

„Kombinationstherapie aus Bewegungsschiene (CPM) und Krankengymnastik im Vergleich zu einer rein krankengymnastischen Behandlung des Schultergelenks“

Grundlage für diese Berechnung sind die Studienergebnisse von:

- a) McInnes, 1992
- b) Michael et al. 2004
(ARTROMOT®-S2 PRO Multicenterstudie)

Weiterhin finden Berücksichtigung die Studien von

- c) Vince, 1987
- d) LaStayo, 1998

Ein Teil der oben genannten Studien bezieht sich auf das Kniegelenk und nicht auf die Schulter. Diese Studien wurden hier trotzdem einbezogen, da für die Kostenkalkulation einerseits nachvollziehbare Daten zu Grunde gelegt werden sollen und andererseits für alle Synovialgelenke ähnliche Patomechanismen zu erwarten sind (vgl. Kirschner 2004).

1. Arbeitsunfähigkeit

Gemäß der Ergebnisse der Studie von Michael et al. (2004) wurde in der CPM-Gruppe* der Hauptindikation (Ruptur der Rotatorenmanschette) eine durchschnittlich 21 Tage kürzere Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG-Gruppe) festgestellt.

Da die Arbeitsunfähigkeit den Zeitraum nach Tag 42 der Krankschreibung betrifft, kommt die Krankenkasse für die Lohnfortzahlungen auf.

In unserem Rechenmodell (s. Anlage) gehen wir von durchschnittlichen Kosten von

77,17 € / AU-Tag aus. Grundlage ist das durchschnittliche Monatsbruttogehalt eines Büroangestellten.

Allein für die AU-Tage ergibt sich ein Betrag von 1.620,57 €. Ziehen wir eine durchschnittliche Monatsmiete für die ARTROMOT®-S2 PRO Schulterbewegungsschiene von 500,00 € ab, so bleibt eine Kostenersparnis von 1.120,57 € für die CPM-Gruppe.

2. Therapiedauer

In der Hauptindikation (Michael et al. 2004) erreichten die Patienten der CPM-Gruppe das primäre Zielkriterium (90° Grad aktive Abduktion) nach 31 Tagen, die Kontrollgruppe nach 43 Tagen. Die Differenz entspricht 12 Tagen (28 %). Nur 8 % der Patienten der CPM-Gruppe erreichten die 90° Grad Abduktion nach 56 Tagen nicht. In der KG-Gruppe erreichten 14 % das Zielkriterium nach 56 Tagen nicht.

Aus diesen Zahlen leiten sich eindeutig höhere Behandlungskosten für die KG-Gruppe ab. Eine genaue Bezifferung der Behandlungskosten bedarf allerdings einer weiteren Analyse, insbesondere bei dem möglicherweise notwendig werdenden intensiveren Therapieprogramm bei Restbewegungseinschränkungen (z.B. EAP).

Nicht berücksichtigt in dieser Kurzübersicht werden die in vielen Studien zur CPM-Therapie genannten kürzeren Krankenhausverweildauern (z.B. Vince 1987).

* Patienten der CPM-Gruppe erhielten eine Kombinationstherapie aus CPM und Krankengymnastik.

Weiterhin ist zu vermuten, dass auch der höhere Gesamttherapieumfang bei einer rein krankengymnastisch durchgeführten Behandlung für die Kostenkalkulation von Bedeutung ist. LaStayo (1998) vergleicht die CPM-Therapie mit einem täglich 45-minütigen krankengymnastischen Programm, das über 4 Wochen zu Hause beim Patienten durchgeführt wurde. Die Ergebnisse sind in beiden Gruppen gleich, die Kosten in Deutschland wären für eine derartige Krankengymnastik allerdings weitaus höher als für die CPM-Therapie.

Krankenhausverweildauer und Umfang der Nachbehandlung sind zwei nicht unerhebliche Kostenblöcke, die jedoch auch vom jeweiligen nationalen Gesundheitssystem abhängig sind.

Vorteile durch die Verkürzung der Krankenhausverweildauer und weniger intensive Nachbehandlungsprogramme begleitend zur CPM-Therapie ergeben sich möglicherweise im Rahmen ambulant durchgeführter Operationen. In diesem Bereich sind volkswirtschaftlich sehr relevante Kosteneinsparungen zu erwarten.

3. Komplikationen

Restbewegungseinschränkungen wie Restimpingement oder Frozen Shoulder wurden nur in den Kontrollgruppen (Haupt- und Nebenindikation) der Studie von Michael et al. (2004) dokumentiert.

Dies korreliert mit den Ergebnissen von McInnes (1992). McInnes berichtet über 17,8 % mehr Mobilisationen unter Narkose in der Kontrollgruppe (Nachbehandlung ohne CPM). Die Kosten für eine Mobilisation unter Narkose belaufen sich auf ca. 2.000,- € (Operation und Krankenhausaufenthalt). Die Nachbehandlungskosten sind in diesem Betrag noch nicht enthalten.

4. Volkswirtschaftliche Kosten

Neben den oben bereits aufgeführten Kosten darf unseres Erachtens auch der volks-

wirtschaftliche Kostenanteil nicht ausgeblendet werden. Hier sind insbesondere die Kosten für den Patienten (u.a. Zuzahlungen, Fahrtkosten, Gefahr des Arbeitsplatzverlustes) und des Arbeitgebers (u.a. Lohnfortzahlungen, Arbeitsvertretungen, Überstunden, Störungen der Prozessabläufe) zu berücksichtigen.

5. Schlussfolgerung

Auf Grund der bestehenden Studienlage ergeben sich nachweislich 4 große Kostenblöcke, die durch den Einsatz von motorisierten Bewegungsschienen in der frühen postoperativen Nachbehandlung reduziert werden können:

1. Arbeitsunfähigkeit und Lohnfortzahlung
2. Gesamtumfang der Therapie
3. Kosten für Komplikationen
4. Volkswirtschaftliche Kosten

Auf der Basis objektiver Daten kann eine Kosteneinsparung durch den Einsatz von Bewegungsschienen eindeutig nachgewiesen werden.

Kontakt

Kassenberatung & Vertragsmanagement
Ulf Kloke
Tel. 0761 4566-305
Fax 0761 4566-55305
E-Mail: kassenberatung@ormed.de