

Multiples Myelom

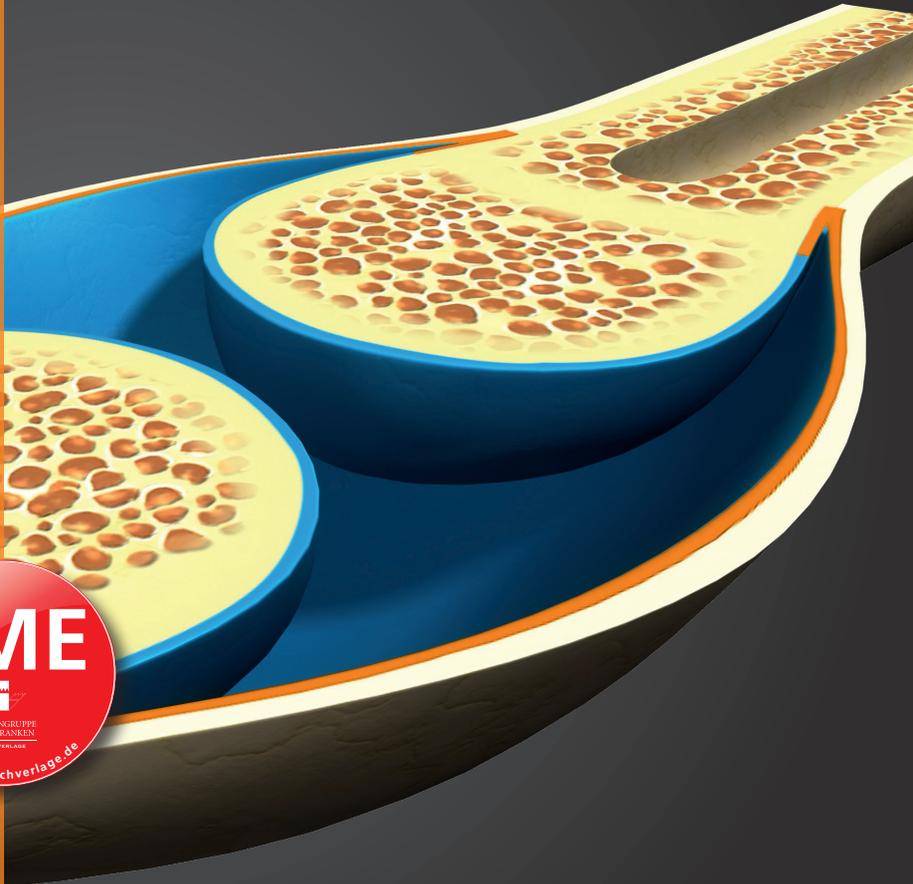
Diagnostik –
von Erstdiagnose bis zum
Nachweis der MRD

Klassifikation und
Prognoseabschätzung

Therapie des fitten und
unfiten Patienten



Update: Basalzellkarzinom



Weitere Themen im Heft: Studien: ECHELON-1: Brentuximab Vedotin in der Erstlinientherapie · Interview: AVANTI bestätigt eindrucksvoll frühere Ergebnisse zur Wirksamkeit von Avastin · Versorgungsforschung: Gesundheitsökonomische Wirkung unterschiedlicher Behandlungsmethoden · Kongressberichte: DGP und EAU 2018

Gesundheitsökonomische Wirkung unterschiedlicher Behandlungsmethoden – Eine Analyse mit Methoden und Techniken des Prozessmanagements

Stefan Metzker, Michael Greiling

Der Gesundheitssektor ist einem stetig wachsenden Kostendruck ausgesetzt. Parallel steigen die Anforderungen von Patientinnen und Patienten an eine qualitativ hochwertige Behandlung, Therapie und Pflege. Um den hohen Leistungsanspruch mit geringstmöglichem Aufwand erfüllen zu können, sind effiziente Prozessabläufe notwendig.

Im dynamischen und hart umkämpften Gesundheitsmarkt müssen Gesundheitseinrichtungen Prozessmanagement gezielt zur Steigerung ihrer Effektivität und Effizienz einsetzen. Viele Kliniken beschäftigen sich intensiv mit der Steuerung und Verbesserung des eigenen Workflows. Ziele des Prozessmanagements sind nicht nur die Entwicklung reibungsloser Abläufe ohne Störungen und Wartezeiten, sondern auch die Schaffung optimaler Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter. Die Zusammenarbeit vieler unterschiedlicher Berufsgruppen innerhalb der komplexen Organisationsstrukturen von Spitälern gestaltet sich jedoch häufig als schwierig. Die einzelnen Funktionsbereiche arbeiten oft eigenständig und aufgrund der vielerorts klassischen Spitalstrukturen noch zu sehr mit dem Fokus auf ihren eigenen Interessen. Durch die ungenügende Konzentration auf bereichsübergreifende Prozesse ergeben sich Mängel wie funktionale Abschottung, Informations- und Kommunikationsdefizite sowie Koordinations- und Steuerungsprobleme. Es entstehen operative Inseln, die insbesondere an den Schnittstellen ressourcenzehrende Störungen wie Doppelarbeiten, Redundanzen und Fehler hervorrufen. Sie verringern die Effektivität und Effizienz der Organisation und führen zu einem erhöhten Regelungsbedarf,

der schnell sehr zeit- und kostenaufwendig wird. Die Optimierung ganzheitlicher Prozessabläufe in Gesundheitseinrichtungen von der Aufnahme eines Patienten bis zu seiner Entlassung ist die vorrangige Aufgabe eines erfolgreichen Prozessmanagements.

Gesundheitsökonomische Analyse des Krankheitsbildes Multiples Myelom (MM)

Im Spital Männedorf wird zur Verbesserung der Qualität mit dem Lean-Ansatz und dem damit verbundenen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) gearbeitet. Das Spital ist daran interessiert, im Rahmen der Prozessanalyse auch deren Kosten genauer zu untersuchen. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) hat das Spital eine gesundheitsökonomische Analyse des Krankheitsbildes Multiples Myelom (MM) durchgeführt. Kooperationspartner dieses Projekts war die Janssen-Cilag AG, die schweizer Pharmasparte von Johnson und Johnson mit dem Bereich Hospital Relations Management.

Das Multiple Myelom ist einer der am häufigsten auftretenden Knochen(mark)krebse. Es handelt sich um eine Erkrankung der körpereigenen Abwehrzellen (Plasmazellen), die sehr unterschiedlich verlaufen kann. Die Behandlung mit Zytosta-

tika erfolgt entweder im Rahmen einer herkömmlichen (konventionellen) Chemotherapie oder als Hochdosis-Chemotherapie (HDT) mit Stammzelltransplantation (SZT).

Die Wahl einer geeigneten Therapie ist ausschlaggebend für den Behandlungserfolg. In diese Entscheidung sind Untersuchungen zum Diagnosezeitpunkt, das aktuelle Krankheitsstadium, das Alter des Patienten, sein Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen und die Klassifizierung einer Prognose einzubeziehen.

Im Onkologie-Zentrum des Spitals Männedorf wurden eine standardisierte Erhebung, Analyse und Kalkulation des Krankheitsbildes Multiples Myelom (MM) durchgeführt. Das Projektmanagement der mehrfach für Innovation ausgezeichneten Web-Applikation Clip-Med PPM erlaubte eine systematische Projektplanung und eine eindeutige Definition von Aufgaben sowie die Zuweisung von Verantwortlichkeiten. Untersucht wurden zwei Kernkompetenzen im Vergleich:

Multiples Myelom ohne Transplantation – 6 Zyklen Kombinations-Chemotherapie sowie
Multiples Myelom mit Transplantation – 4 Zyklen Induktions-Chemotherapie, Autologe Stammzelltrans-

plantation im Zentrumsspital Zürich (extern – nicht modelliert), 2 Zyklen Konsolidierungs-Chemotherapie

Bei älteren Patienten (in der Regel > 65–70 Jahre) wird ein Multiples Myelom meist ohne Hochdosistherapie und Transplantation behandelt. Nach einer Erstbeurteilung mit Stadien- und Risikoeinteilung erfolgt eine Kombinationstherapie (Chemotherapie und neue Substanzen) über einen Zeitraum von 4–6 Monaten zur Abtötung möglichst vieler Myelomzellen im Körper. Diese Behandlung ist Gegenstand der im Spital Männedorf durchgeführten Analyse. Später erfolgt optional eine Erhaltungstherapie. Parallel dazu erhält der Patient eine monatliche Therapie mit Bisphosphonat, welche einen Teil des Behandlungskonzeptes darstellt. Die Analyse berücksichtigt nicht eventuell notwendige Transfusionen, Radiotherapien und/oder Kyphoplastien bei ossären Destruktionen und Dialysen bei schwerer Niereninsuffizienz, soweit letzteres nicht bereits ein Ausschlusskriterium darstellt.

Bei jüngeren, stabilen Patienten (in der Regel < 65–70 Jahre) wird ein Multiples Myelom meist mit einer Hochdosis-Chemotherapie und autologer Stammzellentransplantation (ASCT) behandelt. Nach einer Erstbeurteilung mit Stadien- und Risikoeinteilung erfolgt eine Induktionstherapie. Hierbei handelt es sich um eine kombinierte Therapie (Chemotherapie und neue Substanzen), um möglichst viele Myelomzellen abzutöten. Wird hier mindestens eine partial response (PR) erreicht, folgt eine Hochdosis-Chemotherapie und ASCT und eine Konsolidierungstherapie über einen Zeitraum von 8–10 Monaten (Gegenstand der geplanten Untersuchung), gefolgt von einer späteren Erhaltungstherapie. Parallel dazu erfolgt eine monatliche Therapie

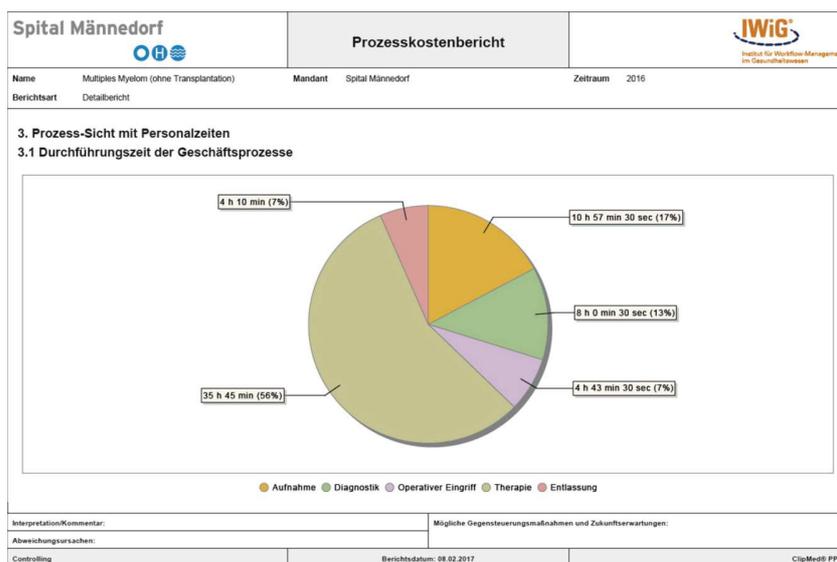


Abb. 1: Multiples Myelom ohne Transplantation: Durchführungszeit der Geschäftsprozesse

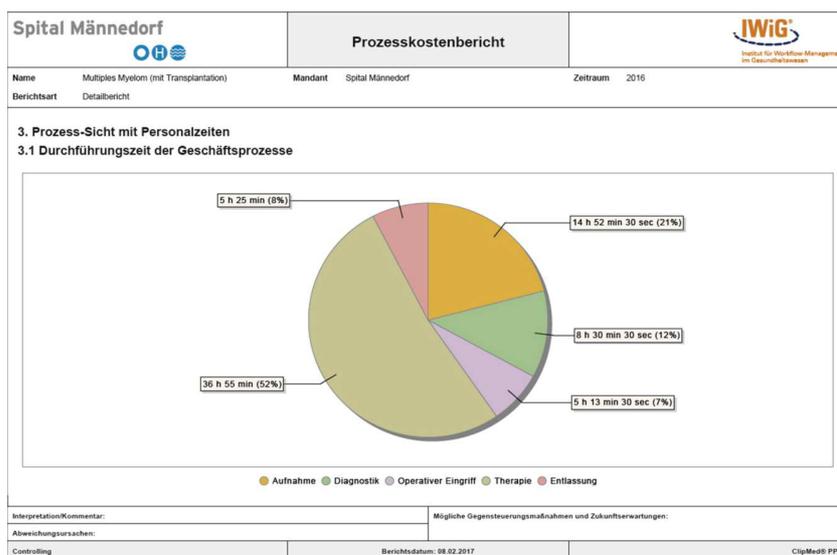


Abb. 2: Multiples Myelom mit Transplantation: Durchführungszeit der Geschäftsprozesse

mit Bisphosphonat, welche Teil des Behandlungskonzeptes ist.

Im Folgenden nicht abgebildet und in der hier durchgeführten ökonomischen Analyse nicht berücksichtigt werden die in Hochrisikosituationen selten zur Anwendung kommenden Tandem-Transplantationen (ASCT x 2) sowie (je nach Situation) vor bzw. während der Therapie notwendig werdende Trans-

fusionen, Radiotherapien und/oder Kyphoplastien bei ossären Destruktionen. Eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz wäre im Rahmen dieser Analyse per se ein Ausschlusskriterium für eine Hochdosischemotherapie mit ASCT.

Projektdurchführung

Das IWIG hat einen standardisierten Projektablauf zur Prozesserhebung, -abbildung und -kalkulation

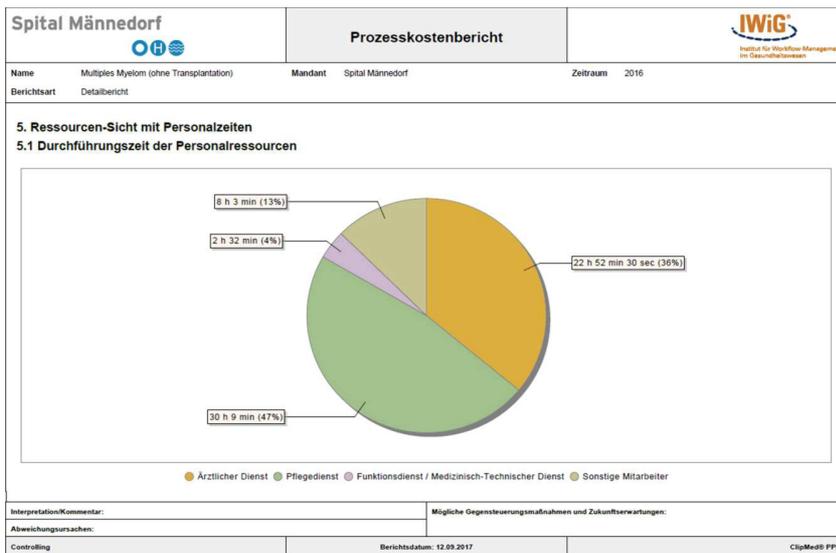


Abb. 3: Multiples Myelom **ohne** Transplantation: Durchführungszeit der Personalressourcen

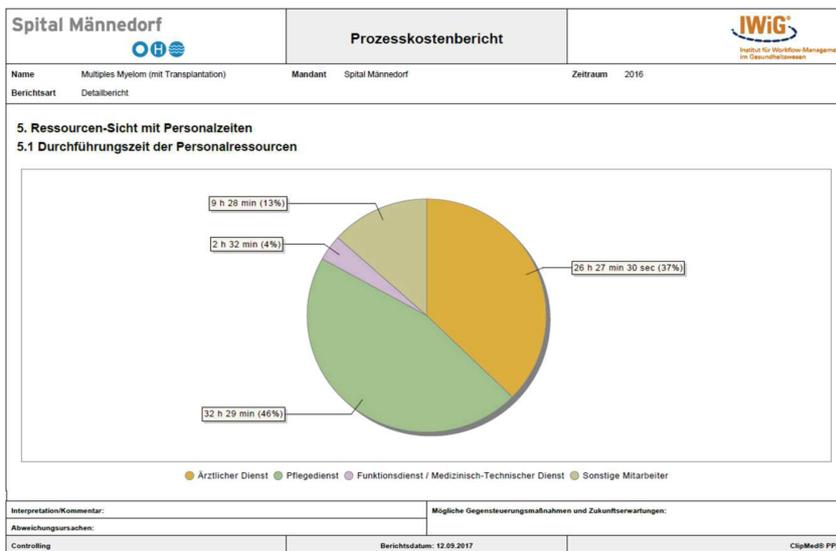


Abb. 4: Multiples Myelom **mit** Transplantation: Durchführungszeit der Personalressourcen

von Krankheitsbildern für die Patientenversorgung entwickelt. Mit ihm lassen sich Abläufe strukturieren und zeitlich ordnen sowie Handlungsschritte gestalten und dokumentieren.

In einem ersten Schritt erfolgt eine Definition der Kernkompetenz Multiples Myelom. Mithilfe der Software-Lösung ClipMed wurden alle krankheitsspezifischen Prozess-

daten zu Diagnosen, Patientencharakteristika und Laborparameter, Therapie sowie Angaben zur Medikamentengabe und Durchführung von Begleituntersuchungen standardisiert erhoben. Viele Prozesse waren bereits als Baukastenelemente im ProzessReferenzModell (PRM) von ClipMed hinterlegt, so dass die individuellen Behandlungsabläufe im Spital Männedorf von der Aufnahme bis zur Entlas-

sung systematisch erfasst werden konnten. Im Anschluss erfolgte eine interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Darstellung der Prozesse in Form von Ablaufgrafiken. Auf dieser Grundlage diskutierten die am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter im Rahmen eines anschließenden Workshops. Änderungswünsche und Anmerkungen wurden direkt in ClipMed übernommen. Das Ergebnis war ein vollständiger ambulanter Behandlungspfad mit Darstellung aller Arzt-Patienten-Kontakte, Prozesse, durchführenden Organisationseinheiten, zeitlichen Ressourcen und ergänzenden Informationen. Ziel einer solchen Prozessmodellierung ist es, die zu erbringenden Leistungen übersichtlich darzustellen.

Die anschließende Prozesskostenrechnung macht die Kostenentstehung transparent, indem sie die einzelnen Kostenarten auf den beteiligten Kostenstellen über Prozesse verrechnet. Die Einzelkosten werden verursachungsgerecht den Kostenträgern zugeordnet. Die Gemeinkosten werden mit Hilfe von Kostentreibern berechnet und dem Gesamtprozess zugeordnet.

Die Prozesskostenrechnung ermöglicht Kostentransparenz aus einem erweiterten Blickwinkel. Im Ergebnis kann nicht nur eine Aussage darüber getroffen werden, welche Gesamtkosten für eine Leistung angefallen sind, sondern auch für welchen Teilbereich der Behandlung (z. B. Aufnahme). Die Prozesskostenrechnung geht somit über die reine Kostenermittlung für eine DRG hinaus, indem sie Auskunft über die Kostenstruktur gibt, unterteilt nach Behandlungstagen, Organisationseinheiten, Geschäftsprozessen (Aufnahme), Hauptprozessen (Medizinische Aufnahme) oder Teilprozessen (Medizinische Aufnahme vorbereiten). So kann

die Leistungskalkulation verbessert und ein effizienter Ressourcenverbrauch sichergestellt werden.

Folgende Fragen lassen sich beantworten:

- Was kostet ein einzelner Behandlungstag?
- Was kostet die Medizinische Aufnahme?
- Was kostet eine Chemotherapie mit und ohne Stammzellentransplantation?
- Wieviel zeitliche Ressource muss die Pflege für die Behandlung aufwenden?

Steigerung von Qualität und Effizienz

Das Spital Männedorf profitiert in vielerlei Hinsicht von einer strukturierten Prozesskostenanalyse.

Das Konzept lässt sich auf beliebig viele und unterschiedlich ausgewählte Top-DRGs übertragen. So können Behandlungspfade für weitere onkologische Therapien oder auch für chirurgische Krankheitsbilder analysiert werden wie zum Beispiel die Hüftprothesen-Implantation.

Die Darstellung einer klinischen Prozesskostenrechnung ermöglicht eine Beurteilung der Effizienz und bietet damit die Grundlage für eine

anschließende Prozessoptimierung. Die Transparenz von Prozessen und deren Kosten verbessert die Vergleichbarkeit von Abläufen, die optimale Steuerung der vorhandenen Ressourcen und erlaubt ein Prozess-Benchmarking von Krankheitsbildern.

Änderungen der aktuellen Rahmenbedingungen (zum Beispiel im Rahmen von Tarifverhandlungen) können zeitnah und realistisch hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen eingeordnet und bewertet werden. Es lässt sich ermitteln, bei welchen Eingriffen beispielsweise ein stationärer Krankenhausaufenthalt teurer ist als ein ambulant durchgeführter Eingriff und wie hoch die tatsächliche Kosteneinsparung und das mögliche Einsparpotenzial sind.

Die Prozesskostenrechnung stellt ein Bindeglied zwischen Management, Controlling und Qualitätsmanagement dar. Strategische Managemententscheidungen und Maßnahmen wie die Erarbeitung einheitlicher Qualitätsstandards können noch fundierter getroffen werden.

Qualität in Gesundheitseinrichtungen beinhaltet die Maße Effektivität und Effizienz von Behandlungen. Im Rahmen der Prozessqualität ist zu klären: Was sind die rich-

tigen Dinge innerhalb der Versorgung? Und wie sind diese Dinge richtig zu tun? Nur die Verfolgung der Kombination beider Maßgrößen wirkt sich positiv auf die Wirtschaftlichkeit und den Erfolg des Hauses aus.

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Stefan Metzker
Spital Männedorf AG
CEO

Prof. Dr. rer. oec. Dipl. Soz.-Päd.
Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG)
An-Institut der praxisHochschule Köln,
Rheine, Heidelberg
Geschäftsführer

Dr. med. Stefan Metzker



Prof. Dr. rer. oec. Dipl. Soz.-Päd. Michael Greiling

