

# HORIZONTALER INFORMATIONSAUSTAUSCH ZWISCHEN KLINIK, APOTHEKE UND VERWALTUNG ALS VORAUSSETZUNG FÜR EINE WIRTSCHAFTLICHERE DURCHFÜHRUNG VON ONKOLOGISCHEN THERAPIEN

Volker R. Jacobs <sup>1</sup>, Jutta Thödtmann <sup>2</sup>, Marion Kiechle-Bahat <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dr. med., MBA, Oberarzt Forschung & Klinikmanagement, ZB Ärztliches QM, QMB

<sup>2</sup> Dr. rer. nat., Apothekerin, Klinikumsapothekerin

<sup>3</sup> Prof. Dr. med., Direktorin der Frauenklinik

alle: Technische Universität, München

**Einführung:** Moderne onkologische State-of-the-Art Therapien sind oft extrem teuer und wurden uns in der Vergangenheit z.T. nur pauschal und damit oft untervergütet was zu einem hohen Verlust der Onko-Einheit in 2002 geführt hat. Ohne Kenntnisse über die Abrechnungsmöglichkeiten sind viele Therapien nicht Eigenkosten deckend, müssen aus dem Kliniketat subventioniert werden, gefährden die Versorgungsqualität und führen zu ärztlichem Stellenabbau. Wir stellen die 4-Jahresergebnisse unseres erfolgreichen Konzepts eines aktiven ärztlichen CTX-Kostenmanagements vor.

**Methodik:** Nach Etablierung einer horizontalen Informationsstruktur zwischen Klinik, Apotheke und Verwaltung erfolgte eine umfassende Prozessanalyse der Durchführung aller onkologischer Therapien mit Identifikation aller finanziellen Einflussfaktoren, eine Kostenträgeranalyse für alle CTX-Schema mit Analyse der Kostentreiber sowie der Grenzwertkosten zur Eigenkostendeckung. Nicht-kostendeckende Therapien wurden identifiziert und in Einzelfallanalysen Durchführungs- und Abrechnungsalternativen entwickelt. Ein aktives ärztliches Kostenmanagement wurde sukzessive implementiert.

**Ergebnisse:** 33,4% der Patientinnen verursachten 72,0% der Medikamentenkosten; dies waren insbesondere Taxane und Herceptin einzeln und in Kombination. Insgesamt waren 9 von 17 angewandten Schema bereits vor Überschreiten der erlaubten Fallzahlen nicht kostendeckend, 15 von 17 danach. Anhand der Informationen wurde eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen initiiert, Fehler im Prozessmanagement abgestellt, Ressourcen identifiziert und nutzbar gemacht. Das neu eingeführte aktive ärztliche Kostenmanagement führte innerhalb von 4 Jahren zu einer Absenkung der jährlichen onkologischen Medikamentenkosten von 933.291 € in 2002 auf 119.982 € 2006 (-813.309 €, -87,1%). Die jährliche Kostenveränderung betrug absolut -482.359 € in 2003 (-51,7%), -295.980 € in 2004 (-65,6%), -37.597 € (-24,2%) in 2005 sowie +2.627 € in 2006 (+2,3%), was durch eine Fallzahlsteigerung begründet ist. Die Schulden der Onko-Einheit von 2002 konnten bereits 2003 vollständig zurückgezahlt werden, die Einsparungen von 2004-2006 führen zur Neueinstellung von fünf Ärzten zur Verbesserung der Patientenversorgung und klinischen Arbeitsbedingungen sowie Investitionen in die Infrastruktur. Dabei wurden weder State-of-the-Art-Therapieschema durch billigere substituiert noch die Anzahl der durchgeführten Zyklen verringert sondern im Gegenteil sogar gesteigert. Der Zeitaufwand für Organisation und Weiterbildung der Mitarbeiter hatte sich in kürzester Zeit amortisiert.

**Schlussfolgerung:** Durch den ansteigenden Kostendruck auch in Universitätskliniken verändert sich der Arbeitsspektrum eines Kliniklers und erfordert zunehmend betriebswirtschaftliche Kenntnisse und deren Einsatz im klinischen Alltag. Horizontaler Informationsaustausch zwischen allen Prozessbeteiligten sowie einfache ökonomische Instrumente wie Preislisten über onkologische Medikamente und Kostentransparenz beim durchführenden onkologischen Klinikarzt verbunden mit Informationen über die Abrechnungsmodalitäten können - wie nachgewiesen - die onkologischen Medikamentenkosten dramatisch reduzieren ohne Fallzahlen und onkologische Qualitätsstandards abzusenken. Trotz erreichter Kostentransparenz und -effizienz können gynäko-onkologische Therapien in einer deutschen Universitätsklinik auf maximalem Behandlungsniveau in höchster Qualität durchgeführt werden.