

EBM-Reform: Bleibt alles beim Alten in der Substitutionsbehandlung?

Auf dem Jahreskongress der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (<https://dgsuchtmedizin.de/>) in Leipzig vom 6.-8. November stellte Norbert Lyonn (Berlin, DGS-Vorstandsmitglied) den Diskussionsstand zwischen EBM-Beirat der DGS und der KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (<https://www.kbv.de/>) dar.

Die Vorschläge der DGS bei einem Treffen mit der KBV im Juni 2025 lauteten:

- 01949 höher bewerten
- 01953 höher bewerten und abrechenbar neben Versichertenpauschale
- 01952 häufiger abrechnen können (z.B. 8x)
- 01950 geringer bewerten
- Zusatzziffer für das Organisieren von dezentralen Vergaben („Vorhaltepauschale“) in Pflegeheimen, Apotheken, häuslichen Krankenpflegestationen und Suchtberatungsstellen

Das erste Ergebnis lautete

- KBV wird die DGS-Vorschläge prüfen und Berechnungen anstellen
- Die Quartalspauschale ist erst einmal vom Tisch.

Was verbirgt sich hinter den genannten EBM-Ziffern? (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, nach dem ärztliche Leistungen vergütet werden, <https://ebm.kbv.de/>) Stand IV. Quartal 2025)

01949 – Ausstellen und Abgabe eines Substitutionsrezepts: 84 Punkte, 10,41 Euro

01950 – Abgabe unter Sicht in einer Praxis oder Ambulanz: 46 Punkte, 5,70 Euro

01951 – Wochenend- und Feiertagszuschlag: 101 Punkte, 12,52 Euro

01952 – ärztliches Therapiegespräch von mindestens 10 Minuten: 154 Punkte, 19,09 Euro

01953 – subkutane Injektion eines Buprenorphindepots und Betreuung im Rahmen der Nachsorge bei Behandlung mit einem Depotpräparat: 130 Punkte, 16,11 Euro.

Die KBV bekräftigte erneut, dass Änderungen der Substitutionsziffern im EBM unterm Strich ein „punktsummenneutrales“ Ergebnis haben müssen. Aufwertungen einer Leistung könnten nur bei entsprechender Abwertung einer anderen Leistung vollzogen werden. Angesichts der klammen Finanzlage der Krankenkassen und des schwachen Standes der Suchtmedizin im ambulanten GKV-finanzierten Gesundheitswesen wird daran kaum zu rütteln sein, sind sich alle Beteiligten einig: Es wird schwer, mehr Geld für die Opioidsubstitution zu erhalten.

Die Quartalspauschale war Detail eines Vergütungskonzepts, das 2022 vom IGES-Institut in Kooperation mit der DGS vorgelegt worden war

(https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/ambulante-substitutionstherapie/index_ger.html): „Ziel des IGES-Ansatzes ist es, die individuelle therapeutische Entscheidung zwischen Arzt und Patient zu stärken und Behandlungsentscheidungen weitgehend von finanziellen Anreizen zu entkoppeln. Derzeit gewährleistet die aktuelle Vergütungssystematik durch die Überbetonung der täglichen Substitutionsvergabe einerseits keine therapeutische Neutralität und beansprucht damit zugleich die knapper werdenden Praxisressourcen über Gebühr.“ (<https://www.gesundheit-adhoc.de/fehlansreize-in-der-verguetung-der-substitutionstherapie-ueberwinden-iges-institut-entwickelt>)

Im Oktober 2025 kam es zu einem Online-Termin der KBV mit der DGS. Die weiteren Antworten der KBV auf die Einzelvorschläge der DGS fielen ernüchternd aus:

- Es wurden verschiedene Berechnungen angestellt, auf welche Punktzahlen die 01949 und die 01953 erhöht werden könnten, sowie auf welche Punktzahl die 01950 gesenkt werden kann.

- Die KBV ist besorgt, dass dies zu Verlusten bei Praxen führen kann, die nur Sichtvergaben durchführen. Laut KBV gibt es eine Gruppe von Praxen, die nur Sichtvergaben (01950) und keine Rezeptabgabe nach 01949 abrechnen, und eine Gruppe von Praxen, die nur TH-Verordnungen (01949) abrechnen. Die meisten Praxen rechnen beides ab.
- Die Anhebung der Abrechnungshäufigkeit der Gesprächsziffer (01952) wäre nur mit erheblicher Absenkung der 01950 Bewertung punktsummenneutral umsetzbar.
- Eine Zusatzpauschale für die dezentrale Versorgung sei schwer gegenüber dem GKV Spitzenverbandes durchsetzbar.

Zur Erläuterung: Bei „Praxen, die nur Sichtvergaben (01950) und keine Abgabe von Substitutionsrezepten abrechnen, muss es sich um Praxen handeln, die grundsätzlich keine Rezepte zur Abgabe des Medikaments in einer Apotheke ausstellen, sondern die PatientInnen Tag für Tag zur Einnahme unter Sicht kommen lassen. Diese Praxen sind in der Diskussion um eine EBM-Reform gemeint mit dem Begriff „finanzielle Anreize“, die der EBM bietet, Substituierte quasi zu Geiseln aus wirtschaftlichen Gründen zu nehmen. Aus PatientInnenkreisen und aus der Selbsthilfeorganisation JES (Junkies-Ehemalige-Substituierte, <https://www.jes-bundesverband.de/>) wurde nach der Covid-19-Pandemie berichtet, dass selbst während der Lockdownzeiten einzelne Praxen darauf bestanden hätten, eine uneingeschränkte Unter-Sicht-Vergabe durchführen zu müssen, weil oberhalb eines bestimmten Anteils von Apothekenrezepten die Wirtschaftlichkeit gefährdet sei. In anderen Praxen hieß es, eigenverantwortliche Einnahmen seien auch in Pandemiezeiten nicht zu verantworten und (mit patientenseits so empfundenem paternalistischen bzw. maternalistischen Unterton) überdies bräuchten sehr viele Substituierte auch den täglichen Kontakt zur Praxis oder Ambulanz aus therapeutischen Gründen.

Oder gibt es immer noch Praxen, in denen durchgängig die Vergabeziffern abgerechnet werden, aber unter der Hand und verbotenerweise Substitute gelegentlich zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgehändigt werden?

Die EBM-Ziffer 01950 wurde zu Beginn der Substitutionsbehandlung in den 1990er Jahren mit einer Zeitdauer berechnet, die erforderlich war, um mit Pipetten aus kleinen Polamidon-Flaschen die jeweilige Tagesdosis abzufüllen. Da saß dann ein professionelles Team schon mal zwei Stunden vor Öffnung der Praxis, Ambulanz oder Apotheke beisammen und pütscherte fluchend vor sich hin. Die kalkulierte Zeit wurde damals mit drei oder dreieinhalb Minuten pro Abgabe incl. Vorbereitung und Dokumentation angesetzt. Seitdem hat sich die Vorbereitungs- und Abgabezeit stark verkürzt, weil Dispensiersysteme mit angeschlossenen Dokumentationssystemen schneller sind. Ob zeitliche Neubewertung stattgefunden hat, weiß ich nicht. Die Punktzahl wurde zwischenzeitlich erhöht: 2017 gab es für die Sichtvergabe 39 Punkte, aktuell sind es 46 Punkte.

Bei der „Gruppe von Praxen, die nur TH-Verordnungen (01949) abrechnen“, handelt es sich um Praxen, die in ihren Räumen keine Sichtabgabe durchführen, sondern ausschließlich BtM-Rezepte ausstellen zur Abgabe des Medikaments in der Apotheke unter Sicht und/oder zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take Home“), so wie es beispielsweise in Hamburg seit Beginn der gesetzlichen Regelung der ambulanten medikamentösen Behandlung der Opioidabhängigkeit gehandhabt wird.

Eine Aufschlüsselung der KBV-Berechnungen unter Angabe genauer Zahlen liegt nicht vor. Stattdessen hat die KBV modifizierte Vorschläge unterbreitet:

- Umsetzung des DGS-Vorschlages ohne Vergütung für zusätzliche Gespräche nach EBM-Ziffer 01952
- Stufenweise Umsetzung des DGS-Vorschlages, das heißt schrittweises Absenken der Bewertung der 01950 und Erhöhung der Bewertungen von

01949 und 01953, im Verlauf Möglichkeit der Finanzierung von mehr Gesprächsleistungen (01952)

- Doch wieder ein Pauschale Modell

Unter den Anwesenden des EBM-Seminars auf dem DGS-Kongress wurden vereinzelt Stimmen laut, dann doch den EBM im alten Gewand zu belassen.

Die DGS argumentiert weiterhin, dass eine Dezentralisierung der Vergabe notwendig sei und finanziell attraktiver werden müsse, sonst finde vor allem in ländlichen Gebieten bald gar keine Substitution mehr statt. Und wenn mehr Ärztinnen und Ärzte für die Substitution gewonnen werden sollen, dann müsse es auch finanzielle Anreize geben. Und schließlich könnten die KVen ihrem Versorgungsauftrag bald nicht mehr nachkommen, ohne mehr Geld für die Substitution (und für die ambulante Suchtmedizin insgesamt) bereitzustellen.

Die Gespräche der DGS mit der KBV sollen fortgeführt werden.

Kommentar:

Das ursprüngliche Ziel einer Änderung des Substitutionsziffern im EBM lautete, „finanzielle Fehlanreize“ durch übermäßige, suchttherapeutisch nicht zu begründende Sichtabgaben zu vermindern. Zusätzlich mit diesem Ziel verbunden war die Absicht, die Autonomie der Substituierten zu stärken durch eine Ausweitung der Sichtabgaben und/oder Take-Home-Verordnungen mittels Rezepten, die in wohnortnahen Apotheken eingelöst werden können. Der Gesetzgeber hat mit den Änderungen der BtMVV seit 2017 dafür die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Die Erfahrungen mit den Ausnahmeregeln in der Pandemie haben weltweit bewiesen, dass eine Lockerung der Abgabebedingungen in der Behandlung Opioidabhängiger betäubungsmittelrechtlich und therapeutisch verantwortbar ist.

In mehreren Bundesländern erhalten die Apotheken mittlerweile auch eine Vergütung für die Sichtabgabe – die Abgabe von Medikamenten in der näheren Wohnumgebung der Patientinnen und Patienten hat damit einen langjährig geforderten Schritt nach vorne genommen. (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/angebot-in-apotheken-ermoeeglicht-integration-in-den-alltag-152650/> und <https://www.forum-substitutionspraxis.de/apotheke/umfrage-zur-honorierung-der-sichtvergabe-von-opioidsubstituten-in-apotheken-stand-12-mai-2025>)

Das Zusammenspiel der lautstark vorgetragenen und nur zum Teil berechtigten wirtschaftlichen Befürchtungen aus Schwerpunktpraxen und Ambulanzen vor einer Absenkung des Punktwerts für Sichtvergaben und vor einer Quartalspauschale mit der Hinhaltenaktik der KBV und der anhaltenden Abwertung der Erfolgsgeschichte der medikamentengestützten Behandlung der Opioidabhängigkeit und schließlich die Finanzlage der Krankenkassen lassen eine Minderung finanzieller Fehlanreize und eine Stärkung der Autonomie substituierter Opioidabhängiger wieder in weite Ferne rücken.

Dirk Schäffer (Aidshilfe und JES) schrieb dazu 2024 diesen treffenden Kommentar: „Das übergeordnete Ziel der Substitutionsbehandlung ist, neben der gesundheitlichen Stabilisierung, die soziale und auch berufliche Reintegration von Opioidkonsument*innen sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dass die vielfach über Jahre und Jahrzehnte praktizierte tägliche Vergabe des Medikaments eher hinderlich zur Erreichung dieser Ziele ist, ist sicher unstrittig.“ (<https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2024/02/D.Schaeffer.-Die-Novellierung-der-Finanzierung-der-Substitution-eine-Perspektive-aus-nichtarztlicher-Sicht.pdf>)

Ein weiteres Beispiel für die Realitätsferne des EBM: Ärztinnen und Ärzte, die nicht über die suchtmmedizinische Fachkunde verfügen, dürfen dennoch substituieren und die Behandlung abrechnen, wenn einmal im Quartal in einer suchtmmedizinisch zugelassenen Praxis oder Ambulanz eine Überprüfung der Therapie mit Empfehlungen für die weitere Behandlung

stattfindet. Für diese konsiliarische Untersuchung und Beratung nach EBM 01960 dürfen dann 110 Punkte gleich 13,63 Euro berechnet werden. Grotesk!

Mit dem geltenden EBM-Katalog wird es zudem nicht gelingen, Voraussetzungen zu schaffen, die die Mehrzahl der bislang nicht substituierten Opioidabhängigen dazu bewegen können, eine medikamentengestützte Behandlung aufzunehmen. Das könnte sich angesichts einer drohenden Opioidkrise als fatal erweisen.

Und eine KBV, die sich nicht in der Lage sieht, die bundesweiten Jahreszahlen für die Substitutionsziffern vorzulegen, damit mal eine seriöse Berechnung für eine Neuordnung der EBM-Punktwerte angestellt werden kann, muss sich vorhalten lassen, die Finanzierung der Substitutionsbehandlung weder der BtMVV noch den Richtlinien der Bundesärztekammer anzupassen.

Hans-Günter Meyer-Thompson, Redakteur <https://www.forum-substitutionspraxis.de/>

11. November 2025