

HD kostenintensiver als PD – Transportmittel als Kostentreiber

Was wissen wir über die Kosten, die in Deutschland bei einer HD oder PD anfallen? Gesundheitsökonom Prof. Dr. Christian Krauth vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

In der multizentrischen, 1-jährigen Verlaufsstudie CORETH wurden u. a. auch direkte, indirekte sowie direkte nicht-medizinische Kosten dokumentiert.⁷ Um vergleichende Kostenberechnungen anstellen zu können, wurden die HD- und PD-Patientenkollektive dem statistischen Verfahren der sogenannten Propensity-Score-Methode unterzogen. Wie Prof. Krauth berichtete, erwies sich die HD als das deutlich kostenintensivere Nierenersatzverfahren im Vergleich zur PD: Die Gesamtkosten unterschieden sich durchschnittlich um ca. 12.000 €. Bei genauerem Hinsehen kam der Unterschied in Deutschland durch nicht-medizinische Kosten zustande, in diesem Fall durch unterschiedliche Transportkosten: Die Differenz zwischen HD und PD bei den Transportmittelkosten betrug 10.800 Euro (154 Fahrten vs. 14 Fahrten zum Dialysezentrum/Jahr). HD-Patienten wählten häufiger das Taxi (58%), während 70% der PD-Patienten den Termin im Dialysezentrum mit dem eigenen PKW wahrnahmen. Die höheren Dialysekosten bei HD machten lediglich einen Unterschied von ca. 2.000 € aus. Andere untersuchte Kostenparameter wie z. B. Arztkosten waren zwischen HD und PD vergleichbar. Im internationalen Vergleich schneide die HD in Deutschland bei den medizinischen Kosten nicht wesentlich höher ab als die PD, so Prof. Krauth weiter: In anderen Ländern sei HD die kostenintensivere Option (bei Fokus auf direkte medizinische Kosten).

Kosten oder Ausgaben?

In puncto Lebensqualität schnitten PD-Patienten numerisch besser ab als HD-Patienten, die Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant. Fazit: Ökonomisch gese-

In der CORETH-Studie zeigte sich bei der HD erhebliches Einsparpotential.

hen könnte sich die PD in Deutschland mehr lohnen als die HD – bei vergleichbarer Lebensqualität. Da die Analyse in erster Linie die preisbasierte Kassenperspektive wiedergibt, empfiehlt Prof. Krauth, künftig auch den „social impact“, also den gesamtgesellschaftlichen Nutzen, in die Kostenanalyse einzubeziehen, um den tatsächlichen Ressourcenverbrauch der Nierenersatzverfahren besser abbilden zu können.

Genau genommen würden Krankenkassen nur Ausgaben tätigen, wohingegen in den Dialysezentren Kosten entstehen, präzisierte Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik, München. Kosten wie z. B. Personalkosten oder fixe Kosten würden bei Leistungserstellung entstehen und könnten von Zentrum zu Zentrum unterschiedlich hoch ausfallen, während Ausgaben vergleichsweise gleich-



förmig seien. In diesem System würde die von Prof. Krauth angesprochene „Funktionsfähigkeit“, wie sie ein PD-Patient dank der verbesserten Selbständigkeit häuslich erbringt (z. B. Hauswirtschaft, Kindererziehung), gar nicht erst auftauchen. Ähnliches gilt für höhere Produktionsbeiträge bei fortgesetzter Berufstätigkeit. Nach einer aktuellen Modellrechnung würden sich aber jetzt schon mögliche Einspareffekte von bis zu 1,26 Milliarden Euro für die gesetzlichen Kostenträger ergeben – gerechnet über einen Zeitraum von 5 Jahren, wenn der PD-Anteil auf 30% erhöht würde, betonte Prof. Neubauer.¹⁰

Wichtiger Faktor: Transportkosten

Und noch etwas spricht für den Stellenwert von Heimdialyseverfahren: Nach einer Auswertung der AOK Niedersachsen umfassten allein die Transportkosten für Dialysepatienten, die in Pflegeheimen lebten (ca. 12% der dialysepflichtigen Versicherten) ein Volumen von 4,2 Millionen €. ¹¹ Somit dürften Konzepte wie die assistierte PD zur Versorgung von älteren Patienten in ihrer vertrauten (häuslichen) Umgebung demnächst auch in demografischer Hinsicht weiter an Bedeutung gewinnen, resümierte Prof. Neubauer.¹² //

Prof. Dr. G. Neubauer:
Erhöhung des PD-Anteils führt zu Einspareffekten

Prof. Dr. C. Krauth:
Relevante Unterschiede zeigte die CORETH-Studie

