

Forum



Nycocard

Die von der Firma Nycomed produzierten Nycocard zur Bestimmung des CRP in der Praxis werden nur noch für kurze Zeit produziert. Anschliessend sind von Nycomed nur noch «single tests» erhältlich, wie mir die Vertreterin der Firma mitteilte. Die Begründung: Die Krankenkassen würden die Laborposition CRP semiquantitativ (sq, von Auge mit der Farbskala abgelesen) nur noch kurze Zeit vergüten (Analysenliste 8137.10, Fr. 9.-). Um den «single test» abzulesen, braucht es ein Gerät, das ca. 1500 Fr. kostet. Die quantitative Bestimmung, die man mit diesem Reader erhält, wird mit Fr. 23.- vergütet. In den letzten Wochen verkleinerte auch der Verein für medizinische Qualitätskontrolle, bei dem wir den Ringversuch durchführen, den Toleranzbereich für die Messungen des CRP; um noch genügende Werte zu erreichen, ist man faktisch gezwungen, ein Ablesegerät zu haben.

Genauere Nachfrage beim BSV, wie lange CRP sq noch verrechenbar ist, ergab, dass eine Änderung frühestens 2005 kommt. Der Leiter des Labors für medizinische Qualitätskontrolle gab mir ebenfalls te-

lefonisch zur Auskunft, wenn ich weiterhin CRP sq verrechnen wolle, sei ich gar nicht verpflichtet, bei der Qualitätskontrolle teilzunehmen. Dies sei lediglich nötig für den quantitativen Test (Fr. 23.-).

Da ich vermute, dass andere Kollegen, die bisher mit der Nycocard arbeiteten, dieselben Informationen erhielten und jetzt von der Nycomed den Reader kaufen, möchte ich meine Erfahrungen mitteilen. Eventuell hat jemand auch Erfahrung mit einem anderen Schnelltest für CRP.

Dr. Daniela Steiger, Zürich

Réponse

La tendance actuelle au sein des membres de la Commission fédérale des analyses est la suppression des tests qualitatifs pour les déterminations pouvant être faites de manière quantitative. La raison invoquée est soutenue par de nombreuses instances: il s'agit du net manque de sensibilité et de spécificité de ces tests, souvent d'ailleurs meilleur marché. Les modifications des ordonnances d'application vont également

dans ce sens. L'introduction du contrôle de qualité interne obligatoire pour les laboratoires des cabinets médicaux permettra également de montrer que le coefficient de variation d'un test est important, tout comme la détection des valeurs consécutives, qui seront définies de manière plus sévère que pour les contrôles de qualité externes (de manière compréhensible à nouveau, car les substrats sont plus stables que ceux envoyés par la Poste).

La maison Nycomed a adapté sa stratégie de vente et elle reprend les anciens appareils avec des conditions financières très intéressantes: à chaque médecin de profiter de ces possibilités en demandant une offre à cette entreprise.

La commission de formation du CMPR (KHM) et son président se tiennent volontiers à disposition pour des renseignements complémentaires.

Dr Markus Hug, Président de la commission Laboratoire CMPR (KHM); Délégué remplaçant de la FMH au sein de la Commission fédérale des analyses; Délégué de la FMH au sein de la sous-commission QUALAB chargée d'élaborer les critères du contrôle de qualité interne



Eine alltägliche Entscheidung

Meine 82jährige, körperlich rüstige, aber völlig demente Patientin F.E. stürzt und zieht sich eine Schenkelhalsfraktur zu. Sie prägte mit ihrem stetigen Lächeln und ihrem unverständlichen Gemurmel den Alltag im Pflegeheim. Ständig muss man sie im Auge haben, damit sie nicht in den nächsten Blumentopf kotet oder in einem unbemerkten Augenblick entwischt. So ging es etwa im letzten heissen Sommer, als sie zu lange auf den heissen Granitplatten im Garten stehen blieb und sich beide Fusssohlen verbrannte ... Trotzdem haben sie alle gern, ein Zeichen, dass es ihr doch gelingt, eine gewisse minimale Kommunikation mit dem Personal aufrecht zu erhalten.

Als ich entschied, die Patientin im

Heim zu belassen und nicht ins Spital zur Operation zu schicken, löste ich einen Sturm der Entrüstung im Pflgeteam aus.

«Was ist denn das für ein Rossdoktor? Zu dem gehen wir nie, wenn wir einmal alt sind!» So etwa tönte es im Stationszimmer. Am andern Tag wurde ich von einer Vertreterin des Teams zur Wiedererwägung meiner Entscheidung angerufen.

Ich stellte mich der Diskussion mit dem Team. Ich versuchte aufzuzeigen, dass die Patientin mit Morphin schmerzfrei gehalten werden könne. Ich lieferte die Fakten, dass sie mindestens 6 Wochen bettlägerig sein werde und womöglich vorher an den Komplikationen dieser Bettlägerigkeit sterben würde (Dekubitus, Lungenentzündung etc.). Ich erwähnte die wahrscheinlichen Kosten von 10000 Schweizer Franken und stellte die Frage der Rationierung der medizinischen Leistungen offen zur Diskussion.

Das Personal wollte zuerst diese Diskussion gar nicht führen. Für das Team war meine Entscheidung klar eine Verweigerung eines Anrechtes auf bestmögliche Behandlung. Würde ich auch so handeln, wenn es meine eigene Mutter wäre ...?

Diese Frage verunsicherte mich kurz. Aber ja – ich würde auch bei ihr so handeln.

So konnte ich das Personal in die Grauzone von medizinischen Entscheidungen führen und ihm zeigen, dass Nicht-Entscheiden, respektive Entscheiden, immer alles zu machen, was machbar ist, immer einfacher ist. Man umgeht zeitraubende Diskussionen, kann sich dadurch der Kritik entziehen und schafft sich keine Feinde. Grauzonenentscheide sind letztlich immer persönliche Entscheide. Entscheidungen, etwas nicht zu machen brauchen mehr Mut, tun weh und werden von niemandem honoriert! Ich habe volles Verständnis, wenn

viele Kollegen angesichts des dauernden «Auf-den-Ärzten-Herumhackens» in der Presse und der dauernden Anpöbelungen durch die Kassenfunktionäre sich sagen: «*Ach blasius*, was geht mich das an; warum soll ich mir das Leben kompliziert machen, und so die Entscheidung an andere delegieren, die sich wiederum drum herum drücken.»

Nach der einstündigen Diskussion war das Team dankbar für die Aussprache und voller Verständnis für den gegenteiligen

Standpunkt, wenngleich nicht einverstanden. Die Pflegerinnen fühlten sich in ihrer Arbeit ernst genommen und konnten am Entscheid irgendwie mitwirken, auch wenn die letzte Entscheidung am Ende beim Arzt bleibt.

Man sieht, sparen ist aufwendig, schmerzhaft, zeitraubend und mühsam und wird von niemandem dankbar gelobt!

Ergänzung

Drei Tage später musste ich dem vereinigt

ten Druck von Beistand und Pflorgeteam nachgeben und die Patientin zur Operation einweisen. Der Beistand hätte später dauernde Gewissensbisse, «nicht alles für die Tante gemacht zu haben» bis hin zu Vorwürfen, sie vorzeitig beerben zu wollen.

Ich versuchte noch zu erklären, dass alles machen nicht immer heisst, das richtige zu machen, aber eben ..., sparen sollen die andern ...

Peter Hirzel, Allgemeinpraktiker, Göschenen

Korrigendum

Betrifft: 1 Jahr Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker Aarau (QZ-AAA). PrimaryCare 2003; 3:814–7 (Heft 41).

Leider ist in diesem Artikel die Liste der 9 beteiligten Ärzte des QZ-AAA auf der ersten Seite verlorengegangen. Wir publizieren sie hier nachträglich und bitten die Kollegen um Entschuldigung für das Missgeschick.

Die Redaktion

Die 10 am beschriebenen Projekt beteiligten Ärzte: Dres med. René von Allmen, Suhr; Hans Ruedi Baumberger, Aarau; Manfred Eichenberger, Aarau; Rolf Hugentobler, Küttigen; Roman A. Lehner, Buchs; Christian Ludwig, Aarau; Jürg Peter Matter, Buchs; Othmar Suter, Suhr; Andreas Waldvogel, Erlinsbach; Fritz Weber, Buchs