

Vorschläge zur Reform der Vergütung der Substitutionstherapie mit dem Ziel einer Pauschalisierung

8. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

Mehr Patientenfreundlichkeit in der Substitutionsbehandlung

Berlin, 10. Juni 2024

Konrad Isernhagen, Köln

a-k.isernhagen@t-online.de

Über Geld spricht man für gewöhnlich nicht, aber ein Honorierungssystem ist auch ein Steuerungssystem, aber die derzeitige Regelung der Honorierung der Substitutionstherapie über den EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) zeigt alle Züge einer Fehlsteuerung.

Die auf täglicher Vergabe als ärztliche Leistung basierende Vergütung der Substitution ist nicht fachgerecht und behindert die Substitutionstherapie durch niedergelassene Ärzt_innen, dies ist gerade bei der angespannten Versorgungslage besonders außerhalb der großen Zentren desaströs. Durch dieses Honorierungssystem werden Fehlanreize mit Verweigerung von take-home auch für stabile Patient_innen geschaffen, die bei etlichen Patient_innen sinnvolle Therapie mit Depot – Buprenorphin wird behindert und eine dezentrale Substitution z. B. in Apotheken oder Einrichtungen der Drogenhilfe wird behindert, indem flexible Vergabeformen ökonomisch unattraktiv werden. Nach der Reform der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) sind dezentrale Vergabeformen möglich, für viele Patient_innen, die evtl. lange Anfahrtswege hinnehmen müssen, wäre eine wohnortnahe Vergabe eine deutliche Verbesserung ihrer Situation.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin hat deshalb eine Reform des EBM angeregt. Das Ziel soll sein, dass das Vorhalten, die Durchführung, die Koordination sowie Dokumentationsleistungen durch eine Quartalspauschale vergütet werden. Die suchtmmedizinischen Leistungen im engeren Sinne (therapeutische Gespräche) sollen öfter abrechenbar werden und die therapeutischen Gespräche wären dann auch auch telemedizinisch oder telefonisch erbringbar.

Nach diesem Vorschlag würde die Substitution bei Patienten, die täglich ohne take-home zur Vergabe kommen müssen, ökonomisch schlechter gestellt, in allen anderen Settings (take-home, Depot oder dezentrale Vergabe) würden die substituierenden Ärzt_innen besser gestellt, wobei das Honorarvolumen insgesamt gleich bliebe. Davon erhoffen wir uns einige Verbesserungen:

- eine 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 aufwändigen Patient_innen wird durch die Pauschalisierung berücksichtigt.

- Verlagerung des Schwerpunkts von der Vergabeorganisation auf die suchtmedizinische Behandlung.

- Keine Honorarverluste durch take-home, Depot-Injektion oder Fehltage.

- Dezentrale Vergabeformen z. B. in Einrichtungen der Drogenhilfe oder vergleichbaren Einrichtungen werden nicht durch ökonomische Schlechterstellung behindert.

- Damit könnte auch die zunehmend problematische Versorgung in ländlichen Regionen verbessert werden.

Die durch die BtmG Reform ermöglichten flexiblen Vergabeformen werden nach diesem Modell nicht länger durch den völlig veralteten und nicht sachgerechten EBM behindert. Flexible, der medizinischen Notwendigkeit angepasste Vergabeformen sollen durch die Gebührenordnung nicht länger behindert werden.

Diese Vorschläge waren Grundlage für erfolgversprechende Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Allerdings hat sich erheblicher Widerstand von Großpraxen oder Ambulanzen ergeben, die niedrigschwellig arbeiten und kaum take-home-Vergabe oder Depot-Substitution anbieten und die ohne Abrechnung der täglichen Vergabe wirtschaftliche Einbußen befürchten. Weitere Überlegungen, um einen Interessenausgleich aller Beteiligten einschließlich natürlich der Substituierten zu erreichen sind nötig. Hauptgewinner einer EBM-Reform sollte die Zukunftssicherung der Substitutionstherapie und die Patientenfreundlichkeit in der Substitutionsbehandlung sein.