

Leserbriefe

Überversorgung, Unterversorgung, optimale Versorgung ...?



Im Zusammenhang mit der Santésuisse-Statistik und den mit viel Vehemenz verfolgten Rückforderungen frage ich mich immer wieder: Wie ist das eigentlich mit denjenigen ÄrztInnen, die unter 80% liegen, oder sogar unter 70%? Müssten die Kassen hier nicht ebenso aktiv werden, eine Unterversorgung ihrer Versicherten reklamieren und dafür sorgen, dass auch diese in den Genuss des «Santésuisse-Standards» kommen? Oder könnte es sein, dass die optimale Versorgung ihrer Versicherten gar nicht das höchste Ziel der Krankenkassen ist ...?

Dr. med. Stefan Schneider, 8598 Bottighofen TG

1 Saner B. Die Spirale dreht sich oder: Weshalb wir immer «billiger» werden müssen / Pris dans la spirale infernale ... ou pourquoi nous sommes condamnés à devenir sans cesse «meilleur marché» ... PrimaryCare 2004;4:599-600.

Schiedsrichter, Hausarzt, gelbe und rote Karten



Haben Sie sich den Fussballmatch Schweiz-Irland auch angeschaut? Alles war vergebens, das Resultat lautete nur 1:1! Der ganze Rummel hat sich also gar nicht gelohnt. Trotzdem klingeln die Kassen der entsprechenden Organisatoren der Sportveranstaltung. Jede Krankenversicherung sollte neidisch werden, wenn sie trotz einem solchen Nullrundenspiel derartige Einnahmen hätte. Trotzdem bleibt ein fahler Nachgeschmack übrig: Unter den Sportlern fand man kaum ein lachendes Gesicht, welches Freude am Sport hätte zeigen sollen. Oft fanden wir Fussballer am Boden liegend, mit schmerzverzerrtem Gesicht, man wartete auf die Bahre, auf die Ambulanz usw. Nichts von alledem: Sobald der Schiedsrichter Foul gepfiffen hatte und der «verletzte» Fussballer den Ball wieder

sah, vergass er all seine Verletzungen und war wieder voll einsatzfähig. Ich weiss nicht, was in solchen Momenten im Kopf eines Schiedsrichters herumgeistert. Mir als Arzt wäre nicht ganz wohl bei der Sache, wenn ich solche «Patienten» betreuen müsste.

Natürlich kann und darf ich auch «echt» kranke Patienten mit gutem Gewissen mit einem blauen Zeugnis honorieren und so eine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Dies entspricht im Fussball einem ehrlichen Foul. Leider sehen wir aber im Fussball und in unserer Sprechstunde auch sehr gute Schauspieler, wo es weder Verletzte noch Kranke gibt.

Der Schiedsrichter hat allerdings uns Ärzten eines voraus: Er hat eine gelbe und rote Karte. Ab und zu möchte auch ich als Arzt solche Karten verteilen, um den Patienten autoritär zeigen zu dürfen, was wir von gewissen (Pseudo-) Leiden halten.

Sowohl Fussball als auch die Medizin sind im Moment degeneriert. Hoffen wir, dass es bald wieder gesunden Sport und eine Medizin mit «echt» Kranken gibt. Auf beiden Seiten könnte man so viel Geld sparen.

Dr. med. Jean-Pierre Grob, 4657 Dulliken

Sinn und Unsinn der Laborqualitätskontrollen

Nachdem sich nun so vieles auf den Tarmed konzentriert, vergessen wir ganz den Blick auf andere, meines Erachtens ebenso unsinnige Entwicklungen.

Voraus sei gesagt: Ich bin kein Gegner der Qualitätskontrolle im Labor. Auch für mich ist es wichtig, zu wissen, ob mein Labor mir richtige Resultate liefert. So habe ich auch lange vor dem Obligatorium freiwillig beim Qualitätszentrum mitgemacht. Die heutige Situation entwickelt sich nun aber derart, dass ich glaube, dass die SGAM, die SGIM und das KHM sich unbedingt einsetzen müs-

sen, um den neusten Entwicklungen Einhalt zu gebieten.

Wenn ich meine Qualität kontrolliere, so möchte ich möglichst praxisnahe Vorgänge abwickeln. Alle vorherigen komplizierten Vorbereitungen der mir zugestellten Lösungen ergeben weitere Fehlerquellen, die im Alltag sonst nicht auftreten.

Diesbezüglich ist die heutige obligatorische Keimzahlqualitätskontrolle ein purer Unsinn. Wir müssen die zugestellten Lösungen inkubieren, verkehrt einlegen, warten, bis sich die Bakterien «aufgelöst» haben etc. etc. Im normalen Ablauf habe ich einen Urinbecher, in den ich den Slide einfach eintauche. Fehlerquellen treten da höchstens noch wegen der falschen Temperatur des Inkubators auf oder bei der Gewinnung des Mittelstrahls. Ich frage mich nun wirklich, was dieser Unsinn und all diese Vorbereitungen für eine Qualitätskontrolle der Urin-Keimzahl sollen. Die Inkubator-Temperatur kontrollieren wir selber mittels Thermometer.

Ähnlich verläuft die Quick-Kontrolle. Auch hier müssen die Blutlösungen zuerst vorbereitet werden mittels eines sonst nicht notwendigen Handlings.

Ich möchte festhalten: Auch mir liegt (fest!) daran, eine gute Qualität in meinem Labor zu haben. Ich bin auch bereit, eine gute Qualitätskontrolle durchzuführen und bei externen Kontrollen auch etwas dafür zu bezahlen. Aber zur Zeit wird die ganze Pääanalytik für die obligatorische Qualitäts-Kontrolle auf den Kopf gestellt. Das ist absolut unsinnig.

Ich denke, es ist Zeit, die ganze Qualitätsabwicklung unseres Praxislabors neu überdenken zu lassen und die externen Qualitätskontrollen praxisgerechter zu gestalten. Wo das nicht möglich ist, ist ein Verzicht besser als diese pure Alibi-Übung.

Dasselbe gilt auch für die Qualitätskontrolle des weissen Blutbildes (Diff.), dessen Wertigkeit ich allerdings noch nicht ganz überschauere. Mir scheint aber auch hier der Sinn und die Aussagekraft zweifelhaft.

Fazit: Ja zur Qualitätskontrolle, aber nur wenn eine praxisnahe und -identische Bearbeitung des Materials möglich ist. Ich bin gespannt, was die *Kollegen* dazu meinen.

Hans-Ueli Brack, 9402 Mörschwil

Réplique

La lettre du collègue Brack soulève quelques questions fondamentales adéquates sur le contrôle de qualité externe des cultures d'urine et elle mérite les commentaires suivants:

■ Les contrôles de qualité externes (CQE) sont obligatoires et les résultats de la participation à 4 envois sera soumise directement aux partenaires des assurances sociales: les sanctions sont actuellement encore toujours discutées et seule la QUALAB a la compétence de soumettre aux commissions paritaires cantonales les confrères ne remplissant pas les critères acceptés par les différents membres de cette commission d'assurance qualité (en particulier la FMH); les résultats des contrôles de qualité externes sont obtenus avec des moyennes arithmétiques qui peuvent être discutées mais les marges sont assez larges pour permettre à la très grande majorité des laboratoires de remplir les conditions.

■ Je participe en tant que délégué de la FMH à la sous-commission de la QUALAB chargée de la définition du contrôle de qualité interne (CQI) et nous avons récemment soumis à cette dernière le document de synthèses consensuel; les laboratoires des cabinets médicaux seront probablement tenus de faire des contrôles de qualité interne toutes les deux semaines en reportant les résultats sur le Journal du laboratoire; les critères de précision seront plus sévères et des coefficients de variation de l'ordre de 5% seront exigés des divers paramètres. Il faut bien convenir que ce contrôle permettra de détecter beaucoup plus rapidement des insuffisances de pré-analytique ou des erreurs de mesure liées à l'appareil.

■ L'industrie du laboratoire, en particulier Roche Diagnostics, envisage de mettre à disposition de leurs clients des substrats liquides (et non plus solides comme actuellement) pour les contrôles de qualité interne et ce service à la clientèle faciliterait nettement le travail de nos collaboratrices.

■ Nous mettons actuellement en route sur le plan suisse une étude du coût réel du laboratoire du cabinet médical (work-flow analysis) et tout le processus sera analysé dans une cinquantaine de cabinets. Nous collaborons avec le Professeur

Szucs qui a déjà effectué l'étude du laboratoire du praticien en 2000 et je vous suis reconnaissant d'accepter de participer à cette étude fondamentale pour le maintien du tarif actuel, si vous êtes invité(e).

■ *Le laboratoire du cabinet médical a une chance de survivre* pour autant qu'il présente une qualité contrôlable et contrôlée, d'une valeur proche de celle offerte par les laboratoires d'analyses médicales et toutes ces contraintes vont dans ce sens.

■ Pour revenir à la problématique soulevée par notre confrère, je partage avec lui les doutes sur le contrôle de qualité des cultures d'urine, car les facteurs externes ajoutés à ceux des éléments de la pré-analytique sont trop nombreux et rendent les résultats aléatoires.

Je me réjouis de voir les réponses des autres confrères à cette lettre de lecteur.

Dr Markus Hug, 2800 Delémont

Président de la Commission Laboratoire du praticien du CMPR (KHM), délégué de la FMH dans la CFA (ALK) et la REVAL, délégué du CMPR dans la SULM, membre du Comité de rédaction de «Pipette»