Das neue Substitutionsrecht: Nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis aber wie sichern wir jetzt die Versorgung vor Ort?

Endlich stehen wir nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis! 25 Jahre musste hierzulande die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger unter rechtlichen Bedingungen ausgeübt werden, die bereits 1992 mitrichten internationalen Erfahrungen und Evidenzen entsprachen.

Das ist vorbei. Und Patienten wie Ärzteschaft entdecken seit Oktober vorigen Jahres, wie hilfreich der reformierte rechtliche wie fachliche Rahmen für die Behandlung sein kann.

Diese Flexibilisierung kommt allerdings 5-10 Jahre zu spät, um kurzfristig die strukturelle Krise der Substitutionsbehandlung lösen zu können.

In mehreren Landesteilen existiert vor Ort praktisch keine Substitutionsbehandlung mehr, so dass Patienten allwöchentlich 50 Kilometer und mehr fahren müssen.

Die KV Nordrhein hat dazu vergangenes Jahr klare Aussagen getroffen:

„Wir beobachten besonders in ländlichen Regionen einen Mangel an Substitutionsangeboten.“ Die Situation droht sich in den kommenden Jahren zu verschärfen. „Gut ein Drittel der substituierenden Kolleginnen und Kollegen sind über 60 Jahre alt.“

Viele weiße Flecken in der Substitutions-Landschaft gibt es heute schon im Kreis Euskirchen. (...) Ähnlich sieht es aus am Niederrhein, in den Kreisen Kleve und Heinsberg, im Oberbergischen und im Kreis Wesel.

Und die baden-württembergische Landesstelle für Suchtfragen sprach Anfang 2017 bereits von einem drohenden Notstand:

„Die aktuell vorliegenden Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg zur substitutionsgestützten Behandlung geben Anlass zur Sorge. Das Durchschnittsalter der aktuell substituierenden Ärzte (232) liegt bei 60 Jahren. Im schlimmsten Fall (wenn keine jungen Ärzte nachkommen, keine weiteren ermächtigten Institute gegründet werden und alle Ärzte aufhören, die 2021 älter als 65 Jahre sind) gibt es in 2021 nur noch 141 substituierende Ärzte. Im Regierungsbezirk Karlsruhe würde die Zahl der substituierenden Ärzte von aktuell 44 auf 31 sinken.

In diesem Szenario könnten im Jahr 2021 3733 Patienten nicht mehr versorgt werden. Im Regierungsbezirk Karlsruhe wären 1039 Patienten betroffen.“

3733 Patienten in Baden-Württemberg 2021 ohne Behandlung – das ist mehr als jeder dritte Patient, der aktuell in Behandlung ist!

Weitere „weiße Flecken“ haben sich aufgetan im Allgäu, in Niederbayern, zwischen Frankfurt und Nürnberg, entlang der Nordseeküste und in vielen weiteren Regionen.

Die Folgen zeigt der unlängst erschienene Bericht zum Substitutionsregister des BfArM auf: Durchschnittlich behandeln Substitutionsärzte in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg mehr Patienten als ihre Kollegen in den Flächenstaaten.

Dieser Umstand gilt i.Ü. auch für andere Metropolen wie München, Frankfurt und Köln, wo die Versorgung in den umliegenden Landkreisen eher mau ist und die Patienten deshalb in die Großstädte fahren müssen.

Es ist ebenfalls bereits absehbar, dass auch in den Ballungsgebieten das Angebot zurückgeht und damit die freie Arztwahl, weil die Kollegen dort auch in den Ruhestand gehen und manche Praxisnachfolger vor der Übernahme garantiert haben wollen, dass dann „dieses Patientengut“ aus dem Wartezimmer verschwunden ist.

Für die Patientengruppe der Opioidabhängigen verschärft sich also die Krise der haus- und fachärztlichen Versorgung auf dem Lande durch den Umstand, dass auch noch eine ganze Generation substituierender Ärzte gerade in den Ruhestand geht.

Was also müsste getan werden, um die bereits erkennbaren Versorgungslücken zu schließen und um ein Szenario, wie für Baden-Württemberg aufgezeichnet, zu verhindern?

Schaut man sich den Bericht zum Substitutionsregister mit Stand vom Juli 2017 an, so fällt auf, dass die Anzahl der substituierenden Ärzte über die Jahre gar nicht so dramatisch absinkt. Andererseits wissen wir um die zunehmende Anzahl an Pensionierungen in unseren regionalen Umgebungen.

Das Register gibt denn auch die Erklärung für diesen Widerspruch: Die Anzahl der konsiliarisch tätigen Kollegen, die selbst keine Fachkunde Suchtmedizin gemacht haben, die aber in Absprache mit einem fachkundigen Kollegen früher bis zu drei, jetzt bis zu zehn Patienten behandeln dürfen, hat ungefähr zugenommen um die Zahl der fachkundigen Ärzte, die sich aus der Behandlung verabschiedet haben. Nur wird von diesen 500 Ärzten, das sind 20 Prozent aller aktiven Substitutionsärzte, gerade mal ein knappes Prozent der insgesamt rund 80 Tausend Patienten behandelt. Das **Konsiliarwesen** jedenfalls löst die Strukturkrise aller Voraussicht nach nicht.

Suchtmedizin ist eine Unterdisziplin der Psychiatrie. Mit dem Erlangen der Facharztanerkennung ist heutzutage auch die Substitutionsberechtigung verbunden. Aber nur eine Minderheit der niedergelassenen Psychiater ist bereit, Opioidabhängige zu behandeln. Wieso kann sich ein Berufstand mehrheitlich der Behandlung einer definierten Kernklientel verweigern? Was tut die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), was tun die Suchtverbände, diesen Missstand zu beheben?

Aber es sind nicht nur die niedergelassenen Psychiater, die die medikamentöse Behandlung dieser Abhängigkeitserkrankung anderen überlassen. Auch die **klinischen Suchtabteilungen** könnten sich weitaus mehr mit Institutsambulanzen einbringen. Gut funktionierende Beispiele gibt es, die Behandlung rechnet sich im übrigen auch für die Träger und für die Facharztausbildung ist das ein echtes Plus.

Die **Apotheken**: Die Abgabe zur eigenverantwortlichen Einnahme (also Verordnungen, bei denen die Apotheker lediglich das Medikament aushändigen müssen) fällt unter den Kontrahierungszwang - solche Rezepte müssen beliefert werden. Ärzteschaft und Patienten wissen aber, dass es zahlreiche Apotheken gibt, die Opioidabhängige und deren Substitutionsverordnungen mit Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme nicht annehmen. In den Gesprächen zur BtMVV-Reform haben die ABDA-Vertreter schlicht geleugnet, dass es solche Apotheken gibt.

Andererseits wird Apotheken, die Substitute unter Sicht abgeben, dafür eine angemessene Honorierung verweigert. Weder die Apothekerverbände machen sich

dafür so richtig stark, noch stehen die Berufsverbände der substituierenden Ärzteschaft den kooperierenden Apothekern zur Seite.

Wie aber soll die Versorgung in der Fläche anders garantiert werden, wenn nicht in enger Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Apothekern? Und natürlich ist die Abgabe von Substituten unter Sicht in Apotheken eine Leistung, die honoriert werden muss. An funktionierenden **regionalen Netzwerken** zur Versorgung müssen Apotheker- wie Ärzteverbände und auch die Patienten gleichermaßen ein Interesse haben, also muss man miteinander reden, auch über Geld.

Das berührt auch Abgaben aus Praxen und Ambulanzen zur eigenverantwortlichen Einnahme, sogenannte **Notfallmitgaben**: Solange die flächendeckende kurzfristige Versorgung über Apotheken nicht gesichert ist, werden substituierende Ärzte immer wieder zwischen Patientenwohl und Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz entscheiden müssen. Wenn es um die Versorgung von Patienten geht, denen aus gesundheitlichen oder anderen Gründen das Aufsuchen der Praxis oder Ambulanz nicht zuzumuten ist und Pflegedienste bzw. Apotheken kurzfristig nicht verfügbar sind, bleibt uns eigentlich nichts anderes möglich, als diesen Patienten zumindest kurzfristig das Substitut direkt auszuhändigen. Damit machen wir uns strafbar nach §29 BtMG, dem Dealerparagrafen im Betäubungsmittelrecht.

Und noch einmal an die Adresse der **Apothekerverbände**: Es geht nicht darum, das Dispensierrecht der Apotheker auszuhebeln - es geht um eine praktische, rechtlich belastbare und patientenorientierte Lösung für gemeinsam zu definierende Ausnahmesituationen. Und wenn wir die Versorgung über Apotheken sichern können, dann brauchen wir auch keine Notfallmitgaben. So einfach ist das.

Die strukturelle Krise wird auf absehbare Zeit nicht mit Appellen an die Ärzteschaft zu überwinden sein, sich doch bitte an der Substitutionsbehandlung zu beteiligen.

Die BtMVV hat für diesen Fall eine präventive Notstandsregelung ermöglicht, dass der **Öffentliche Gesundheitsdienst** sich für die Behandlung und Abgabe öffnen kann. Wenn also die KVen die ambulante Versorgung nicht mehr garantieren können, würden die Gesundheitsämter im Rahmen einer politischen Entscheidung einspringen können.

Wollen wir das? Wollen wir Abgabestellen in Gesundheitsämtern, deren Personal das auf Anordnung von oben machen muss?

Oder sind nicht vielmehr **Modelle wie in Bielefeld** zu fördern, wo die örtliche Drogenberatungsstelle seit mehr als zehn Jahren in Kooperation mit einer Substitutionspraxis die Substitutabgabe mit PSB und mit weiteren niedrig- und höherschwelligen Angeboten kombiniert? Für immerhin über 300 Patienten. Auch in anderen Landkreisen wird über derartige Modelle jetzt nachgedacht, wie eine größere Anzahl Patienten medizinisch und psycho-sozial behandelt werden kann und wie trotzdem ein individuell ausgerichtetes Therapieangebot vorgehalten werden kann. Das könnte in strukturschwachen Regionen aber auch in Ballungsgebieten tatsächlich Abhilfe schaffen.

Die PSB-Einrichtungen werden sich eh darauf einstellen müssen, dass mit der Klarstellung, dass die **PSB** seitens des Gesetzgebers und der BÄK nie verpflichtend war (außer bei Patienten in Diamorphin-Substitution), die kommunalen Haushaltspolitiker mit dem Rotstift anrücken. Entweder man stellt das **Finanzierungsmodell** um auf Eingliederungshilfe wie in einigen Städten schon länger üblich, oder man erschließt sich neue Ressourcen oder man kombiniert beides. Auf die Haushaltszuwendungen weiterhin zu bauen, ist auf die Dauer riskant.

Eine Sicherung der Behandlung in der Fläche wird nur mit Unterstützung der Gremien und Körperschaften gelingen.

Aktuell sitzt der **Gemeinsame Bundesausschuss GBA** an der Überprüfung seiner Methoden zur vertragsärztlichen Versorgung (MVV), die die Substitution aus kassenärztlicher Sicht regeln und Grundlage für die Honorierung sind. Diese MVV müssen sich an der BtMVV und an der Richtlinie der Bundesärztekammer orientieren. Der Vorlauf zur Reform geht bis auf das Jahr 2012 zurück und seit über einem Jahr wissen die Beteiligten, dass es reformierte Versionen geben wird. Man hätte also erwarten dürfen, dass der GBA sich zeitig daran macht, seine MVV ebenfalls zu überarbeiten. Hat er nicht. Zeitweilig wurde sogar geraunt, dass die MVV sich nicht am Bundesrecht BtMVV bzw. an der BÄK-Richtlinie orientieren müssten und dass die wissenschaftliche Methodik der BÄK überprüft werden müsste. Diese Standpunkte sind rechtlich nicht haltbar, das weiß der GBA mittlerweile selbst.

Aber vorerst wird in der eh schon bürokratisierten Behandlung beispielsweise die rechtswidrige und schikanöse Vorschrift fortgeschrieben, für jeden Patienten, egal wie stabil die Behandlung verläuft, die Bescheinigung einer Einrichtung für psychosoziale Betreuung beizubringen. Eine Verschwendung von Zeit und Ressourcen, deren Kosten i.ü. von den Kommunen und nicht von den Kassen zur Behandlung beigesteuert werden.

Ein Blick in den Beschluss des GBA zur Substitutions-MVV (verabschiedet zehn Tage vor Inkrafttreten des neuen Substitutionsrechts) offenbart zudem, dass der GBA seine Überprüfung mit einem Zeitplan versehen hat, der u.U. eine endgültige Beschlussfassung bis September 2020 vorsieht.

(https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3075/2017-09-21_Einleitung-Beratung-Opioidabhaengige.pdf)

Zu diesem Zeitpunkt wird das BMG laut Beschluss des Bundesrates längst einen Bericht vorlegen müssen, ob sich die BtMVV-Reform bewährt hat oder nicht.

Wer eigentlich kann dem GBA ein Ultimatum setzen, bis zu welchem Zeitpunkt die MVV aktualisiert sein müssen? Muss erst das BMG wie schon 2002 erneut eine Ersatzvornahme veranlassen oder darf weiterhin der Schwanz mit dem Hund wackeln?

EBM: Noch vor dem Inkrafttreten des neuen Substitutionsrechts wurde der EBM um zwei Ziffern ergänzt: Die Aushändigung von Rezepten über die Verordnung zur eigenverantwortlichen Einnahme wird jetzt honoriert und auch die fachkundige Beratungstätigkeit für Kollegen, die ohne suchtmedizinische Qualifikation substituieren, wird honoriert: Diese „**konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens**“ beinhaltet einen Therapieplan mit Überprüfung der Dosierung und eines eventuellen Konsums psycho-aktiver Substanzen, Planung der Behandlung von Begleitkrankheiten, schriftliche Absprache mit dem dann die Verordnungen ausstellenden Kollegen, zwischenzeitlich Beratung bei kritischem Behandlungsverlauf und einiges mehr und bringt weniger als 10 Euro in die Kasse.

Und die **Gebührensiffer für ein ausgehändigtes Rezept mit eigenverantwortlicher Einnahme** darf nur berechnet werden, wenn nicht gleichzeitig dieser Patient das Medikament für diesen Tag in der Praxis bzw. Ambulanz einnimmt. Die Richtlinie der BÄK empfiehlt nun aber, dass Patienten einmal in der Woche das Substitut unter Sicht einnehmen sollten. Da füllt also eine Fachkraft das Medikament ab, überwacht die Einnahme unter ärztlicher Aufsicht, dokumentiert die Abgabe und evtl. auch noch Krankenbeobachtungen. Wenn an diesem Tag aber für die übrigen 6 Wochentage ein TH-Rezept ausgehändigt wird, dann darf laut EBM die erstgenannte Leistung (Sichtvergabe) nicht berechnet

werden. Das ist in meinen Augen eine realitätsferne und geradezu bösartige Regelung, die der Bewertungsausschuss da getroffen hat.

Die Verbände der substituierenden Ärzte hatten lange vorher Vorschläge unterbreitet, wie das **Honorarsystem** verändert werden könnte, um die Arbeit angemessen zu honorieren und um weitere Kollegen für diese Tätigkeit zu interessieren. Zum Vorschlagskatalog gehörte beispielsweise die Ausweitung der honorierten Arzt-Patienten-Gespräche oder auch die Oberzahl der substituierten Patienten zu erhöhen um die Zahl derjenigen, die nach dem neuen Substitutionsrecht mit längerfristig gültigen Rezepten ausgestattet werden dürfen und deshalb weniger Behandlungsaufwand erfordern. Im Raum steht auch der Vorschlag, die Substitutionsbehandlung pauschal zu honorieren.

Das Substitutionshonorarwesen geht ebenso wie das alte Substitutionsrecht auf das Jahr 1992 zurück. Damals war beispielsweise die Sichtvergabe in Apotheken noch nicht erlaubt. Diese hatte stattzufinden in Praxen und Ambulanzen. Und dafür wurden die Abgabeziffern im EBM vergleichsweise freundlich berechnet. Mit dem neuen Substitutionsrecht und seinen an der Praxis ausgerichteten flexiblen Behandlungsoptionen ist dieses System hinfällig geworden. Die Ermöglichung von Mischrezepten mit Sichtvergabe – also kontrollierter Einnahme – und Abgabe zur eigenverantwortlichen Einnahme auf einer Verordnung macht eine Vergabe in Schwerpunktpraxen und Ambulanzen eigentlich nicht mehr erforderlich, jedenfalls nicht mehr in dem vorherigen Umfang. Unsere Patienten können in wohnungsnahen Apotheken versorgt werden und damit ihr Leben weiterhin normalisieren. Womit i.ü. dem unerwünschten Nebeneffekt der Vergabe in Schwerpunktpraxen und Ambulanzen entgegengesteuert wird, täglich eine spezielle Substitutionsszene zu versammeln.

Vom Honorarwesen her sehen sich aber manche Schwerpunktpraxen und Ambulanzen gezwungen, möglichst viele Patienten das Substitut möglichst häufig und möglichst an Wochenenden in den Praxen und Ambulanzen einnehmen zu lassen. Das wird honoriert, und diese Einkünfte sind unverzichtbar. Damit werden Patienten zu Geiseln für die Wirtschaftlichkeit.

Die **KBV** war an allen Vorgesprächen im BMG beteiligt und wusste um diese Vorschläge. Aber sich mal mit den Ärzteverbänden zusammensetzen? Nö, das war nicht drin. Es muss jetzt aber angegangen werden, wenn die KBV ihren Teil der Verantwortung für die flächendeckende Versorgung ernst nimmt. Das Honorarwesen für die Substitution gehört komplett auf den Prüfstand: Eine Aufgabe, der sich KVen, Ärzteschaft und sinnvollerweise auch gleich die Apothekerverbände gemeinsam und schleunigst widmen sollten, um sich gegenüber den Krankenkassen auch gemeinsam durchsetzen zu können.

Zum Schluss: Einer Kollegin in Niederbayern und einem Kollegen im Allgäu konnte dank des beherzten Eingreifens des Gesundheitsministeriums in München die aberkannte **Approbation** zurückgegeben werden. Ich plädiere dafür, die anderen Fälle, in denen nach dem alten Substitutionsrecht Kolleginnen und Kollegen ihre Zulassung verloren haben, unvoreingenommen zu überprüfen und die Entscheidungen ggf. rückgängig zu machen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.