

Abschaffung der hausärztlichen Methadonabgabe?

Änderung der medizinischen Interpretation der TARMED-Position 00.0150 beleuchtet Probleme der Grundversorger beispielhaft

André Seidenberg

Die TARMED-Position 00.0150 erlaubte bisher die Abrechnung der Methadonabgabe, aber das Gesetz sieht gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Anhang 1, Kapitel 8, Ziffer 5 eigentlich eine pauschale Vergütung der Substitutionsbehandlung vor. Das Gesetz hat Vorrang. Der Tarifiedienst der FMH und die santésuisse haben sich darauf geeinigt, dass die Verabreichung von Methadon per 1. Januar 2006 aus der medizinischen Interpretation von Pos. 00.0150 gestrichen wird.

Obwohl die gesetzliche Notwendigkeit gemäss KLV einer Pauschalvereinbarung für Methadonbehandlungen schon lange bekannt ist, bemühen sich weder die santésuisse noch die verantwortlichen ärztlichen Vertreter um eine solche. Das heisst, es droht die Abschaffung der kassenärztlichen Methadonabgabe. Die Streichung der Methadonabgabe aus der medizinischen Interpretation der Position 00.0150 beleuchtet die Probleme der Grundversorger beispielhaft.

Prekäre Situation für Grundversorger

Ausgerechnet die niedergelassenen Ärzte als kostengünstigste Anbieter werden ausgebootet. Die Krankenkassen bezahlen den Apothekern für die Methadonabgabe schon heute ein Vielfaches von dem, was TARMED für die ärztliche Methadonabgabe vorgesehen hat. Den Methadonpolikliniken werden über Pauschalvereinbarungen ebenfalls mehr als doppelt so hohe Abgeltungen bezahlt. Schon bisher war mit TARMED die Methadonabgabe in der ärztlichen Praxis nicht mehr kostendeckend. Jetzt wird ausgerechnet der kostengünstigste und wie ich meine kompetenteste Anbieter aus dem Markt gedrängt. Immer weniger niedergelassene Ärzte führen noch Methadonbehandlungen durch. Die Versorgung ist gefährdet.

Durch die Einführung von TARMED und wegen weiterer Probleme können Methadonbehandlungen durch niedergelassene Ärzte schon bisher nicht mehr kostendeckend durchgeführt

werden. Gemäss Tarifposition 00.0150 soll die MPA in maximal fünf Minuten und für Fr. 7.45 die Methadonabgabe und alle dazu erforderlichen Leistungen für eine ganze Woche erbringen:

- für eine ganze Woche Methadon in Tagesportionen abfüllen;
- die mitgegebenen einzelnen Tagesdosen gesetzestkonform beschriften;
- die Betäubungsmittelkontrolle nachführen;
- zusätzliche Medikamente z.B. gegen HIV-Infektionen oder C-Hepatitis abzählen oder verabreichen;
- Nachfragen über anderswo erfolgte Methadonabgaben tätigen;
- Auskünfte an andere Stellen geben;
- Ermächtigungen des Patienten für solche Auskünfte anfordern;
- mit dieser teilweise besonders aufwendigen Klientel auf deren schweren Nöte eingehen.

Auch die vermehrten Aufwendungen für das Inkasso, die Verluste durch unkassierbare Rechnungen, durch Fernbleiben des Patienten, durch Praxisnebenkosten usw. sind nicht gedeckt.

Wir betreuen in unserer Praxis rund 200 Patienten mit Substitutionen und haben ein computerisiertes Dosierungssystem mit automatisierter Abfüllung des Methadons. Dieses System erlaubt eine besonders schnelle Abwicklung der Methadonabgabe. Es wurde von Marco Peng und mir für die Heroinpolikliniken im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit konzipiert und wird auch von vielen Methadonpolikliniken verwendet. Trotzdem brauchen wir für den reinen Abgabevorgang 9 Minuten bei wöchentlich 1,3 Bezügen des durchschnittlichen Patienten. Die meisten Patienten kommen ja nicht täglich für den Methadonbezug. In einer weniger spezialisierten Praxis dauert das Abfüllen von 7 Tagesdosen für eine Woche, das Beschriften der Dosen von Hand, das Nachtragen der Listen etc. wesentlich länger als bei uns. Hinzu kommen zwingend die oben aufgeführten Nebenarbeiten.

Korrespondenz:
Dr. med. André Seidenberg
Facharzt für Allgemeinmedizin
Weinbergstrasse 9
8001 Zürich
E-Mail: andre.seidenberg@hin.ch
Internet: www.seidenberg.ch



Unsichere Perspektiven: Methadonabgabe in der Hausarztpraxis.

Bild: A. Seidenberg

Nach meinen ausgedehnten Erfahrungen in einschlägigen Institutionen und Praxen muss man auf 100 Patienten eine Vollstelle für eine MPA einrechnen. Position 00.0150 deckt kaum die Kosten der Arztgehilfin:

- Der durchschnittliche Patient kommt 1,3mal pro Woche;
- 1,3mal pro Woche, 52 Wochen, 100 Patienten, Fr. 7.45;
- $1,3 \times 52 \times 100 \times 7.45 = 50\,362!$

Auf 100 methadonbeziehende Patienten ist aller Erfahrung nach eine MPA-Stelle notwendig. In vergleichbaren psychiatrischen Institutionen wird ein wesentlich grosszügigerer Personalschlüssel eingesetzt und begründet. Die Krankenkassen haben dies in ihren Pauschalverträgen mit den Polikliniken anerkannt.

Kein Interesse an Pauschalvereinbarungen?

Die Pauschale muss auch für niedergelassene Ärzte endlich kostendeckend sein, und die Vereinbarung sollte Erleichterungen bei der Abrechnung und Administration der Behandlung beinhalten. Zudem gilt die TARMED-Position

00.0150 heute nur für Methadon und Antabus. Nicht berücksichtigt ist die Abgabe anderer kontrollierter Substitutions-Medikamente wie Subutex und Morphin oder Ritalin und Nemexin. Auf keinen Fall darf jetzt die medizinische Interpretation von Position 00.0150 geändert werden, bevor nicht Pauschalabgeltungen ausgehandelt sind. Und Pauschalen sollten nicht von Psychiatern ausgehandelt werden, welche die Leistungen der Grundversorger nicht einschätzen können.

Wie die Methadonabgabe ab 1. Januar 2006 abgegolten wird, kann zurzeit niemand sagen. Möglicherweise tritt die TARMED-Revision nicht am 1. Januar in Kraft. Trotzdem steht zu befürchten, dass auch später nicht rechtzeitig überall kantonale Regelungen oder eine gesamtschweizerische Pauschalabgeltung vereinbart werden können. Kantonale Vereinbarungen über Pauschalen für die Methadonbehandlung gelten meines Wissens nur in wenigen Kantonen. Die santésuisse Zürich-Schaffhausen weigert sich beispielsweise, über eine kantonale Vereinbarung zu verhandeln. Es steht wirklich zu befürchten, dass demnächst weder gesamtschweizerisch noch kantonal Methadonabgaben korrekt abgerechnet werden können. Die Tarifdisziplin der niedergelassenen Ärzte wird so durch die Tarifpartnerorganisationen unnötigerweise geprüft.

Kostengünstig und Versorgung!

Seit vielen Jahren bemühen sich viele niedergelassene Ärzte um eine angemessene und kostengünstige Behandlung von Drogenabhängigen. Wir sind möglicherweise die wichtigsten Akteure, welche zur so augenfälligen allgemeinen Verminderung der Drogenprobleme beitragen. Nur durch uns kann eine flächendeckende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Der Staat konnte das schon in den Achtziger- und Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts nicht.

Der Prämienzahler will sparen. Prämienzahler wollen zwar oft solidarisch sein, aber alle wollen eine kostengünstige und flächendeckende medizinische Versorgung, welche ihnen die Drogenprobleme vom Leibe hält. Die Krankenkassen und wir Ärzte sind verpflichtet, für eine kostengünstige Versorgung zu sorgen: kostengünstig und Versorgung!