



Erste Ergebnisse des EuroDRG Projekts:

**“DRG-type payment systems and technological innovation:
reimbursement approaches in 11 European countries”**

Bayreuth, 22.03.2011
Jahrestagung der dggö

David Scheller-Kreinsen, Wilm Quentin, Reinhard Busse
TU Berlin

Medizinischer Fortschritt durch Innovation führt zu Verbesserung von Prävention, Diagnose und Behandlung und damit zu Verbesserung von Lebensqualität & Verringerung von Mortalität (Atella et al. 2003, Cutler 2007, Tunstall-Pedoe 2000)

Hohe Wertschätzung durch Patienten, medizinisches Fachpersonal und Politiker (Retting 1994)

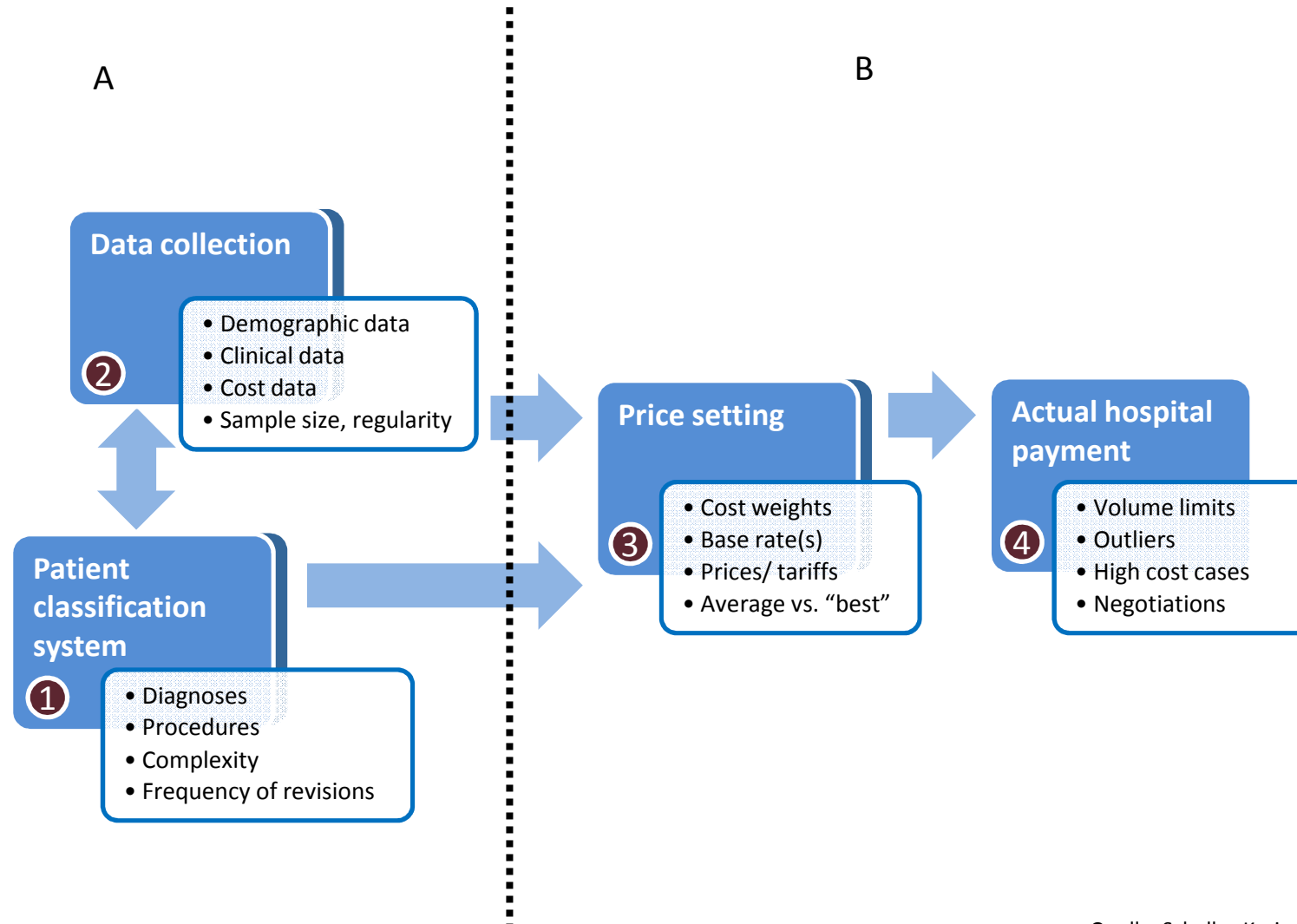
Gleichzeitig:

Technologie wird als maßgeblicher Faktor für Kostensteigerungen in der der Gesundheitsversorgung diskutiert (Newhouse 1992, Okunade 2002, OECD 2010)

Die Kostensteigerungen werden hauptsächlich Innovationen und nicht bereits existierenden Technologien zugeschrieben (Cutler 1998)

→ Ziele: 1. Anreize für Effizienz/Kostendämpfung vs. 2. Zugang zu Innovation

Problemstellung: DRG-Systeme werden i.d.R. auf Grundlage von 2-3 Jahre alten Kosten- sowie Patientendaten entwickelt.



Quelle: Scheller-Kreinsen et al. 2009

Keine systematischen Studien zur Integration und Vergütung von Innovation in DRG-Systemen
(partielle Ausnahme: Schreyögg et al. 2009, Henschke et al 2010)

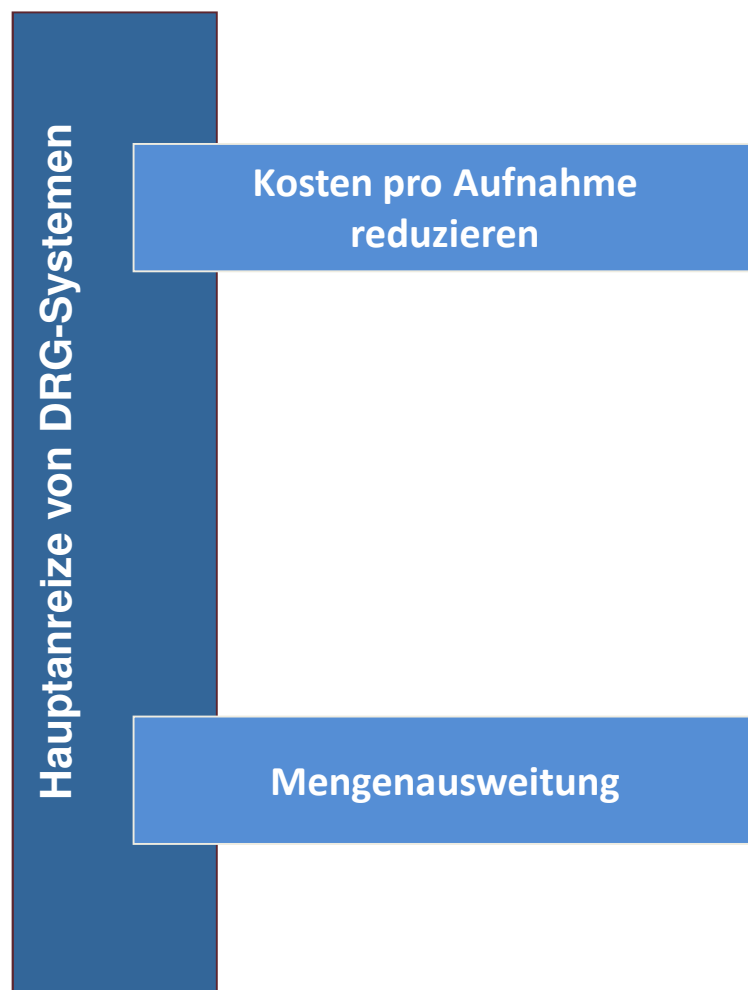
Wenig Evidenz zur Rolle von Finanzierung und Vergütung für Diffusion von Innovationen

→ vorliegende Empirische Studien differenzieren nicht zwischen DRG-Systemen

Ziele der Studie:

1. Vergütungsinstrumente und Integrationsmechanismen vergleichen
2. Ggf. systematische Unterschiede herausarbeiten → „Typologie“ (?)

Anreize von DRG-Systemen & Effekte für Einsatz von Innovationen



Effekte hinsichtlich des Einsatzes von Innovationen

- Fördert die Nutzung kosteneinsparender Technologien
- Fördert die Konzentration kapitalintensiver Innovationen in wenigen Einrichtungen, ggf. Spezialisierung von Krankenhäusern für bestimmte Technologien
- Unterstützt die Nutzung von Health Technology Assessments vor der Einführung neuer Technologien
- Keine spezifischen Effekte auf technologische Innovationen, die keine zusätzlichen Kosten verursachen
- Setzt negative Anreize für die Anwendung kostensteigernder Innovationen (unabhängig vom Einfluss auf die Behandlungsqualität)
- Unterstützt die Nutzung von Technologien, die die Reputation des Krankenhauses verbessern
- Fördert die Nutzung von technologischen Innovationen, die von Patienten/ behandelnden Ärzten positiv bewertet werden

Quelle: OTA 1983

Qualitative Studie

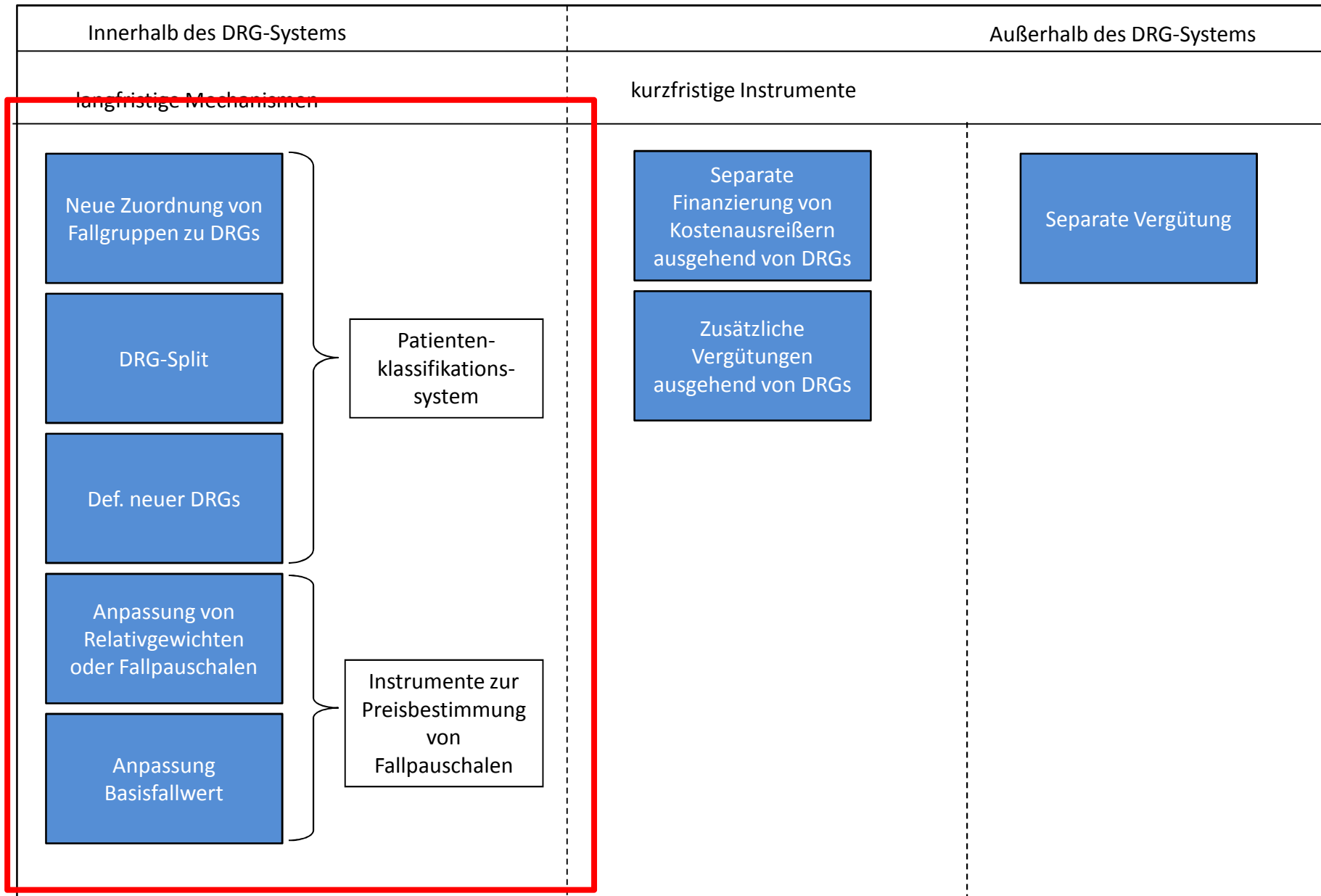
Standardisierte Länderberichte anhand eines strukturierten „Templates“
→ Vergütung und Finanzierung von Innovationen ein Gliederungspunkt

Pilot-Test des “Templates“ in drei Ländern (Niederlande, Polen, Katalonien/ Spanien)

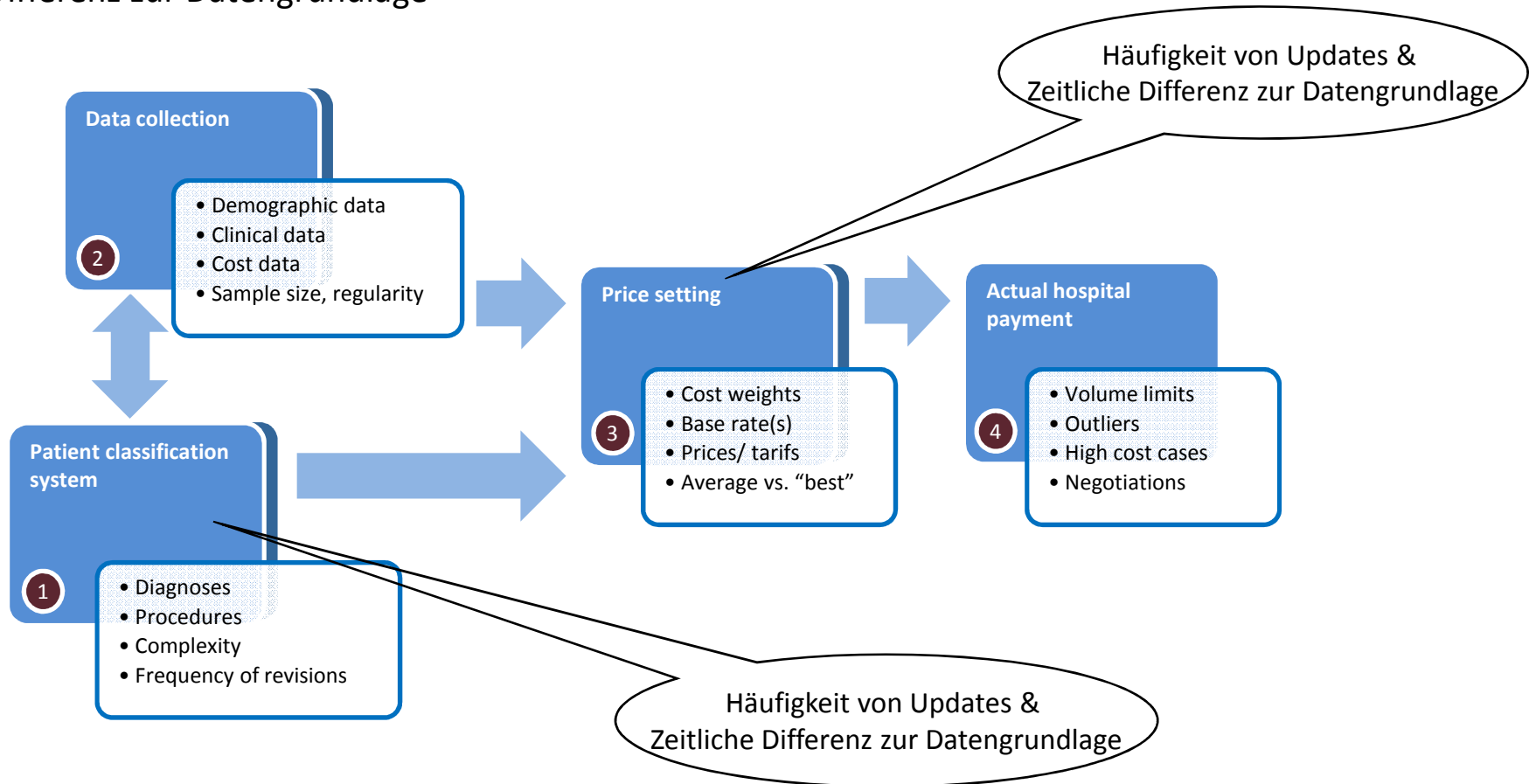
Review durch nationale sowie thematische Experten

Präsentation und Diskussion der Ergebnisse in Workshops

Sample: Österreich, England/ Großbritannien, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Niederlande, Polen, Katalonien/ Spanien, Schweden



Kapazität von DRG-Systemen für Integration von Innovation = Häufigkeit von Updates & Zeitliche Differenz zur Datengrundlage



Quelle: Scheller-Kreinsen et al. 2009

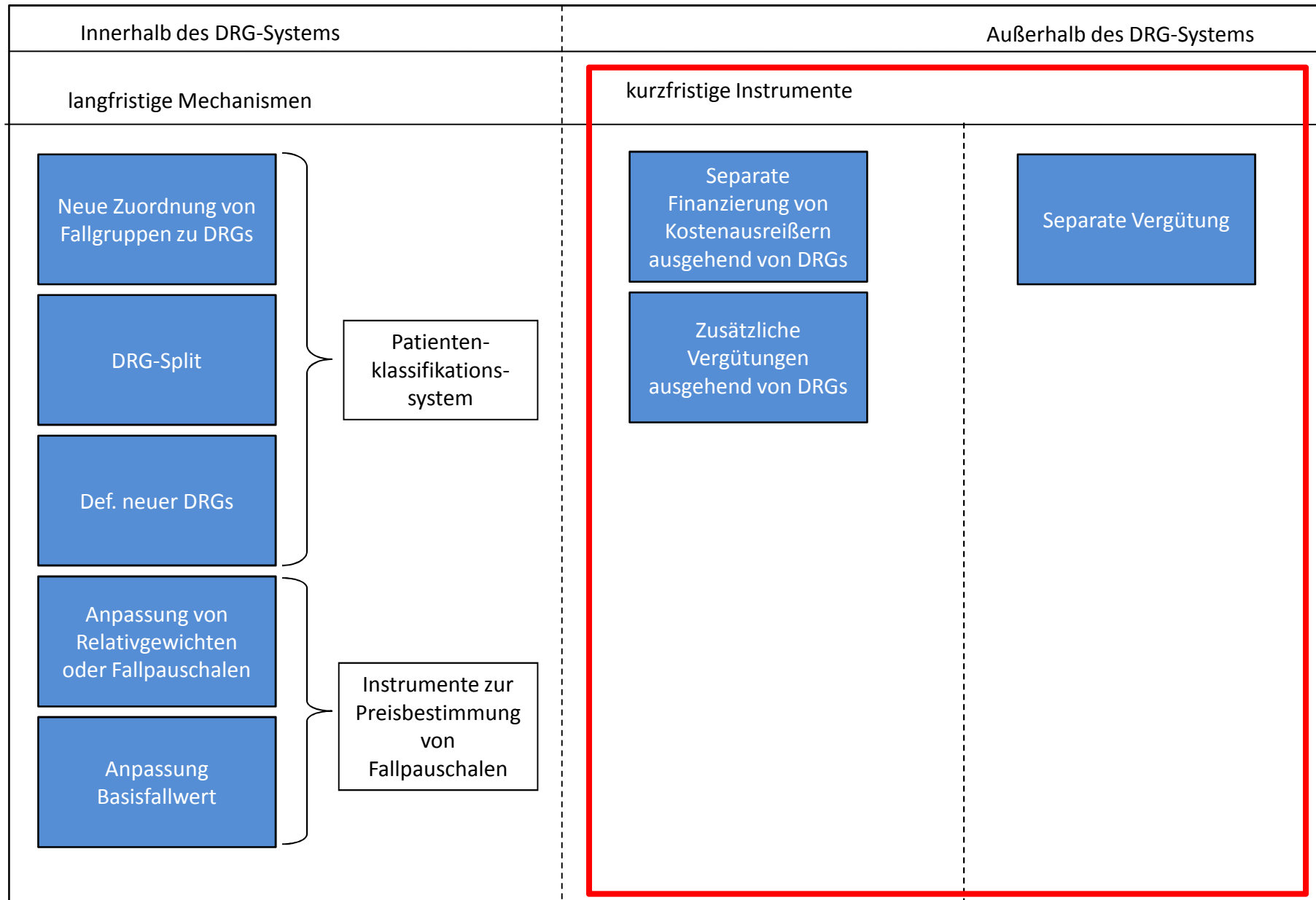
Häufigkeit von System-Updates und Kalkulationsgrundlage in 11 europäischen DRG-Systemen I

	Aktualisierung des DRG-Systems			
	<i>Patientenklassifikationssystem</i>		<i>Anpassung Relativgewichte/ Fallpauschalen</i>	
	Häufigkeit Aktualisierung	Zeitdifferenz zur Datengrundlage	Häufigkeit Aktualisierung	Zeitdifferenz zur Datengrundlage
Österreich				
Katalonien/ Spanien				
England/GB				
Estland				

Häufigkeit von System-Updates und Kalkulationsgrundlage in 11 europäischen DRG-Systemen II

	Aktualisierung des DRG-Systems			
	<i>Patientenklassifikationssystem</i>		<i>Anpassung Relativgewichte/ Fallpauschalen</i>	
	Häufigkeit Aktualisierung	Zeitdifferenz zu Datengrundlage	Häufigkeit Aktualisierung	Zeitdifferenz zur Datengrundlage
Finnland				
Frankreich				
Deutschland				
Irland				
Niederlande				
Polen				
Schweden				

Berücksichtigung von kostensteigernden Innovationen in DRG-Systemen



Kurzfristige Instrumente in 11 europäischen DRG-Systemen

	Instrumente zur Zahlung zusätzlicher Vergütungen für technologische Innovationen		
	Separate Vergütungen	Zusatzvergütung	Spezielle Finanzierung von Kostenausreißern
Österreich			
Katalonien/ Spanien			
England/GB			
Estland			
Finnland			
Frankreich			
Deutschland			
Irland			
Niederlande			
Polen			
Schweden			

Forschungsbeitrag:

- Vergleich der Instrumente und Integrationsmechanismen in 11 europäischen Ländern
- Notwendigkeit in komparativen Studien zur Diffusion von Innovation Unterschiede zu berücksichtigen
- Entwicklung einer Typologie (?)
 - DEU, ENG, etc. (elaborierte kurzfristige Instrumente, mittelfristige Systemintegration)
 - FIN (keine kurzfristigen Instrumente, sehr schnelle Systemintegration)
 - Größe des Landes spielt scheinbar eine wichtige Rolle (Einzelfallentscheidung vs. Regelsystem)

Limitationen der Studie:

- Deskriptiver Charakter, ggf. Principal-Agent Framework für Analyse nutzen
- Keine Berücksichtigung der Regulierung des Leistungskatalog

Forschungsbedarf:

- Empirische Untersuchung des Einflusses unterschiedlicher Vergütungs- und Integrationsansätze auf Diffusion von Innovationen
- Akteursverhalten (Krankenhaus-MNG, Hersteller, Payer, etc.) im Rahmen der unterschiedlichen Vergütungs- Integrationsansätze
- Zusammenspiel Vergütungsansatz und Definition von Leistungskatalogen/bzw. Kodiersystemen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

David Scheller-Kreinsen, TU Berlin

Tel.: 030/31428702

Email: david.scheller-kreinsen@tu-berlin.de

Instrument

Außerhalb des DRG-Systems

Separate Vergütungen

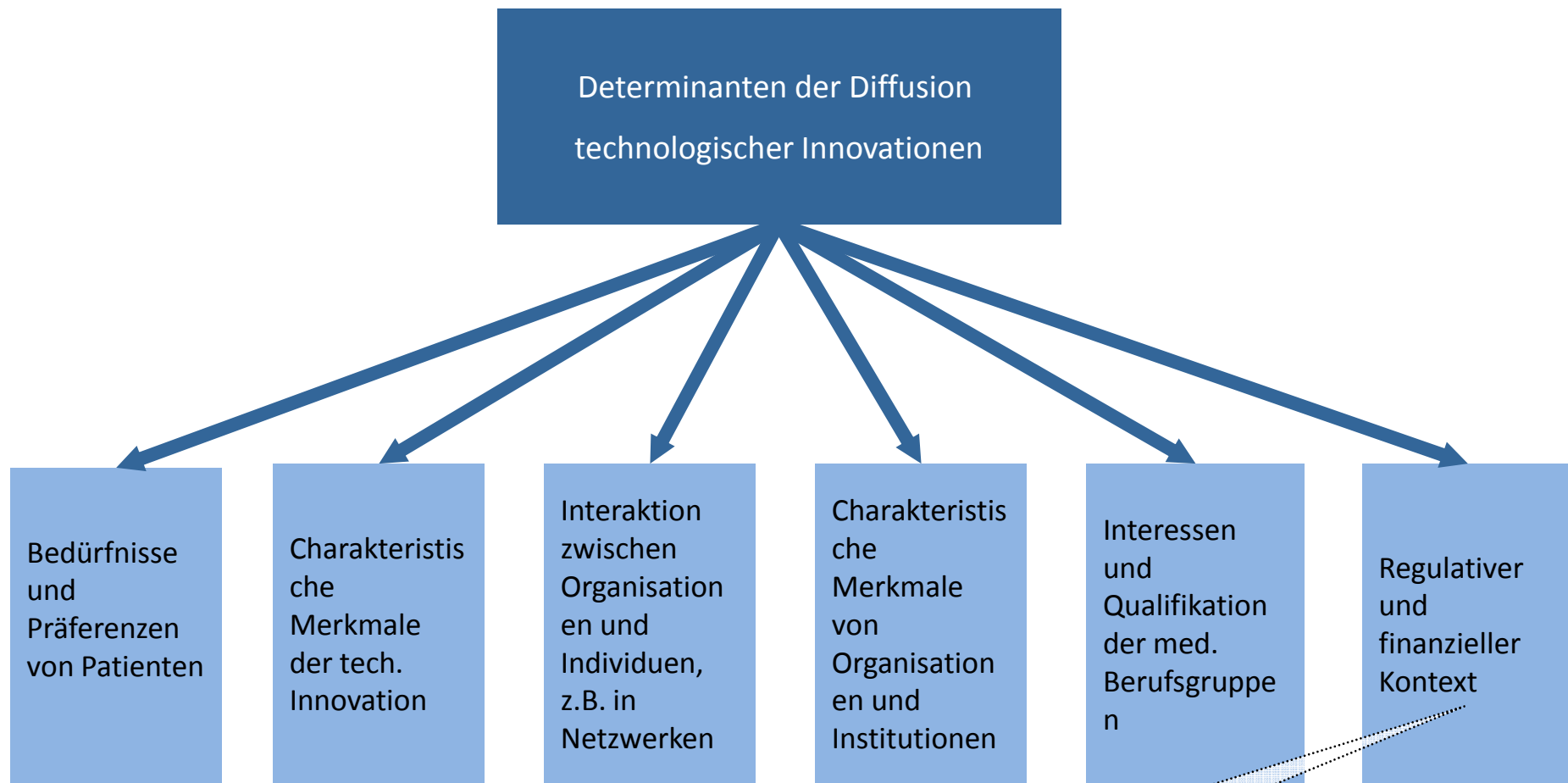
Innerhalb des DRG-Systems

Zusatzvergütung

Spezielle Vergütung von
Kostenausreißern

Format des Instruments

1. Einzelleistungsvergütung (die Kosten pro Einzelleistung werden vorab definiert)
 2. Kostenerstattung: retrospektive Vergütung der abgerechneten Kosten pro Fall
-
1. Einzelleistungsvergütung (die Kosten pro Einzelleistung werden vorab definiert)
 2. retrospektive Vergütung der abgerechneten Kosten oberhalb von Fallpauschalen bzw. Relativgewicht
 3. retrospektive Vergütung von gewichteten Kosten (d.h. es wird beispielsweise der Mittelwert der Kosten pro Fallgruppe zusätzlich vergütet)
-
1. retrospektive Vergütung von Kosten oberhalb einer statistisch ermittelten Grenze
 2. fixe Vergütungen
 3. Vergütung von gewichteten Kosten (d.h. es wird beispielsweise der Mittelwert der Kosten pro Fallgruppe pro Fallgruppe zusätzlich vergütet)



DRG-Systeme:
Wenige komparative Studien
(Instrumente, Wirkung)
→ Insbesondere für Europa

Quelle: Roberts et al. 2010

Country	Capital costs funding via DRGs	Capital funding via grants and subsidies outside the DRG system
<i>Austria</i>		
<i>Catalonia/ Spain</i>		
<i>England/UK</i>		
<i>Estonia</i>		
<i>Finland</i>		
<i>France</i>		
<i>Germany</i>		
<i>Ireland</i>		
<i>Netherlands</i>		
<i>Poland</i>		
<i>Sweden</i>		

* It depends on the county council whether DRGs are used for reimbursement. Where this is the case, DRGs also cover capital costs.

Definition „Technologische Innovation“

Technologische Innovation wird verstanden als

„a drug, device, procedure or organizational support system that is perceived as new by proportion of key stakeholders in a health care organization, discontinuous with previous practice and which is intentionally introduced and directed at improving health outcomes“
(Robert et al. 2010)

Definition erfasst drei wichtige Charakteristika einer Innovation:

- (a) Neuartigkeit,
- (b) eine Anwendungskomponente, sowie
- (c) einen angestrebten Nutzen (Anderson et al. 2004, Robert et al. 2010)

Konzentration auf Arzneimittel, Medizinprodukte und Prozeduren
(Banta 1983)