

Leserbrief zur geplanten Reform der EBM-Substitutionsziffern

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

auf dem Jahreskongress der DGS in Leipzig wurde eine bereits weit gediehene geplante Umstrukturierung des EBM im Bereich der Substitutionsbehandlung vorgestellt, die im Kern die Streichung der behandlungstäglichen Gebührenordnungsposition 01950 vorsieht zugunsten vermehrter Mitgabeversicherungen und einer gewissen Aufwertung begleitender Gespräche (1).

In der Berichterstattung hierzu (2) sind zu Recht nunmehr die nachteiligen Folgen dieser Pläne für die größeren, niederschwellig arbeitenden Substitutionsambulanzen und Substitutionspraxen in den Blick geraten. In der Tat würde die ersatzlose Streichung der Ziffer 01950 z.B. in unserer Praxis einen Ausfall von 48% der Erstattungen nach sich ziehen. Dem steht gegenüber, dass nur ein geringer Anteil der Patienten sich überhaupt für eine regelmäßige Mitgabeversicherung qualifiziert; zur Zeit sind das nur 1-2% unserer Patientenschaft, was für eine innerstädtische Schwerpunktpraxis nicht ungewöhnlich ist, wenn man die selbst bei erreichter Opiatabstinenz immer noch hohe Rate an Personen berücksichtigt, die weiterhin komorbide und manifest alkohol-, kokain- und/oder benzodiazepin- (bzw. pregabalin-)abhängig verbleiben, bei denen sich eine regelmäßige Mitgabe ausschließt.

Mir ist verständlich, dass es v.a. für die Kollegen auf dem Land, deren Patientenschaft tatsächlich auf ein höheres Maß von Mitgabeversicherungen angewiesen sein mag, einer besseren Vergütung bedarf. Diese Planung übersieht aber, dass der weitaus größte Anteil von Patienten nicht in hausärztlichen Praxen, sondern von einer geringen Zahl substituierender Ärzte in Schwerpunkteinrichtungen versorgt wird – die Bundesopiumstelle nennt in ihrem Jahresbericht 14% der Ärzte, die über die Hälfte von Patienten betreuen (3). Eine "ausgleichsweise" Höhergewichtung von Gesprächen kommt in diesen Behandlungseinrichtungen deutlich weniger in Betracht als in der Hausarztpraxis, in der die psychiatrisch unbelasteten, nicht weiter verhaltensauffälligen Patienten vorherrschen. Dagegen sind unsere Patienten häufig aus Gründen psychiatrischer Störungsbilder dem formellen, womöglich terminierten, längeren ärztlichen Gespräch (wie es die Ziffer 01952 honoriert) weniger zugänglich, wohl aber dem informellen, kurzen, dafür tagtäglichen persönlichen Kontakt. Den psychotherapeutischen Wert dieser "Objekt Konstanz" (des Arztes und Mitarbeitern) hat z.B. Markus Backmund in München häufig betont. Dieser schlägt sich aber gerade in der Ziffer 01950 nieder, die damit therapeutisch mehr umfasst als die bloße Überlassung eines Medikaments. Eine in der Kumulation zeitaufwendige, wertvolle therapeutische Handlung (des "Drumherums" der Medikation sozusagen) bliebe mit der Streichung der Ziffer 01950 nicht honoriert und ließe sich auch nicht ersatzweise im zehnmütigen Takt der Ziffer 01952 abbilden.

Eine Streichung der Ziffer 01950 verkennt außerdem, dass das wirksame Agens der Substitutionsbehandlung nach wie vor die Medikation (mit einer in der Medizin höchst seltenen NNT von 1-2) als solche ist, für die reichlich wissenschaftliche Evidenz vorliegt, nicht aber für das (ergänzend sicher sinnvolle) ärztliche Gespräch; hier in Analogie z.B. für die psychosoziale Behandlung bewertet:

"Die jüngste Metaanalyse der Cochrane Collaboration von 2011 (Amato et al. 2011) fasste die Daten von 35 kontrollierten Studien mit 4.319 Teilnehmern zusammen, in denen eine um psychosoziale Behandlung ergänzte Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit mit alleiniger Substitution verglichen worden war. Für keinen der Studienendpunkte ergab sich ein signifikanter Vorteil für die mit psychosozialer Behandlung versorgten Substitutionspatienten (bezüglich Haltequote, Opiatabstinenz, Compliance, psychiatrischer Symptome, insbesondere Depression). Keines der in den einzelnen Studien unterschiedlichen spezifischen Interventionsverfahren zeigte sich den anderen überlegen; das galt auch für die in vielen Studien v.a. bei Kokainabhängigkeit bereits als wirksam belegten Verstärkerprogramme mit Belohnungsanreizen. Es scheint daher, dass

psychosoziale Betreuung keinen messbaren Effekt auf den Verlauf der Opiatabhängigkeit entfaltet."

Ein weiterer Kritikpunkt sind die zusätzlichen Kosten auf Apothekenseite durch deren diverse Zuschläge auf jede Einzeldosis bei Ausweitung von Mitgabeverordnungen, von den Müllbergen durch konfektionierte Einzeldosen ganz zu schweigen. Auch wenn die Medikamentenkosten nicht zu Lasten des ärztlichen Budgets gehen, würden damit aber die Gesamtkosten der GKV in die Höhe getrieben. Allerdings ist ohnehin nicht zu erwarten, dass Apotheken, deren Mitarbeiterschaft stark rückgängig ist, in größerer Zahl willens und fähig wären, die Versorgung einer als schwierig geltenden, aber zahlenmäßig großen Patientengruppe zu übernehmen.

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Blaupause für die intendierten Veränderungen (5) unter Sponsorenschaft eines pharmazeutischen Unternehmens entstand, das ein langwirksames Depotpräparat zur Substitution vertreibt. Das mag hilfreich für entsprechend weit psychosozial integrierte, ansonsten drogenabstinente Opioidabhängige sein; diese stellen aber nur den geringsten Anteil der Behandlungsbedürftigen dar. Die anders situierte Patientenschaft der Schwerpunkteinrichtungen scheint schlichtweg übersehen worden zu sein. Auch die Mitwirkung nur dreier Substitutionsärzte an diesem „ZamS-Vergütungskonzept“ stellt wohl kaum sicher, dass die Vorschläge für die Gesamtheit der zu versorgenden Patientenschaft und die die Hauptlast der Versorgung tragenden Einrichtungen repräsentativ wäre.

Die gerade psychotherapeutisch wertvolle Kernleistung der Substitutionsbehandlung gänzlich aufzugeben, wie es die Umsetzung dieses Konzepts vorsieht, hätte jedenfalls die offenkundig nicht bedachte betriebswirtschaftliche Folge, den Bestand der in der Regel hoch personalisierten und täglich geöffneten Substitutionsambulanzen und Schwerpunktpraxen zu gefährden.

(1) <https://www.forum-substitutionspraxis.de/ebm-und-substitutionsbehandlung/k-iserhagen-die-neufassung-des-ebm-abschnittes-substitution-der-aktuelle-stand-der-diskussion>

(2) <https://www.forum-substitutionspraxis.de/ebm-und-substitutionsbehandlung>

(3)

https://www.bfarm.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicesuche_Formular.html?nn=468476&sourceId=468548&input=468476&pageLocale=de&templateQueryString=bericht+substitution&submit.x=0&submit.y=0

(4) Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S: Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Library, online publiziert 05.10.2011

(5) https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/ambulante-substitutionstherapie/index_ger.html

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. D. Lichtermann
FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Bonn
Noeggerathstr. 12, 53111 Bonn,
Tel. 0228 / 184 18-12
lichtermann@cafe-ersatz.de

