

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.

Beispiel Medikamentenabgabe

Wer in einem Kanton mit eigener Medikamentenabgabe abrechnet, wird seit rund zwei Jahren kräftig zur Kasse gebeten und muss zahlreiche Anforderungen an die Medikamentenhaltung erfüllen, um die Qualitätssicherheit zu gewährleisten. Natürlich gab es früher Kollegen, die Medikamente qualitativ ungenügend – in zu feuchter oder zu warmer Umgebung – lagerten. Heute passiert dies nicht mehr, weil uns externe Firmen, die von den kantonalen Gesellschaften beauftragt werden, regelmässig überwachen und von uns exakteste Buchführung und Kontrolle verlangen. Der administrative und finanzielle Aufwand ist beträchtlich – erst recht dann, wenn die Kontrolle vor Ort stattfindet.

Jeder und jede von uns muss einen Einführungskurs durchlaufen, damit wir mit den Gepflogenheiten dieser Kontrollorgane vertraut werden, und damit wir alle Daten und Fakten zur Medikamentenabgabe nach einem bestimmten Schema festhalten. Dazu gehören Protokolle der Kühlschranktemperatur (minutiös stündlich, jeden Tag), Protokolle der Ein- und Ausgänge und der Ablaufdaten der Medikamente, eine Liste der zugelassenen Medikamente (es dürfen nicht alle Medikamente abgegeben werden, Beispiel: Macrogolum 4000 – sehr bewährt bei Kinderärzten, da elektrolytfrei und in neutralem Geschmack, ein Abführmittel – darf in der Praxisapotheke nicht stehen ... warum?), eine Liste der Reinigungsarbeiten im Medikamentenschrank usw.

Diese Inspektionen kosten 1500 Franken. Wenn man die kleinen oder grösseren Umbauarbeiten einrechnet, die fast jeder für seine Umluft-Kühlschränke, Temperaturmessgeräte und Medikamentenschrankaufteilung vorgenommen hat, wird es deutlich teurer. Die Zeit, die der Praxisinhaber für diese Umgestaltung (Ordner erschaffen, MPA-Instruktion) investiert hat, ist in dieser Kalkulation nicht eingerechnet.

Beispiel Fortbildung

Wir bezahlen seit ewiger Zeit unsere ärztliche Fortbildung aus eigener Tasche, was sich auf einige tausend Franken pro Jahr beläuft. Damit soll nicht die Fortbildungspflicht als solche in Frage gestellt werden, denn diese ist für die meisten von uns selbstverständlich, sondern die Reglementierung dahinter.

Diese Fortbildung ist seit neuestem auch im Internet abrufbar – auch für die Krankenkassen, die nun auf ei-

nen Blick sehen, ob ich eine «gute» Ärztin bin und meine Fortbildung «brav» mache, und ob ich es auch «verdiene», über die TARMED-Positionen abrechnen zu dürfen. Das ist ein Instrument mehr für die *santésuisse*, uns Ärzte genau zu überwachen. Sollte der Kontrahierungszwang je aufgehoben werden, so hat *santésuisse* mit dem direkten Einblick in den FB-Stand jedes einzelnen Arztes ein Instrument mehr zur Selektion.

Immerhin haben wir die Fortbildungspflicht selber via Fachgesellschaften in der Hand.

Aber wenn ich mich zum Beispiel in Deutschland fortbilde, kann es sein, dass ich nicht genügend FB-Kredits erhalte und somit nicht das Zertifikat bekomme, das ich für meine Dignität als Kinderärztin benötige. Das kann zur Folge haben, dass ich nicht mehr abrechnen kann mit dem Krankenkassenkonkordat. Dann kann ich meinen Job an den Nagel hängen. Denn Privatpatienten unter Kindern gibt es nicht.

Qualität: Kontrollwahn oder sinnvolle Sicherheitsmassnahme?

Anhand dieser drei Beispiele möchte ich die Frage stellen, ob solche «Qualitäts-Interventionen» unsere Arbeit wirklich verbessern. Und ob sie wirklich im Interesse der Patienten liegen. Wir hätten gerne mehr Zeit für unsere Patienten, um im persönlichen Gespräch Lösungen zu finden, um Schmerzen zu lindern und Krankheiten zu heilen. Dafür brauchen wir nicht mehr externe Qualitätskontrollen, sondern schlicht und einfach mehr Zeit – die bezahlt werden sollte. Stattdessen nimmt der administrative Aufwand heute überhand und führt u.a. dazu, dass – zusätzlich zur finanziellen Hürde – immer weniger junge Ärzte motiviert sind, in die Praxis zu gehen.

Grundsatzdiskussion lancieren

Vor diesem Hintergrund sollten wir eine grundsätzliche und öffentliche Diskussion lancieren, was in Sachen Kontrolle und Qualität sinnvoll, und was unsinnig und hinderlich ist. Vor allem muss die Frage aufs Tapet: Müssen wir diese



Qualitätssicherung wirklich selber bezahlen? Wieso sollen dies nicht die Krankenkassen übernehmen, die doch von Massnahmen zur Qualitätssicherung auch profitieren?

Wir müssen uns stärker für unsere Anliegen engagieren, denn für den Status quo heute sind wir nicht ganz unschuldig. Wir haben in den letzten zwei Jahrzehnten zu wenig für unsere Anliegen getan, so dass wir immer wieder von den anderen Playern im Gesundheitswesen über den Tisch gezogen wurden (Beispiel TARMED). Das wiederum könnte mit unserer Arbeitsauffassung und -einstellung zu tun haben.

Wer arbeitet ausser den Haus- und Kinderärzten heute noch gratis, oder legt – Beispiel Praxislabor – noch Geld drauf? Tun wir es aus Goodwill für unsere Patienten? Oder weil wir so nett oder so blöd sind?

Med. pract. Katja Heller,
Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH