



# Primärversorgung im internationalen Vergleich

Prof. Dr. med. Wilm Quentin

Lehrstuhl Planetary & Public Health

Universität Bayreuth

European Observatory on Health Systems and Policies



# Laut Koalitionsvertrag soll ein Primärarztsystem eingeführt werden

- Für eine zielgerichtete Versorgung und eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.
- Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von der KV betriebene Rufnummer 116 117 stellen den Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest.
- Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht.
- Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.
- Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen).
- Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis.

## Verantwortung für Deutschland

Koalitionsvertrag zwischen  
CDU, CSU und SPD

21. Legislaturperiode

# Die 4 Cs der Primärversorgung (Barbara Starfield)

First Contact

Continuity of Care

Comprehensiveness

Coordination

## 1. First Contact accessibility/Erstkontakt

- PV sollte **erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem** für alle (neuen) Gesundheitsprobleme oder -bedürfnisse sein
- PV gewährleistet einen **einfachen und zeitnahen Zugang** und verhindert so unnötige Inanspruchnahme von FÄ, KH-Dienstleistungen oder Notaufnahmen.

## 2. Kontinuität

- Die Versorgung sollte über einen **längeren Zeitraum** vom selben Anbieter/Team/Netzwerk erbracht werden, um Vertrauen, Patientenorientierung, und Bedarfsnähe zu garantieren

# Die 4 Cs der Primärversorgung (Barbara Starfield)

First Contact

Continuity of Care

Comprehensiveness

Coordination

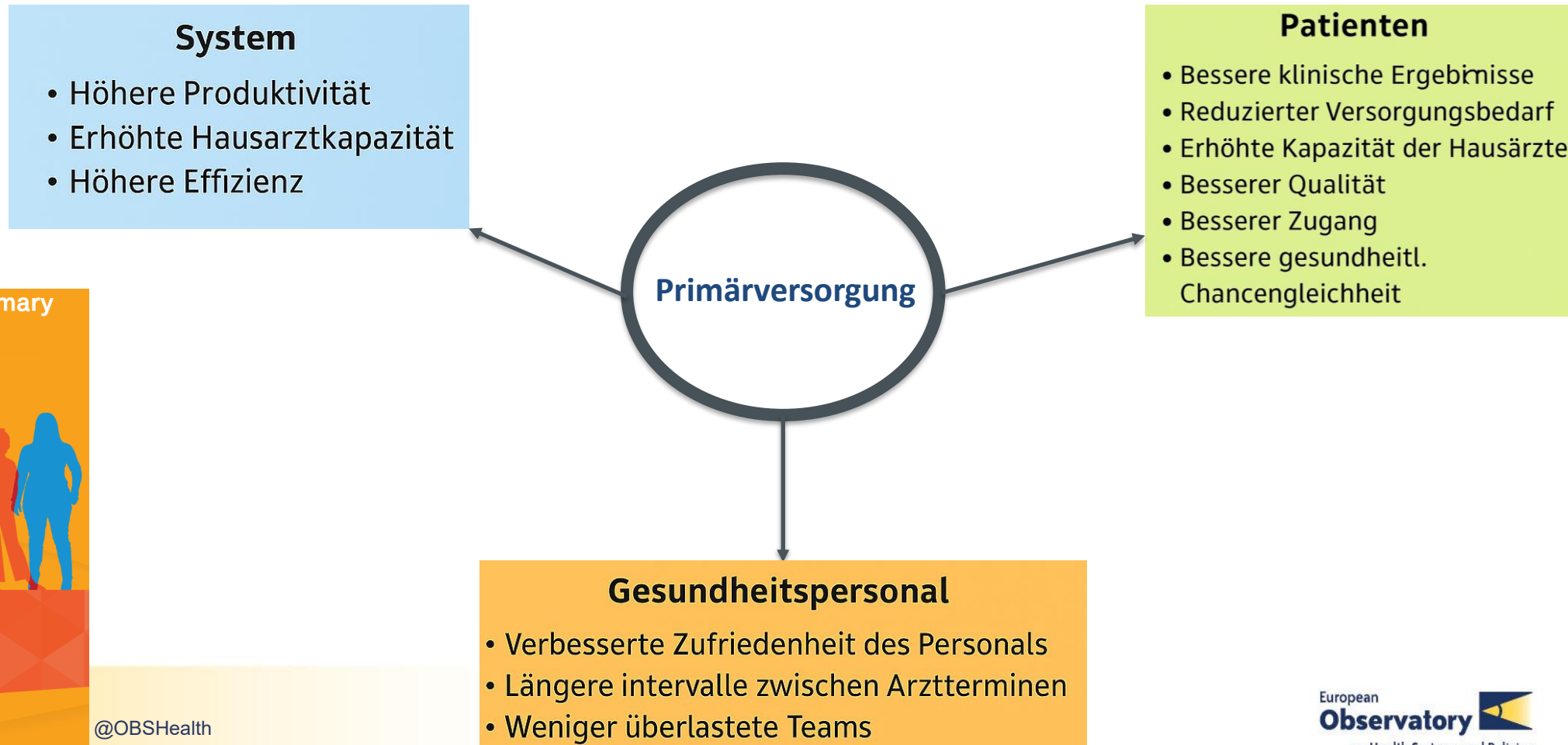
## 3. Comprehensiveness/Breites Leistungsspektrum

- PV sollte den **Großteil des Versorgungsbedarfs** abdecken, von Prävention über Akutversorgung und Behandlung chronischer Krankheiten bis hin zur psych. Gesundheit

## 4. Koordination

- PV sollte **Patient:innen dabei unterstützen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden**, einschließlich Überweisung an Fachärzte, KH oder Sozialdienste.
- Sie gewährleistet den **Informationsfluss** zwischen den Leistungserbringern

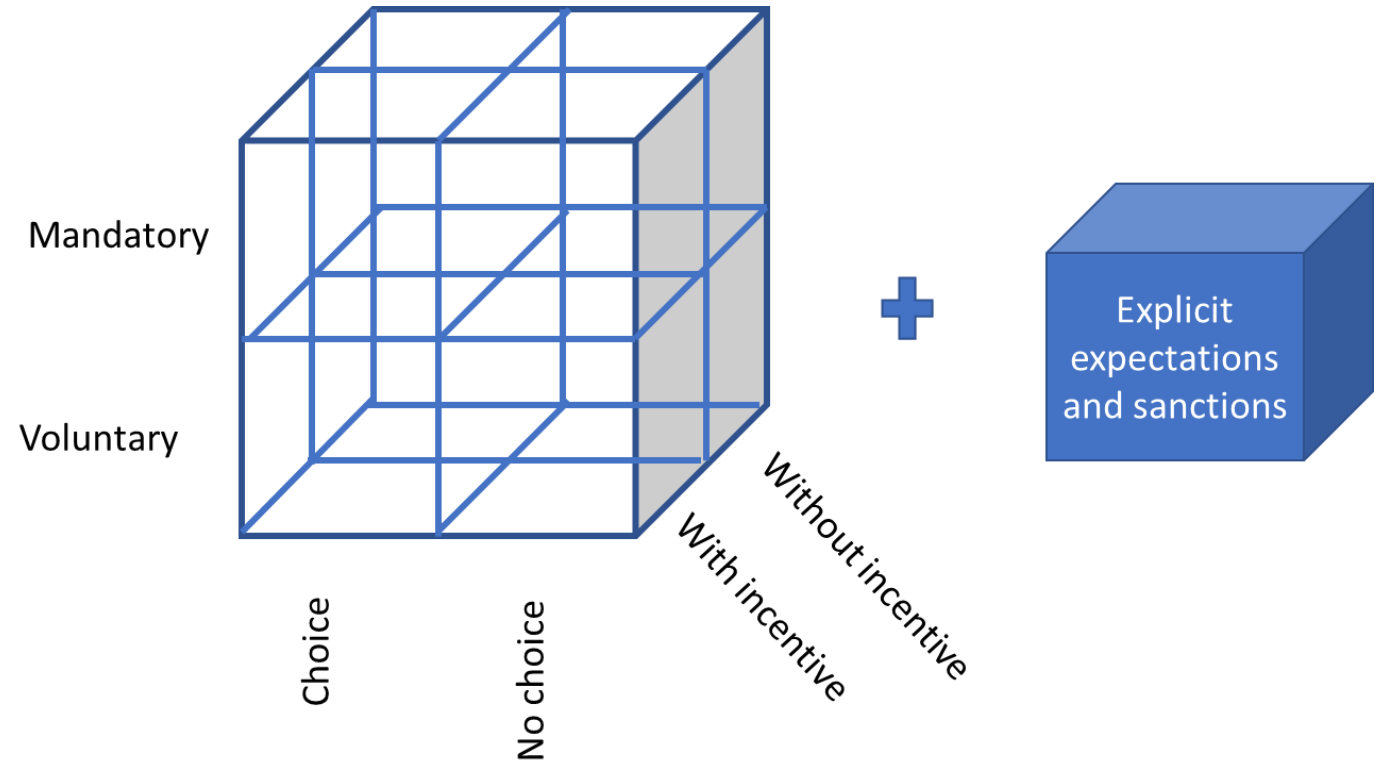
# Fazit: PV hat Vorteile für System, Patienten und Gesundheitspersonal



@OBSHealth

# Primärversorgungsmodell und Patientenregistrierung

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



# Primärversorgungsmodelle sind der Standard in sehr vielen Ländern

	Gatekeeping role	% of population covered	% of primary care doctors	Average size of patient list per PCP
<b>UK</b>	Yes	100%	100%	8862
<b>Dänemark</b>	Yes	>99%	100%	1643
<b>Norwegen</b>	Yes (but right to second opinion)	99%	97% (2005)	1500
<b>Italien</b>	Yes	100%	100%	1211
<b>Ontario (Canada)</b>	Yes	75%	75%	NA
<b>Irland</b>	Yes for first visit	32%	76%-85%	861
<b>Israel</b>	Yes	100%?	NA	NA
<b>Frankreich</b>	Yes	90%	NA	NA
<b>Niederlande</b>	Yes	97.90%	100%	3434
<b>Schweiz</b>	Yes	25%	50-75%	2500-3000
<b>Deutschland</b>	Yes	<10%	31%	318
<b>Schweden</b>	Yes	~ 95 %	100%	~ 8000

- Primärversorgung 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

# Patientenregistrierung ist ein zentrales Element in vielen Ländern

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

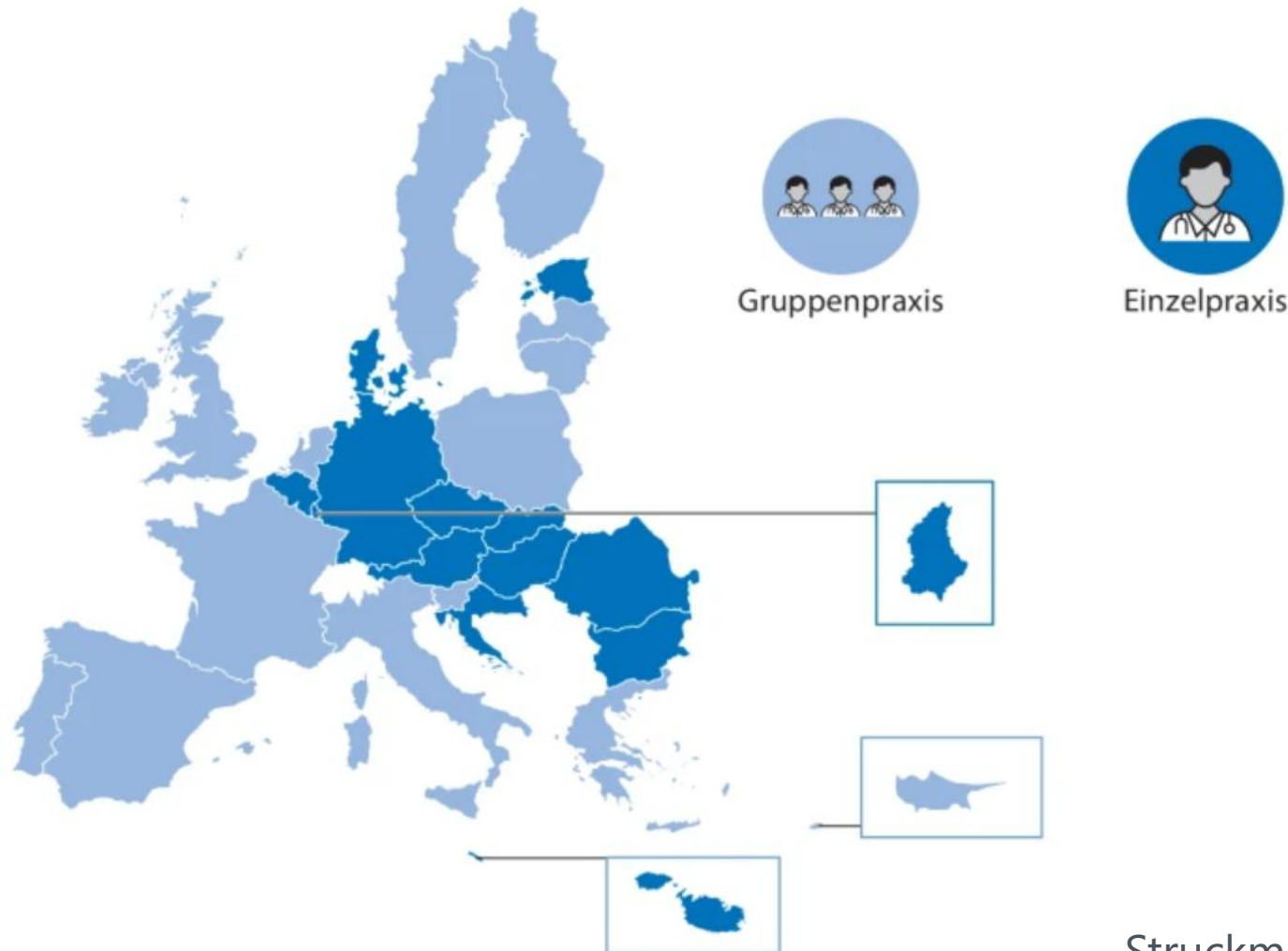
Notes: \* The exact percent contribution of capitation to total GP income is unavailable for Sweden and Ontario. In Sweden, a capitation payment along with fees based on services is paid to public and private health centres rather than GPs who are then paid a salary by their respective centres. In Ontario,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



# Starke Anreize für Patienten zur Registrierung

	Spanien	Finnland	Italien	GB	Dänemark	Schweiz	Israel	Niederlande	Norwegen	Frankreich
Registrierung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Primärversorgern	X	X	X	X					X	
Nachteile bei Terminvergabe durch Primärversorger ohne Registrierung								X		X
Überweisung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Fachärzt:innen <sup>7</sup>	X	X	X	X			X		X	
Höhere Zuzahlungen bei Facharztbesuchen ohne Überweisung					X <sup>8</sup>			X (100%)		X (70% statt 30%)
Prämiensparnisse						X (bis 20%)				

# Primärversorgung wird zunehmend in größeren Versorgungseinheiten organisiert



## Trend:

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

# ... aber in den multiprofessionellen und interdisziplinären Teams arbeiten unterschiedliche Fachkräfte

- In **Spanien und Finland** wird die Primärversorgung fast ausschließlich in Gesundheitszentren erbracht; in den anderen Ländern ergänzen diese Zentren die Leistungen von General Practitioners (Gruppenpraxen)

## Überblick über das medizinische Personal in Gesundheitszentren

Je nach Region

	Spanien	Finland	Italien	England	Israel	Niederlande	Norwegen	Frankreich
General practitioner <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X
Fachärzt:innen für Geriatrie		X						
Ernährungsberater:innen								X
Kinderärzt:innen	X		X					X
Pflegefachkräfte <sup>2</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X
Pharmazeut:innen				X				
Physiotherapeut:innen	X	X		X			X	X
Podolog:innen								X
Psycholog:innen	X	X		X		X		X
Sozialarbeiter:innen	X			X				
Zahnärzt:innen	X	X						
Weitere Fachärzt:innen <sup>3</sup>	X	X	X		X	X	X	

# In vielen Ländern spielen Kopfpauschalen eine zentrale Rolle in der Vergütung



## 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	Extra service payment 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)	Basic service payment "RLV" (capped FFS) (60-70%)	Capitation (45-50%)	Capitation (70-75%)	Capitation (80-90%, Stockholm 40%)

- Kopfpauschalen machen in vielen Ländern mehr als die Hälfte des Einkommens aus.
- Häufig sind Kopfpauschalen kombiniert mit FFS, z.B. für prioritäre Leistungen + P4P in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren

- Gute Primärversorgungssysteme schaffen Erreichbarkeit, Kontinuität, ein breites Leistungsspektrum und eine bessere Koordination
- Primärversorgungssysteme können den Zugang, die Qualität und die Effizienz der Versorgung verbessern
- Primärversorgungssysteme sind die Regelversorgung in vielen Ländern
- Patientenregistrierung und Gatekeeping sind ein wesentlicher Aspekt von Primärversorgungssystemen
- Starke Anreize für Ärzte und Patienten tragen zu hoher Verbreitung bei
- Primärversorgung erfolgt zunehmend in größeren multiprofessionellen und interdisziplinären Zentren
- Kopfpauschalen bieten Anreize für Primärversorger zur Teilnahme – und reduzieren Anreize für Überversorgung

- 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.
- Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M, Khalid F, editors. Implementing the Primary Health Care approach: a primer. Geneva: World Health Organization; 2024 (Global report on primary health care). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2eca13bd-7458-426c-8c51-dd88aa1d2f78/content>
- 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
- Wittlinger G, Sundmacher L (2025): „Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?“, Monitor Versorgungsforschung“ (MVf 04/25), S. 57–66. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2732>

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!



European Observatory on Health Systems and Policies

## Health Reform Tracker

The Health Reform Tracker provides a first-ever overview of the content and dynamics of health reforms in over 30 countries across the WHO European Region and North America over time. The Observatory's Health System Policy Monitor (HSPM) network of experts has been collecting the “top three” health policy and system reforms for each country annually since 2018. These are organized, validated and synthesized by the Observatory.

The reforms are classified according to two types of clusters - health system functions and care areas - as well as by their type and policy originator.

Analyse functions and areas

Get country reports >



European  
**Observatory**   
on Health Systems and Policies  
**25** years a partnership hosted by WHO

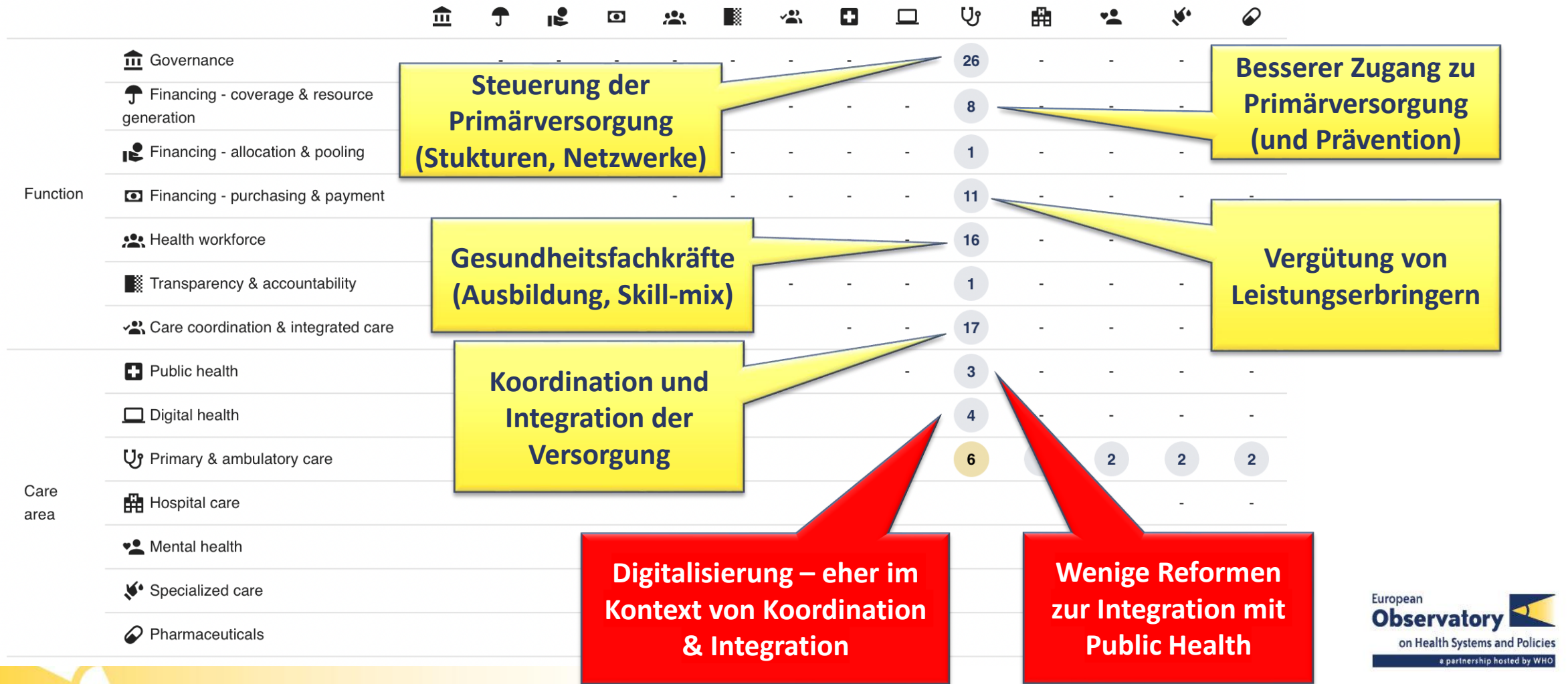
 **HSPM**  
NETWORK

 GLOSSARY



# Reformen im Bereich der ambulanten Versorgung

The combinations matrix presents the cluster combinations for the reforms according to the chosen filter(s). The diagonal represents the number of reforms that only belong to one cluster. The off-diagonal elements represent the number of reforms that belong to two clusters.



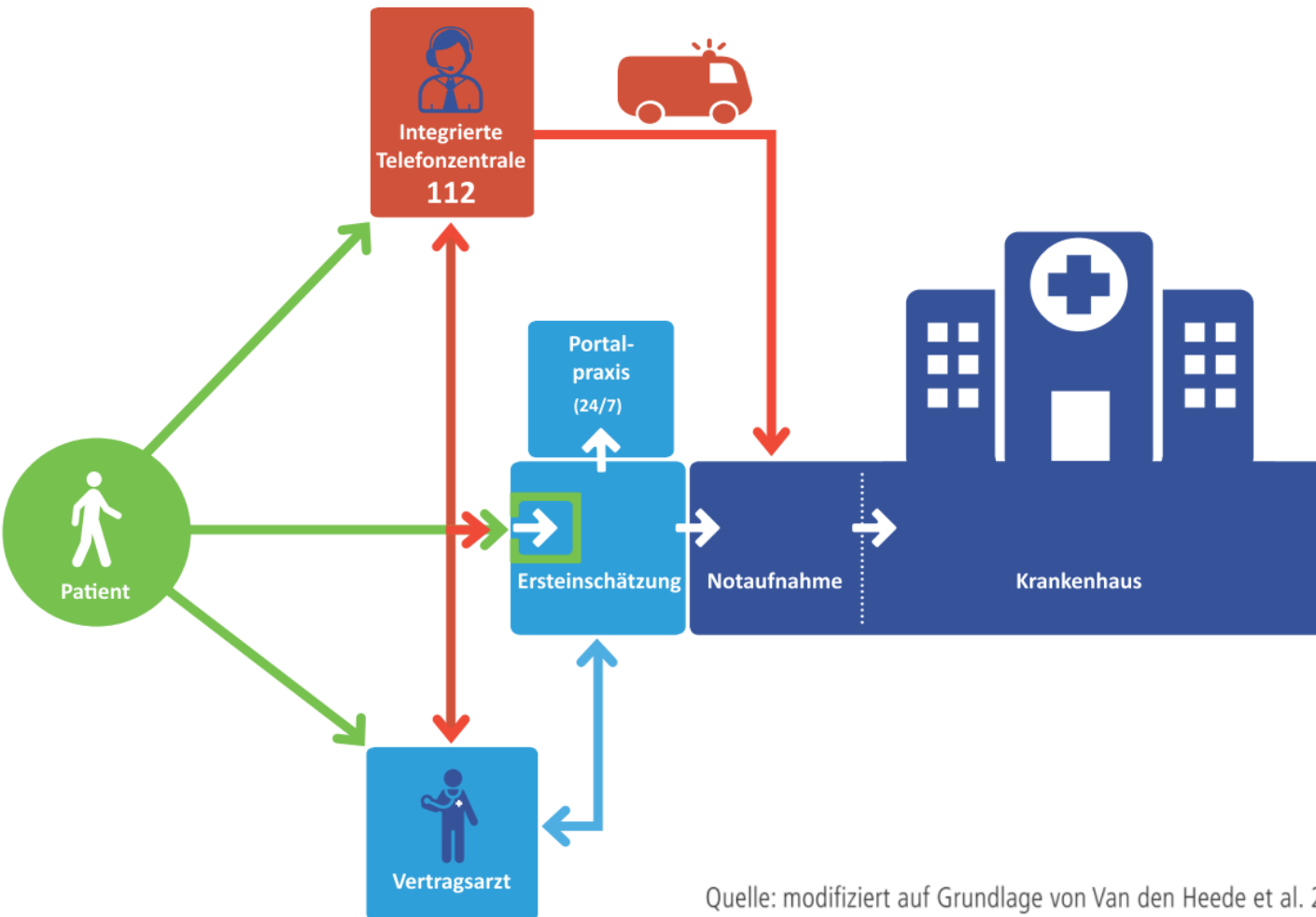
# Krankenhausambulanzen sind wichtigste fachärztliche Versorger in vielen Ländern

		<div> <div>Vorherrschend</div> <div>Teilweise verfügbar</div> <div>Weniger häufig</div> <div>Nicht vorhanden</div> </div>	
	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		Weniger häufig	Vorherrschend
England, Italien, Irland		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)