



14.04.2017 11:00 CEST

Wirtschaftlichkeit von Leistungen mit dem Fixkostendegressionsabschlag

Themenservice zum Fixkostendegressionsabschlag

Auswirkung auf die Ertragsplanung der Krankenhäuser

Ein Bestandteil des Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) ist die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene. Ab 2017 ist der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) Bestandteil der Budgetverhandlungen. Erste Modellrechnungen zeigen, dass mit dem FDA auch negative Deckungsbeiträge entstehen können. Aus Sicht der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) ist deshalb ein detaillierter Blick in die DRG-Kostenbestandteile und eine höhere Flexibilität bei der Finanzplanung erforderlich.

Einmal mehr will der Gesetzgeber wirtschaftliche Anreize zur Steigerung nicht medizinisch indizierter Behandlungen in den Kliniken aushebeln. Bereits der 2009 eingeführte Mehrleistungsabschlag (MLA) setzte hier an und legte für mengenanfällige Leistungen Abzüge fest. Da der MLA immer für drei Jahre vereinbart wurde, gibt es eine Übergangsphase zum FDA. Zunächst gilt für alle ab diesem und dem kommenden Jahr neu zu vereinbarenden Leistungen bzw. Mengen ein 35-prozentiger FDA. Dieser wird ebenfalls für mindestens drei Jahre angesetzt und kann danach frei verhandelt werden. "Aktuell spüren wir in unserer Beratungspraxis deutliche Unsicherheiten hinsichtlich der zukünftigen Ertragsplanung der Krankenhäuser", so Michael Gabler, Leiter Firmenkunden der apoBank. Tatsächlich fehlen derzeit fundierte Kenntnisse darüber, wie sich der FDA im Detail auf die Erlösstruktur der Kliniken auswirken wird, zumal im Rahmen der Budgetverhandlungen auch noch höhere FDAs oder längere Laufzeiten vereinbart werden können.

Budgetverhandlungen werden komplexer

Der MLA hatte den Landesbasisfallwert, d. h. den Basispreis für Fallpauschalen in den Bundesländern, abgesenkt und die einzelnen Krankenhäuser mit dem Mengenabschlag zusätzlich belastet. Diese doppelte Degression entfällt mit dem FDA. Er gilt nur dort, wo die Leistungen erbracht werden, also "krankenhausindividuell". Damit wird die Steuerung der Behandlungsmengen von der Landesebene auf die Krankenhausebene verlagert. Die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen macht der FDA dabei keinesfalls einfacher.

Zunächst kommt der volle FDA zum Tragen: Bei diesen Leistungen muss das Krankenhaus den Krankenkassen für mindestens drei Jahre 35 Prozent Rabatt gewähren. Hiervon werden voraussichtlich jene Leistungen betroffen sein, mit denen das jeweilige Krankenhaus eine Degression seiner Fixkosten erzielen kann und die daher als besonders mengenanfällig gelten. Das Patientenverhalten wird nicht berücksichtigt.

89 Fallpauschalen haben die Verbände der Krankenkassen und die Deutschen Krankenhausgesellschaft als nicht mengenanfällige Leistungen definiert. Für diese wird der hälftige FDA, also ein 17,5-prozentiger Abschlag auf die DRG-Erlöse, angesetzt.

Individuell kann in Fällen, bei denen eine besondere Fallzahlensteigerung auftritt, auf Ortsebene ein höherer FDA von bis zu 50 Prozent vereinbart werden.

Eine Absenkung des FDA ist möglich, wenn im Rahmen einer Mengenausweitung eine höhere Qualität erzielt wird. In diesem Fall können Krankenhäuser dann ab Mitte 2018 einen Qualitätszuschlag erhalten, der dann wiederum die Wirkung des FDA reduziert. Nach welchen Kriterien und unter welchen Bedingungen dies erfolgen kann, ist derzeit jedoch noch offen.

Ausgenommen vom FDA sind u. a. Transplantationen, Schwerbrandverletzte oder die Versorgung von Frühchen. Auch Leistungen, die bereits aufgrund ihrer Mengenanfälligkeit im DRG-Katalog abgewertet wurden, sind von den Abschlägen nicht betroffen.

Negative Deckungsbeiträge rechnerisch möglich

Plant ein Krankenhaus zusätzliche Leistungen aufzunehmen oder geht von einer Mengensteigerung der bisherigen Behandlungen aus, sollte - auf Ebene der einzelnen Leistungen - geprüft werden, ob diese überhaupt wirtschaftlich erbracht werden. Das gilt insbesondere für Leistungen, für die der volle FDA angesetzt wird und deren Sachkostenanteil knapp unter zwei Dritteln liegt. Wird beispielsweise ein Sachkostenanteil von 59 Prozent abgerechnet und der 35-prozentige FDA kommt zum Tragen, liegen die Kosten bereits jetzt bei 94 Prozent - ohne die Personalkosten zu berücksichtigen. Würde für diese Leistung noch ein höherer FDA, beispielsweise 45 Prozent vereinbart, stünden einem 100-prozentigen DRG-Erlös Kosten von 104 Prozent gegenüber. Kurzum: Kann nach Abzug des FDA kein positiver Deckungsbeitrag erzielt werden, sind die Möglichkeiten des Krankenhauses, zusätzliche Leistungen wirtschaftlich zu erbringen erheblich eingeschränkt.

Genauere Kenntnis über die Wirtschaftlichkeit der DRG-Leistungen erforderlich

"In der aktuellen Situation ist die wirtschaftliche Betrachtung der DRG-Leistungen und Erlösstrukturen wichtiger als je zuvor", so Gabler. "Eine unbedachte Leistungsausweitung kann sich zum jetzigen Zeitpunkt durchaus negativ auf die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses auswirken. Wir raten deshalb zu einer ganzheitlichen Analyse aller Rahmenbedingungen."

Grundlage für die strategische Leistungsplanung und die Budgetverhandlung sollte eine detaillierte Kenntnis der eigenen Kostenbestandteile und Deckungsbeiträge auf Ebene der einzelnen Leistungen sein. Auch gilt es, künftige Faktoren bei der Leistungsplanung zu berücksichtigen. Hierzu zählen beispielsweise die Entwicklung der Bevölkerung in der jeweiligen Region, das Zuweisermanagement oder der Wettbewerb. Zudem ist es ratsam, den

technologischen und medizinischen Fortschritt ins Blickfeld zunehmen - nicht zuletzt hier können wirtschaftlich sinnvolle Investitionen mittelfristig zu Effizienzgewinnen führen.

Über die apoBank

Mit 415.700 Kunden und über 109.000 Mitgliedern ist die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) die größte genossenschaftliche Primärbank und die Nummer eins unter den Finanzdienstleistern im Gesundheitswesen. Kunden sind die Angehörigen der Heilberufe, ihre Standesorganisationen und Berufsverbände, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Unternehmen im Gesundheitsmarkt. Die apoBank arbeitet nach dem Prinzip "Von Heilberuflern für Heilberufler", d. h. sie ist auf die Betreuung der Akteure des Gesundheitsmarktes spezialisiert und wird zugleich von diesen als Eigentümern getragen. Damit verfügt die apoBank über ein deutschlandweit einzigartiges Geschäftsmodell. www.apobank.de