

Journal für Gesundheitsökonomie

2010/2

Neues aus der Literatur zu Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Ähnliche „Patienten“? Krankenhäuser in den USA

Inhalt

Die Managementstruktur	S 2
Erfindung des Hospitalist	S 4
Intensivist Model	S 7
Letzter Schrei: Angestellte Ärzte	S 8
Bundled Payment	S 9

Die Übertragbarkeit von Ergebnissen aus der Versorgungsforschung und von Managementkonzepten ist kritisch zu prüfen.

Krankenhäuser stehen überall im Blickpunkt der Reformbestrebungen und der Ökonomen. Ein Großteil der gesundheitsökonomischen Arbeiten zum Krankenhauswesen stammt aus den USA. Wenn nun Ärzte eine klinische Studie bewerten und anwenden wollen, dann steht naturgemäß als erstes die Frage im Vordergrund: „Entsprechen die Studienteilnehmer in den wesentlichen Punkten meinen eigenen Patienten?“

In gar manchen Expertisen zum Krankenhauswesen oder zum Krankenhausmanagement ist man da viel weniger zimperlich, da werden Ergebnisse und Empfehlungen aus Übersee eher unkritisch übernommen.

Ältere unter uns erinnern sich noch an Harris' „Zwei Firmen Theorie“ - hier Ärzte und da der Rest des Krankenhauses, das würde das Geschehen im Krankenhaus bestimmen. Das wurde flugs auch bei uns propagiert – klang gut, passte aber nicht.

Das Krankenhauswesen in den USA (auch z.T. in Kanada oder Australien) unterscheidet sich in ganz vielen Aspekten von jenem in Europa. Die Übertragbarkeit von Ergebnissen der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie ist daher sorgfältig zu prüfen. Nur einmal der Bereich der ärztlichen Betreuung sei hier als Beispiel herausgestrichen:

- Tatsächlich sind Krankenhaus und betreuende Ärzte in den USA getrennte „Firmen“. Die Ärzte sind entweder selbständig oder bei Ärztefirmen und arbeiten als Belegärzte im Krankenhaus. Ausnahmen, wie z.B. die Mayo Klinik, die mit angestellten Ärzten arbeitet, werden derzeit als „Leuchttürme“ der Organisation gehandelt.

- Krankenhäuser und Ärzte verrechnen getrennt. Das Krankenhaus bei Medicare z.B. eine DRG Pauschale und die Ärzte gleichzeitig nach Einzelleistungen: Ganz widersprüchliche Anreize bei einzelnen Patienten, was zur aktuellen Diskussion der gemeinsamen Pauschalierung von Krankenhaus- und ärztlichen Leistungen führt – Bundeling.

- Das Belegarztwesen bedingt natürlich eine ganz andere Präsenz der Fachärzte im Krankenhaus. Das hat Auswirkungen auf die ärztliche Ausbildung oder auf die Rolle des Pflegepersonals, das mehr Verantwortung übernehmen muss

(darum ist auch die Diskussion um die Akademisierung der Pflege bei uns viel schwieriger und etwas unglücklich). Die Einbindung der Ärzte in die Qualitätssicherung ist dort anders, schwer kann man sagen morgen zwei Stunden Besprechung, es sind ja selbständige Unternehmer. Die Präsenz auf der Station und vieles andere mehr unterscheidet sich. In den USA wurde nun in den letzten Jahren der Spitalsarzt (Hospitalist) erfunden.

- Die Diskussionen der vergangenen Jahre um die Intensivstationen war ein anders Beispiel: Soll jeder Arzt seine Patienten auch im Intensivbereich selbst weiterbehandeln. Natürlich ging es da auch um allerhand Geld und Einkommen.

- Ein Arzt arbeitet in der Regel in mehreren Krankenhäusern und hat dort „Privileges“. Daher ist auch die Debatte um den Menge-Qualitätszusammenhang dort heftiger: Macht's der Arzt aus oder das Krankenhaus?

Einige Erläuterungen sollen hier geboten werden. Die Botschaft ist - häufig bei mir - ähnlich: Wie bei Fragestellungen in der Medizin gilt es auch bei Management- und Organisationsfragen sorgfältig zu prüfen: Sind die Charakteristika des Problems vergleichbar? Erst dann kann man über die entsprechende Intervention diskutieren.

Beste Grüße,

Markus Narath

Harris JE. **The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications.** *The Bell Journal of Economics*, 1977; 8, 467-482.
http://stuff.mit.edu/people/jeffrey/Harris_Internal_Org_Hospitals_Bell_J_1977.pdf

USA: „The Managerial Structure of the Hospital“

New Jersey Commission on Rationalizing Health Care Resources. 2008

„Die Natur des Verhältnisses von Krankenhaus und Ärzten ermöglicht es den Ärzten, signifikanten Einfluss auf die Verwendung der Ressourcen auszuüben. Das Fehlen eines traditionellen Arbeitgeber - Arbeitnehmer Verhältnisses verhindert, dass das Krankenhaus eine effektive Managementkontrolle ausübt.“

Reformpapiere und Analysen gibt es überall und epidemisch. Auch der Bundesstaat New Jersey (etwa so viele Einwohner wie Österreich) hatte eine „Commission on Rationalizing Health Care Resources“. Das besondere daran war allerdings, dass Uwe Reinhardt, deutschstämmiger amerikanischer Gesundheitsökonom mit kanadischer Staatsbürgerschaft diese Kommission präsidierte. Dementsprechend finden sich auch originelle Bemerkungen im 2008 publizierten Bericht.

„Um den ökonomischen Zustand des Krankenhausesektors von New Jersey zu verstehen und jenen des amerikanischen Krankenhausmarktes im allgemeinen, ist es hilfreich, kurz die Besonderheiten der amerikanischen Krankenhauswirtschaft zu betrachten. Diese unterscheidet sich stark von der Ökonomie normaler Wirtschaftssektoren in den USA und ebenso vom Krankenhauswesen in den Gesundheitssystemen anderer Länder...“

Anders als die Krankenhausärzte anderer Länder, die vollbeschäftigte Angestellte des Krankenhauses sind, sind amerikanische Ärzte selbständige professionelle Unternehmer. In dieser Rolle können sie die Spitäler als Gratis-Werkstätte nutzen, deren Ressourcen sie in der Betreuung anfordern — mehr oder weniger, wie sie meinen, dass es für die Patienten passend ist. Das Bemerkenswerte an diesem Arrangement ist, dass diese Belegärzte keiner formalen Verantwortung für die Spitalsressourcen, welche sie für die Betreuung der Patienten verwenden, unterliegen.

Weil die Belegärzte die wesentlichste Einnahmequelle für die Spitäler sind, habe die Spitalsmanager wenig ökonomische Einflussmöglichkeiten auf die Belegärzte, wenn sie sich bemühen, die Verwendung der Spitalsressourcen durch die Ärzte zu steuern.“

Krankenhausärzte und Ingenieure – ein Vergleich?

New Jersey Commission on Rationalizing Health Care Resources. 2008

Später im Text — in Kapitel 6 — wird für dieses Verhältnis ein Vergleich angeführt. Es darf gewettet werden, wer den wohl geschrieben hat:



„Stellen Sie sich einen technischen Betrieb vor, die Apex Inc. . Die Ingenieure sind nicht Angestellte der Firma, sondern selbständige Unternehmer, die gebührenfrei die Labors und anderen Einrichtungen von Apex verwenden, ebenso wie die Handwerker und das andere Personal. Dieses entwickelt Produkte, welche die Ingenieure dann auf eigene Rechnung verkaufen.“

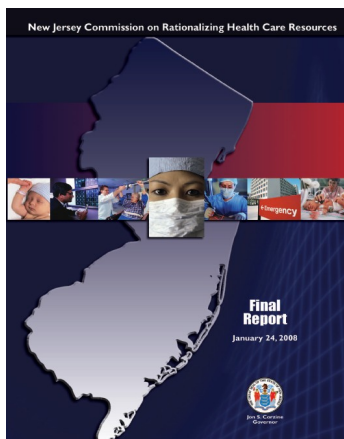
Den selbständigen Ingenieuren steht es frei, die Einrichtungen von Apex zu benutzen, das Apex Personal anzuweisen für sie zu arbeiten und dabei die Apex Materialien und andere Ressourcen zu nutzen, wie die Ingenieure es für notwendig halten.

Die Ingenieure verrechnen dann den Kunden ihre professionelle Arbeit. Apex verrechnet denselben Kunden separat die Arbeit, die Materialien und den Gebrauch der Einrichtungen, so wie es die Ingenieure verlangt hatten um ihre professionelle Arbeit zu leisten.

Stellen Sie sich nun vor: Zusätzlich zur Möglichkeit, die Apex Einrichtungen als Gratis-Werkstatt zu nutzen, steht es den Ingenieuren frei, ein eigenes technisches Büro zu eröffnen — nennen wir es ACME PLC — mit eigenem Personal und eigenen Einrichtungen. Acme Plc konkurriert direkt — Kopf an Kopf — mit Apex.Inc. beim Verkauf von technischen Leistungen.

Und schließlich: Stellen Sie sich vor, den Ingenieuren steht es frei zu entscheiden, wo sie ihre Tätigkeit ausführen: In der eigenen Einrichtung Acme Plc. oder in der Gratis-Arbeitsstätte Apex Inc.

Man kann sich schwer eine Industrie vorstellen, die auf solche Art und Weise eingerichtet werden würde — ausgenommen natürlich die amerikanische Krankenhaus-industrie, welche genau auf diese Weise arbeitet. Ein selbständiger Arzt mit Krankenhausprivilegien entspricht genau dem oben beschrieben unternehmerischen



Ingenieur. Streng genommen sind die selbständigen Ärzte aus ökonomischer Perspektive Unternehmer. Sie können die Spitäler, in denen sie Belegrechte haben, als Gratis Werkstätte benutzen. Innerhalb breiter Bandbreiten können sie dem Spitalpersonal Aufgaben anweisen, was immer den Ärzten wünschenswert erscheint und für das das Personal ausgebildet ist. Das Personal kann dabei die Materialien und Einrichtungen des Krankenhauses nutzen, wie es sich die Ärzte wünschen. Bei diesem Prozess sind die Ärzte die größten Kostentreiber, sind aber niemandem Rechenschaft schuldig für die Ressourcen, die sie im Krankenhaus verbrauchen.

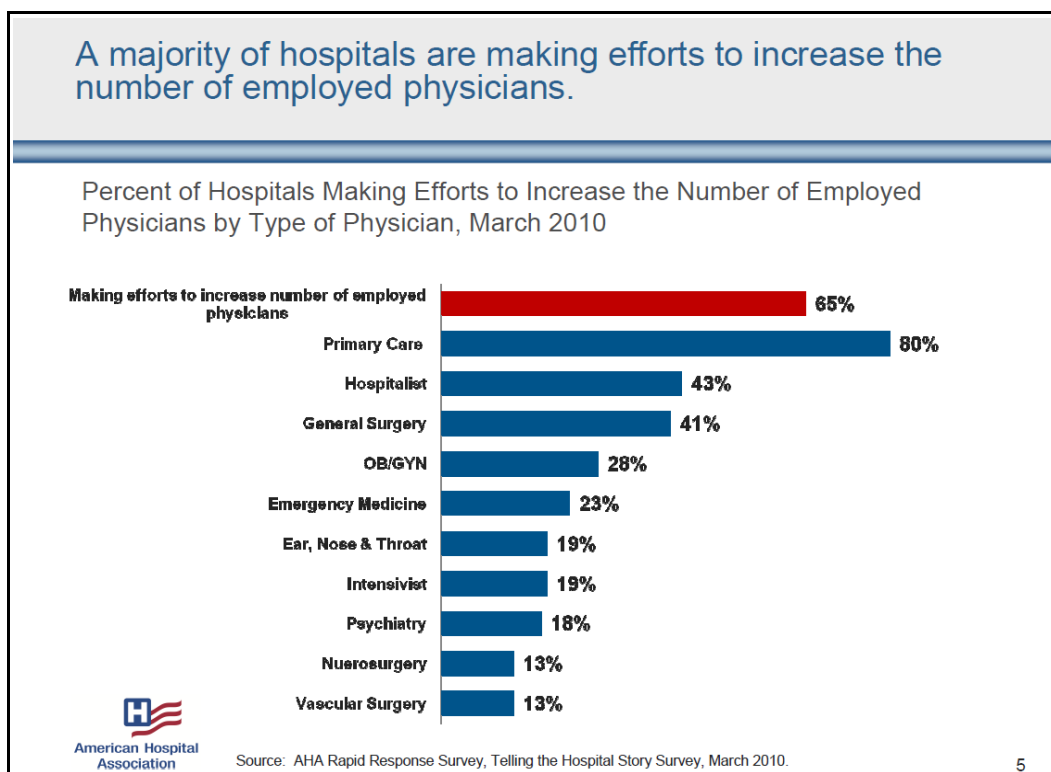
Die Theorie, welche hinter dem amerikanischen Modell der Zusammenarbeit von Arzt und Krankenhaus steht, scheint folgende zu sein:

Dadurch, dass die Ärzte sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor abdecken und den Patienten ins Krankenhaus folgen und dann wieder ambulant weiter betreuen, verbessert sich die Qualität der Patientenversorgung insgesamt. Das mag eventuell der Fall sein. Allerdings – in praktisch allen industrialisierten Nationen wird die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus von Ärzten geleistet, die Vollzeitbeschäftigte des Krankenhauses sind und unter Kontrolle des Krankenhausmanagements stehen. Durch das Krankenhausmanagement können die Ärzte für das, was sie an Spitalsressourcen verbrauchen, zur Rechenschaft verpflichtet werden und ebenso für die Qualität ihrer professionellen Leistungen.“

New Jersey Commission on Rationalizing Health Care Resources. 2008

http://www.nj.gov/health/rhc/finalreport/documents/entire_finalreport.pdf

Den „Gegenbewegungen“ - bessere Verfügbarkeit und mehr angestellte Ärzte sind die nächsten Seiten gewidmet:



Die Erfindung des Krankenhausarztes: Hospitalists

López L, Hicks LS, Cohen AP, McKean S, Weissman JS. Hospitalists and the quality of care in hospitals. *Arch Intern Med.* 2009;169:1389-94

„Hospitals with hospitalists were associated with better performance on HCA indicators for AMI, pneumonia, and the domains of overall disease treatment and diagnosis, as well as counseling and prevention.“

Belegärzte sind naturgemäß nicht immer gut verfügbar. Das traditionelle amerikanische Modell sorgte schon für z.T. freiwillige Teilnahme am Medical Board und an Rufbereitschaften, Teambesprechungen etc. Die Lust dazu scheint allerdings im Schwinden zu sein (vgl. unten Casalino).

Die Erkenntnis, es wäre ganz vernünftig, neben den auszubildenden Ärzten und den nicht immer verfügbaren Belegärzten ständig einen Arzt im Krankenhaus zu haben, führte zur Erfindung des Krankenhausarztes, des Hospitalist, in der Regel ein Internist, der seine Arbeitszeit am Krankenhaus verbringt. Diese neue Berufsgruppe hat in den letzten Jahren stark zugenommen, natürlich auch mit einer eigenen Fachgesellschaft und eigenen Fachzeitschriften.

Erstmals so benannt dürfte diese Berufsgruppe in einem Artikel 1996 im New England Journal of Medicine geworden sein. Es gibt inzwischen eine Reihe von Varianten, von angestellten Ärzten bis zu Ärzten auf Honorarbasis.

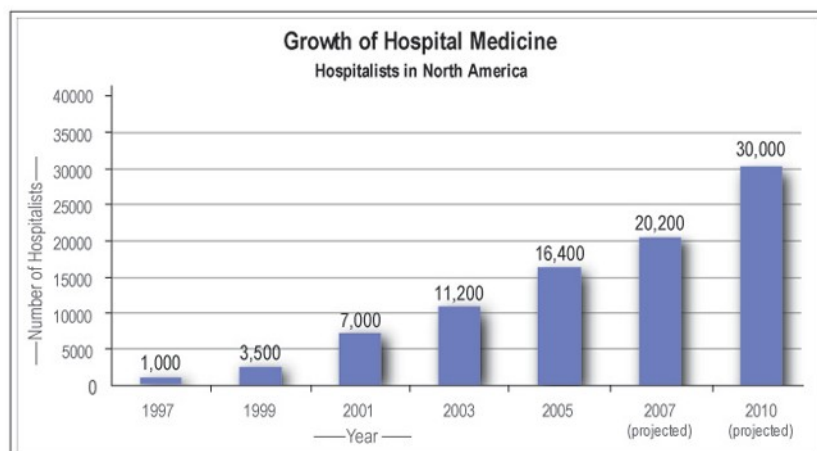
Der Vorteile gäbe es viele, meint ein Kommentator

- Viel bessere Verfügbarkeit im Krankenhaus
- Verbesserung der Zufriedenheit und des Zugangs für die ambulanten Patienten
- Bereitschaft auch neue Patienten zu betreuen

- Verbesserung des Patientenflusses im Krankenhaus
- Betreuung auf der Intensivstation, wenn es keine Intensivmediziner gibt
- Besseres Teamwork mit dem Pflegepersonal und anderen Angestellten des Krankenhauses
- Kürzere Verweildauern
- Bessere Ressourcennutzung (z.B. Arzneimittel, Radiologie)
- Bessere Ausbildung für die jungen Ärzte
- Mehr Aufmerksamkeit für Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit

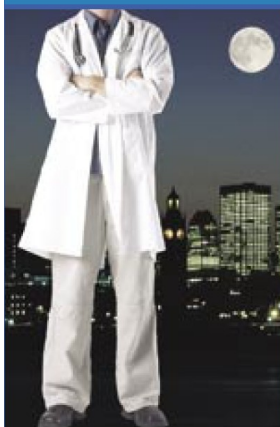
Ein Problem des Belegarztwesens stellt natürlich die Versorgung während der Nacht und an Wochenenden dar. Und was wird es dafür für eine amerikanische Lösung geben: erraten – den Nocturnist.

Wie häufig in der Versorgungsforschung sind solche organisatorischen Veränderung nicht einfach zu untersuchen, darum auch die noch immer sehr heftige Diskussion (vgl.unten). Man ist meist auf beobachtende Studiendesigns angewiesen und vergleicht Zeitreihen oder unterschiedliche Organisationen. Das ist fehleranfällig. Ob eine Verbesserung Folge einer organisatorischen Veränderung, eines allgemeinen Trends oder eines sonstigen Faktors ist, das ist nicht leicht festzustellen.



http://www.hospitalmedicine.org/Content/NavigationMenu/Media/GrowthofHospitalMedicineNationwide/Growth_of_Hospital_M.htm

Since we instituted the nocturnist program two years ago, we have seen great improvements in ED throughput, inpatient bed utilization, patient satisfaction, average length of stay (both in the ED and inpatient), and quality of care.



ARCH INTERN MED/VOL 168
(NO. 12), JUNE 23, 2008

Table 3. Performance Scores for Hospitals With and Without Hospitalists^a

Quality Indicator	Hospitals With Hospitalists		Hospitals Without Hospitalists	
	No. of Hospitals Reporting	Mean (SD) Performance Score	No. of Hospitals Reporting	Mean (SD) Performance Score
Acute myocardial infarction				
ACE inhibitor prescribed to treat LVSD	1337	0.85 (0.14)	1189	0.80 (0.26)
Aspirin prescribed at discharge	1383	0.94 (0.11)	1491	0.88 (0.18)
β-Blocker prescribed at discharge	1386	0.95 (0.09)	1505	0.87 (0.20)
Smoking cessation counseling	1296	0.92 (0.16)	1027	0.83 (0.30)
Congestive heart failure				
ACE inhibitor prescribed to treat LVSD	1400	0.84 (0.11)	1644	0.81 (0.19)
LVF assessment	1405	0.92 (0.11)	1725	0.79 (0.22)
Discharge instructions	1403	0.66 (0.22)	1717	0.59 (0.29)
Smoking cessation counseling	1392	0.89 (0.16)	1599	0.77 (0.29)
Pneumonia				
Influenza vaccination	1207	0.71 (0.21)	1457	0.70 (0.26)
Pneumococcal vaccination	1410	0.72 (0.19)	1750	0.69 (0.24)
Smoking cessation counseling	1402	0.86 (0.17)	1701	0.77 (0.26)
Composite measures (disease-specific and functional)				
Acute myocardial infarction	1387	0.93 (0.09)	1519	0.86 (0.17)
Congestive heart failure	1406	0.82 (0.12)	1729	0.72 (0.21)
Pneumonia	1410	0.75 (0.17)	1755	0.71 (0.22)
Treatment and diagnosis	1410	0.87 (0.11)	1761	0.77 (0.19)
Counseling and prevention	1408	0.75 (0.17)	1747	0.66 (0.25)

Abbreviations: ACE, angiotensin-converting enzyme; LVF, left ventricular function; LVSD, left ventricular systolic dysfunction.

^aPerformance scores were calculated by dividing the number of opportunities met by the total number of opportunities. All differences between hospitals with and without hospitalists were analyzed using the *t* test and found to be significant at *P* < .001.

Quelle: López L, Hicks LS, Cohen AP, McKean S, Weissman JS. Hospitalists and the quality of care in hospitals. Arch Intern Med. 2009;169:1389-94

A Hospitalist Inpatient System Does Not Improve Patient Care Outcomes

Robert M. Centor, MD

CONTROVERSIES IN INTERNAL MEDICINE

SECTION EDITOR: ANN B. NATTINGER, MD, MPH

Hospitalists and the Hospital Medicine System of Care Are Good for Patient Care

Mark V. Williams, MD

HOSPITALISTS, ALONG with the evolution of the specialty of hospital medicine, are improving the delivery of care to hospitalized patients

- Improve outpatient access and outpatient satisfaction with increased primary care physician (PCP) availability
- Willingly accept unassigned patients

call internist or family physician, whereas symptoms referable to "below the diaphragm" prompted consultation with a general surgeon. Of course, orthopedic consultation was sought for bone and joint injuries.

Casalino LP, November EA, Berenson RA, Pham HH. Hospital-physician relations: two tracks and the decline of the voluntary medical staff model. Health Aff (Millwood). 2008;27:1305-14.

<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/27/5/1305>

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. N Engl J Med. 1996;335:514-7.

López L, Hicks LS, Cohen AP, McKean S, Weissman JS. Hospitalists and the quality of care in hospitals. Arch Intern Med. 2009;169:1389-94. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/169/15/1389>

USA/Krankenhäuser: „Hospitalist Movement“. Dtsch Arztebl 2002; 99(11): A-698 / B-569 / C-535

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=30773>

Lindenauer PK et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. N Engl J Med 2007; 357:2589

http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Evaluation_and_measurement/Lindenauer_Outcomes_of_care_by_hospitalists_general_internists_and_family_physicians_2007.pdf

Sabharwal AD. Life as a Nocturnist. The Hospitalist, 2005 May/Jun.: 43 - 44

Lundberg S, Balingit P, Wali S, Cope D. Cost-effectiveness of a hospitalist service in a public teaching hospital. Acad Med. 2010;85:1312-5.


Gregory D, Baigelman W, Wilson IB. Hospital economics of the hospitalist. Health Serv Res. 2003;38:905-18

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360922/pdf/hesr_152.pdf

McMahon LF Jr. The hospitalist movement--time to move on. N Engl J Med. 2007;357:2627-9

Hamel MB, Drazen JM, Epstein AM. The growth of hospitalists and the changing face of primary care. N Engl J Med. 2009 12;360: 1141-3

Freeman WD, Gronseth G, Eidelman BH. Invited article: is it time for neurohospitalists? Neurology. 2008;70:1282-8



Physician Compensation

Total annual compensation including income from practice-related investments and excluding benefits, rounded to the nearest \$1,000. Resident and fellow income is not included.

Specialty	Average	% Change	Median	% Change
Anesthesiology	\$389,000	1.8	\$365,000	0.2
Cardiology (all modalities)	\$472,000	1.7	\$444,000	1.4
Emergency Medicine	\$255,000	3.2	\$244,000	0.8
Family Practice	\$191,000	4.4	\$176,000	0.5
Gastroenterology	\$472,000	(1.25)	\$432,000	(.2)
General Surgery	\$326,000	(.6)	\$303,000	(1.6)
Hospitalist	\$217,000	11.8	\$200,000	10.4
Internal Medicine	\$226,000	14.7	\$200,000	9.2
Neurology	\$257,000	3.21	\$250,000	7.2
Neurosurgery	\$675,000	(2.1)	\$609,000	(3.4)
OB/GYN	\$297,000	2.0	\$271,000	1.1
Oncology	\$419,000	2.7	\$349,000	0.5
Orthopedic Surgery	\$503,000	(0.9)	\$436,000	(7.0)
Otolaryngology	\$389,000	2.0	\$327,000	2.5
Pediatrics	\$193,000	4.3	\$181,000	2.8
Psychiatry	\$207,000	3.3	\$196,000	6.5
Pulmonary Medicine	\$310,000	(.1)	\$289,000	1.4
Radiology	\$478,000	(1.0)	\$440,000	(.4)
Urology	\$423,000	0.4	\$390,000	0
Nurse Practitioner	\$81,000	N/A	\$77,000	(N/A)
Physician Assistant	\$122,000	N/A	\$101,000	(N/A)

Wer betreut auf der Intensivstation? Intensivist Model

Leapfrog Group for Patient Safety. ICU Physician Staffing. 2008

Gajic O, Afessa B. Physician staffing models and patient safety in the ICU. *Chest*. 2009;135:1038-44.

„A growing body of scientific evidence suggests that quality of care in hospital ICUs is strongly influenced by (i) whether “intensivists” are providing care and (ii) the staff organization in the ICU. Intensivists are familiar with the complications that can occur in the ICU and, thus, are better equipped to minimize errors“.

Die Frage Belegarzt vs. Spitalsarzt hat noch eine weitere Komponente: Wer soll auf der Intensivstation betreuen?

Der österreichische Strukturplan Gesundheit regelt detailliert, wie in Österreich Intensivstationen zu betreiben und auszustatten sind. Das Krankenhausfinanzierungssystem LKF berücksichtigt diese Vorgaben. Auch in unseren Nachbarländern ist die Organisation der Intensivmedizin ähnlich.

Anders in den USA: Soll der jeweilige Belegarzt den von ihnen begleiteten Patienten auch dann weiterbetreuen, wenn dieser auf eine Intensivstation zu behandeln ist. Traditionell war das so und auf Grund der Einzelleistungsvergütung für die Belegärzte auch eine lukrative Angelegenheit. Intensivmedizin hat sich entwickelt und so war die Diskussion abzusehen, ob wirklich jeder Hausarzt, Internist, Chirurg etc. wirklich geeignet ist, auch diese Aufgabe abzudecken.

Unter dem Titel offene vs. geschlossene (open vs. closed) Intensivstationen begannen in den 90er Jahren umfangreiche Diskussionen um das adäquate Versorgungsmodell.

Die Vertreter der „geschlossenen“ Intensivstationen vertraten die Position, nur Ärzte mit einer entsprechenden zusätzlichen Ausbildung sollten auf Intensivstationen betreuen. Die Leapfrog Group, eine Vereinigung großer amerikanischer Arbeitgeber und verschiedener Organisationen hat dies als eines ihrer Qualitätskriterien für Krankenhäuser definiert.

Eine Reihe von Publikationen sind erschienen, die darauf hinweisen, dass das „Intensivist Model“ sich positiv auf die Behandlungsqualität auswirkt und kosteneffektiv ist. Naturgemäß geht dies zu Lasten der traditionellen Belegärzte, die Einkommen verlieren. Das Modell hat sich noch nicht durchgesetzt und es erscheinen noch immer Publikationen, welche die Vorteile des Intensivist-Modells belegen sollen. Fairerweise muss man zusätzlich feststellen, dass in den USA auch die erforderliche Zahl von entsprechenden Ärzten nicht verfügbar ist.

Leapfrog Group for Patient Safety. ICU Physician Staffing. 2008

http://www.leapfroggroup.org/media/file/Leapfrog-ICU_Physician_Staffing_Fact_Sheet.pdf

http://www.leapfroggroup.org/for_members/who_are_members

Gajic O, Afessa B. Physician staffing models and patient safety in the ICU. *Chest*. 2009;135:1038-44.

<http://chestjournal.chestpubs.org/content/135/4/1038.full.pdf>

Nathens AB, Rivara FP, MacKenzie EJ, Maier RV, Wang J, Egleston B, Scharfstein DO, Jurkovich GJ. The impact of an intensivist-model ICU on trauma-related mortality. *Ann Surg*. 2006 ;244:545-54.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1856554/pdf/20061000s00009p545.pdf>



CHEST

Transparency in Health Care

2009

Physician Staffing Models and Patient Safety in the ICU*

Ognjen Gajic, MD, FCCP; and Bekele Afessa, MD, FCCP

1999

WHAT'S NEW IN GENERAL SURGERY

ANNALS OF SURGERY
Vol. 229, No. 2, 163-171
© 1999 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Analysis of the Effect of Conversion From Open to Closed Surgical Intensive Care Unit

Salim Ghorra, MD,* Steven E. Reinert,† William Cliffl, MD,* George Buczek, MD,† and H. Hank Simms, MD*

From the *Division of Surgical Critical Care, †Department of Anesthesiology, Rhode Island Hospital, and ‡Center for Statistical Sciences, Brown University, Providence, Rhode Island

Despite the manpower shortage to care for the critically ill, the number of ICU beds has been rising for the last 2 decades. The ICU intensivist physician staffing model is still in flux in this country. Despite a challenge by a recent single publication, numerous studies have shown that intensivist staffing improves patient outcome in the ICU. However, 73% of the ICUs in this country provide low-intensity or no intensive care coverage. Although it may not be able to implement 24 h/d intensivist coverage of all ICUs at this time, we believe it is the best effort for achieving good patient outcome. The mere presence of intensivists in the ICU is likely to improve patient outcome unless it is associated with the creation of an organizational environment ideal for the implementation of evidence-based practice. In this commentary, we discuss the available evidence behind the current models and express our opinions about present and future ICU intensivist staffing. (CHEST 2009; 135:1038-1044)

Keywords: burnout; critical care; hospitalist; ICUs; organization and administration; patient care team; patient outcome; personnel staffing and scheduling

Abbreviations: ACCM = American College of Critical Care Medicine; CI = confidence interval; FCCP = Fundamental Care Support

Der letzte Schrei: Lauter angestellte Krankenhausärzte

Gardiner Harris.. Hospital Savings: Salaries for Doctors, Not Fees. New York Times. July 24, 2009

„Changing those policies is crucial to the success of health care reform, economists say — something Mr. Obama said that he would do. “Our proposals would change incentives so that doctors and nurses finally are free to give patients the best care, not just the most expensive care,” the president said Thursday in Ohio“

Es geht in Wellen: Aktuell ist in der amerikanischen Diskussion die Einzelleistungsvergütung der Ärzte wieder einmal der Urgrund allen Übels. Das hatten wir schon einmal vor 20 Jahren (vgl. unten Relman).

Im Krankenhaus ist das Problem allerdings noch etwas komplizierter, wenn Ärzte nach Einzelleistungen vergütet werden. Aus ganz unterschiedlichen, man möchte sagen konträren Richtungen kommen nun Kritik und der Vorschlag, es wäre doch viel besser, würden die Spitalsärzte nur angestellt und mit einem Gehalt arbeiten.

Maggie Mahar in ihrem äußerst lesenswerten Buch „Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much“ beschreibt eher anekdotisch das Konfliktfeld, das sich auftut, wenn Ärzte desselben Krankenhauses ums Geld rennen, sich gegenseitig konkurrenzieren und nicht zusammenarbeiten.

Auf der anderen Seite argumentiert Michael Porter in seinem doch ziemlich unnötigen Buch „Redefining health care : creating value-based competition on results“ besonders mit Teambildung und Zusammenarbeit der Ärzte, welche unter den derzeitigen Honorierungsbedingungen behindert werde. Er hebt die Mayo-Klinik hervor, die mit ihrem Modell nur angestellter Ärzte hervorragende Ergebnisse liefere.

Die Bezahlung der Ärzte im Krankenhaus wurde denn auch Thema der US-amerikanischen Gesundheitsreformdiskussion. Präsident Obama bezog sich auch auf die Mayo Klinik und auf die Cleveland Klinik, die nur mit angestellten Ärzten arbeiten und bezeichnete sie als Vorbild.

Auch die New York Times widmete daraufhin einen großen Artikel diesem Thema.

Relman AS.Reforming the health care system. N Engl J Med. 1990;323:991-2

Gardiner Harris.. Hospital Savings: Salaries for Doctors, Not Fees. New York Times. July 24, 2009
<http://www.nytimes.com/2009/07/25/health/policy/25doctors.html>

Maggie Mahar. Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much. HarperCollins.2006

Porter, Michael E. Redefining health care: creating value-based competition on results / by Michael E. Porter; Elizabeth Olmsted Teisberg
- Boston, Mass. Harvard Business School Press , 2005

Hospital Savings: Salaries for Doctors, Not Fees



Dr. William F. Streck, president of Bassett Healthcare, said it paid salaries competitive with the money earned in a fee setting.

Stewart Cairns for The New York Times

Pauschalen rund ums Krankenhaus: Bundled Payment

*American Hospital Association:
Bundled Payment — AHA Research
Synthesis Report. 2010*

(mit weiteren Hinweisen)

„Evidence is mixed regarding the effect of bundled payment approaches on health:

In theory, bundled payments to multiple providers surrounding a hospital episode of care should encourage care coordination and lead to improved health outcomes.

The examples of this type of bundled payment approach are limited, and the health outcomes are mixed.“

(Rand Compare)

Was in vielen Ländern und auch in Österreich (mit Ausnahme der Sonderklasse) die Regel ist — ein gemeinsames Entgelt für das Krankenhaus und die ärztliche Leistung dort — ist in den USA Gegenstand verschiedener Modellversuche, sowohl in der Vergangenheit als auch derzeit.

In der rezenten Diskussion zur Gesundheitsreform haben verschiedene Gremien und Think-Tanks Vorschläge unterbreitet (Senat-Finanzkomitee, Office of Management and Budget, Congressional Budget Office, Medicare Payment Advisory Commission, Commonwealth Fund u.a.m.)

Manche der Vorschläge gehen weiter als nur die Verbindung von Krankenhaus- und Arztentgelten und wollen (ev. vergleichbar mit manchen deutschen Modellen integrierter Versorgung) entweder Krankenhaus und Nachbetreuung in einem Paket zusammenfassen oder auch gesamt einen Krankenhausaufenthalt plus einen Zeitraum danach abdecken. Da sind dann auch Wiederaufnahmen abgedeckt (vgl. unten Prometheus).

Die Fragen, die sich bei der Gestaltung der Pauschalen stellen sind in einer Zusammenfassung der AHA jüngst aufgelistet worden:

- Welche Leistungen und Episoden eignen sich für solche Pauschalen?
- Welche Leistungserbringer und welche Leistungen sollen dabei pauschaliert werden?
- Wenn verschiedene Leistungserbringer eingebunden sind, wer ist verantwortlich für die ganze Episode?
- Welcher Zeitrahmen ist für eine pauschalierte Episode angemessen?
- Welche Voraussetzungen muss eine Organisation erfüllen, mit der eine solche Pauschale vereinbart werden kann?

- Wie setzt man den Preis fest?
- Wie bringt man eine vernünftige Risikoadjustierung in die Pauschalen ein?
- Welche Daten braucht man um das Verfahren zu unterstützen und zu kontrollieren?

Bei diesen Fragen ist noch vieles offen und soll eben in den Modellversuchen getestet werden. Die bisherige Evidenz sei eher gemischt, meinte eine Zusammenfassung der Rand. Die bisherigen Erfahrungen (vgl. Tabelle unten) mögen aus amerikanischer Sicht interessant wirken, angesichts der hohen Preise in Übersee sind das aus europäischer Sicht keine „Reißer“.



American Hospital Association: Bundled Payment — AHA Research Synthesis Report. 2010
<http://www.hret.org/bundled/resources/BundledPayment.pdf>

RAND HealthCOMPARE: Analysis of Bundled Payment; 2010 <http://www.randcompare.org/analysis-of-options/analysis-of-bundled-payment>.

Hackbarth, G., Reischauer, R., Mutti, A. Collective Accountability for Medical Care: Toward Bundled Medicare Payments. N Engl J Med. 2008;359:3-5.

de Brantes F, Rosenthal MB, Painter M. Building a Bridge from Fragmentation to Accountability - The Prometheus Payment Model. N Engl J Med. 2009;361:1033-6. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0906121>

Box 1 – Sample Bundled Payment Programs

Medicare's Participating Heart Bypass Center Demonstration: Under this demonstration, which ran from 1991 to 1996, seven hospitals received a single payment covering hospital and physician services for coronary artery bypass graft (CABG) surgery. The participating hospitals received a single payment and determined how they would share the amount with physicians. The payment rate was also updated based on the Medicare hospital prospective payment and physician fee schedule rates.

Medicare's Cataract Surgery Alternate Payment Demonstration: From 1993 to 1996, this demonstration project used a negotiated bundled payment option for all services routinely provided within an episode of outpatient cataract surgery, including physician and facility fees, intraocular lens costs, and the costs of selected pre- and postoperative tests and visits. Payment rates were determined by competitive bidding and were 2 to 5 percent lower than the non-demonstration payment rates.

Geisinger Health System's ProvenCare: Under this program, which began in 2006, payment is bundled for all non-emergency coronary artery bypass graft (CABG) procedures including the preoperative evaluation, all hospital and professional fees, and management of any complications (including readmissions) occurring within 90 days of the procedure.

Dr. Johnson and Ingham Medical Center: In 1987, an orthopedic surgeon partnered with a local hospital to offer a fixed price for knee and shoulder arthroscopic surgery, which included all related physician and hospital charges for surgery and any subsequent service for two years after surgery.

Medicare's Acute Care Episode Demonstration: Beginning in 2009, Medicare pays the five participants a flat fee to cover hospital and physician services for cardiac care (CABG, valves, defibrillators, pacemakers, etc.) and orthopedic care (hip and knee replacement). The participating sites have the discretion to reward clinicians and other hospital staff who meet certain quality and efficiency goals.

PROMETHEUS Payment, Inc.: With grants from the Commonwealth Fund and the Robert Wood Johnson Foundation, PROMETHEUS is developing a bundled payment system to cover a full episode of care for acute myocardial infarction, hip and knee replacements, CABG, coronary revascularization, bariatric surgery, and hernias. PROMETHEUS was implemented in three sites in 2009.

Quelle: AHA

NEJM 2009;



A 63-year-old white man with chest pain and a history of unstable angina is admitted to a teaching hospital. The patient has hypertension and diabetes. An electrocardiogram reveals ST-segment elevation in the lateral leads. The man is taken to the cardiac catheterization laboratory, where coronary angiography reveals severe triple-vessel disease as well as 60% stenosis of the left main coronary artery. A left ventriculogram shows mitral regurgitation (grade 2 to 3) with papillary muscle dysfunction. The patient is then taken urgently to the operating room, where he receives two venous grafts and a left-internal-thoracic-artery graft. In addition, a mitral-valve reconstruction procedure is performed to correct the mitral regurgitation. The surgery is a success, and the patient returns to the intensive care unit in stable condition. However, his blood sugar is out of control, and he requires an insulin drip. His stay in the intensive care unit is prolonged by 2 days, and he must stay another day in the step-down unit. He is discharged 8 days after surgery in stable condition. One week after discharge, he is readmitted for a wound infection in his leg from the vein harvest site. He requires wound débridement and a course of antibiotics.

Under fee-for-service payment, the hospital would receive \$47,500 for the bypass surgery, and the surgeon would receive \$15,000 for performing the procedure. The extended hospital stay that was necessitated by the uncontrolled diabetes would result in an additional \$12,000 for the hospital and \$2,000 for the physician, and the readmission costs would total \$25,000, for a grand total of \$101,500.

Under Prometheus, the case-payment rate for this patient would include a severity-adjusted budget for typical costs of \$61,000 for the hospital and \$13,000 for the physician. The severity-adjusted allowance for PACs would be \$15,300, for a total budget of \$89,300. Had the readmission been prevented, the hospital and physician would effectively have earned a bonus of \$12,800 (\$101,500 – \$25,000 = \$76,500, which is \$12,800 less than the Prometheus budget).

Prometheus in Practice

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2008

Schlußfolgerung

Und?

Das Landeskrankenhaus Bruck an der Mur hat vieles von dem, was sich die Reformer wünschen:

- Es hat angestellte Ärzte, die nicht gegeneinander ums Geld laufen müssen.
- Es hat fachärztliche Betreuung rund um die Uhr in allen Abteilungen (incl. Neurohospitalist).
- Es hat Fachärzte auf der Intensivstation.
- Es wird nicht nur gebündelt budgetiert (LKF), sondern überhaupt mit einem Budget vom Rechtsträger

Wenn jetzt also jemand kommt, mit ganz druckfrischen eben publizierten Papieren und sagt Bruck brauche dringend ein Rapid Response Team, eine andere Organisation der Ambulanz, eigene Sonographen, Endoscopisten, Phlebotomisten, lauter klinische Pfade, studiertes Pflegepersonal, die Anästhesie könnten auch geschulte Pflegekräfte machen usw. usf., dann wird man gut beraten sein, zu prüfen, ob nicht die ganz andere Organisation unserer Krankenhäuser zur Frage führt: Kann man das übertragen, was da in den Publikationen steht? Würden die Effekte auf Qualität und Kosten bei uns auch so sein?

LKH Bruck an der Mur



„Journal für Gesundheitsökonomie“

Markus Narath

markus.narath@gmx.at
markus.narath@chello.at

Kohlbachgasse 38
8047 GRAZ

Noch ein letzter Tipp für Nostalgiker:

Das Buch ist dreißig Jahre alt, aber der Einblick in den Arbeitsalltag der jungen Ärzte an einem berühmten Krankenhaus in Boston — dem Beth Israel Spital

ist noch immer lesenswert.

