

# Versorgungssteuerung: Strukturen, Prozesse, Anreize – internationale Erfahrungen

Prof. Dr. med. Wilm Quentin

Lehrstuhl Planetary & Public Health

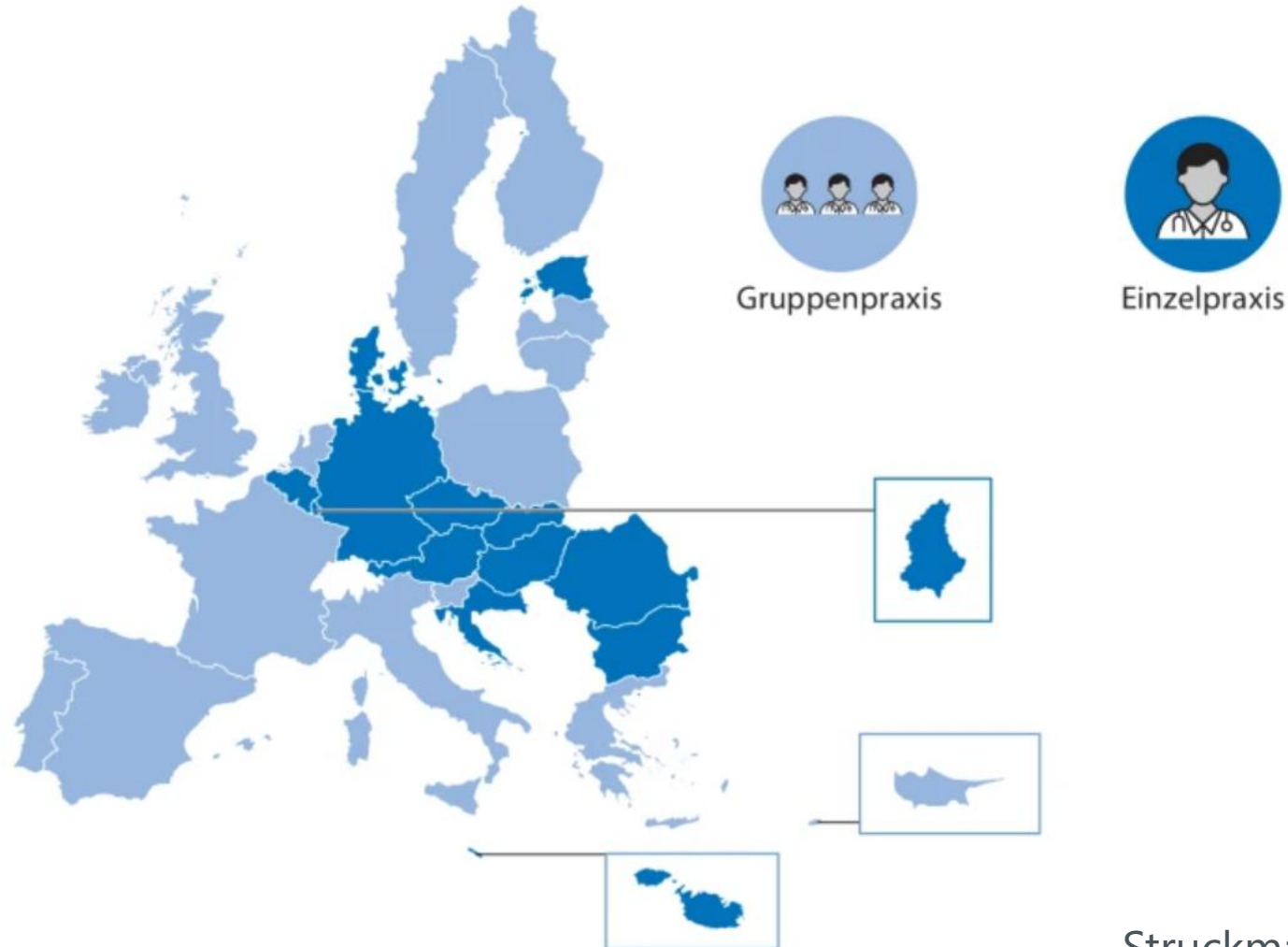
Universität Bayreuth

European Observatory on Health Systems and Policies

- Versorgungsstrukturen
- Versorgungsprozesse
- Finanzielle Anreize

- Primärversorgungszentren
- Fachärzte am Krankenhaus
- Notfallpraxen an Krankenhäusern

# Primärversorgung wird zunehmend in größeren Versorgungseinheiten organisiert



## Trend:

- Zunehmend größere Versorgungseinheiten
- Multiprofessionelle, interdisziplinäre Teams
- Ausgedehnte Öffnungszeiten
- Stärkung der Primärversorgung (Koordination, Kontinuität)

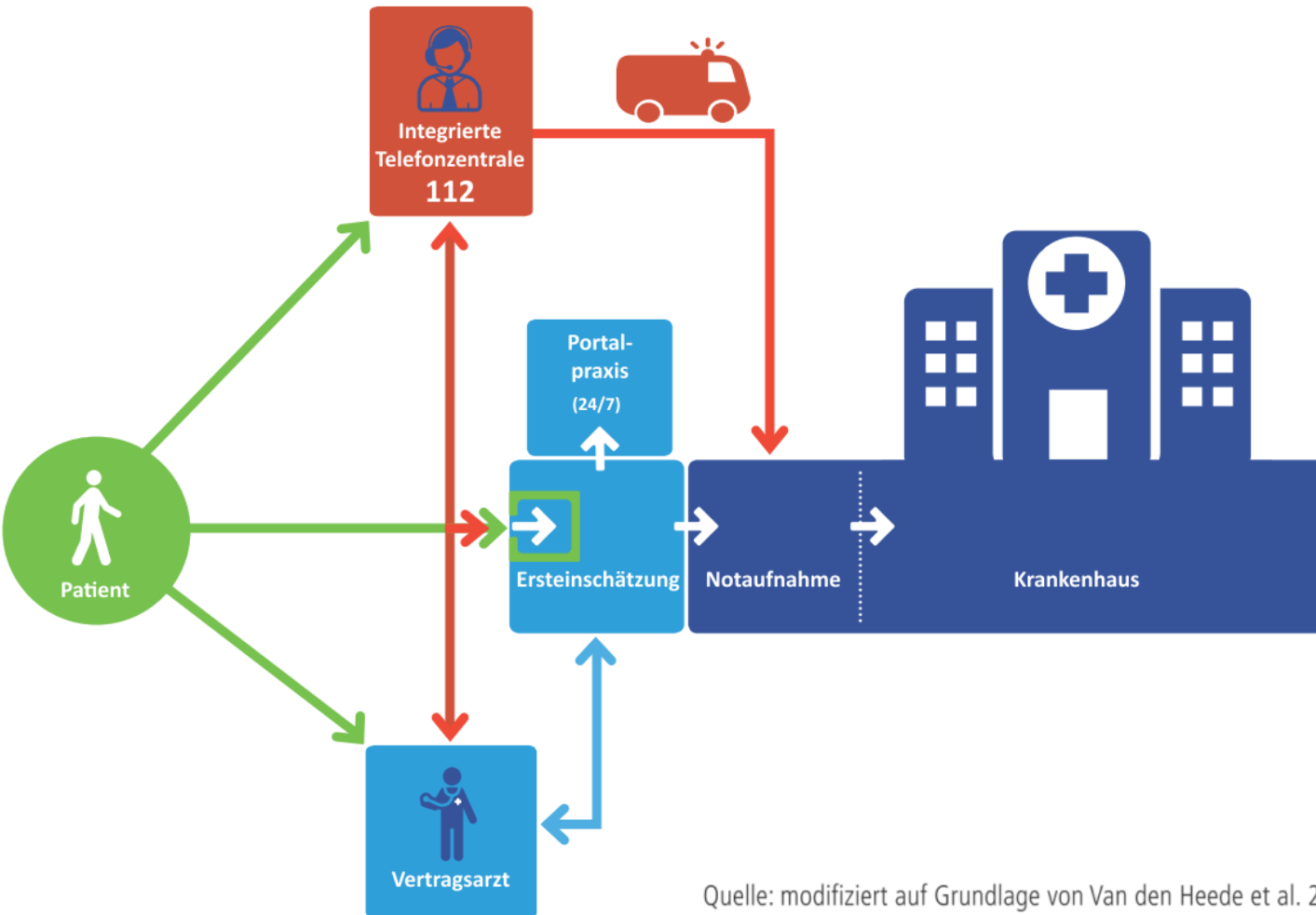
# Krankenhausambulanzen sind wichtigste fachärztliche Versorger in vielen Ländern

	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis/ Versorgungszentrum	Krankenhaus- ambulanz
Belgien, Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Schweiz, Slowakei	Vorherrschend	Weniger häufig	Teilweise verfügbar
Lettland, Österreich	Vorherrschend	Teilweise verfügbar	Weniger häufig
Estland, Island, Malta, Polen	Teilweise verfügbar	Vorherrschend	Weniger häufig
Dänemark, Rumänien, Slowenien, Tschechische Republik	Teilweise verfügbar	Weniger häufig	Vorherrschend
Spanien	Nicht vorhanden	Vorherrschend	Weniger häufig
Finnland, Kroatien, Litauen, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Ungarn	Nicht vorhanden	Weniger häufig	Vorherrschend
England, Italien, Irland	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden	Vorherrschend

## Trend:

- Krankenhausambulanz als dominante Versorgungsform in vielen Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst (NHS)
- In Ländern mit sozialer Krankenversicherung (SHI) mehr Gruppenpraxen und Ambulanzen

# Internationale Reformen der Notfallversorgung



Quelle: modifiziert auf Grundlage von Van den Heede et al. 2016

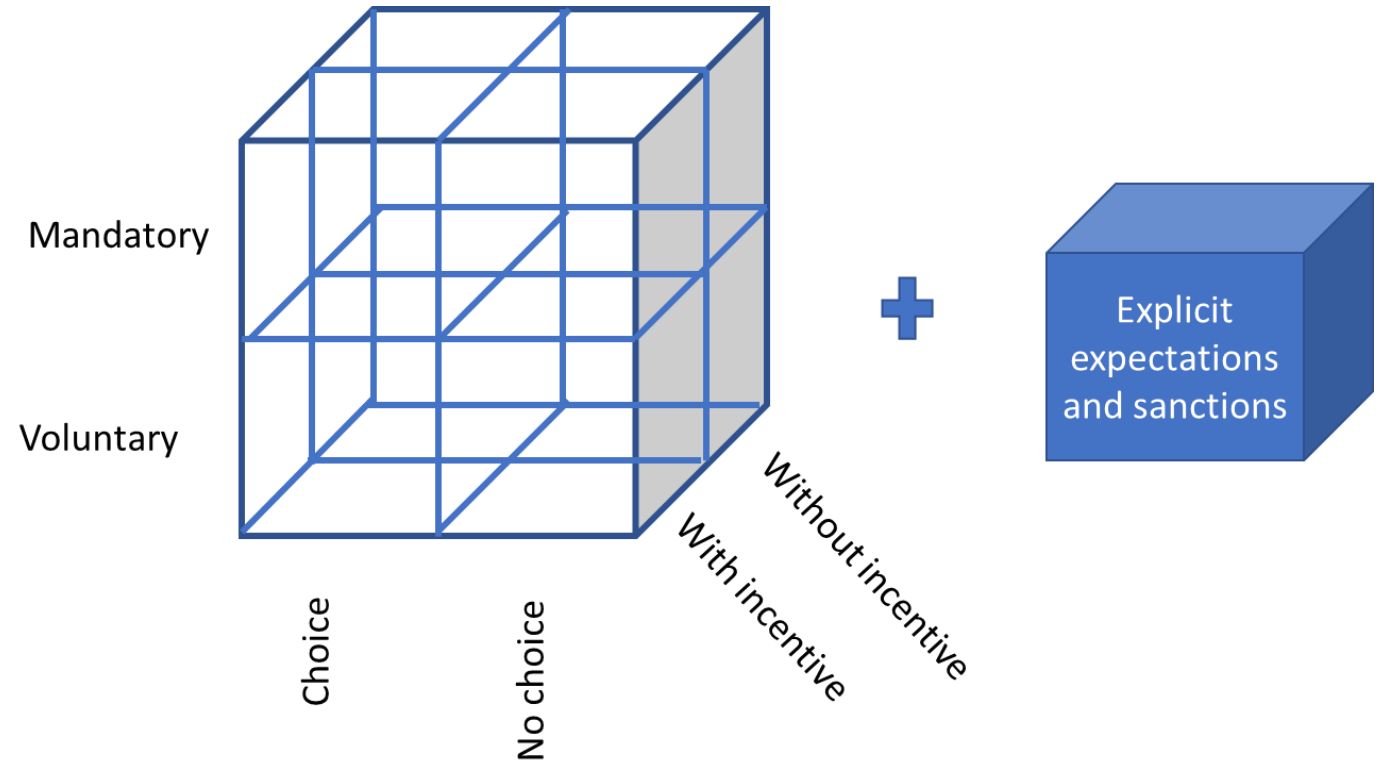
Krankenhaus-Report 2017

- Patientensteuerung: In DK Zugang zur Notaufnahme nur nach Telefonkontakt
- Zunehmende Koordination/ Integration hausärztlicher Notdienst → Notaufnahmen: NL (aber auch ENG und DK)
- Konzentration der Notfallversorgung in KH
- Konzentration der Versorgung schwerer Notfälle: ENG (aber auch in NL, FR)

- Hausarztzentrierte Versorgung
- Disease und Case Management
  - PopGroup

# Hausarztzentrierte Versorgung

- Ziele: bessere Steuerung, Koordination, Kontinuität, klare Zuständigkeit
- Elemente: Einschreibung, Gatekeeping, Anreize
- Unterschiede zwischen Ländern (siehe Abb.)
- Wesentlicher Aspekt der Gesundheitsversorgung in vielen Ländern





# Hausarztzentrierte Versorgung

	Gatekeeping role	% of population covered	% of primary care doctors	Average size of patient list per PCP
UK	Yes	100%	100%	8862
DK	Yes	>99%	100%	1643
NO	Yes (but right to second opinion)	99%	97% (2005)	1500
IT	Yes	100%	100%?	1211
CA [ON]	Yes	75%	75%	NA
IE	Yes for first visit, then no	32%	76%-85%	861
IL	Yes	100%?	NA	NA
FR	Yes	90%	NA	NA
NL	Yes	97.90%	100%	3434
CH	Yes	25%	50-75%	2500-3000
DE	Yes	<10%	31%	318
SE	Yes	~ 95 %	100%	~ 8000

- HZV ist immer verbunden mit Gatekeeping
- In D ist der Anteil der Bevölkerung mit HZV sehr gering
- Anteil teilnehmender Hausärzte und Patienten pro HA ebenfalls relative niedrig

# Hausarztzentrierte Versorgung

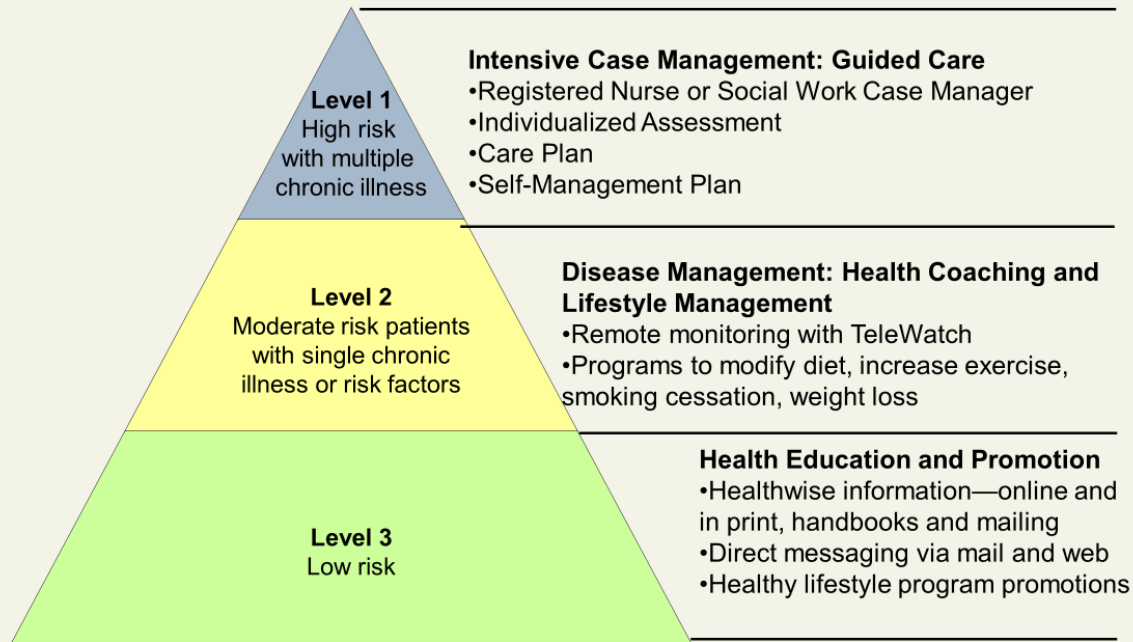
In vielen Ländern starker Anreiz zur Einschreibung von Versicherten für Ärzte... und auch für Versicherte

**Table 3**  
Current state of patient registration.

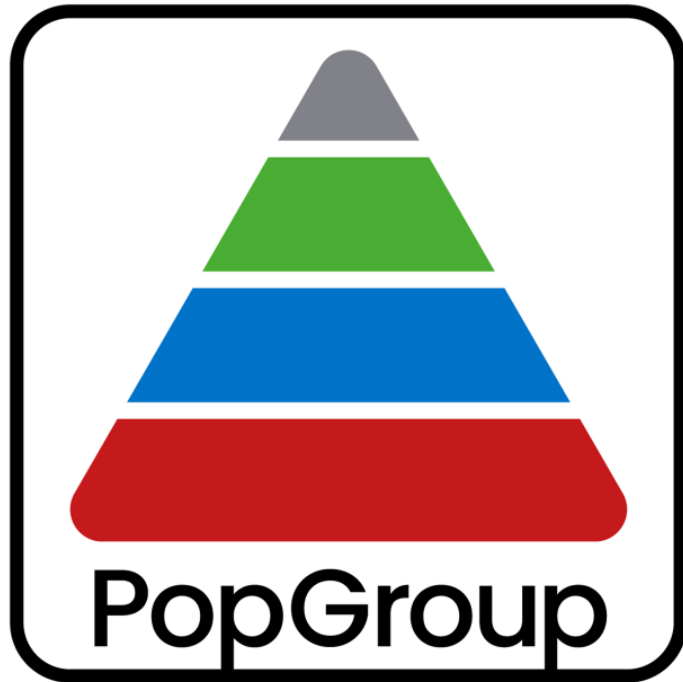
Jurisdiction	Patient registration is:		Limits on when patients can change provider		Capitation as incentive (% income)	Type of patient registration	
	Mandatory	Voluntary	No	Yes		Enrollment	Agreement
Netherlands		X	X		42	X	
UK (England)		X	X		90	X	
Israel (Clalit HP)	X			X	6		X
Sweden		X	X		NA*	X	
Ireland	X		X		53		X
Denmark		X	X		30	X	
Italy	X		X		70	X	
Switzerland		X		X	~10-15		X
Norway		X		X	35	X	
Ontario (CA)		X	X		NA*	X	
France		X	X		6		X
Germany		X		X	NA		X

Notes: \* The exact percent contribution of capitation to total GP income is unavailable for Sweden and Ontario. In Sweden, a capitation payment along with fees based on services is paid to public and private health centres rather than GPs who are then paid a salary by their respective centres. In Ontario, capitation payments to primary care practices is generous compared to traditional FFS practice.

## Our services for Level 1, 2, and 3



- Disease and Case Management setzt voraus, dass Patienten mit relevantem Versorgungsbedarf identifiziert werden.
- International sind Bevölkerungs-basierte Klassifikationssysteme vorhanden (ACGs, CRGs)
- Aktuelles Innovationsfonds-Projekt entwickelt PopGrouper für Deutschland



## Das PopGroup Projekt

Entwicklung eines  
bevölkerungsbezogenen  
Klassifikationssystems

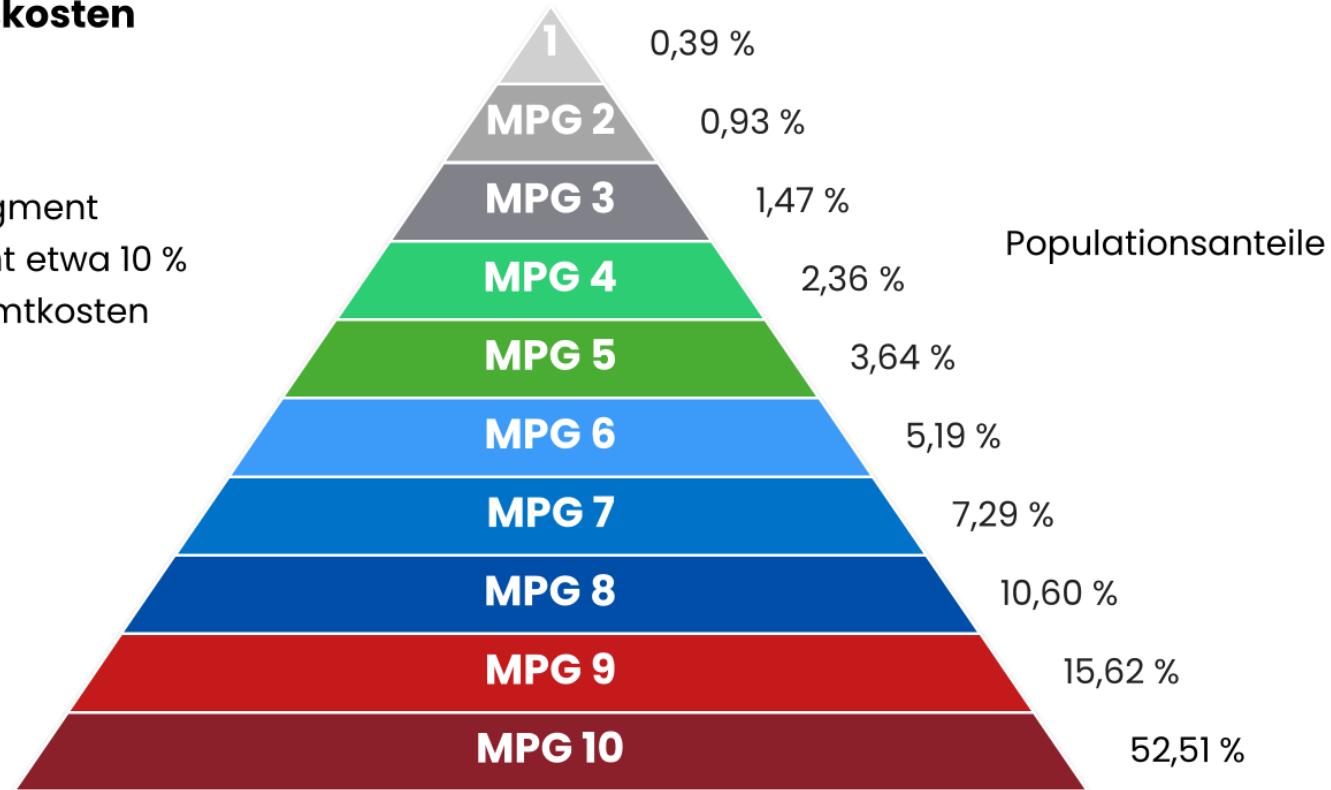
### FG Management im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH,  
Prof. Dr. med. Wilm Quentin, Dr. Ulrike Nimptsch,  
Dr. Karen Kinder, Maria Klemt, Chrissa Tsatsaronis



## Meta-PopGroups (MPGs) gruppieren PopGroups anhand ihrer Durchschnittskosten

Jedes Segment verursacht etwa 10 % der Gesamtkosten



- Aktuell: Überprüfung der Fähigkeit Inanspruchnahme vorherzusagen.
- Mögliche Anwendung: Identifikation von „high risk“ Patienten innerhalb einzelner PopGroups

- Kombination unterschiedlicher Vergütungskomponenten
- Accountable Care Organizations mit Shared-Savings Ansatz

# Kombination unterschiedlicher Vergütungskomponenten



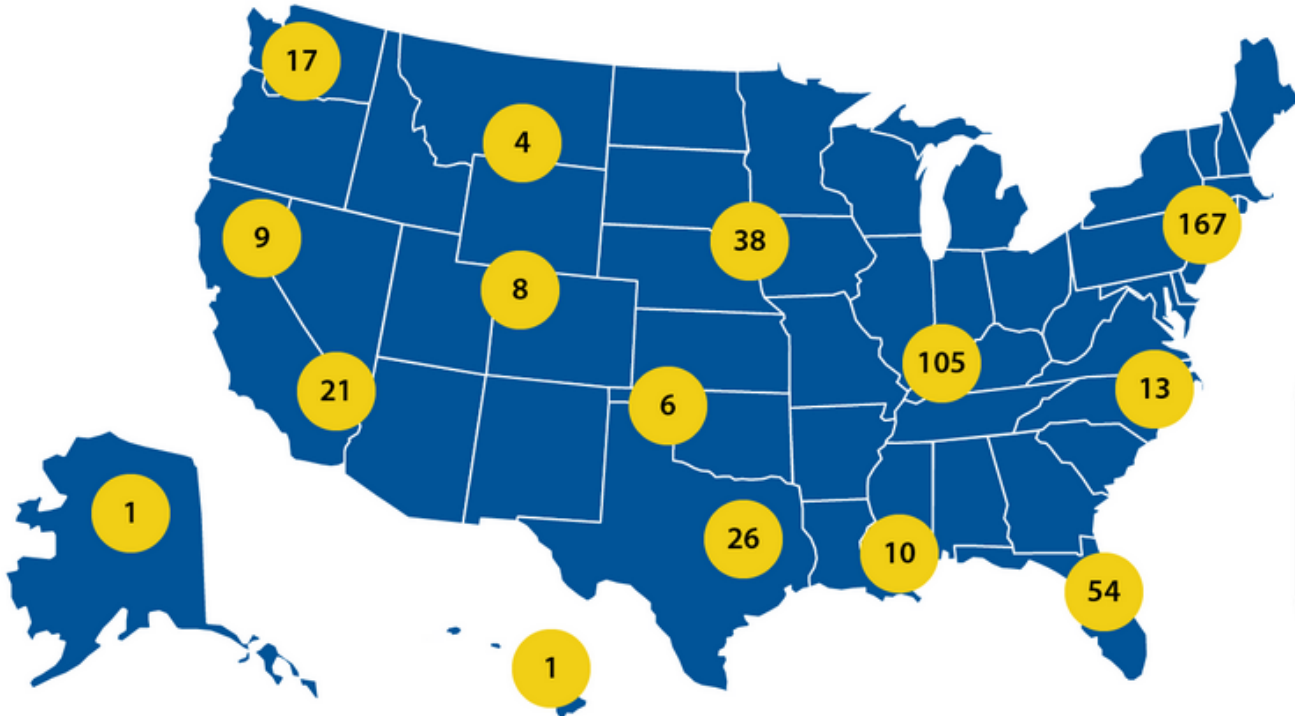
## Primary care payment: overview

	Germany	Netherlands	England	Sweden
<b>Objective:</b> appropriateness & outcomes	Quality payment	P4P & bundled payments (10-15%)	QOF bonus (10-15%)	Bonus and/or Malus (max. +/-3%)
<b>Objective:</b> productivity & patient needs	FFS - uncapped FFS (with caps per service type)	FFS (per visit & out-of-hours), (35-40%)	FFS ("enhanced services"), (15-20%)	FFS (per visit), 10-20%, Stockholm 60%
<b>Objective:</b> admin. simplicity & cost-containment (& geogr. equity)	"RLV" (capped FFS) (60-70%)	Capitation (45-50%)	Capitation (70-75%)	Capitation (80-90%, Stockholm 40%)

- Capitation Zahlungen stellen eine wesentliche Komponente der Vergütung dar.
- Kombination möglich mit FFS, z.B. für prioritäre Leistungen + P4P in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren

# Accountable Care Organizations mit Shared-Savings Ansatz

## National Participation



480 Shared Savings Program ACOs are providing care to 10.8 million beneficiaries

**# Number of ACOs in the area.**  
NOTE: This area may cover organizations serving beneficiaries across multiple states.

*Source: Performance Year 2024 Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations*

To learn more about the number and geographic location of Shared Savings Program ACOs, reference [Program Data](#).



# Accountable Care Organizations mit Shared-Savings Ansatz

- Accountable Care Organisations (ACOs) sind Netzwerke von Ärzten, Krankenhäusern, und anderen Anbietern, die sich freiwillig zusammenschließen.
- ACOs organisieren und koordinieren die Versorgung für Versicherte, die aufgrund von vergangenen Mustern der Inanspruchnahme zugeordnet werden.
- Ziel: Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Verbesserung der Patientenerfahrungen, Verringerung der Kosten (Triple Aim).
- Wenn ACOs die Ziele erreichen (eine lange Liste von Qualitätsindikatoren) und gleichzeitig niedrigere Kosten haben, werden Einsparungen zwischen Medicare und ACOs aufgeteilt.

- Möglichkeiten der Versorgungssteuerung über Strukturen, Prozesse und Anreize.
- Internationale Erfahrungen zeigen:
  - Trend zur Primärversorgung in größeren Zentren und fachärztliche Versorgung in Krankenhausambulanzen und Ärztezentren.
  - Koordination von Notdienst und Notfällen über Telefonleitstellen und Aufbau von Portalpraxen.
  - Hausarztzentrierte Versorgung: wesentlicher Aspekt der Gesundheitsversorgung.
  - Jahrespauschalen (Capitation) bieten Anreize zur Registrierung von Versicherten.
  - Disease und Case Management kann durch datengetriebene Aufgreifinstrumente unterstützt werden.
  - ACOs mit Shared Savings Ansatz bieten Anreize zur besseren Koordination der Versorgung

- Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D; Cowling TE, Jackson T, Rudkjøbing A, van Manen J; Quentin W (2019): Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analysing Organisation, Payment and Reforms, Health Policy;123(1).1-10.
- Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J: Krankenhaus-Report 2017: Zukunft gestalten. Stuttgart, Schattauer: 41-60, ISBN: 978-3-7945-3229-2
- Geissler A, Quentin W, Busse R (2016): Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J: Krankenhaus-Report 2016: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart, Schattauer: 29-42.
- Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, De Belvis AG, Gandré C, Isaksson D, Kroneman M, Neuner-Jehle S, Saunes IS, Thomas S, Vrangbæk K, Quentin W (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries; Health Policy;125(12):1507-1516.
- Struckmann, V., Winkelmann, J., & Busse, R. (2021). Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich. Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten–Der Patient im Mittelpunkt, 3-24