

Leserbriefe

Abschaffung der Methadonbehandlung beim Grundversorger



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Immer weniger ärztliche Grundversorger führen Opioidsubstitutionsbehandlungen durch. Im Kanton Zürich hat sich die Zahl der beteiligten Ärztinnen und Ärzte etwa halbiert, und die Zahl der bei Grundversorgern opioidsubstituierten Patienten ist um ein Drittel zurückgegangen. Dies alles kommt nicht zufällig, sondern spiegelt die systematische Benachteiligung der ärztlichen Grundversorgung beispielhaft wider.

Kürzlich hat der Präsident der FMH, Jacques de Haller, ohne Absprache mit den betroffenen Grundversorgerärzten einen Vertrag mit der santésuisse abgeschlossen, welcher dazu führt, dass die Mehrzahl der Methadonabgaben in der ärztlichen Praxis nicht mehr verrechnet werden können. Nur wenn die Patienten dazu gezwungen werden, mindestens dreimal pro Woche in die Praxis zu kommen, steht dem behandelnden Hausarzt eine Wochenpauschale von 40.– Franken zu, sonst erfolgt die ärztliche Abgabe ohne Anspruch auf Entgelt. Die Abgabe und Kontrolle von Subutex® lassen sich ebenfalls nicht in Rechnung stellen. Massgebend für die Abrechnung ist der Anhang 1 der «Krankenkassen-Leistungsverordnung» KLV. Dort ist die Abgabe beim Hausarzt aber nicht vorgesehen. Ob auf Anfang nächsten Jahres ein besserer Vertrag oder gar eine neue KLV zustande kommt, ist mehr als ungewiss.

Die Methadonbehandlung beim Grundversorger wird aber in naher Zukunft wohl ganz unmöglich werden. Die gesetzlich massgebende KLV bezieht sich im Anhang 1 auf die Richtlinien des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Eine Arbeitsgruppe des Bundesamtes bestehend aus Psychiatern und einer Internistin aus Grossinstitutionen formuliert zurzeit als Ersatz der Richtlinien zur Behandlung mit Methadon und Subutex® neue Empfehlungen zur Quali-

tätsförderung. Die Stossrichtung ist durch die auf Psychotherapie fixierte Zusammensetzung der Gruppe vorgegeben. Es werden Anforderungen empfohlen, die für die Grundversorger kaum mehr erfüllbar sind.

Das Bundesamt fördert eine fiktionale psychiatrische Qualität. Für den Nutzen der Psychotherapie besteht bei der Suchtbehandlung nämlich kaum Evidenz. Am ehesten ist noch der Nutzen von Belohnungen nachgewiesen worden: Zum Beispiel sind Belohnungen für negative Urinproben in einer Tombola wirksam zur Verminderung des Beigebrauchs illegaler Drogen. Die meisten in amerikanischen Studien erprobten Tricks dieser sogenannten «contingency based therapies» lassen sich nicht auf die Verhältnisse in der Schweiz übertragen. Im übrigen sind sozialarbeiterische Angebote wie Begleitung, Beschäftigung, Wohnen usw. am wirksamsten; aber das sind nicht Aufgaben der Krankenkassen und Medizinalpersonen, sondern der Fürsorge.

Entgegen der Interessen der organisierten Lobby stünden harte Erfolgskriterien für die Qualität einer ambulanten Behandlung von Opioidabhängigen: Wieviele Patienten erhalten eine ununterbrochene Behandlung und Kontrolle ihrer HIV-Infektion; wieviele werden gegen ihre chronische Hepatitis therapiert? Werden gynäkologische Untersuchungen rechtzeitig durchgeführt; werden eitrige Infekte früh genug und bis zum Schluss behandelt? Das sind Aufgaben der ärztlichen Grundversorgung, welche in Institutionen meist nur schlecht geleistet werden können und deren Erfüllung oftmals durch eine Verzettelung behindert wird: Es besteht Evidenz dafür, dass die Behandlung von multimorbiden Opioidabhängigen bessere Resultate erbringt, wenn sie in der Hand eines einzigen Arztes liegt. Für das BAG ist das Seelenheil von Süchtigen nach wie vor wichtiger als die Vermeidung von tödlichen Folgen und die körperliche Integrität.

Ausgerechnet die kostengünstigsten An-

bieter werden immer krasser benachteiligt. Die Abgeltung der Substitutionsbehandlungen durch die Krankenkassen ist in höchstem Masse ungerecht und widerspricht jeder Marktlogik. Apotheken erhalten mehr als den doppelten Betrag für die Abgabe des Opioidpräparates. Da wir in unserer Praxis 200 Patienten mit Substitutionsbehandlungen betreuen, verfügen wir über eine umfangreiche Datenbasis. Die kostengünstigste Poliklinik im Raum Zürich betreut mit einem mindestens fünfmal grösseren Budget nur gut doppelt so viele Patienten: Rechne! Es soll niemand behaupten, dass diese Institutionen substantiell mehr leisten als eine Grundversorgerpraxis, welche beispielsweise eine fast durchgängige telefonische Erreichbarkeit und vieles mehr gewährleistet ...

Dr. med. André Seidenberg, 8001 Zürich

Kosten sparen à la Inselspital ...



Es begab sich in der Nacht vom 11. auf den 12. März dieses Jahres, dass ein 67jähriger Zecher beim Gang zur Erleichterung seiner Blase im Restaurant die Stufen zur Toilette verfehlte und unglücklich in die Tiefe stürzte. Flugs wurde der diensthabende Notfallarzt herbeigerufen. Er stellte klinisch eine Fraktur des rechten Oberarmes fest. Darüber hinaus berichtete der mittelgradig betrunkene, neurologisch unauffällige Zecher über Schmerzen im linken Knie, und zudem wurde ein Hämatom an der rechten Schläfe entdeckt. Weder Bewusstlosigkeit noch Amnesie lagen vor.

Zur Versorgung der Oberarmfraktur wurde der Mann ins Inselspital nach Bern gebracht. Dort wurde er aufs gründlichste untersucht: Glasgow Coma Scale 15, neurologisch unauffällig, keine Schädelkalotten-, Druck- oder Klopfdolenz, beginnendes Hämatom der rechten Schläfe. Unauffällige kardiopulmonale Befunde,

Kompressionsschmerzen der distalen rechten Rippen, keine Krepitation, kein Luftemphysem, Abdomen weich ohne Druckdolenz, Prellmarken oder Resistenzen, normale Darmgeräusche. Die Wirbelsäule war nicht klopfdolent, ohne Stufenbildungen oder Prellmarken. Das Becken ohne Kompressionsschmerzen. Die Beweglichkeit der rechten Schulter war schmerzhaft eingeschränkt. Es fanden sich eine Eindellung suprapatellär links und eine eingeschränkte Extension des linken Knies.

Doch darf man der Klinik heut noch trauen?

Besser ist's, radiologisch zu schauen!

Röntgen:	rechte Schulter: proximale Humerusfraktur;
Sonographie:	Teilruptur der Quadrizepssehne links;
Schädel-CT:	alles ohne Befund;
HWS-CT:	alles ohne Befund;
Thorax-CT:	alles ohne Befund;
CT von Abdomen und Becken:	alles ohne Befund.
Weiteres Prozedere:	Verlegung auf die Orthopädie zur Operation der Humerusfraktur.

*Und die Moral von der Geschicht':
So gründlich abklär'n kann der Hausarzt nicht.*

Was all dies kosten tut, das nimmt uns wunder.

Ei, fragt doch den zuständigen Oberarzt, den H. H. Brunner!

Es trinket Wein, wer Wasser predigt ...

PS. Der anonymisierte Bericht des Notfallzentrums der Chirurgie des Inselspitals und die Schilderung des Notfallarztes liegen mir schriftlich vor.

Dr. med. Michel Marchev, 2553 Sajnern

Ärztliche Unterstützung nach einer Fehlgeburt



Leserbrief zu: Zimmerli C. Notfälle in der Schwangerschaft. PrimaryCare 2006;6:374–6.

Im Artikel «Notfälle in der Schwangerschaft» von Carla Zimmerli wird erwähnt, dass die Inzidenz von Depressionen und Angststörungen nach Aborten hoch ist. Es wird sogenannte «tender loving care» bei habituellen Aborten empfohlen. Dies ist sicher hilfreich, aber nicht ausreichend, ganz abgesehen davon, dass

liebevoller Zuwendung auch vom sozialen Umfeld geboten werden kann. Hingegen wird in dem Artikel nicht erwähnt, dass der Hausarzt über weitere, spezifisch ärztliche Möglichkeiten der Betreuung von Frauen/Paaren verfügt, die von Fehlgeburten betroffen sind. Dies reicht vom unterstützenden ärztlichen Gespräch bis hin zur hausärztlichen Psychotherapie. Ein Grundversorger, der sich für diese Fragen interessiert und sich entsprechend fortbildet, zum Beispiel durch die Teilnahme an einer Balint-Gruppe oder den Erwerb des Fähigkeitsausweises für psychosoziale und psychosomatische Medizin, kann Frauen/Paare bei der Bewältigung des Verlustes ihres Kindes unterstützen und ihnen helfen, dass allfällige weitere Schwangerschaften ohne unnötige Angst verlaufen können.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, 9240 Uzwil