



Einleitung

Die Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (ART) in den neunziger Jahren verursachte eine deutliche Senkung sowohl der Letalität als auch der Morbidität durch die human immunodeficiency virus (HIV)-Infektion. Sie stellt nunmehr für den überwiegenden Großteil der Patienten eine chronische Erkrankung mit lebenslangem Behandlungsbedarf dar. Die Infektion mit dem HIV hat aufgrund ihrer kostenintensiven Behandlung in diesem Zusammenhang eine wachsende ökonomische Bedeutung für die Gesellschaft, obwohl der Anteil der HIV-Infizierten an der Gesamtbevölkerung in Deutschland weit unter 1% liegt. Insgesamt beansprucht demzufolge eine geringe Anzahl an HIV-Erkrankungsfällen viele finanzielle Ressourcen des Gesundheitswesens. Bisher können jedoch keine konkreten Schätzungen der monetären Krankheitslast für die Volkswirtschaft abgegeben werden, da hierzu in Deutschland wenig publizierte Daten vorliegen.

Die dagnä engagiert sich mit dieser Studie für eine gesicherte Datenlage in Bezug auf die Kostenrelevanz der HIV-Infektion.

Ziel der „Krankheitskosten-Kohortenanalyse (K3A)“ war es, die Krankheitskosten der HIV-Infektion in Deutschland anhand eines in HIV-Schwerpunktpraxen behandelten Patientenkollektivs empirisch zu erheben sowie die Determinanten der Krankheitskosten zu identifizieren und zu quantifizieren.

Methodik

Die K3A war eine 18-monatige prospektive, multizentrische, gesundheitsökonomische und klinische Evaluation. Die Datenerhebung erfolgte sechsmal alle zwölf Wochen. Neben den Ressourcenverbräuchen wurden auch klinische Daten erhoben.

Bei den Kosten kann zwischen verschiedenen Kostenarten u.a. in Form von direkten und indirekten Kosten unterschieden werden. In die direkten Kosten sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit unmittelbarem Bezug zu der Erkrankung einzubeziehen. Dies beinhaltet insbesondere die Kostenkomponenten: Medikamente, diagnostische Maßnahmen, Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte. Auch direkte nicht-medizinische Kosten, wie z. B. Fahrtkosten zur Behandlung, sind von Bedeutung. Zu den indirekten Kosten zählen alle Kosten, die der Volkswirtschaft aufgrund der Erkrankung entstehen z. B. in Form von Krankheitstagen oder eine durch die Erkrankung bedingte teilweise oder vollständige Erwerbsminderung. Welche einzelnen Kostenkomponenten der verschiedenen Kostenarten bei der Krankheitskostenstudie miteinbezogen werden ist abhängig von der jeweiligen Perspektive, aus der die gesundheitsökonomische Evaluation



durchgeführt wird. Die umfassendste Perspektive ist die gesamtgesellschaftliche und bezieht alle Kosten in die Berechnung mit ein, unabhängig davon, bei wem sie anfallen. Eine weitere mögliche Perspektive für Krankheitskostenstudien ist die Kostenträgerperspektive. Hier sind alle Kosten relevant, die die Kostenträger (z. B. die GKV) zu tragen haben.

Zur Berechnung der Krankheitskosten in dieser Studie wurde ein Preisgerüst für die gesellschaftliche Perspektive und die Sicht der gesetzlichen Krankenkasse aufgestellt.

Ergebnisse (n=518, 17 Zentren)

Die durchschnittlichen Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Perspektive betragen 23.300 € pro Patient pro Jahr. Die Gesetzliche Krankenversicherung musste im Durchschnitt für jeden Patienten 19.100 € aufbringen (Quelle nicht benannt). Die HIV-Medikation hat mit 18.736 € pro Patient pro Jahr (gesellschaftliche Perspektive) und 17.045 € (Perspektive der GKV) einen Anteil an den Gesamtkosten von jeweils 80% bzw. 89%.

Abbildung 1: Krankheitskosten HIV-Infektion pro Jahr pro Patient



Im Regressionsmodell lassen sich vier signifikante Determinanten der Krankheitskosten identifizieren:

- das weibliche Geschlecht: die Krankheitskosten sind um 6.760 € geringer als bei männlichen Patienten
- intravenöser Drogengebrauch als Übertragungsweg: die Kosten sind um 8.360 € höher als bei Patienten, bei denen der Grund der Übertragung homosexueller Kontakt war
- fortgeschrittenere Immunschwäche definiert durch eine geringe CD4- Zellzahl (<200 Zellen/ μ l): die Kosten im Folgejahr sind um 8.730 € höher als bei Patienten mit einer hohen CD4 Zellzahl (>500 Zellen/ μ l)
- der Erhalt keiner ART und der mehr als zweimalige Wechsel der ART: bei zweimaligem ART Wechsel sind die Krankheitskosten im Folgejahr um 4.900 € höher als bei einem Patienten mit der ersten ART. Die Krankheitskosten sind wiederum um 11.270 € günstiger für Patienten, die bis dato keine ART erhalten haben.

Diskussion

Die ermittelten Krankheitskosten aus der Sicht der gesetzlichen Krankenkasse liegen sehr nahe an den Angaben des Bundesversicherungsamtes zu den standardisierten Leistungsausgaben für die HIV-Infektion. Allerdings sind die Krankheitskosten der HIV-



Infektion in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch, was unter anderem auf die höheren Arzneimittelpreise in Deutschland zurückzuführen ist.

Gründe dafür, dass die Krankheitskosten der Frauen im Durchschnitt 6.000 € niedriger sind, als die der Männer, können die geringeren indirekten Kosten sowie die selteneren und kürzeren Krankenhaus-Aufenthalte sein. Die höheren Kosten der Patienten, die sich mit dem HI-Virus über einen intravenösen Drogengebrauch angesteckt haben, sind gegebenenfalls darauf zurückzuführen, dass es sich hierbei um eine Patientengruppe mit erschwerten Zugangsbedingungen, einer Unterversorgung mit ART und/oder einer höheren Krankheitslast handelt. Selbsterklärend ist, dass Patienten ohne ART in Baseline geringere Folgekosten aufweisen.

Bemerkenswert niedrig sind insbesondere die ermittelten Behandlungskosten, die nur einen sehr geringen Anteil an den Gesamt-Krankheitskosten ausmachen:

- Die jährlichen Kosten pro Patient für ambulante ärztliche Behandlung betragen aus gesellschaftlicher Sicht
 - € 269,26 für HIV-Schwerpunktbehandler (=1% der Gesamtkosten) und
 - € 72,21 für weitere Fachärzte
- Die jährlichen Kosten pro Patient für ambulante ärztliche Behandlung betragen aus Sicht der GKV
 - € 236,32 für HIV-Schwerpunktbehandler (=1% der Gesamtkosten) und
 - € 66,36 für weitere Fachärzte

Veröffentlichungen

[Download_Ergebnisse](#)