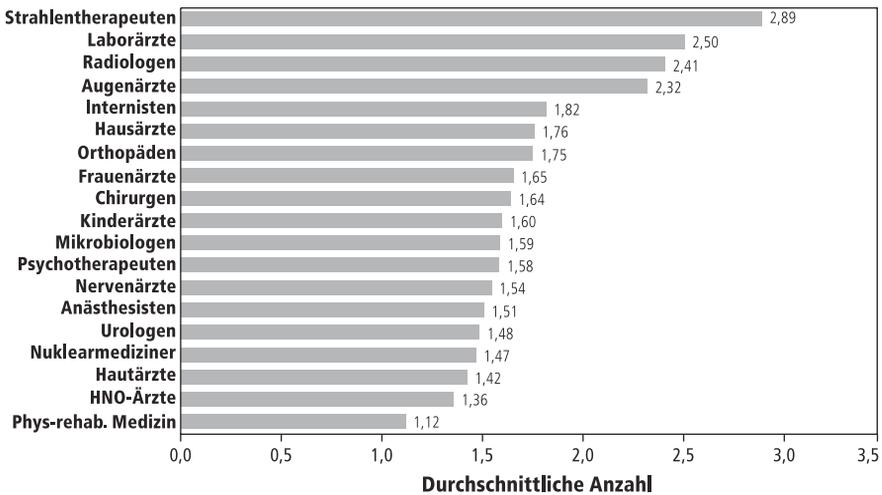


Abbildung 3–6

Durchschnittliche Anzahl von Ärzten einer Facharztgruppe pro Medizinisches Versorgungszentrum mit Beteiligung der entsprechenden Gruppe



3.2.3 Räumliche Verbreitung der MVZ

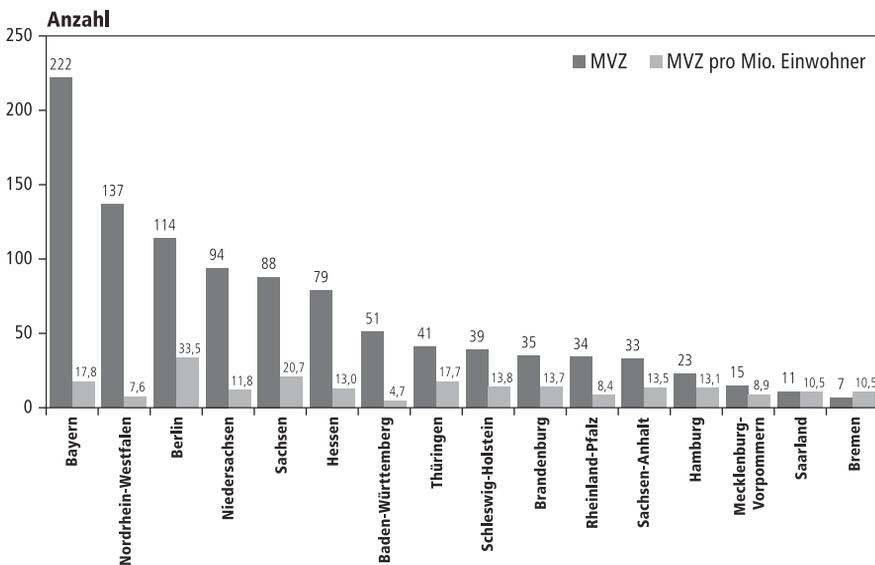
Medizinische Versorgungszentren bilden sich sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum. Allerdings besteht eine deutliche Tendenz zur Ansiedlung in städtischen Gebieten. Zieht man die Grenze bei Regionen mit einer Einwohnerzahl von mindestens 50 000 Personen, so liegen 64 % der MVZ in städtischen Regionen. Die verbleibenden 36 % sind in ländlichen Regionen angesiedelt, also solchen mit weniger als 50 000 Einwohnern.

Hinsichtlich der Anzahl der MVZ liegt Bayern an der Spitze. Dort existierten im ersten Quartal 2008 222 solcher Einrichtungen. Damit führte der Freistaat deutlich vor Nordrhein-Westfalen als der Region mit den zweitmeisten MVZ. Die geringste Anzahl von MVZ findet sich mit lediglich sieben Einrichtungen in Bremen.

Diese Betrachtungsweise relativiert sich freilich, wenn man die unterschiedlichen Einwohnerzahlen der Bundesländer berücksichtigt. Dann rutscht Bayern auf den dritten Platz mit fast 18 Einrichtungen pro Mio. Einwohner. Neuer Spitzenreiter ist dann eindeutig Berlin mit 33,5 MVZ pro Mio. Einwohner. Das Schlusslicht bildet Baden-Württemberg, das bei einer Einwohnerzahl von knapp 10,7 Mio. Menschen insgesamt lediglich 51 MVZ besitzt, also weniger als fünf pro Mio. Einwohner. Dabei lässt sich tendenziell die etwas höhere Bedeutung von MVZ in den neuen Bundesländern ausmachen. Vier der fünf ostdeutschen Länder (ohne den Stadtstaat Berlin) weisen bezogen auf die Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele MVZ auf. Lediglich Mecklenburg-Vorpommern besitzt mit 8,9 Einrichtungen pro Mio. Einwohner vergleichsweise wenige MVZ (Abbildung 3–7).

Abbildung 3–7

Verbreitung der Medizinischen Versorgungszentren nach Bundesländern



3.3 Medizinische Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung

3.3.1 Anzahl und Rechtsform

3

Im Rahmen des vorliegenden Reports sind freilich diejenigen MVZ von besonderer Bedeutung, bei denen ein Krankenhaus als Träger fungiert. Wie bereits erwähnt, besteht diese Möglichkeit und stellt überdies einen besonderen Ansatzpunkt für die Verschränkung von ambulanter und stationärer Versorgung dar. Während in der Anfangszeit – bei insgesamt noch sehr niedrigen Zahlen – der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung noch sehr gering war, stieg er im ersten Jahr deutlich an, bis circa ein Viertel aller MVZ unter der Trägerschaft von Krankenhäusern stand. Danach setzte sich der Anstieg langsamer, aber beständig fort. Im ersten Quartal 2008 betrug der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung knapp 35,5%, was einer absoluten Zahl von 363 Einrichtungen entspricht (Abbildung 3–8).

Während sich bei den MVZ insgesamt die Rechtsformen der GbR und der GmbH einigermaßen die Waage halten, dominiert bei den MVZ mit Krankenhausbeteiligung eindeutig die Rechtsform der GmbH. Zu keinem Zeitpunkt waren weniger als drei Viertel der Einrichtungen GmbHs und zum Ende des Betrachtungszeitraumes liegt ihr Anteil bei über 80%. Der oben festgestellte Zuwachs des Anteils an GmbHs bezogen auf die MVZ insgesamt lässt sich somit auch mit dem überdurchschnittlichen Anstieg der Zahl der MVZ mit Krankenhausbeteiligung erklären, die bevorzugt diese Rechtsform wählen (Abbildung 3–9).

Abbildung 3–8

Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung sowie Anteil an allen Medizinischen Versorgungszentren (in %), 2004 bis 2008

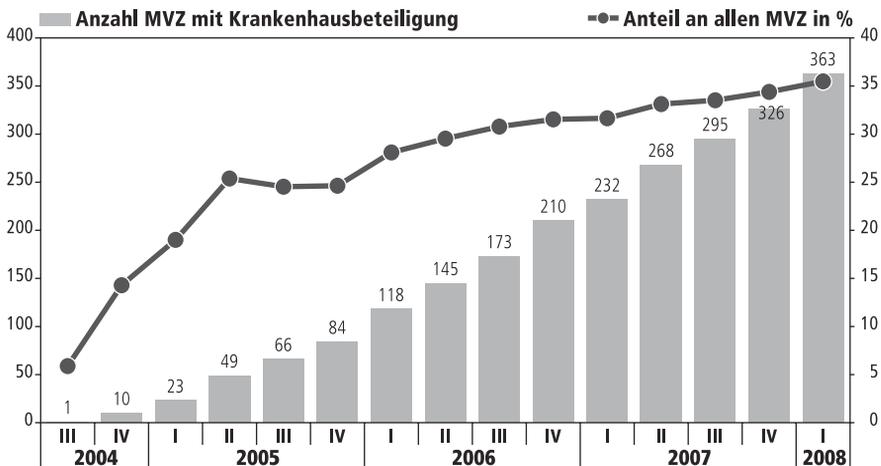
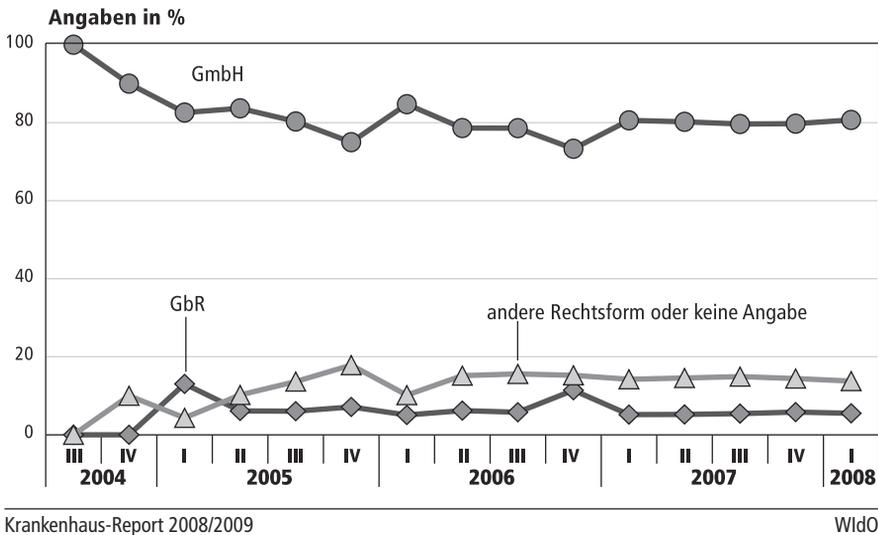


Abbildung 3–9

Rechtsform der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung, 2004 bis 2008



3.3.2 In MVZ mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen

Ebenso wie im Falle der MVZ insgesamt lässt sich auch bei den MVZ unter Trägerschaft der Krankenhäuser ein Anstieg der durchschnittlichen Größe feststellen. Während im dritten Quartal 2004 noch durchschnittlich drei Ärzte in einem solchen MVZ tätig waren, waren es am Ende des Betrachtungszeitraumes 4,3. Dabei waren MVZ mit Krankenhausbeteiligung durchgängig etwas kleiner als die übrigen MVZ, doch hat sich diese Lücke über die Zeit geschlossen. Anfang 2008 lagen beide Gruppen, was die durchschnittliche Zahl der beschäftigten Ärzte angeht, gleichauf (Abbildung 3–10).

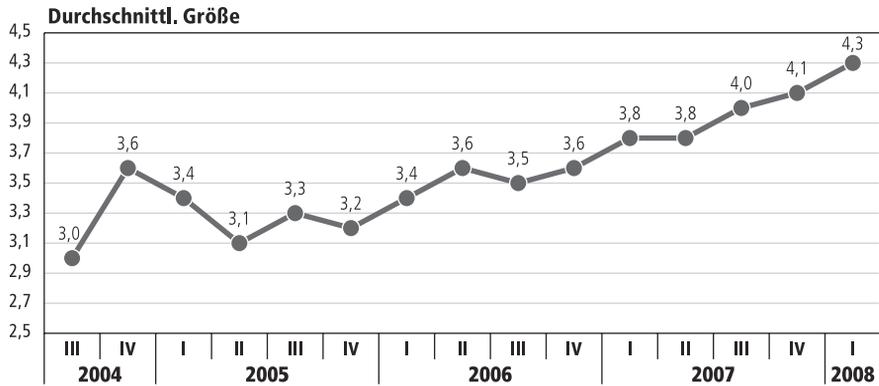
Die MVZ unter der Trägerschaft von Krankenhäusern greifen in wesentlich stärkerem Maße auf angestellte Ärzte zurück, als dies bei den sonstigen MVZ der Fall ist. Nach einigen Wechsellagen in den ersten beiden Jahren nach Ermöglichung der Gründung von MVZ hat sich der Anteil der angestellten Ärzte auf mehr als 90% eingependelt. Auch ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt, dass der Anstieg der Zahl der in solchen MVZ beschäftigten Ärzte ganz überwiegend auf Angestellte zurückgeht. Anfang 2008 waren 1 569 Ärzte in MVZ mit Krankenhausbeteiligung beschäftigt; nur 45 davon waren Vertragsärzte (Abbildung 3–11).

3.3.3 Räumliche Verbreitung der MVZ mit Krankenhausbeteiligung

Oben war bereits festgestellt worden, dass in Hinblick auf die absolute Zahl an MVZ Bayern den Spitzenreiter stellt. Dies lässt sich auch hinsichtlich der MVZ mit Krankenhausbeteiligung erkennen, wenngleich weniger stark ausgeprägt. In Bay-

Abbildung 3–10

Durchschnittliche Größe der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung, gemessen an der Anzahl der tätigen Ärzte, 2004 bis 2008

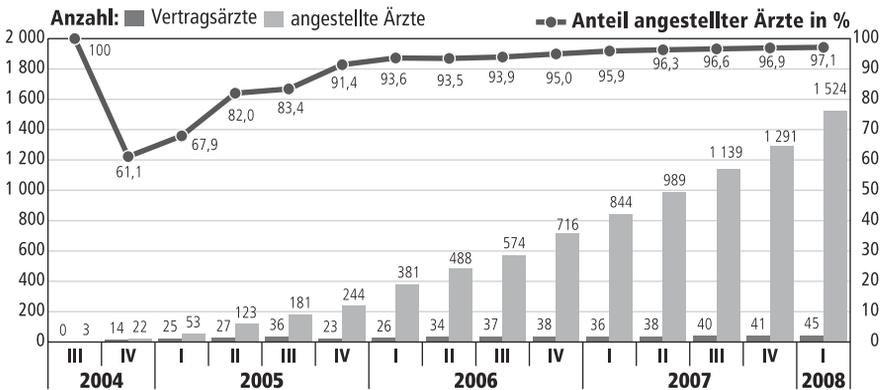


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 3–11

In Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

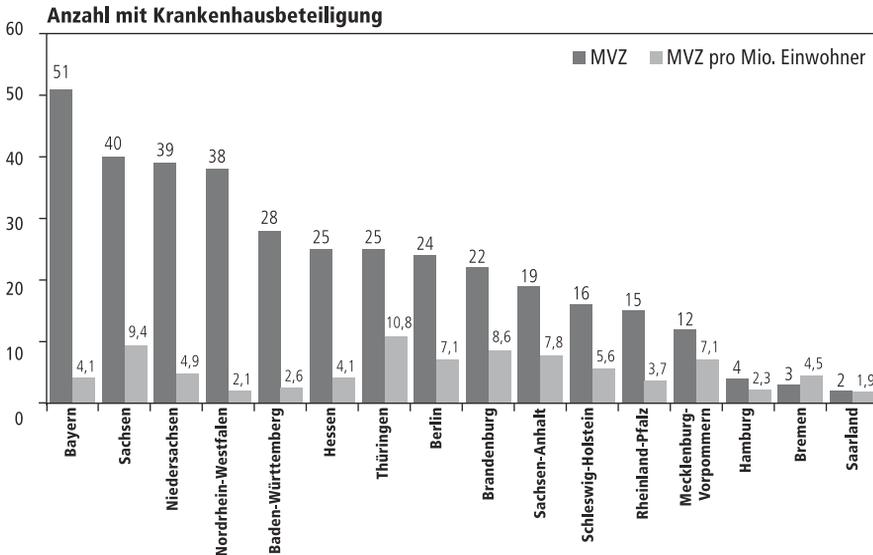
WIdO

ern liegen 51 MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen und im Saarland gibt es hingegen nur sehr wenige MVZ.

Aber auch hier muss die unterschiedliche Größe der betrachteten Bundesländer berücksichtigt werden. In Relation zu der jeweiligen Bevölkerung zeigt sich, dass die fünf ostdeutschen Bundesländer die obersten Positionen einnehmen, gefolgt von Berlin. Bezogen auf die Wohnbevölkerung hat Thüringen mit fast elf MVZ mit Krankenhausbeteiligung pro Mio. Einwohner die meisten Einrichtungen dieser Art; das Saarland hingegen kommt auf nicht einmal zwei (Abbildung 3–12).

Abbildung 3–12

Verbreitung der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung nach Bundesländern



Krankenhaus-Report 2008/2009

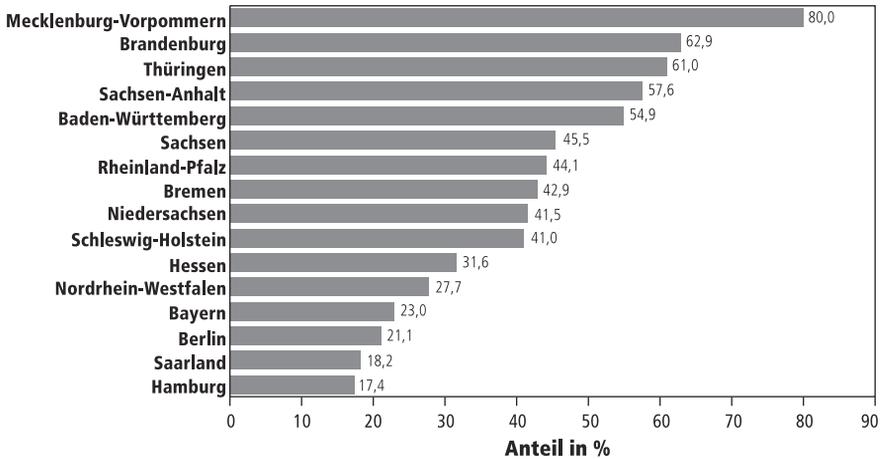
Wido

Anders als bei der oben angestellten Betrachtung der MVZ insgesamt lässt sich für die MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern somit eine klare Struktur bezüglich ihrer regionalen Verteilung ausmachen. In den fünf ostdeutschen Ländern besitzen die MVZ mit Krankenhausbeteiligung einen deutlich größeren Stellenwert als im Westen. Die Unterscheidung zwischen Flächen- und Stadtstaat hingegen scheint keine Rolle zu spielen.

Auch aus einem anderen Blickwinkel heraus ergibt sich der Unterschied zwischen Ost und West. Betrachtet man die Anteile der MVZ mit Krankenhausbeteiligung an allen MVZ, so zeigt sich, dass insbesondere in den neuen Bundesländern die krankenzentrierten MVZ eine herausragende Rolle spielen. Diese fünf Länder nehmen die ersten vier und die sechste Position auf der Rangliste ein. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern werden vier Fünftel der MVZ von Krankenhäusern getragen. Die Bandbreite der Anteilswerte ist dabei außerordentlich hoch. Beim Schlusslicht Hamburg beispielsweise weisen nur etwas mehr als 17% der MVZ eine Krankenhausbeteiligung auf (Abbildung 3–13).

Abbildung 3-13

Anteile der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung an allen Medizinischen Versorgungszentren nach Regionen



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

3.4 Fazit

Vergleicht man die Gruppe der MVZ mit Krankenhausbeteiligung mit den MVZ insgesamt, so zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch deutliche Unterschiede. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl die Zahl der Einrichtungen als auch die Anzahl der dort beschäftigten Ärzte seit dem Inkrafttreten des GMG deutlich und kontinuierlich angestiegen sind. Der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung an allen MVZ hat sich dabei stetig erhöht. Heute befindet sich mehr als ein Drittel der MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses.

Die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Ärzte pro MVZ hat sich in beiden Gruppen erhöht, ohne dass größere Sprünge zu erkennen waren. War das durchschnittliche MVZ mit Krankenhausbeteiligung anfangs noch etwas kleiner als die übrigen MVZ, so hat sich dieser Unterschied im Zeitverlauf verloren. Heute liegt die durchschnittliche Zahl der beschäftigten Ärzte in beiden Fällen bei fast viereinhalb Personen.

Hinsichtlich der Unterschiede fällt zunächst die Rechtsform auf. Während sich bei den MVZ insgesamt die Rechtsformen der GbR und der GmbH ungefähr die Waage halten, dominiert bei den MVZ unter Krankenhausträgerschaft eindeutig die GmbH.

Auch die Verbreitung von Ärzten im Angestelltenverhältnis ist verschieden. Zwar hat auch in den MVZ insgesamt der Anteil der angestellten Ärzte zugenommen, doch sind es insbesondere die MVZ mit Krankenhausbeteiligung, die auf angestellte Ärzte zurückgreifen. Vertragsärzte spielen hier eindeutig nur eine marginale Rolle.

Die regionale Verteilung von MVZ ist derzeit als ziemlich ungleich einzustufen. Ob sich hierin lediglich verschiedene Geschwindigkeiten der Entwicklung oder

aber dauerhafte strukturelle Unterschiede widerspiegeln, muss derzeit offen bleiben. Ein besonderes Ergebnis ist jedoch die augenscheinlich hohe Bedeutung, welche die Krankenhausbeteiligung für die MVZ im Osten Deutschlands besitzt. Offenkundig herrschen hier besondere Bedingungen, seien es die bestehende Struktur der ärztlichen Versorgung, seien es demographische Gegebenheiten, die eine Verbindung von MVZ und Krankenhaus als besonders aussichtsreich erscheinen lassen. Unabhängig von der Rechtsform und dem Standort: Das ärztliche Berufsrecht und die fachlich-medizinische Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte müssen auch in MVZ uneingeschränkt Geltung haben.

3.5 Literatur

- Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J. Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin 2006.
- Armbruster S, Lubs S, Röhrig N, Wagner K. MVZ-Survey 2005. Berlin 2006.
- Hohmann J, Klawonn B. Das medizinische Versorgungszentrum (MVZ). Die Verträge, Heidelberg 2005.
- Isringhaus W, Kroel M, Wendland H. MVZ-Beratungshandbuch. Erfstadt 2004.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren – Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den Betrieb eines MVZ. Berlin 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis. Berlin 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren aktuell. 1. Quartal 2008. <http://www.kbv.de>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. <http://www.kbv.de>.
- Kaiser S. Die Ärzte-GmbH. Hamburg 2006.
- Pelleter J, Sohn S, Schöffski O. Medizinische Versorgungszentren – Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform. Burgdorf 2005.
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Läger R, Amelung VE. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Berlin 2006.