

Die Neufassung des EBM – Abschnittes Substitution, Der aktuelle Stand der Diskussion.

K. Isernhagen (Köln)

Institution Gemeinschaftspraxis Gottenring, Köln



a-k.isernhagen@t-online.de

10 Kernprobleme in der Versorgung opiatabhängiger Patienten

1. Die Zahl substituierender Ärzt*innen geht zurück. Bei Praxisaufgabe werden keine Nachfolger*innen gefunden, bzw. die Substitution wird nicht weitergeführt

2. Das Interesse junger Ärzt*innen – ebenso von Allgemeinmediziner*innen, Psychiater*innen, Internist*innen und Infektiolog*innen – wird zu wenig geweckt

3. Substituierende Ärzt*innen brauchen mehr Netzwerke

4. Die wohnortnahe Versorgung z.B durch Apotheken wird noch zu wenig genutzt

5. Kliniken und Ambulanzen sowie Sucht-Reha-Einrichtungen nutzen ihre Ressourcen zu wenig, um Substitutionspatient*innen – auch ambulant – zu behandeln

6. Kliniken der Regionalversorgung sowie Gesundheitsämter sind in die Versorgung nicht oder nur notfallmäßig eingebunden

7. Es fehlt an zusätzlichen Vergabestellen. Die Delegationsmöglichkeiten durch die neue BtMVV werden zu wenig genutzt

8. Suchtmedizin ist im Studium sowie in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung zu wenig präsent

9. Das Honorierungssystem setzt die falschen Schwerpunkte und bildet nicht die Erfordernisse eines differenzierten Versorgungssystems ab

10. An Schnittstellen zwischen Haft, Maßregelvollzug, stationärer Behandlung oder Entwöhnung kommt es zu lebensbedrohlichen Versorgungsabbrüchen



Initiative
Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger
Patient*innen:
Christoph von Ascheraden, Ulrich Bohr,
Konrad F. Cimander, Ursula Havemann-
Reinecke,
Thomas Poehlke, Jens Reimer, Norbert
Scherbaum, Stephan Walcher (2020)

Die auf täglicher Vergabe als ärztliche Leistung basierende Vergütung der Substitution ist nicht fachgerecht und behindert die Substitutionstherapie durch niedergelassene Ärzt*innen

GOP¹⁾	Kurzlegende	Kalkulations- zeit in Minuten²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	4	4	Tages- und Quartalsprofil

- Für Haus- und Fachärzte unter diesen Bedingungen nur schwer in den Praxisalltag zu integrieren
- Die Einzelabrechnung der täglichen Vergabe ist fehleranfällig und spiegelt nicht die Behandlungsrealität
- Die mittlerweile über 30 jährige Erfahrung mit Substitution zeigt, dass diese restriktiven Regelungen unsachgemäß sind
- Schwer kranke Suchtpatienten, die einen hohen Gesprächs- und/oder Koordinierungsaufwand erfordern, sind für die Praxis unattraktiv
- Fehlanreize mit Verweigerung von take-home auch für stabile Patienten werden geschaffen
- Die bei etlichen Patienten sinnvolle Therapie mit Depot – Buprenorphin wird behindert
- Die Regressgefahr durch Tages- und Quartalsprüfprofile ist abschreckend für interessierte Kolleg*innen

Verordnung der Bundesregierung

Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Außerdem darf ein Substitutionsmittel nach Absatz 6 Satz 1 dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden

.....

4. in einer staatlich anerkannten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe von dem dort eingesetzten und dafür ausgebildeten Personal, sofern der substituierende Arzt für diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

7.

Es fehlt an zusätzlichen Vergabestellen. Die **Delegationsmöglichkeiten** durch die neue BtMVV werden zu wenig genutzt

Die auf täglicher Vergabe als ärztliche Leistung basierende Vergütung der Substitution ist nicht fachgerecht und behindert die Substitutionstherapie in dezentralen und ggf. wohnortnahen Einrichtungen.

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

- Das Grundprinzip bedeutet nicht die schlichte Forderung nach mehr Geld, sondern eine leistungsgerechte Vergütung, die die Behandlungsrealität der Substitution abbildet und Fehlanreize vermeidet.
- Punktwerte als Rechengrundlagen sind Schätzwerte und Verhandlungen zwischen GKV und KBV vorbehalten
- Punktwerte in Euro sind von uns nicht beeinflussbar und stehen hier nicht zur Diskussion

Grundzüge des neuen Vergütungskonzept

- Das Vorhalten, die Durchführung, die Koordination sowie Dokumentationsleistungen werden durch eine Quartalspauschale vergütet.
- Die suchtmedizinischen Leistungen im engeren Sinne (therapeutische Gespräche) sind öfter abrechenbar.
- Die therapeutischen Gespräche sind auch telemedizinisch oder telefonisch erbringbar.
- Die Vergütung an Wochenenden oder Feiertagen (Zi. 01951) bleibt unverändert.
- Das Laborkapitel zur Substitution bleibt unverändert.

Auswirkungen des neuen Vergütungskonzepts

- Qualitätsorientierte und individualisierte Therapie wird belohnt
 - Die Vergabeform kann nach medizinischen Gesichtspunkten vom Arzt/Ärztin festgelegt werden, ohne Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Praxis.
 - Die Zahl der therapeutischen Gespräche kann an die Behandlungssituation und die Komorbidität des Patienten angepasst werden und wird entsprechend des Aufwands vergütet.
- Positive Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung
 - Der höhere Aufwand bei Koordinationsleistungen z. B. bei häufigen Krankenhausaufenthalten oder durch Absprachen mit der PSB bei problematischen Patienten wird durch die Pauschalisierung berücksichtigt.
 - Keine Honorarverluste durch take-home, Depot-Injektion oder Fehltage.
 - Verlagerung des Schwerpunkts von der Vergabeorganisation auf die suchtmmedizinische Behandlung.

Im Einzelnen:

- Die EBM Ziffern **01950, 01949 und 01953** entfallen
- Statt dessen wird eine Quartalspauschale für die Vorhaltung der Substitution eingeführt:

Zi. 01946: Steuerung und Koordination der Behandlung

Zi. 01952: Die Gebührenordnungsposition 01952 ist höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Telefonisch oder per Videosprechstunde

Neubewertung der **Zi. 01960**

- Vorbehaltlich der Verhandlungen mit der KBV und zwischen KBV und GKV

EBM Beispielrechnungen nach hypothetischen Patienten										Kalkulation EBM Neu								
Abrechnungshäufigkeit 3. Qu. 2023										1946 mit 3 unterstellten Punktzahlen						1952		
Typ	1950	N x 46	1952	N x 154	1949	N x 84	1953	N x 130	Gesamt	1350	Diff	1500	Diff	2000	Diff	x 8	x4	x6
1 kein Fehltag. Kein t. h.	62	2852	4	616					3468	2582	-886	2732	-736	3232	-236	1232	616	924
2 kein t. h., Fehltage, Kh	24	1104	4	616					1720	2274	554	2424	704	2924	1204			924
3 Sa/ So t. h.; Fehltage	32	1472	4	616	10	840			2928	2582	-346	2732	-196	3232	304	1232		
4 6 Tage t. h.			4	616	12	1008			1624	2274	650	2424	800	2924	1300			924
5 13 Tage t. h.; Monteur			4	616	6	504			1120	1966	846	2116	996	2616	1496		616	
6 Wochendepot			4	616			12	1560	2176	2274	98	2424	248	2924	748			924
7 Monatsdepot			4	616			4	520	1136	1966	830	2116	980	2616	1480		616	

Die Häufigkeit des Ansatzens der Zi. 01952 kann je nach Praxisstruktur variieren, zumal diese Zi. zukünftig auch telemedizinisch oder telefonisch erbringbar sein könnte. Ich habe die mir realistisch erscheinenden Zahlen, die aufgrund unserer Struktur abgerechnet werden könnten und dieser Berechnung zugrunde gelegt wurden, rot unterlegt.

Die Wochenendziffer (01951) wurde in diese Rechnung nicht einbezogen, da sich daran voraussichtlich nichts ändern wird, und die Erbringung wesentlich von der jeweiligen Praxisorganisation abhängt.



Suchtmedizin ist mehr als Substitution

Die Attraktivität eines Fachgebietes für evtl. interessierte Kolleg*innen ist auch in nicht unwesentlichem Maße vom Facettenreichtum dieses Gebietes abhängig

Eine adäquate Berücksichtigung der Bandbreite unseres Fachgebietes wird nicht nur eine leistungsgerechte Vergütung der suchtmmedizinischen Arbeit bewirken sondern auch das Bild der Suchtmedizin als facettenreiches, spannendes, interessantes, lohnendes sowie erfolgreiches Fachgebiet der Medizin für sich orientierende Kolleg*innen und Student*innen verdeutlichen.

Die DGS formuliert daher folgende Vorschläge:

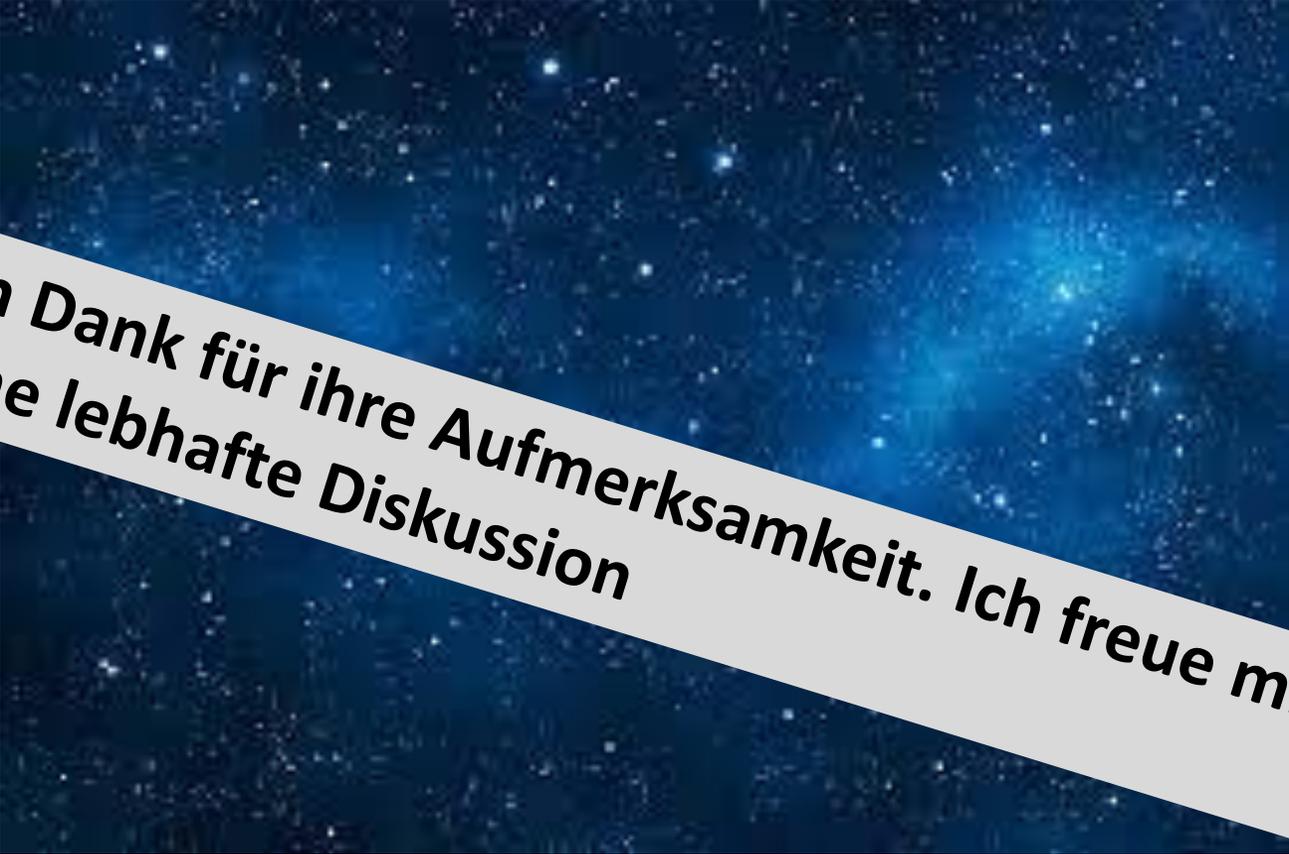
Einführung einer EBM-Ziffer für standardisierte Kurzinterviews zur Alkoholdiagnostik (Audit) z. B. im Rahmen des Check up 35 für suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzt*innen.

Einführung einer EBM-Ziffer für standardisierte ärztliche Kurzinterventionen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum für suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzt*innen, ggf. analog zur Psychosomatik Ziffer im EBM

Einführung einer Ziffer für ambulanten Alkoholentzug für suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzt*innen, ggf. analog zur Psychosomatik Ziffer im EBM

Einführung einer Ziffer im EBM zur Vergütung der ambulanten Betreuung von Alkoholkranken in der Gruppe oder als Einzelsitzung für suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzt*innen ggf. einschließlich medikamentengestützter Therapieverfahren

Zudem sollten analog zu den Alkoholziffern entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für den **Nikotinentzug**
für andere Suchtstoffe (**Cannabis, Crack, GBL, Stimulantien** etc.),
für **medikamentenbezogene Störungen** sowie für **Spiel/Internetsucht**
eingeführt werden



**Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich
auf eine lebhafte Diskussion**

Diese Anregungen sind allerdings derzeit nicht Verhandlungsgegenstand mit der KBV sondern stehen in den Sternen