



CAPITATION

© lexiconimages - stock.adobe.com

„Capitation“

Ein alternatives Vergütungsmodell für Gesundheitsleistungen?

Von Dr. Hilke Koers, Rouven Daunke und Shirin Zimmermann

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor zahlreichen Herausforderungen und belegt trotz hoher Investitionen im internationalen Vergleich die Versorgungsqualität betreffend lediglich einen Platz im Mittelfeld. Es stellt sich die Frage nach der Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein Lösungsansatz für die Problemstellungen kann in einem Neudenken der Vergütungsansätze liegen: Wie können Vergütungssysteme über Sektorgrenzen hinweg neu ausgerichtet und gleichzeitig die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteigert werden? Dieser Beitrag stellt einen möglichen Lösungsansatz in Form sogenannter Capitation-Modelle vor.

Keywords: Abrechnung, Patientenversorgung, Vergütung

Die aktuelle Versorgungslandschaft in Deutschland steht vor zahlreichen Herausforderungen. Dabei sind Demografie, Fachkräftemangel, Digitalisierung und Finanzierung die Themen, die die Versorgungsstrukturen maßgeblich prägen. Inflationsbedingte Preissteigerungen im Sachkostenbereich, nicht refinanzierte Tarifsteigerungen im Bereich der Personalkosten und ein verändertes Patientenverhalten bezüglich der Inanspruchnahme von Gesund-

heitsdienstleistungen belasten die wirtschaftliche Situation der Leistungserbringer weiterhin stark. Ein signifikanter Erholungseffekt blieb in den letzten Jahren und Monaten jedoch vielfach aus.

Zu den anhaltend hohen Kosten der Versorgung kommt zusätzlich die Frage nach der Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die heutige Versorgungslandschaft ist weiterhin zum Großteil durch Silos geprägt. Hierbei sehen sich Patienten oft einer Versorgungssituation gegenüber, die stark in Sektoren organisiert ist und in der Informationen zwischen Leistungserbringern nur selten oder eingeschränkt ausgetauscht werden. Dies wirkt sich auch auf die Versorgungsqualität aus, sodass Deutschland im internationalen Vergleich mit anderen OECD-Staaten in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung, trotz der massiven Ausgaben für das Gesundheitswesen, lediglich einen Platz im Mittelfeld belegt.

Brüche in den Versorgungsketten sind daher im Alltag der Patienten omnipräsent. So kommt es beispielsweise noch immer vor, dass der Befundbericht aus einer radiologischen Praxis

dem Hausarzt persönlich und in Papierform überreicht werden muss. Dieses Problem steht symbolisch für die zahlreichen Schnittstellen in der Versorgungskette, für die es in Deutschland noch keine geeigneten Lösungsansätze zu geben scheint. Hier sollen Initiativen, wie zum Beispiel die elektronische Patientenakte, Abhilfe schaffen. Ob diese für sich allein stehend das System wandeln können bleibt jedoch fraglich.

Neudenken des Vergütungssystems

Ein Lösungsansatz für die Problemstellungen kann in einem Neudenken der Vergütungsansätze liegen. Derzeitige Vergütungssysteme bestehen vor allem aus Einzelleistungsvergütungen, die in der Regel mengen- und leistungserbringergebunden sind. Aktuelle Reformvorschläge, die sich weitestgehend noch in Gesetzgebungsverfahren befinden, minimieren den Anreiz zu einer mengenabhängigen Vergütung, sind im Ansatz jedoch weiterhin auf Sektoren fokussiert. Sektorübergreifende Ansätze finden sich bisher in Gesundheitsregionen und Modellprojekten, haben dabei jedoch keinen Regelversorgungscharakter.

Das Capitation-Modell als zukunftsfähige Finanzierungsstruktur

Wie können Vergütungssysteme also über Sektorgrenzen hinweg neu ausgerichtet und gleichzeitig die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteigert werden? Ein Blick über den Atlantik offenbart einen möglichen Lösungsansatz in Form sogenannter Capitation-Modelle.

Diese Vergütungsmodelle werden bereits als Alternative zu mengenbezogenen Modellen eingesetzt und zielen durch einen sektorübergreifenden Versorgungsansatz darauf ab, die Gesundheitsversorgung effektiver und effizienter zu gestalten.

Die Vergütungssystematik der Capitation-Modelle basiert im Wesentlichen auf einer festgelegten Pro-Kopf-Zahlung für jeden eingeschriebenen Patienten. Die Zahlung erfolgt von der Krankenkasse an den Gesundheitsdienstleister in regelmäßigen Zeitabständen und ist unabhängig davon, wie viele und welche Dienstleistungen

durch den Patienten in Anspruch genommen werden. Die Höhe der Zahlungen kann variieren und wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, einschließlich der demografischen Merkmale der Patientenpopulation, der Krankheitslast und der Art der abgedeckten Dienstleistungen.

Insbesondere der Ansatz des Global Capitation-Modelles ist hierbei vielversprechend, bei dem Zahlungen bspw. an Gesundheitsnetzwerke und -regionen geleistet werden, die diese anschließend zur bestmöglichen Versorgung entlang aller Sektoren einsetzen und dabei auch Bereiche wie zum Beispiel Prävention aktiv mitgestalten.

Patientenzentrierte Anreizsysteme

Wesentliche Voraussetzungen für den Erfolg dieses Vergütungsmodells bilden integrierte, regionale Versorgungsstrukturen, die Leistungen entlang der Versorgungskette koordinieren, vermitteln und einen transparenten Informationsfluss über alle Leistungserbringer

hinweg sicherstellen sowie deren Zusammenarbeit fördern. Dabei lässt diese Vergütungsform den regionalen Gesundheitsstrukturen Freiraum in der Ausgestaltung der Versorgungsstruktur, sodass diese auf regionale Bedürfnisse optimal angepasst und auch die Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in Angriff genommen werden kann. Leistungserbringer werden incentiviert Maßnahmen zu ergreifen, die die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes fördern.

Weiterführend findet eine Ressourcenallokation entlang der Versorgungskette statt, bei der Vertreter der Leistungserbringer verschiedener Sektoren Budgets verhandeln. Dieser Prozess schafft ein Anreizsystem zur Hebung von Effizienzen und zur Qualitätssteigerung entlang der Versorgungskette. Die Verwaltung von Ressourcen ist damit Aufgabe von allen Beteiligten.

Darüber hinaus wird das Gesundheitssystem verschlankt. Durch den Wegfall einer mengenbezogenen Vergütung fokussieren sich Akteure vermehrt auf die

DER KU PODCAST

AKTUELL, INFORMATIV UND PRAXISRELEVANT

Ausgewählte Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausmanagement geben im Gespräch mit unserer Fachredaktion Einblicke in eines unserer Schwerpunktthemen der aktuellsten KU Gesundheitsmanagement-Ausgabe.

Abrechnung im Krankenhaus, Marketing, Führung oder Personalmanagement – Der KU Podcast beleuchtet alle relevanten Fachbereiche aus dem Krankenhausmanagement.

Kurz, knackig und leicht verständlich!



Jetzt Reinhören und keine Folge mehr verpassen!

Seien Sie Teil der nächsten Folge und reichen Sie jetzt Ihre Fragen und Meinungen zu der nächsten Podcastfolge unter kupodcast@mgo-fachverlage.de ein.

Der KU Podcast – hören. entscheiden. managen.

Monatlich mit einer neuen Podcastfolge.

am besten geeigneten Behandlungspfade. Unnötige Behandlungen werden vermieden und die Qualität der Versorgung insgesamt steigt. Zudem findet eine Entbürokratisierung statt, indem Zeiten für bspw. Rechnungsstellungen eliminiert werden und mehr Zeit für die Behandlung bleibt.

Durch die Fokussierung auf Prävention, effiziente Ressourcennutzung und verbesserte Koordination können Capitation-Modelle langfristig Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem erzielen. Indem die Gesundheit der Patienten proaktiv gemanagt wird, können teure Notfallbehandlungen und chronische Erkrankungen, die intensive und kostspielige Behandlungen erfordern, vermieden oder in ihrem Verlauf abgemildert werden.

Capitation-Modelle ermutigen Leistungserbringer, den Fokus auf die Bedürfnisse und die Zufriedenheit ihrer Patienten zu legen. Da die Qualität der Versorgung direkt mit der finanziellen Vergütung verbunden ist, gibt es einen starken Anreiz, die Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern und auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten einzugehen.

Ein allumfassender Lösungsansatz?

Auch das Capitation-Modell nicht frei von Fehlanreizen. Die Festlegung des Capitation-Budgets ist ein komplexer Prozess, der eine genaue Einschätzung der zu erwartenden Gesundheitsbedürfnisse einer Patientengruppe erfordert. Fehleinschätzungen können zu einer Unter- oder Überfinanzierung führen. Zudem ist die Anpassung an regionale und demographische Faktoren eine Herausforderung, die eine flexible und dynamische Budgetierung erfordert.

Eine der größten Risiken von Capitation-Modellen ist eine mögliche Unterversorgung. Da Leistungserbringer ein festes Budget erhalten, unabhängig davon, wie viele oder welche Art von Leistungen sie erbringen, könnten sie dazu verleitet werden, weniger Leistungen anzubieten oder notwendige Behandlungen zu unterlassen, um Kosten zu sparen. Eng verbunden mit dem Risiko der Unterversorgung ist zudem die Gefahr einer allgemeinen Qualitätsminderung der medizinischen Versorgung. Um innerhalb des festgelegten Budgets zu bleiben, könnten Ärzte dazu neigen, auf kosteneffizientere, möglicherweise weniger wirksame Behandlungsmethoden auszuweichen. Dies könnte langfristig zu

schlechteren Gesundheitsergebnissen führen, was nicht nur die Patienten, sondern auch das Gesundheitssystem als Ganzes belastet.

Ein weiterer Fehlanreiz, der mit Capitation-Modellen verbunden ist, ist die Risikoselektion. Da gesündere Patienten tendenziell weniger medizinische Ressourcen benötigen, könnten Ärzte motiviert sein, vorrangig diese zu betreuen, um ihr Budget zu schonen.

Die Bewertung der Leistungsqualität in einem Capitation-System erfordert fortschrittliche, risikoadjustierte Qualitätsmessungen, um sicherzustellen, dass die Patientenversorgung nicht nur kosteneffizient, sondern auch qualitativ hochwertig ist.

Capitation bietet somit ein vielversprechendes Modell zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, das jedoch eine ausgewogene Vertragsgestaltung und eine effektive Überwachung der Versorgungsqualität erfordert, um seine Vorteile voll ausschöpfen zu können und gleichzeitig die Risiken zu minimieren.

Anreize aus neuen Vergütungsmodellen

Ein Blick auf Europa zeigt: Die integrierte Versorgung im Gesundheitswesen steht in vielen Ländern im Fokus, jedoch sind Gesundheitssysteme strukturell wie finanziell zumeist nur in geringer Ausprägung auf einen integrierten Versorgungsansatz ausgerichtet.

So gibt es in Deutschland zwar bereits einige Beispiele für sektorübergreifende Versorgungsansätze, diese finden jedoch meist außerhalb der Regelversorgung statt und werden zum Großteil über Selektivverträge und Modellprojekte realisiert. Hier kann beispielhaft das Versorgungsmodell „Gesundes Kinzigtal“ betrachtet werden. Diese regionale Gesundheitsinitiative zielt darauf ab, eine integrierte Versorgung anzubieten und durch präventive Maßnahmen sowie durch die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen stationären sowie ambulanten medizinischen Gesundheitsdienstleistern die Gesundheitskosten zu senken und die Versorgungsqualität zu verbessern. Ein Ansatz, der darauf abzielt, die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu verbessern und die Lebensqualität der Patienten zu steigern.

Das Capitation-Modell würde an diesem Ansatz anknüpfen und in einem weiteren Schritt für die intersektorale

Gesundheitsversorgung ein passendes Finanzierungs- und Anreizsystem zur Verfügung stellen. Das Modell stellt damit ein Vergütungsmodell für die intersektorale Regelversorgung dar.

Jedoch gibt es in Deutschland trotz bestehender, vielversprechender Ansätze erhebliche Hürden bei der Umsetzung einer flächendeckenden, integrierten Versorgung in Form eines Capitation-Modells. Im deutschen Gesundheitssystem und der darin verankerten Vergütungssystematik gibt es zahlreiche Kostenträger, verschiedene Zuständigkeiten sowie unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten. Diese behindern eine sektorenübergreifende sowie nahtlose Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und verdeutlichen den Bedarf einer umfassenden Reform.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Trend zur sektorenübergreifenden Versorgung zunehmend in der Politik als auch in der breiteren Gesellschaft aufgegriffen wird. Um eine flächendeckende Umsetzung zu erreichen, sind finanzielle Anreize und eine klare Orientierung an bereits bestehenden Modellen notwendig. Nur durch eine ganzheitliche Reform des Gesundheitssystems kann Deutschland die Chancen der integrierten Versorgung voll ausschöpfen und langfristig eine bessere Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung gewährleisten. ■

Dr. Hilke Koers

Senior Managerin Healthcare

hkoers@kpmg.com

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Rouven Daunke

Healthcare

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Shirin Zimmermann

Healthcare

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft