

Direkte und indirekte Kosteneffektivität der Hüft-Totalendoprothetik aus Perspektive der Kostenträger

Krummenauer F¹, Ranisch H¹, Wojciechowski C¹, Baulig C¹, Witzleb WC², Günther KP²

¹Bereich Klinische Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Frank.Krummenauer@uniklinikum-dresden.de

Einleitung und Fragestellung: Die Kosten für eine Hüft-Endoprothetik bei Operations-würdiger Coxarthrose müssen in Relation zu deren Nutzen für den Patienten und damit auch den einsparbaren Folgekosten bei Unterlassung des Eingriffs gesehen werden. Ein etabliertes Maß zur gesundheitsökonomischen Bewertung eines solchen Eingriffs ist dessen (marginale) Kosteneffektivität [1], welche seinen Nutzen für den Patienten in Qualitäts-adjustierten Lebensjahre (QALYs) abbildet [2] und mit den dafür aufgewendeten direkten Kosten aus Perspektive der Kostenträger [€] in Relation setzt [3]. Um über dieses Maß eine gesundheitsökonomische Einordnung der Hüft-Endoprothetik im Spektrum orthopädischer Behandlungsmaßnahmen vornehmen zu können, wurde eine prospektive einarmige Beobachtungsstudie zur simultanen Messung der direkten Kosteneffektivität der Hüft-Totalendoprothetik aus Kostenträger-Perspektive implementiert.

Neben den direkten Kosten (DRG) fallen für die Kostenträger bei Erstattung endoprothetischer Maßnahmen aber auch merkliche indirekte Kosten an; hier sind vor allem Arbeitsunfähigkeits-(AU-) bedingte Zahlungen an den Arbeitgeber eines Patienten von ökonomischer Relevanz, sobald der Patient länger als sechs Wochen Krankheits- oder Rehabilitations-bedingt dem Arbeitsplatz entfällt. Um die hieraus für die Hüft-Endoprothetik erwartbaren Kostendimensionen abzuschätzen, wurde ferner eine retrospektive Evaluation der AU-Dauer nach Hüft-Endoprothetik vorgenommen.

Material und Methoden: Für 116 konsekutiv im Zeitraum 03/2005 – 06/2005 an der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums Dresden Hüft-endoprothetisch versorgte, gesetzlich krankenversicherte Patienten wurde mittels EuroQol-5D-basierten Interviews vor und sechs Monate nach dem Eingriff der Nutzen der Versorgung aus Sicht des Patienten geschätzt und in QALYs transformiert; ferner wurden die mit den Kostenträgern abgerechneten DRGs (inclusive Komplikations-bedingter Mehrkosten) ermittelt. Die individuell aufgewendeten direkten Kosten laut DRG-Abrechnung wurden mit dem Nutzen laut EuroQol-5D in Relation gesetzt. Aus diesen Angaben wurde die marginale direkte Kosteneffektivität [€/QALY] der Hüft-Totalendoprothetik geschätzt.

Zur Schätzung der indirekten Kosten wurden alle 116 Patienten retrospektiv im Dezember 2005 zur postoperativen AU-Dauer (inklusive durch rehabilitative Maßnahmen bedingte AU-Zeiten) schriftlich befragt. Ergänzend wurden die Patienten zu ihrem aktuellen und postoperativ erwartbaren beruflichen Status befragt. Über online-Informationen zu Brutto-Durchschnittsgehältern wurden entlang der von den Patienten berichteten Berufsgruppen AU-bedingt erwartbare Tageskosten [€] für die noch im Berufsleben stehenden Patienten approximiert; aus Perspektive der Krankenkassen wurde von einer Erstattungspflicht ausgegangen, falls eine individuelle AU-Dauer von mehr als sechs Wochen berichtet wurde.

Ergebnisse: Für die 116 Primär-Versorgungen wurden im Median 6942 € mit den Kostenträgern abgerechnet; summarisch bedeutete die Hüft-endoprothetische Versorgung der 116 befragten Patienten ein direktes Kostenvolumen von 818.512 € für die Kostenträger. Die Patienten berichteten einen medianen Nutzen von 2.41 QALYs (Interquartilabstand 0.00 – 5.59 QALYs), sodass für das Gesamtkollektiv eine mediane Kosteneffektivität von 1506 € (801 – 3043 €) pro durch die Endoprothetik gewonnenem QALY resultierte. Für Oberflächenersatz-Patienten zeigte sich darunter eine mediane Kosteneffektivität von 1251 € nach hybrider Implantation von 2243 € sowie nach zementfreier bzw. zementierter von 1210 € bzw. 3438 €. Weiter haben 44 der 116 Befragten (37%) eine erfolgte oder sicher erwartbare Rückkehr in den Arbeitsalltag berichtet. Von diesen Patienten haben 75% eine AU-Tageszahl von mehr als sechs Wochen berichtet (Median 107 Tage, Quartilsspanne 43 – 168 Tage). 29% der Befragten haben einen Beruf mit Brutto-Durchschnittsgehalt zwischen 1000 – 2000 € berichtet, 57 % zwischen 2000 – 3000 € und 14% darüber. Durch Extrapolation der AU-Erstattungen resultierte aus dem Gesamtkollektiv von 116 Patienten ein indirektes Gesamtkostenvolumen von 328.404 € aus Perspektive der Kostenträger.

Diskussion: Mit medianen direkten Kosten von 1506 € pro QALY zeigt die Hüft-Endoprothetik eine hohe Kosteneffektivität und ordnet sich zentral in das Spektrum in Deutschland erstattbarer chirurgischer Versorgung ein. Es zeigt sich jedoch ein merklicher Gradient zu Ungunsten der älteren, primär zementiert implantierten Patienten als Epi-Phänomen deren Gesamt-Comorbidität und klinischer Prognose.

Summarisch bedeutete die Hüft-endoprothetische Versorgung von 116 befragten, gesetzlich krankenversicherten Patienten ein direktes Kostenvolumen von 818.512 € für die Kostenträger. Hierzu standen jedoch beim gleichen Kollektiv noch indirekte Kosten von 328.404 € an; somit stellten die indirekten Kosten im obigen Patientenkollektiv für die Kostenträger eine Zusatzbelastung von mehr als 40% gegenüber den direkten Kosten dar. Wird zusätzlich noch das prä-operativ aufkommende Verlustvolumen betrachtet durch Verdienstaustausch während der Vordiagnostik, prästationären Aufnahme etc., muss sogar noch von einem deutlich höheren Anteil ausgegangen werden.

Literatur

- [1] Krummenauer F, Landwehr I. Incremental cost effectiveness evaluation in clinical research. Eur J Med Res 2005; 10: 18-23
- [2] Fitzgerald JD, Orav EJ, Lee TH, Marcantonio ER, Poss R, Goldman L, Mangione CM. Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery. Arthritis Rheum 2004; 51: 100-109
- [3] Shah AN, Vail TP, Taylor D, Pietrobon R. Comorbid illness affects hospital costs related to hip arthroplasty: quantification of health status and implications for fair reimbursement and surgeon comparisons. J Arthroplasty 2004, 19: 700-705