

Masterthesis: Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument zur Mengensteuerung in der Krankenhausfinanz.

Masterstudiengang: Unternehmensführung

Verfasser: Anke Vatter

Betreuer: Prof. Dr. Andreas Bertsch

Abgabedatum: 15.04.2019

Praxis

Theorie

Ausgangslage und Problemstellung

Vollständiger Titel der Masterthesis: Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument zur Mengensteuerung in der Krankenhausfinanzierung. Kritische Würdigung der gesetzlichen Regelungen und modellbasierte Empfehlung zur Ermittlung der Abschlagshöhe.

Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden seit dem Jahr 2003 primär über das leistungsorientierte und auf Fallpauschalen basierendes System, dem sog. Diagnosis Related Group [DRG] System, vergütet. Während sich seit dieser Zeit die Verweildauerreduktion fortsetzte, kam es gleichzeitig weiterhin zu einer Erhöhung der stationären Fallzahlen. Die Gründe für die Fallzahlsteigerung sind vielschichtig und liegen nicht nur im demographischen Wandel. Ein Großteil der Krankenhäuser verfolgt eine Wachstumsstrategie, um unter anderem rückläufige Fördermitteln im Bereich der Investitionskostenfinanzierung oder hinter den tatsächlichen Kostenentwicklungen zurückbleibende Leistungserlöse zu kompensieren. Um sogenannten wirtschaftlich begründeten Mengenausweitungen durch Krankenhäuser entgegenzuwirken und die Ausgaben der Krankenkassen zu stabilisieren, führte der Gesetzgeber mit den Mehrleistungsabschlag ein. Durch diesen wurde die Vergütung für im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich vereinbarte Leistungen um 25 % gekürzt. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes kam es zu einer Überarbeitung und Neuregelung der Mengensteuerung. Zum 01.01.2017 löste der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) den Mehrleistungsabschlag ab. Ziel ist es, die aus Mehrleistungen resultierenden mengenbezogenen Kostenvorteile zukünftig verursachungsgerecht bei den individuellen Krankenhäusern zu beachten. Die mit dem FDA einhergehenden Regelungen und deren Ausgestaltung führen seit Beginn immer wieder zu Diskussionen, Kritik und Unsicherheit. So war zunächst vorgesehen, dass die Abschlagshöhe krankenhausesindividuell zu verhandeln ist. Maßgeblich für die Höhe war unter anderem der „durchschnittliche[...] Anteil[...] der fixen Kosten an den Fallpauschalen“. Was genau unter Fixkosten im Rahmen des Reformgesetzes zu verstehen ist, wurde durch den Gesetzgeber nicht definiert. Während krankenhausesseitig Abschläge in der Größenordnung um 25 % als angemessen erachtet wurden, sollen die Forderungen der Krankenkassen teilweise sogar bei über 90 % gelegen haben. Der Gesetzgeber griff daher in die Konfliktsituation ein und legte den FDA nun bundesweit einheitlich auf 35 % fest. Die Frage nach der Angemessenheit der Abschlagshöhe und deren sachgerechter Ermittlung bleibt jedoch bestehen und dürfte insbesondere von der Auslegung der Fixkosten abhängen.

Lösungsansätze

Vor dem oben erläuterten Hintergrund ist es das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, ein modellbasiertes Konzept zur Ermittlung der Abschlagshöhe zu erarbeiten. Die zentrale Forschungsfrage lautet: Welche modellbasierte Konzeption ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung als geeignet anzusehen, um die Abschlagshöhe des FDAs zu ermitteln?

Basis für die konzeptionelle Ausarbeitung stellen die gesetzlichen Regelungen des FDAs und ein klares Verständnis über die Auffassung der Fixkosten dar. Erstes Teilziel ist es daher, die Vorgaben des FDAs kritisch zu würdigen und in Hinblick auf die Erreichung der gesetzlichen Ziele und auf die Umsetzbarkeit zu bewerten. Aus der Bewertung sollen sodann entsprechende Erkenntnisse für die Ermittlung der Abschlagshöhe abgeleitet werden. Darauf aufbauend ist als zweites Teilziel zu diskutieren, was unter Fixkosten im Rahmen des FDAs zu verstehen ist, welche Kosten darunter einzuordnen sind und welche Rolle die Abschlagsdauer spielt. Basierend auf diesen Erkenntnissen soll dann eine geeignete Vorgehensweise zur Ermittlung der Abschlagshöhe abgeleitet werden.

Masterthesis: Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument zur Mengensteuerung in der Krankenhausfinanz.

Ergebnisse

Im Rahmen des ersten Teilziels dieser Arbeit wurden die Vorgaben des FDAs kritisch gewürdigt und in Hinblick auf die Erreichung der gesetzlichen Ziele und auf die Umsetzbarkeit bewertet. Das Ziel, die mengenbezogenen Kostenvorteile, welche dem Krankenhaus durch Mehrleistungen entstehen, verursachungsgerecht über den FDA bei dem einzelnen Krankenhaus zu berücksichtigen, wird mit keiner Regelung erfüllt. Der betriebswirtschaftliche Effekt der Fixkostendegression entsteht auf Krankenhausebene und ist abhängig von den individuellen Kostenstrukturen und der Ausgangslage des einzelnen Krankenhauses. Eine verursachungsgerechte Abschöpfung der mengenbezogenen Kostenvorteile durch einen pauschalen Abschlag ist damit nicht möglich.

Das zweite Teilziel der vorliegenden Arbeit umfasste die Erarbeitung eines Fixkostenverständnisses im Rahmen des FDAs. Hierfür wurden zunächst unterschiedliche Publikationen untersucht, welche sich im Krankenhausbereich mit der Kostenspaltung in fixe und variable Bestandteile beschäftigen. Daraus ließ sich primär eine periodenbezogene und eine leistungsbezogene Betrachtungsweise für die Kostenspaltung ableiten. Aus den sich anschließenden Überlegungen ging hervor, dass die periodenbezogene und in der Betriebswirtschaftslehre häufig angewendete Betrachtungsweise, welche eine Einteilung in fix und variabel in Abhängigkeit von der Beschäftigung vornimmt, im Rahmen des FDAs nicht sachgerecht wäre. Vielmehr sollte dem Fixkostenverständnis die leistungsbezogene Betrachtungsweise zugrunde gelegt werden, wobei eine Kostenspaltung anhand des Bezugs der Kosten zur Patientenbehandlung erfolgt. Hauptargument für diese Entscheidung stellte der Leistungsbezug des DRG-Systems dar. Demzufolge wurden Fixkosten im Rahmen des FDAs als Kosten definiert, die anteilig über die DRG vergütet werden, jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten stehen und somit behandlungsunabhängig sind. Im Hinblick auf die zentrale Forschungsfrage, welche modellbasierte Konzeption unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung als geeignet anzusehen ist, um die Abschlagshöhe des FDAs zu ermitteln, liefert die Arbeit sodann eine klare Antwort. Als geeignet anzusehen ist ein auf dem Bewertungsmodell der Bayerischen Krankenhausgesellschaft basierendes, leistungsbezogenes Konzept, bei welchem die Kostenarten anhand ihres Leistungsbezugs zur Krankenhausbehandlung des Patienten in fixe und variable Bestandteile aufgeteilt werden. Der über dieses Vorgehen ermittelte behandlungsunabhängige (fixe) Kostenanteil je Kostenart ist sodann auf die Kostendaten der InEK-Kalkulationsmatrix des gültigen DRG-Report-Browsers anzuwenden, wodurch sich DRG-spezifische Abschlagshöhen ermitteln lassen.

Fazit und Ausblick

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das System der Krankenhausfinanzierung sehr komplex ist und ständigen Gesetzesänderungen unterliegt. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen kann die Einschätzung abgegeben werden, dass der FDA durch die Vergütungsminderung die Attraktivität von Mehrleistungen und damit das Mengenwachstum leicht bremsen kann. Eine gezielte steuernde Einflussnahme ist aufgrund der undifferenzierten Ausgestaltung des Abschlags jedoch nur schwer möglich, wodurch für Krankenhäuser weiterhin ein Anreiz zur Erbringung von Mehrleistungen bestehen kann. In dem vorherrschenden Budgetsystem mit Minder- und Mehrerlösausgleichen kann der FDA jedoch bewusstem Fehlverhalten von Seiten der Krankenhäuser vorbeugen, indem er zu einer genauen Leistungsplanung anhält. Vom Grundsatz her hat dieses Mengensteuerungsinstrument in dem regulierten Finanzierungssystem somit durchaus seine Berechtigung. Zudem trägt er in jedem Falle zu einer Ausgabenbegrenzung während der dreijährigen Laufzeit bei. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der FDA die gesetzlichen Ziele nur teilweise erfüllt und für viele Krankenhäuser eine zusätzliche Belastung in einer häufig angespannten finanziellen Situation darstellen dürfte.

Weiterer Forschungsbedarf wird in der Untersuchung der genauen Wirkungsweise des FDAs gesehen. Neben der Mengensteuerung sollten dabei insbesondere die möglichen negativen Auswirkungen des Abschlags auf den Qualitätswettbewerb und die Patientenversorgung analysiert und gegebenenfalls alternative Mengensteuerungsinstrumente entwickelt werden. Ferner bilden Strategien, mit welchen Krankenhäuser auf den FDA reagieren, Ansatzpunkte für weitere Forschungen.