

mehrfach getestet und verbessert worden ist. Das übergeordnete Ziel des QBM ist es, einen zentralen Beitrag zur Sicherung einer hohen und stabilen Behandlungsqualität in der hausärztlichen Praxis sicherzustellen und zu entwickeln und dadurch einen Nutzenzuwachs für Patienten und Hausärzte zu erzielen.

Die weiteren Ziele des QBM sind:

- Den Hausärzten (Grundversorgern) anhand von Sensibilisierungsindikatoren einen Einstieg in qualitätsrelevante Themen zu ermöglichen.
- Die vertiefte Auseinandersetzung mit qualitätsrelevanten Themen anhand von ausgewählten Vertiefungsindikatoren zu ermöglichen.
- Das Auslösen von Verbesserungsmaßnahmen (Qualitätsentwicklung) aufgrund der erhobenen Daten zu unterstützen.

Die Bearbeitung der Indikatoren (Datenerhebung) erfolgt ausschliesslich über eine Online-Plattform und zwar zwei-

mal jährlich in einem Zeitraum von jeweils neun Wochen. In dieser Zeitperiode werden ausgewählte Kennzahlen erfasst. Befragt werden die Hausärztinnen und Hausärzte, die MPAs und einmal pro Jahr auch die Patientinnen und Patienten.

Das QBM ist in einem Konzept und dem dazugehörigen Stufenmodell umfassend beschrieben und ein Datenreglement stellt den richtigen Umgang mit den Daten sicher. Die Unterlagen sind auf der Homepage zum QBM [www.vedag-qbm.ch](http://www.vedag-qbm.ch) oder über die Demoversion abrufbar. Die Demoversion steht allen Interessierten ab Mitte August 2012 ebenfalls auf der Homepage QBM zur Verfügung, der Routinebetrieb startet im Oktober 2012.

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule (KPZ QM BFH) hat das Projekt seit Beginn als wissenschaftlicher Betreiber und Berater unterstützt. In dieser Funktion hat es die nötigen Expertenrunden durchgeführt, wo nötig Expertisen eingebracht

und vor allem die Online-Plattform entwickelt. In dieser Funktion wird das KPZ QM BFH auch den Routinebetrieb begleiten und die nötigen Supportleistungen zur Online-Plattform sicherstellen. Aus Sicht der KPZ QM BFH überzeugen beim QBM die konsequente Führerschaft und die vorbildhafte Motivation der involvierten Hausärztinnen und Hausärzte (Grundversorger), welche sich weder durch Rückschläge, Angriffe und/oder methodische Schwierigkeiten vom Weg abbringen liessen. In diesem Sinn ist das QBM weder Bürokratie noch Frustration, sondern einfach eine gute Grundlage, um sich mit dem Thema Qualität auseinanderzusetzen und wo nötig und sinnvoll Verbesserungen auszulösen, also ganz im Sinne des klassischen Qualitätsmanagements: Qualität sichern – Qualität entwickeln!

*Prof. Philipp Schneider, Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, Berner Fachhochschule BFH, Bern  
philipp.schneider[at]bfh.ch / [www.qm.bfh.ch](http://www.qm.bfh.ch)*

## Sinnlose Wettbewerbe im Gesundheitswesen

**Qualität in der Medizin lässt sich nicht an bestimmten, messbaren Kennzahlen festmachen. Qualitativ gute Leistungen entstehen im Rahmen einer möglichst freien, stimulierenden Umgebung und nicht als künstlich inszenierte Wettbewerbe.**

Im Zuge einer zunehmenden Markt- und Wettbewerbsgläubigkeit wurde in den letzten Jahrzehnten damit begonnen, überall dort künstliche Wettbewerbe zu inszenieren, wo es keinen Markt gibt, um auch Bereiche wie Wissenschaft, Bildung oder das Gesundheitswesen auf Effizienz zu trimmen. Mit missionarischem Eifer werden auf diese Weise Leistungsanreize gesetzt, doch was dabei als Leistung herauskommt, ist in Wirklichkeit ein gigantischer Unsinn. Die künstlich inszenierten Wettbewerbe sorgen aber im Gegensatz zu einem funktionierenden Marktwettbewerb nicht dafür, dass die Produktion optimal auf die Bedürfnisse der Nachfrager angepasst ist. Nur wo Wettbewerb und Markt zusammenfallen und Marktwettbewerb herrscht, kann die von Adam Smith erstmals beschriebene «unsichtbare Hand» unter bestimmten Bedingungen über das Preissystem wirken und für Effizienz sorgen. Bei Wettbewerben ohne Markt ist das hingegen nicht

der Fall. Statt an den Bedürfnissen der Nachfrager orientieren sich die Produzenten eines Produktes oder einer Leistung an irgendwelchen Kennzahlen oder Indikatoren, die für den Erfolg im Wettbewerb massgebend sind. Die Ausrichtung an diesen Kennzahlen führt jedoch nicht zu Effizienz, sondern sorgt für perverse Anreize, die dann folgerichtig auch perverse Resultate ergeben.

Besonders gravierend sind die sinnlosen Wettbewerbe auch im Gesundheitswesen. Über lange Zeit wurden dort Ärztinnen und Ärzten einfach ihre Behandlungskosten von den Krankenkassen bezahlt und Spitäler wurden nach den von ihnen erbrachten Leistungen entschädigt. Ein solches System setzt allerdings keinen Anreiz, effizient zu arbeiten oder besonders qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen, da man seine Kosten ja unbeschränkt abrechnen kann und die Qualität der Leistung nicht berücksichtigt wird. Seit geraumer Zeit glaubt man deshalb auch hier, die neue, angebliche Wunderwaffe der künstlich inszenierten Wettbewerbe einsetzen zu können, um mehr Effizienz und bessere Qualität zu erzielen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist bereits erfolgt: die Einführung von Fallpauschalen, mit denen stationäre Behandlungen in Spitä-

lern pauschal mit einem bestimmten Betrag abgegolten werden. Auf diese Weise wird indirekt ein Kostenwettbewerb zwischen den Spitälern in Gang gesetzt, der zu einer Senkung der durch Spitäler verursachten Gesundheitskosten im stationären Bereich führen sollte. In der Realität «sparen» die Spitäler jedoch vor allem auch dadurch, dass sie ihre Kosten zu Lasten der ambulanten Versorgung reduzieren, wo die Kosten dann entsprechend ansteigen. Und zudem versuchen sie, mit möglichst standardisierten Behandlungen und einer «Optimierung der Patientenportfolios» möglichst hohe Fallpauschalen herauszuholen.

Ein noch drastischerer Schritt in Richtung mehr Wettbewerb steckt bei uns noch in den Anfängen: das sogenannte Pay-for-Performance-Programm (P4P). Dabei geht es um eine leistungsorientierte Vergütung von Ärzten, die dann je nach Qualität ihrer Behandlungen mehr oder weniger Geld von den Krankenkassen bekommen werden. Solche Programme sind in den USA oder in England schon seit längerer Zeit eingeführt. In Deutschland steckt man zurzeit jedoch noch in einer Versuchsphase. Bei P4P soll die «Qualität» von ärztlichen Dienstleistungen mit Hilfe von Indikatoren und Zielparametern gemessen und dann auch

honoriert werden. Mit dieser Leistungsvergütung wollen die Kassen gute Ärzte und Praxisnetze belohnen – und gleichzeitig sparen, da gute Behandlungen insgesamt zu einer gesünderen Bevölkerung führen sollten, die dann insgesamt weniger Kosten verursachen würde.

Klingt wie ein Märchen und ist auch eins. Genau wie in der Wissenschaft lässt sich in der Medizin die Qualität nicht an bestimmten messbaren Kennzahlen festmachen. Denn was macht einen guten Arzt oder ein gutes Praxisnetz wirklich aus? Ist es der Prozentsatz der Patienten, die nach einer Operation keine Komplikationen aufweisen? Ist es die Gesprächsbereitschaft des Arztes, der sich Zeit für einen Patienten nimmt? Oder ist es der Arzt, der alles streng nach Vorschrift abwickelt? Auch mit hunderten von noch so ausgeklügelten und aus gemessenen Daten berechneten Indikatoren kann die Qualität nicht adäquat erfasst werden.

Was man jedoch ausgezeichnet mit P4P kann, ist, den Ärzten perverse Anreize zu setzen. Und diese reagieren dann auch, indem sie immer mehr unnötige Untersuchungen durchführen oder vorschnell Medikamente verschreiben, weil das zu mehr gemessener «Qualität» führt.

Das Fazit aus diesen Überlegungen ist eindeutig: Schluss mit diesen künstlichen Wettbewerben. Qualitativ gute Arbeit und Höchstleistungen entstehen dadurch, dass man fähigen und motivierten Menschen die Chance gibt, sich in einer möglichst freien, stimulierenden Umgebung zu entfalten. Deshalb ist es kontraproduktiv, Wissenschaftler, Professoren, Lehrer und Ärzte unter den Generalverdacht der Leistungsverweigerung zu stellen und in jedem ein potentiell schwarzes Schaf zu vermuten, aus dem man eine gute Leistung mit einem Zuckerbrot herauskitzeln oder mit der Peitsche herausprügeln muss. Auf diese

Weise verdrängt man erstens die intrinsische Motivation der eigentlich begabten und motivierten Menschen, wodurch echte Höchstleistungen mehr und mehr ausbleiben. Und zweitens holt man aus unmotivierten und/oder wenig fähigen Menschen selbst mit noch so grossen Zuckerbroten und drohend schwingenden Peitschen keine Höchstleistungen heraus. Was diese dann wirklich produzieren, ist quantitativ messbarer Unsinn, den niemand braucht, während die wahre Qualität immer mehr verdrängt wird.

*Prof. Dr. Mathias Binswanger*

Mathias Binswanger ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten. Er ist Autor des 2010 erschienenen Buches «Sinnlose Wettbewerbe – Warum wir immer mehr Unsinn produzieren».

## Sinn und Unsinn der Qualitätssicherung in der Haus- und Kinderarztpraxis

**Niedergelassene Haus- und Kinderärzte kämpfen schon seit langem für ein angemessenes Einkommen. Dem stehen zwei Hindernisse im Weg: die steigenden administrativen und technischen Anforderungen an die «Qualität» und eine Arbeitsauffassung, die sich primär am Patienten und weniger am Umsatz orientiert.**

Wir Hausärzte versuchen so effektiv, effizient und kostengünstig wie möglich unsere Patienten zu beraten, zu betreuen und zu therapieren – nach bestem Wissen und Gewissen –, so wie wir es dem Hippokrates geschworen haben. Diese Berufsauffassung wird uns aber zunehmend erschwert. In der Praxis werden wir mit hohen Anforderungen an Qualitätsmanagement und Qualitätssicherheit konfrontiert, die von Jahr zu Jahr komplexer, arbeitsaufwendiger und damit teurer werden. Externe Firmen werden von den kantonalen Ärztesellschaften beauftragt, unsere Qualität in der Praxis zu überwachen. Für teures Geld. Unser Geld.

### **Neueinsteiger werden behindert statt gefördert**

Ein junger Kollege, der sich niederlassen möchte, muss heute hohe (administra-

tive) Hürden überwinden und viel Geld in die Hand nehmen. Dabei gebärden sich die Kreditinstitute zunehmend kritischer und restriktiver, vor allem, wenn es um einen Kredit für eine Hausarztpraxis geht. Auch die Banken wissen, dass sich mit einer Spezialarzt- oder einer Anwaltspraxis mehr Geld verdienen lässt. Wenn die Kredithürde überwunden ist, folgen weitere, zum Beispiel die Notwendigkeit von Spezialmitgliedschaften (FMH etc.), um überhaupt als niedergelassener Arzt arbeiten zu können.

Dazu kommen Auflagen bei der Wahl verschiedener Gerätschaften, die im Labor notwendig sind. Für einen neu niedergelassenen Kollegen ist es neuerdings notwendig, einen prionensicheren Sterilisator zu kaufen. Dieser ist doppelt so teuer als der einfache, früher gebräuchliche, der alle Viren und Bakterien und Pilze abtötet. Fragt sich, ob diese Prionensicherheit die Patientensicherheit wirklich verbessert. Haben wir bei einer kleinchirurgischen Tätigkeit (z.B. Molusken entfernen) wirklich Prionenkontakt und müssen den um jeden Preis meiden?

### **Beispiel Praxislabor**

Wer ein Praxislabor führen will, wird zur Kasse gebeten. Damit man überhaupt ein Labor in der Praxis betreiben darf, wird

vorab die Teilnahme an einem Laborkurs verlangt. Was aber wäre eine Hausarztpraxis wert, ohne die Möglichkeit zu haben, ein kleines Blutbild, ein CRP, eine Urinanalyse oder eine Bakterienkultur zur Infektdiagnostik herzustellen? Natürlich könnte man diese Blutanalysen auch outsourcen, wie es so schön heisst. Dies käme uns im Vergleich zum eigenen Labor kostengünstiger, wenn man eine Vollkostenrechnung macht (Arbeitszeit MPA für Analysen, Arbeitszeit MPA für Qualitätskontrolle 4× jährlich, Kosten der Ringversuche inkl. Kontrollblut 4× jährlich, Kosten der Analysengeräte inkl. Analysenkits und -material, Kosten der Wartungsverträge aller Geräte).

Im Klartext: Das eigene Labor rechnet sich oft nicht mehr, im Gegenteil: Je nach Zahl der Analysen legt man Geld aus der eigenen Tasche dazu. Wir Hausärzte verdienen an diesen Blutanalysen nicht nur nichts, wir zahlen zuweilen noch drauf. Und trotzdem wollen wir das Labor behalten, nicht zuletzt, weil wir die Patienten sofort informieren wollen, wie es um sie steht, und weil wir ihnen nicht zumuten wollen, am Folgetag nochmals zu kommen. Wir verzichten damit auch auf eine Einnahmequelle und tragen das unsrige zum Kostensparen im Gesundheitswesen bei.