

Vorschläge der Vorsitzenden der KV-Qualitätskommissionen Opioidsubstitution

POSITIONSPAPIER

Überarbeitete Fassung vom 15.08.2021 nach Diskussion

Covid-19 und Opioidsubstitution: „Notlösungen“ – oder Optionen für die Zukunft nach der Pandemie?

- **Was sich in der Pandemie gut bewährt hat, sollte auch darüber hinaus gelten!**
- **Welche der Covid-19-bedingten Ausnahmeregelungen für die Opioidsubstitutionsbehandlung sollten nach Beendigung der epidemischen Notlage in Deutschland weiter gelten?**
- **Welche weiteren Schlussfolgerungen lassen sich aus den Erfahrungen ziehen?**

Vorbemerkung:

Bereits zu Beginn der Covid-19-Pandemie in Deutschland im März 2020 haben Gesetzgeber und Kassenärztliche Bundesvereinigung gehandelt und Voraussetzungen dafür geschaffen, die Substitutionsbehandlungen auch unter Notlage-Bedingungen rechtlich und finanziell gesichert durchzuführen.

In einer „Handreichung für substituierende Ärzte“ hatte die Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen am 16.3.2020 dazu eine Reihe von Maßnahmen für ein „pragmatisches Abwägen zwischen Sicherstellung der Versorgung und Sicherstellung des Infektionsschutzes unter Beachtung der Betäubungsmittelsicherheit“ vorgeschlagen.

Die große Mehrheit der Substituierten ist mit den erweiterten Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme sehr vernünftig umgegangen. Weniger Kontrolle auszuüben – mehr Vertrauen zu zeigen, insbesondere bei langjährig stabil behandelten Patientinnen und Patienten, hat sich seit März 2020 bewährt. Oder um es mit den Worten der Drogenbeauftragten Frau Ludwig zu sagen: „Die Erfahrungen mit der Eilverordnung bestärken uns, dass wir bei der Substitution etwas mutiger sein müssen.“ (DÄB 2021; 118(24)).

Folgendes spricht dafür, dass die für die Pandemie-Zeit gültigen Ausnahmeregelungen sich in der Praxis bewährt haben:

- (1) Es kam zu keinen größeren Ausbrüchen von Covid-19 unter Substitutionspatient*innen.
- (2) Die Substitutionsbehandlung lief weiter – Versorgung und Zugang konnten im Wesentlichen aufrechterhalten werden.

- (3) Das Suchtkrankenhilfesystem zeigte während der Infektionswellen in einigen Bereichen Schwächen und Ausfälle – die ärztlichen und medizinischen Behandlungsangebote funktionierten aber weiter und blieben auch während der Pandemie stabile Eckpfeiler der Versorgung.
- (4) Die Substitutionspraxen bewiesen Zuverlässigkeit, Engagement, kreative Flexibilität in der angespannten Situation, versorgten ihre Patient*innen kontinuierlich in guter Qualität weiter und nahmen neue auf. Zudem förderten sie bei ihren Patient*innen und in deren Umfeld die Akzeptanz notwendiger Hygienemaßnahmen und trugen ganz wesentlich zum Anschub und zur Durchführung von Impfungen in dieser Risikogruppe bei.

Fünf Quartale später ist über kurz oder lang ein mögliches Ende der geltenden Ausnahmeregelungen in BtMVV und EBM absehbar.

Wie geht es weiter?

- Welche Regelungen haben sich bewährt und sollten fortgeführt werden?
- Welche Optionen für wünschenswerte Veränderungen der Substitutionspraxis ergeben sich aus den in der der Pandemie-Zeit gemachten Erfahrungen?

Die Konferenz der Kommissionsvorsitzenden schlägt vor, folgende Regelungen auch nach der Pandemie für die Substitution beizubehalten.

Ausnahmeregelungen in der BtMVV

Die Konferenz empfiehlt die Beibehaltung bzw. Modifizierung folgender Ausnahmeregelungen.

1. Take-Home-Verordnungen

Die Reform des Substitutionsrechts von 2017 hatte die Voraussetzung geschaffen, dass zur Kontaktverminderung in der Pandemie Verordnungen zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take-Home“) für bis zu 30 Tagen ausgestellt werden konnten, und ermöglichte darüber hinaus, die mit „Z“ zu kennzeichnenden Rezepte für so genannte „nicht stabile Opioidsubstituierte“ für eine Dauer bis zu einer Woche auszustellen.

Entwicklung während der Pandemie:

Zur Reduzierung der Anzahl von Kontakten wurden in den Praxen während der Pandemie- Take-Home-Verordnungen deutlich häufiger und mit längeren Reichweiten angewendet.

Diese erweiterten Take-Home-Verordnungen hatten bei der überwiegenden Anzahl der davon betroffenen Patient*innen keine negativen Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf und die Qualität der Substitutionstherapie. Dies betrifft auch die sogenannten „nicht stabilen Substitutionspatient*innen“, die „Z-Rezepte“ erhielten.

Schlussfolgerung:

Die Möglichkeiten für Take-Home-Verordnungen sollten, wenn es die Behandlungsverläufe zulassen, auch nach der Pandemie beibehalten und erweitert genutzt werden.

Bei „nicht stabilen Substitutionspatient*innen“ ist eine Take-Home-Verordnung auch zukünftig gründlich abzuwägen – sie sollte aber weiter bis zu 7 Tagen möglich sein.

Anmerkung:

Eine Abwägung und Begründung einer Take-Home-Verordnung erfordern Sorgfalt, Aufwand und Dokumentation. Für „Z“-Rezepte, die ja für Patient*innen, die im Verlauf noch nicht ausreichend stabilisiert sind, ausgestellt werden, trifft das als „Ausnahmefälle“ oder „Einzelfallentscheidungen“ um so mehr zu. Warum wird das im Vergleich zu „normalen“ Take-Home-Verordnungen nicht honoriert?

Man könnte überlegen, ob das Kennzeichen „Z“ abgeschafft werden kann, und aus „Z-Rezepten“ normale Take-Home-Verordnungen (Kennzeichnung „T“) werden, die im Ermessensbereich des Arztes liegen. Eine ausführlich dokumentierte und fundierte patientenbezogene Begründung für Take-Home-Verordnungen

von 1 bis 30 Tagen (Take-Home-Ziffer 01949 im EBM) sind ärztlicherseits in jedem Fall patientenbezogen zu verantworten und zu dokumentieren.

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin, in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Nicht stabile Patienten bekommen kein Take-Home! Darauf haben wir in allen Prüfungen sehr geachtet und ich werde es weiter machen. Es gibt ja Gott sei dank auch noch die Vergabe unter Sicht in der Apotheke. Take-Home und Urlaubsregelungen für stabile Patienten gab es auch vorher schon -und so soll es bleiben.

Die Kontakte zur Praxis und zum substituierenden Arzt und zur PSB habe ich selber immer als einen wesentlichen Baustein in der Therapie von Suchtkranken gesehen. Dass das zu Corona-Zeiten nicht so vorteilhaft war, versteht sich von selbst. Aber warum diese lückenhafte Beziehungen so weiterführen? Ich finde es gerade zu verantwortungslos.

KV Hessen (Mitteilung von Hamid Zokai):

- *TH -Regelung bis zu 30 Tage in begründeten Fällen gab es auch vorher schon.*
- *Bei instabilen Patienten, die nicht TH fähig sind, sollte wie bisher auf ein bis zu 5 Tage -Z Rezepte begrenzt bleiben, um die Kontaktmöglichkeit mit den Behandlungsteam aufrechtzuerhalten. Gerade bei diesen Patienten nimmt der persönliche Kontakt, gerade in Ausnahmesituationen, wie wir alle wissen, einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert einnimmt. Ein 7 Tage Rezept verleitet vielleicht manche doch dazu, daraus ein reguläres 7 Tage TH zumachen.*
- *Hier sollte eine angemessene Honorierung der TH Vergabe bundesweit gefordert werden*

KV Bremen (Ergänzungen von John Koc):

...die QSK Bremen schließt sich der Position von Maja Böhm voll an.

...im Hinblick auf die Take Home- Regelungen muss zwingend das Kindeswohl mit berücksichtigt werden...

*In Bremen sind die substituierende Ärzt*innen dringend angehalten, bei Familien mit Kindern bis 12 Jahren Take Home nur zu vergeben, wenn PSB/ Drobs, das zuständige Jugendamt und ggfs. die Familienhebamme zustimmen...*

Im Gegensatz zur Substitution von Einzelpersonen geht es bei den benannten Familien immer um den Schutz von Kindern, deren Gesundheit und Leben davon abhängt, dass die Kooperation (mit diesen Institutionen – Anm. d. Red) funktioniert.

KV Saarland (Beatrice Gospodinov):

Das Thema Take-Home bei instabilen Patienten sollte vorsichtig angepackt werden und nicht zu einer "laisser aller" Mentalität führen.

KV Südbaden (Rüdiger Gellert):

Den Standpunkt (der KV Bremen – Anm. d. Red.) zur Wichtigkeit des Kindeswohls teile ich uneingeschränkt. Es wäre auch wichtig allgemein verbindliche Regeln zu diskutieren und möglichst auch einzuhalten... Die Auswirkungen auf Kinder, wenn diese in problematischen Drogenfamilien aufwachsen, sind uns denke ich allen klar.

Meines Erachtens funktioniert der Schutz unzureichend. Hier geht es nicht nur um die doch relativ seltene Gefahr der Intoxikationen sondern eher um die emotionale und soziale Verwahrlosung.

Ausnahmeregelungen zur Rezeptierung und Vergabe der Substitutionsmittel - Mehrmalige Ausstellung von Substitutionsrezepten pro Woche

Zur erforderlichen Reduktion von Kontakten während der Pandemie-Zeit konnten veränderte Praktiken der Rezeptierung und der Vergabe der Substitutionsmittel angewendet werden.

2. Mehrmalige Ausstellung von Substitutionsrezepten pro Woche,

Diese Regelung hat sich in der Praxis bewährt.

Schlussfolgerung:

Weil auch vor und nach Covid-19 es immer Situationen gab und geben wird, die mehrfach pro Woche Rezepte für Kurzzeitverordnungen erforderlich machten, sollte diese Regelung bestehen bleiben.

Ergänzung:

KV Saarland (Anmerkung von Beatrice Gospodinov).

Die mehrmalige Ausstellung von Rezepten ist kostspielig wegen der anfallenden Gebühren.

3. Aushändigung von Substitutionsrezepten an Patientinnen und Patienten auch ohne persönliche ärztliche Konsultation

Zur Kontaktreduktion und Infektionsprophylaxe fand diese Regelung während der Pandemie Anwendung.

Schlussfolgerung:

Welche Ausnahme-Voraussetzungen (z.B. verordnete häusliche Bettruhe, Grippewellen, ungünstigen Wetterlagen mit erschwerter Erreichbarkeit der Praxis etc.) könnten zukünftig gelten, Substitutionsrezepte ohne Arztkontakt aushändigen zu dürfen?

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin und KV Bremen, Anmerkung in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Nach BtMVV wohl nicht möglich - wie oft sind dann Patienten „nicht in der Lage“ in die Praxis zu kommen.

KV Saarland (Anmerkung von Beatrice Gospodinov):

Anschluss an die Positionen von KV Berlin und KV Bremen.

Die Kontaktreduktion ist wegen Impfung und Abstandsregelung kein wesentliches Argument mehr. Ich möchte mit meinen Patienten den therapeutischen Kontakt aufrecht erhalten.

4. Obergrenzen bei der Zahl der Substituierten

Die Covid-19-Sonderregeln haben u.a. auch die Obergrenzen der Anzahl der Patient*innen pro Arzt/Ärztin aufgehoben. So konnte flexibel auf Probleme der Versorgung in einzelnen Regionen reagiert werden.

Schlussfolgerung:

Wie das nach Beendigung der epidemischen Notlage zu regeln ist, sollte Sache der jeweiligen KV-Qualitätssicherungskommissionen bleiben und sich auch an der regionalen Versorgungslage orientieren.

Ergänzungen:

KV Hessen, Anmerkung (Hamid Zokai):

Zustimmung. In Hessen wurde schon immer bei Bedarf und mit Begründung ein Kontingenzerhöhungsantrag genehmigt. Ich denke so kann man die Versorgungsengpässe der Regionen besser erfassen und gegensteuern. Ein anderer Vorteil wäre auch, dass bei gegenwärtig fehlender Übersichtigkeit, wegen der fehlenden Anmeldepflicht zu Behandlungsbeginn bei der KV, die „schwarzen Schafe“ doch besser kontrolliert werden.

KV Saarland (Anmerkung von Beatrice Gospodinov):

Die Obergrenzen sollten grundsätzlich aufgehoben werden, wenn die Situation einer Landes KV es erfordert (Flexibilität).

Veränderte Regelungen für die Abgabe der Substitutionsmittel

5. Erweiterte Zeiträume für Vertretungen durch suchtmmedizinisch nicht qualifizierte Ärztinnen und Ärzte.

Während der Pandemie übernahmen auch nicht qualifizierte Kolleg*innen die Substitutionsbehandlung und substituierten unter Einhaltung der Qualitätsstandards.

Schlussfolgerung:

Diese Ärzte sollten auch nach der Pandemie die Substitutionsbehandlungen ihrer Patient*innen über zwei Quartale fortführen dürfen mit der Option einer Konsiliar-Regelung oder eines Erwerbs der Berechtigung.

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin und KV Bremen, Anmerkung in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Wir haben damit keine gute Erfahrung, schon vor der Pandemie waren die Patienten in der Konsiliar-Regelung nicht gut versorgt....

6. Vergabe des Substitutionsmittels durch medizinisches Personal außerhalb der Substitutionspraxen

Diese in der BtMVV-Neufassung 2017 bereits enthaltene Vergabep Praxis wurde während der Pandemie in erheblich größerem Umfang als bisher angewendet – z.B. insbesondere in der Kooperation mit Pflegediensten aber auch bei Hausbesuchen durch MFA.

Schlussfolgerung:

Diese Art der Vergabe hat sich unter schwierigen Bedingungen während der Pandemie bewährt und sollte weiter gefördert werden. Die Koordination, Organisation, Fallbesprechungen und - Konferenzen liegen dabei weiter in der Verantwortung der Substitutionsärzte und -ärztinnen. Das erfordert einen erheblichen organisatorischen und zeitlichen Aufwand, der bisher in keiner Weise vergütet wird. Eine „Koordinationsziffer“ für die Substitution analog derer für anderer Fachgebiete erscheint unbedingt erwägenswert.

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin und KV Bremen, Anmerkung in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Substitution ist eine ärztliche Leistung und sie sollte auch in der Verantwortung der Kollegen bleiben, das was in Einzelfällen bisher von Vorteil war z.B. Übergabe an Pflegepersonal - sollte auch bei Einzelfällen bleiben.

KV Saarland (Anmerkung von Beatrice Gospodinov):

In Pflegeheime oder andere stationäre Einrichtungen in Delegation, sonst wie Berlin auf Einzelfälle beschränken.

7. Rezept-Botendienste und Abgabe von Substitutionsmedikamenten durch nichtmedizinisches Personal.

Bundesweit hat sozialarbeiterisch qualifiziertes Personal aus Einrichtungen der Drogenhilfe Botendienste für Apotheken übernommen und Hausbesuche gemacht und in einzelnen Einrichtungen unter ärztlicher Aufsicht Substitutionsmittel unter Sicht dispensiert.

Schlussfolgerung:

Die bereits vor Covid-19-Zeiten angespannte Versorgungslage führt zu Überlegungen, die Abgabe von Substitutionsmitteln in die Räume von Drogenhilfeeinrichtungen zu integrieren.

Beispiele aus der Praxis:

Bereits seit geraumer Zeit geschieht dies in Bielefeld. In Hamburg richtete das „Drob Inn“ eine niedrigschwellige Methadonambulanz für Nicht-Krankenversicherte ein. Ähnliches findet in Frankfurt statt. In anderen Städten trägt man sich ebenfalls mit derartigen Plänen, auch über Methadonbusse wird wieder nachgedacht. Zu überprüfen ist, wie qualifiziertes sozialarbeiterisches Personal in anerkannten Einrichtungen der Drogenhilfe in die ärztlich überwachte Abgabe von Substitutionsmitteln einbezogen werden kann. Dazu bedarf es der Definition eines Mindeststandards. Damit verbinden wir die Anregung, das Augenmerk auf die Behandlung von Nicht-krankenversicherten Menschen mit einer Opioidabhängigkeit zu

richten und die Substitutionsbehandlung in den Katalog behandelbarer Krankheiten der Clearingstellen aufzunehmen.

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin und KV Bremen, Anmerkung in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

In der Vergangenheit war es immer von Vorteil dass die PSB nicht an der Frage des Substitutes beteiligt war, das hat meiner Meinung nach nichts mit der Qualifizierung zu tun, nur die Verantwortungsbereiche sind Grund verschieden. Die Offenheit zwischen PSB und Klient würde sicher deutlich abnehmen, läge die Vergabe auch bei der PSB.

*Methadon-Bus oder Niedrigschwellige Ambulanz wäre ja sicher nicht ohne Ärzt*inn angedacht.*

KV Saarland (Anmerkung von Beatrice Gospodinov):

In Drogenhilfe Einrichtungen oder ähnliche nur unter der Überwachung eines erfahrenen Substitutionsarztes.

KV Hessen, Anmerkung von Hamid Zokai zu 6. und 7.:

Wesentliche Voraussetzung der EBM zur Abrechnungsfähigkeit ist der Arzt-Patient Kontakt, das sollte auch so bleiben, zumal die Verantwortung und Konsequenzen allein dem Arzt unterliegen.

In Frankfurt wurde schon immer unter der Ägide der Ärzte in den Drogenberatungsstellen die Substitutionsbehandlung durchgeführt. Hier bleibt trotz gemeinsamer Teamsitzungen und Supervisionen, die Substitution eine ärztliche Aufgabe.

Änderungen im EBM:

8. Erhöhung der vergütbaren Anzahl der Gesprächsziffer 09152 auf acht pro Quartal

Mit der Zustimmung zu dieser Regelung hat der GBA angedeutet, dass die „Diskrepanzen zwischen den Anforderungen der Richtlinie und dem, was dann auch abgerechnet werden kann“ (Dr. med. Klaus Reinhardt, BÄK-Präsident, in: Dtsch Arztebl 2021; 118(24): A-1213 / B-1000) überwunden werden können.

Schlussfolgerung:

Dies sollte fortgesetzt werden, da bei der Behandlung einer Vielzahl von Substituierten mehr als vier Gespräche angebracht sind.

Bei neu in die Substitutionsbehandlung aufgenommenen Opioidabhängigen sollte wegen des erheblichen BÄK-Richtlinien-gestützten Mehraufwands durch Aufnahme, Suchtanamnese, körperliche Untersuchung, Therapieplan u.a.m. die 01952-Gesprächsziffer 12x in den ersten beiden Quartalen anrechenbar gemacht werden.

Ergänzung:

KV Saarland, Anmerkung von Beatrice Gospodinov:

Zustimmung. Unabhängig von Corona war die abrechenbare Anzahl der Gespräche unzureichend. Die Erhöhung war überfällig und sollte bleiben. 12 Gespräche in den ersten 6 Monate wären therapeutisch optimal.

9. Telefonische Beratung und Telemedizin

Diese haben sich im zurückliegenden Jahr international in der Opioidsubstitution bewährt. Auch in Deutschland fanden sie Eingang in die Substitutionspraxis und trugen zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung und der Planung von Handlungsabläufen bei.

Schlussfolgerung:

Gerade in ländlichen Regionen kann mit diesen Kommunikationsformen der Mangelversorgung gegengesteuert werden. Richt- und Leitlinien, EBM-Katalog und ggf. auch BtMVV sind dieser technischen Entwicklung anzupassen. Telefonische oder virtuelle Gesprächsleistungen sollten weiterhin vergütet werden.

10. EBM: „Falsche Anreize“ beseitigen, richtige setzen

Die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) zur Überarbeitung der suchtmedizinischen Abschnitte des EBM, insbesondere die Einführung einer pauschalisierten Grundvergütung, können mittelfristig dazu beitragen, „falsche Anreize“ zu überwinden, „dass etwa die tägliche Vergabe lukrativer ist als eine Take-Home-Verordnung, die aber möglicherweise aus therapeutischer Sicht durchaus indiziert sein kann“ (Reinhardt, DÄB 2021; 118(24)).

Schlussfolgerung:

Es ist überfällig, die ärztliche Honorierung von der Einnahme unter Sicht zu entkoppeln.

Um mehr Apotheken in die Vergabe unter Sicht einbeziehen zu können, muss endlich die Honorierung dieser Tätigkeit in den Pharmazien geregelt werden.

Ergänzungen/Änderungsvorschläge/Einwände:

KV Berlin und KV Bremen, Anmerkung in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Da habe ich arge Bedenken. Ich habe eher den Eindruck, dass mehr Kollegen relativ großzügig und unbedacht Take-Home Rezepte ausstellen und nicht umgekehrt, bei allen Patienten aus finanzieller Interesse auf täglicher Vergabe bestehen. Eine pauschalisierte Grundvergütung könnte diese Tendenz eher verstärken. Ein Patient der nicht da ist, ist arbeitserleichternd...

Die Apotheker bekommen jetzt schon für die Bereitstellung der Einzeldosen in der Apotheke eine Vergütung. Sie sind in keiner Weise an der Behandlung beteiligt. Wofür sollte das Honorar sein? Sie entscheiden nicht ob und wieviel ein Patient bekommt, entscheiden nicht über Mitgabe oder ähnliches? Prüfen mit Sicherheit nicht den aktuellen % Alkohol etc. Aber Ärzte tragen die Verantwortung!

KV Hessen (Hamid Zokai):

Eine Anpassung der TH-Ziffer, die die notwendige Behandlungsdifferenzierung, TH oder täglich abbildet wäre der bessere Weg als eine Grundpauschale.

– *Apothekenhonorierung ist bisher mehr als wir alle denken. Weitere Forderungen für Apothekenhonorierung, würde mit Sicherheit bei knappen Kassen direkt oder indirekt die Ärztehonorierung verkleinern*

– *Bitte bedenken, dass die Apotheken sich vehement wehrten das nicht mehr zeitgemäße 600 Jahre alte Dispensierungsrecht zu lockern, als es um die vereinzelt Praxisabgabe Rechte ging*

– *Der Arzt muss immer verantwortlich sein und zur Rechenschaft gezogen werden können, auch wenn ein Fehler in der Substitution in der Apotheke stattfindet*

KV Saarland (Beatrice Gospodinov):

Ich bin weiterhin für die Einzelleistung auch weil meine Kollegin oder ich seit vielen Jahren 365/365 Tage zur Substitution in der Praxis erscheinen und möchten diese Leistungen honoriert wissen. Ich unterstütze Herr Zokai und die hessische Ziffer als gerechte Honorierung für die therapeutischen Erwägungen des verantwortlichen Kollegen. Ich bin gegen die Übernahme von honorierte ärztlichen Leistungen durch den Apotheker. Er wird für die Mixtur ausreichend bezahlt. Politisch steht das Dispensierrecht ja auch nicht zur Debatte.

Zusätzlicher Handlungsbedarf

11. Zugang zu aussagekräftigen aktuellen Daten der Versorgungslage

Für die Länder-KVen und ihre Kommissionen gibt es seit der Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg von 2018 (Az.: L 7 KA 52/14) Probleme, auf aktuelle Daten zum Stand und zum Trend der Versorgung mit Opioidsubstitution in ihrem Zuständigkeitsbereich zuzugreifen. Gerade während der Pandemie wurden diese Defizite deutlich. Nachdem die Meldepflicht über Beginn und Beendigung einer Substitutionsbehandlung und über Arztwechsel an die KVen abgeschafft wurde, was grundsätzlich vernünftig war, können solche Daten erst nach erfolgter fallbezogener Abrechnung von erstatteten Leistungen durch die Krankenkassen, also durchschnittlich zwei Quartale später, erhoben und ausgewertet werden. Der aktuelle Stand von

Bedarf, Angebot, Engpässen und Fehlentwicklungen der Versorgung können von den KVen und ihren Qualitätssicherungskommissionen zeit- und wirklichkeitsnah kaum eingeschätzt werden. Während der Pandemie erfolgten Abfragen zur aktuellen Lage – ihre Beantwortung ließ vielen Verantwortlichen diese Unsicherheiten deutlich werden.

Schlussfolgerung:

Der Informationsfluss und die Zugänglichkeit von Daten zur aktuellen Versorgungssituation müssen überdacht werden. Wie können datenschutzrechtlich zulässige und aussagekräftige realistische Informationen (z.B. über das BfArM oder über die zuständigen Gesundheitsministerium) den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schnell, regulär und praktikabel zur Verfügung gestellt werden?

Ergänzung:

KV-Kommission Nordbaden, Anmerkung von Detlef Lorenzen:

*Zustimmung. Um überhaupt genügend Übersicht über den Stand der Substitution zu bekommen, brauchen wir wieder mehr Informationen über die Substituierten und die verordnenden Ärzt*innen. Die Meldungen bei der Bundesopiumstelle sollten den KV en und den Kommissionen zugänglich sein.*

12. Entlassungsmanagement der Justizvollzugsanstalten

Selbst während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden opioidabhängige Strafgefangene aus der Haft entlassen, ohne dass für eine Krankenversicherung und eine medizinische Anschlussbehandlung gesorgt war.

Schlussfolgerung:

Wir appellieren an die Justizministerien der Länder, sich an den „*Ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug: Substitutionstherapie in der Haft - Mit Anweisungen zum Entlassmanagement des Ministeriums der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (2018)*“ zu orientieren und an dieser Schnittstelle von Substitutionsbehandlungen endlich verbindliche Regelungen zu schaffen.

Beraten am 28.05.2021 in der Konferenz des Substitutionskommissionsvorsitzenden. Nach Diskussion abgeschlossen am 15.08.2021

Redaktion: Peter Jeschke (Halle, KV Sachsen-Anhalt) und Hans-Günter Meyer-Thompson (KV Hamburg)

Ergebnisse der Diskussionen zum Positionspapier

1. Vollinhaltliche Zustimmung

zum Positionspapier in der vorliegenden Form äußerten die Kommissionsvorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen:

- **KV Bayern** (Dr. Hannes Rabe);
- **KV Hamburg** (Hans-Günther Meyer-Thompson);
- **KV Niedersachsen** (Dr. Konrad Cimander);
- **KV-Kommission Nordbaden** (Dr. Detlef Lorenzen);
- **KV-Kommission Nordwürttemberg** (Dr. Ulrich Friedrichson);
- **KV Rheinland-Pfalz** (Dr. Astrid Weber);
- **KV Sachsen** (Dr. Eva-Maria Viehweger);
- **KV Sachsen-Anhalt** (DM Peter Jeschke);
- **KV-Kommission Südbaden** (Dr. Rüdiger Gellert) mit einer Anmerkung;
- **KV-Kommission Südwestfalen** (Dr. Frank Matschinski) mit Anmerkungen;
- **KV Westfalen-Lippe** (Dr. Thomas Pöhlke).

2. Bedenken, Einwände, Änderungsvorschläge zu einzelnen Positionen

- **KV Berlin** (Dr. Maja Böhm) zu den Positionen **1., 3., 5., 6., 7. und 10.**;
- **KV Bremen** (Dr. John Koc) zu den Positionen **1., 3., 5., 6., 7. und 10.**;
- **KV Hessen** (Dr. Hamid Zokai) zu den Positionen **1., 6., 7. 10.**;
- **KV Saarland** (Dr. Beatrice Gospodinov) zu den Positionen **1.,3.,6., 7., 10.**, 3 weitere Anmerkungen

Die zu konkreten Punkten geäußerten Ergänzungen, Bedenken und Einwände wurden in den Text (**mit blauer Schrift**) bei der betreffenden Positionen eingefügt.

Über eingegangene zusätzliche Kommentare und weiterreichende Diskussionsbeiträge wird am Schluss des Positionspapiers (Anlage 1) informiert.

3. Unstrittige Positionen

Konsens aller, die sich geäußert haben, bei den **Positionen 2., 4., 8., 9., 11. und 12. (in grüner Schrift)**

4. Keine Stellungnahmen sind von folgenden Kommissionen eingegangen:

- KV Brandenburg
- KV Mecklenburg-Vorpommern
- KV Nordrhein (Dr. Krausbauer)
- KV Schleswig-Holstein (Dr. Hauptmann)
- KV Thüringen

Anlage 1:

Kommentare, weiterreichende Diskussionsbeiträge, Stellungnahmen und Begründungen

KV Berlin in der Formulierung von Maja Böhm (KV Berlin):

Ich kann die Begeisterung für die Weiterführung der Vergabepaxis aus Corona-Zeiten nicht nachvollziehen. Mein Fehler, dass ich bei der letzten Sitzung nicht dabei war. Das hat in Corona-Zeiten in Berlin jedenfalls für die Patienten nicht so toll geklappt!

Aber die Berliner sind wahrscheinlich nicht so schnell mit eigenverantwortlichem Umgang vertraut. Hier starben zum Beispiel 47 % mehr Konsumenten im 1. Quartal als zu „normalen“ Zeiten. Ich glaube mit „Vertrauen“ auf diese Eigenverantwortlichkeit lässt sich Sucht nicht behandeln. Es mag weniger Diskussionen mit Patienten geben, wenn man einfach nicht weiß was in Realität los ist und die Patienten nicht sieht!

(Weitere Änderungsvorschläge oder Bedenken der KV Berlin wurden in den Formulierungen von Maja Boehme bei den entsprechenden Punkten im Positionspapier als Ergänzungen eingefügt – siehe oben!

KV Bremen (John Koc):

In einer persönlichen Gespräch erklärte John Koc (Kommissionsvorsitzender in Bremen), dass auch die Qualitätssicherungskommission Bremen den Standpunkt von Maja Böhm unterstütze und die von ihr zu einzelnen Punkten geäußerten Bedenken teile.

In seiner persönlichen Stellungnahme, die allen Kommissionsvorsitzenden als weitergeleitete E-Mail zuging, hatte John Koc eine grundsätzliche Diskussion über ethischen Grundlagen der Substitutionsbehandlung angeregt und Kritik an weitgehenden Lockerungen (u.a. mit dem Argument der Berücksichtigung des Kindeswohls) geäußert. Diese persönliche Stellungnahme ist aber, so hat John Koc im Gespräch mitgeteilt, nicht im Sinne einer offiziellen Stellungnahme der KV-Kommission von Bremen zum Positionspapier zu verstehen. Die Kommission teilt die Bedenken der KV Berlin, wie Sie von Maja Böhme formuliert worden sind.

KV Hessen, Anmerkungen von Hamid Zokai:

„Aus meiner persönlichen Sicht teile und unterstütze ich die Bedenken der Kollegin Frau Böhm (Berlin) und des Kollegen John Koc (Bremen).

Handfeste Erkenntnisse und Daten bezüglich des Verlaufes der Behandlung der Substituierten unter den Corona bedingten Sonderregelungen entziehen sich meiner Kenntnis. Sich rückblickend, alleinig auf die Angaben der Patienten und die uns zur Verfügung stehenden Instrumentarien wie UK – Sichtkontrollen zu stützen, liefern uns keine Sicherheit.

Es ist hieraus nicht zu ersehen, inwieweit die Sonderregelungen einen positiven Effekt auf die Behandlung gehabt haben sollten oder wenigstens keinen negativen bzw. vertretbaren Einfluss auf diese gehabt hätten.

Viel mehr zeigen die mündlichen Angaben der Kollegen in den Drogenbratungsstellen Frankfurt, dass während der Pandemie und des Lockdowns (gerade anfangs) deutlich mehr Substitutionsmitteln im Umlauf waren. (z.B. durch das Erstellen von 2 Wochen Rezepten). Die Kollegen in Darmstadt und Umgebung haben die gleiche Erfahrung gemacht, wodurch dann letztlich Lockerungen zurückgenommen werden mussten.

Es kam hier gehäuft zu Meldungen von Patienten, ihre Dosis (2 Wochen Rationen) verloren zu haben!

Genau hierdurch kann ich die sehr berechtigte Bedenken von John Koc bezüglich im Haushalt lebender Kinder teilen.

KV-Kommission Südbaden, Anmerkungen von Rüdiger Gellert:

Auch ich unterstütze Euren Entwurf und danke für die Fleißarbeit. Er ist ja als Diskussionsgrundlage zu sehen und der eine oder andere Punkt kann sicherlich im Detail unterschiedlich gesehen werden.

Insbesondere auch unter dem Aspekt der Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung muss über Veränderungen der aktuellen Regelungen nachgedacht werden.

Wenn durch eine zu rigide und auch vielleicht nicht mehr zeitgemäße Struktur die Versorgung nicht gewährleistet werden kann, nutzt das niemandem und dann sind zwar die 50 Prozent, die sich in Behandlung befinden, gut versorgt (wenn das wirklich so wäre), der Anteil der nicht versorgten wird dann aber weiterhin zunehmen.

Dennoch bleibt es wichtig, die schwarzen Schafe unter den Behandlern zu erkennen und in Grenzen zu weisen.

Hiermit gibt es ja einschlägige Erfahrungen in der Vergangenheit.

Vielleicht haben sich aber mittlerweile die Versorgungsstrukturen so verändert, dass diese schwarzen Schafe eher aussterben. Vielleicht gäbe es auch effektivere Methoden der Qualitätssicherung, die schwarzen Schafe in Grenzen zu weisen, als wir das bisher mit unseren Qualität-Bögen können.

Auf alle Fälle besteht dringend Diskussionsbedarf.

Bei Veränderungen wäre es jedoch wichtig, die Finanzierung, wenn sie vom Take-Home abgekoppelt wird, weiterhin auf vernünftige Beine zu stellen.

Kann man mit der Substitution sein Geld nicht mehr verdienen, hören einige möglicherweise auf und wir finden keine Nachfolger, daran kann auch keinem gelegen sein.

KV Saarland (Anmerkungen von Beatrice Gospodinov):

Wir sollten unsere Verantwortung in der Substitutionstherapie nicht aus den Händen lassen, deswegen unser Wissen und Erfahrung im Vordergrund stellen.

Die meisten Forderungen sind Pandemie unabhängig aber sinnvoll.

KV-Kommission Südwürttemberg (Anmerkungen von Frank Matschinski):

Kollege Matschinski weist in seinem über das Positionspapier hinaus reichenden Kommentar auf aktuelle Entwicklungen und auf erhebliche Unterschiede, wie sie im Alltag der Substitutionsbehandlung der einzelnen Substitutionspraxen bestehen, hin. Durch die notwendige plötzliche Übernahme von Patienten aus der Praxis eines verstorbenen Kollegen, zeige sich ihm gerade jetzt wieder deutlich, „was ich schon immer als Unterschied zwischen „Behandlung“ und „Versorgung“ wahrgenommen habe“. Gemeinsame Nenner wäre das, „was wir therapeutische Beziehung nennen“ – und selbst dieser sei in Gefahr, „wenn immer weniger Praxen immer mehr PatientInnen versorgen müssen. Diese Entwicklung ist Fakt - und es ist keine Änderung in Sicht“. Daraus würden sich weitere Fragen ergeben: „Stehen wir vor einem Paradigmenwechsel, der „Versorgung“ vor „Behandlung“?

Sind das nicht die Diskussionen, die wir in der Suchtmedizin der „Niedergelassenen“ führen müssen. Ist primär der Auftrag der Niedergelassenen die „Basisversorgung“ von Opioidabhängigen, die durch gelockerte Rahmenbedingungen erleichtert werden würde und überlassen wir die therapeutischen Angebote zusätzlichen „Anbietern“?. Weiter Fragen waren: „Müssten wir nicht die unterschiedlichen Anteile an „ Versorgung“ und „ Behandlung“ transparenter machen und klar benennen, ohne eine Wertung vorzunehmen ? Und müssten nicht für die unterschiedlichen Sektoren unterschiedliche Rahmenbedingungen gefordert werden? Die BtmVV und die BÄK gehen den anderen Weg, fordern von den „Basisversorgern“ mehr Kompetenz und (sozio-)therapeutische Interventionen.“ Weiter heißt es: „Wir als KV-Kom.-Vorsitzende vertreten sehr unterschiedliche Interessengruppen:

Schwerpunktpraxen mit therapeutischem Anspruch, KonsiliarärztInnen mit wenigen Pat., Hausarztpraxen mit ca. 50 Pat. und „Versorgerpraxen“ mit riesigen PatientInnenzahlen...Das aktuelle Positionspapier scheint mir diesen Spagat wunderbar widerzuspiegeln, wenngleich es eher zwischen individuellen Positionen und nicht strukturell differierenden Ausgangslagen argumentiert.

Müssten wir nicht die unterschiedlichen Anteile an „Versorgung“ und „Behandlung“ transparenter machen und klar benennen, ohne eine Wertung vorzunehmen? Und müssten nicht für die unterschiedlichen Sektoren unterschiedliche Rahmenbedingungen gefordert werden?

Redaktion der eingegangenen Stellungnahmen, Stand 15.08.2021, Peter Jeschke

Anlage 2

Quellen (zusammengestellt von Hans-Günther Meyer-Thompson):

Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19 - Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland, 16.03.2020

https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/Presse_Corona/30_03_2020/30_03_2020_handreichung_kurzfassung_subst_und_sars_2_covid_19_-16320-final-1.pdf

FAQ-Liste: BtMVV und Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Inclusive Ausnahmeregelungen während der epidemischen Notlage (in Rot)

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Sucht/2020-04-27_FAQ_BtMVV_BAEK.pdf

Verordnung über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung) vom: 20.04.2020, Bundesministerium für Gesundheit, BAnz AT 21.04.2020 V1FNA: neu: 2126-13-12 Quelle Bundesanzeiger. Auszug der die Opioidsubstitutionsbehandlung betreffenden Inhalte: https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Download/PDF/SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung_-_BtMVV_-_Auszug_Substitution_-1-.pdf

Bielefeld. Substitutionsbehandlung unter dem Dach der Drogenhilfe – am Beispiel Bielefeld (DROGENKURIER - magazin des Jes-bundesverbands - mai 2021 nr. 126, Seiten 22-23 https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2021/05/Kurier-126_fuers-www.pdf

Niedrigschwellige Substitution unabhängig vom Versicherungsstatus - Das Modell des Drob Inn während der Corona-Pandemie

DROGENKURIER Nr. 125, März 2021

Herausgeber: JES*-Bundesverband e. V.

<https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2021/03/Kurier-125-internet.pdf>

Interview mit Daniela Ludwig, Bundesdrogenbeauftragte, und Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer: „Die ärztliche Tätigkeit fällt auf fruchtbaren Boden“

Dtsch Arztebl 2021; 118(24): A-1213 / B-1000

Bühning, Petra

Die Substitutionsbehandlung ebnet schwer opiatabhängigen Menschen einen Weg zurück in die Normalität. In den nächsten Jahren gehen viele substituierende Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand. Daniela Ludwig und Klaus Reinhardt werben gemeinsam für mehr Ärzte, die sich in der Substitutionsbehandlung engagieren. [https://www.aerzteblatt.de/archiv/219745/Interview-mit-Daniela-Ludwig-Bundesdrogenbeauftragte-und-Dr-med-\(I\)-Klaus-Reinhardt-Praesident-der-Bundesaerztekammer-Die-aerztliche-Taetigkeit-faellt-auf-fruchtbaren-Boden](https://www.aerzteblatt.de/archiv/219745/Interview-mit-Daniela-Ludwig-Bundesdrogenbeauftragte-und-Dr-med-(I)-Klaus-Reinhardt-Praesident-der-Bundesaerztekammer-Die-aerztliche-Taetigkeit-faellt-auf-fruchtbaren-Boden)

KBV. Erleichterungen bei der Substitutionstherapie

In: Seite 1 von 10/ KBV / Coronavirus SARS-COV-2: Kurzüberblick Sonderregelungen/ 17. Juni 2021 CORONAVIRUS SARS-COV-2: KURZÜBERBLICK SONDERREGELUNGEN (STAND: 17.06.2021), Seite 9.

https://www.kbv.de/media/sp/Coronavirus_Sonderregelungen_Uebersicht.pdf

GBA. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 74. Sitzung am 9. Juni 2021 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung vom 1. Juli 2021 bis zum 30. September 2021

[Coronavirus SARS-CoV-2], Beschluss vom: 09.06.2021, Internet-Veröffentlichung am: 10.06.2021

Gemäß § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V kann das BMG innerhalb von zwei Monaten den Beschluss beanstanden.

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>

DGS. Thesen und Vorschläge der DGS zur Überarbeitung des EBM bzgl. Suchtmedizin zur Sicherstellung der Substitutionstherapie Opioidabhängiger in der Zukunft

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, März 2021

https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fdf5f0/605b3ea3c74f15686ad5ecc1_Thesen%20und%20Vorschl%C3%A4ge-1.pdf

Meinungen zu geänderten Regeln für Substitution und möglichen zukünftigen Regulierungen und zur Substitutionspraxis in der Pandemie. In:

Corona und Drogenhilfe – Zur Situation in ‚harten Drogenszenen‘

B. Werse, G. Kamphausen

Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Centre for Drug Research, Juni 2021

<https://www.forum-substitutionspraxis.de/covid-und-substitution/vor-ort/national/33820-corona-und-drogenhilfe-zur-situation-in-harten-drogenszenen-sachbericht>

Bundesärztekammer. FAQ-Liste: BtMVV und Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (aktualisiert)

22 Fragen rund um die Opioidsubstitutionsbehandlung mit Berücksichtigung der aktuellen Regelungen im Zusammenhang mit der epidemischen Notlage von nationaler Tragweite (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung). (BÄK, 27.04.2020)

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Sucht/2020-04-27_FAQ_BtMVV_BAEK.pdf

JES. Befragung Substituierter zu Erleichterungen

Anlässlich des „Aktionstag Substitution“ am 05.05.21 haben JES NRW und der JES Bundesverband eine bundesweite Befragung von Substituierten initiiert, um mehr Informationen zum Wissensstand dieser Gruppe bzgl. der Möglichkeiten einer erleichterten Substitution zu erlangen. Entgegen der Aussage vieler substituierender Ärzt*innen, dass substituierte Patient*innen über die Veränderungen im Rahmen der COVID 19 Pandemie und auch die positiven Veränderungen der BtMVV von 2017 (**z.B. Take-Home bis zu einem Monat möglich**) umfassend informiert wurden, stellt sich die Situation in Gesprächen mit Substituierten oftmals gänzlich anders dar. (JES NRW und Bundesvorstand, 04.05.2021) <https://jesnrw.de/befragung-substituierter-zu-erleichterungen/>

SAMHSA. Telehealth for the Treatment of Serious Mental Illness and Substance Use Disorders

This guide reviews ways that telehealth modalities can be used to provide treatment for serious mental illness and substance use disorders among adults, distills the research into recommendations for practice, and provides examples of how these recommendations can be implemented.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA, Publication ID PEP21-06-02-001, Publication Date: June 2021

<https://store.samhsa.gov/product/telehealth-for-treatment-serious-mental-illness-substance-use-disorders/PEP21-06-02-001>

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erklärt Qualitätsprüfungs-Richtlinie für rechtswidrig

Berlin – Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für rechtswidrig erklärt (Az.: L 7 KA 52/14). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) rät den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die entsprechenden Stichprobenprüfungen zunächst auszusetzen. Der G-BA muss die betroffene Richtlinie laut KBV nun überarbeiten. Die Revision hat das LSG nicht zugelassen. (aerzteblatt.de, 06.07.2018) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96310/Landessozialgericht-Berlin-Brandenburg-erklaert-Qualitaetspruefungs-Richtlinie-fuer-rechtswidrig>

NRW. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug:

Substitutionstherapie in der Haft - Mit Anweisungen zum Entlassmanagement Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, Stand: 20.12.2018 https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Download/PDF/NRW_2018-09-12_Behandlungsempfehlungen.pdf

Redaktionsschluss: 15.08.2021