



EBM - Reform 2024

Verschiedenes

KBV-Kontakte



KBV-Schreiben 03/24 (Frau Schaefer)

Argumente für Anpassung der Leistungsbemessung Suchtbehandlung - 1

- Unsere substituierten Patient:innen werden älter. Dank der inzwischen seit über 30 Jahren etablierten Substitutionsbehandlung überleben Opioidabhängige deutlich länger, und somit erhöht sich auch der Anteil an alters- und lebensstilbezogenen chronischen somatischen Erkrankungen in unserem oft doch deutlich vorgealterten Patienten:innengut. Zudem bestehen oft physische oder psychische Einschränkungen und eine wenig ausgeprägte Adhärenz. Die entsprechende fachliche Kompetenz, genau diese Patient:innen zu behandeln haben wir Allgemeinmediziner, die Versorgung ist auf Grund der Begleitumstände allerdings deutlich aufwändiger.
- Ein großer Anteil der substituierten Patient:innen weist psychiatrische Grund- bzw. Begleiterkrankungen auf. Wegen des bundesweit bestehenden erheblichen Mangels an niedergelassenen Psychiatern:innen, die bereit sind und über ein Setting verfügen, unsere Patient:innen zu behandeln, fällt die Behandlung weiterhin zunehmend in unsere Hände. Diese erfordert viel Zeit, die wir nicht entsprechend honoriert bekommen. Gleichzeitig führt unser Einsatz in diesem Bereich zu einer deutlichen Verminderung von stationären psychiatrischen Einweisungen, die zu kostenintensiven stationären psychiatrischen Aufenthalten führen.

KBV-Schreiben 03/24 (Frau Schaefer)

Argumente für Anpassung der Leistungsbemessung Suchtbehandlung - 2

- Auch Patient:innen, die stabil genug für eine TH Verordnung sind, werden älter und haben eine hohe Prävalenz an psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen. Auch für diese Gruppe gelten Punkt 1 und 2. Die Praxen, die viele in Bezug auf die Suchterkrankung stabile Patient:innen betreuen und wenig Sichtvergaben durchführen, haben trotzdem einen deutlich erhöhten Zeitaufwand. Häufige gerechtfertigte und sinnvolle TH-Verordnungen dürfen genauso wenig zu einem finanziellen Nachteil führen wie die Notwendigkeit häufiger Sichtvergaben. Da muss ein Gleichgewicht gefunden werden.
- Der Anteil an nicht deutschsprechenden Patient:innen hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht, die Gespräche dauern erheblich länger, da wir Sprachmittler einsetzen müssen und häufig auch auf Übersetzungs-Apps angewiesen sind. Außerdem fordern uns zusätzlich andere kulturelle Einstellungen heraus, um adäquat mit den Patient:innen arbeiten zu können.
- Die Notwendigkeit für sozialarbeiterische Tätigkeiten in den Praxen ist deutlich angestiegen. Einerseits, weil die soziale Situation für Suchtkranke sich zunehmend verschlechtert, und auch weil genau die o.g. Patient:innen, die nicht deutsch sprechen, oft wegen ihres Aufenthaltsstatus keine Kostenübernahme für eine psychosoziale Betreuung erhalten, selbst wenn diese muttersprachlich überhaupt zur Verfügung steht. Die Notwendigkeit, als niedergelassene Ärzt:innen selbst Sozialarbeitende einzustellen wird immer deutlicher. Aber wer trägt die Kosten?

KBV-Schreiben 03/24 (Frau Schaefer)

Argumente für Anpassung der Leistungsbemessung Suchtbehandlung - 3

- Bei uns tätige medizinische Fachangestellte sind hochqualifiziert und müssen sich fortlaufend weiterqualifizieren und sind dementsprechend teuer.
- Es kommen massiv hochpotente Opiode auf den Schwarzmarkt (Fentanyl etc.), die zu weiteren Herausforderungen führen.
- Wie auch am 23.1. bereits angesprochen, erscheinen immer mehr Menschen mit anderen Abhängigkeitserkrankung, sowohl substanzgebunden (z.B. Alkohol, Medikamente, Kokain/Crack, Amphetamin/Methamphetamin, neue Psychoaktiven Substanzen), als auch substanzungebunden in unseren Praxen. Wir beraten, behandeln, führen ambulante Entzüge durch, begleiten langwierige Entwöhnungen und können dafür keine, außer den Psychosomatik Ziffern, nutzen. Auch hier bedarf es der Anpassung.

KBV-Schreiben 03/24 (Frau Schaefer)

Konkrete Vorschläge zur Reform

1. 01952 muss mindestens 8x im Quartal ansetzbar sein
2. 01949: Verbesserung der Vergütung dieser TH-Ziffer
3. 01953: Verbesserung der Vergütung und Abrechenbarkeit dieser Ziffer neben der Versichertenpauschale (das schließt sich zurzeit am Behandlungstag aus. Patienten, die z.B. eine Monatspritze bekommen, werden meist auch hausärztlich an den Applikationstagen betreut und kommen nur dann in die Praxis)
4. Ausweitung der Patientenzahl bei hohem Anteil von TH-Patient:innen bzw. hohem Anteil an Patient:innen mit Depotpräparaten (wenn mehr TH-Rezepte ausgestellt werden, dann vermindert das die tgl. Zeit, die bis dahin für Abgaben unter Sicht und unmittelbare Kontakte berechnet werden musste. Es könnten also mehr PatientInnen in die Behandlung aufgenommen werden, das müssten die Zulassungsausschüsse jeweils bewilligen)
5. Bei Einführung einer Fallpauschale bedarf es zusätzlich einer Vorhaltepauschale für Schwerpunktpraxen (Praxisbesonderheiten auf allen Ebenen, anfangen von der Miete, evtl. Umbau, erhöhten Personalkosten, etc.)

Weitere Kontakte mit KBV

- Telefonat mit Frau Schaefer am 08.04.24:
 - Unser gemeinsames Gespräch (Videokonferenz am 23.01.24) wurde durchaus verstanden und unsere unterschiedlichen Positionen registriert
 - Bis Sommer 24 (Juni/Juli) soll ein Vorschlag für die Verhandlung mit den GSK erarbeitet werden, dieses wird vor den Verhandlungen mit uns besprochen
 - Vorher wird es noch keine EBM-Anpassung geben



Wie geht's weiter?

- Pauschale?
- DGS-Position im November 2023
- Vergütung hausärztlicher Behandlung von Patient:innen mit anderen Suchterkrankungen (nicht substituiert)

Doch lieber Pauschale?

(aus finanzieller Perspektive)

- Weniger tgl. Sichtvergaben unabhängig von TH (in Berlin)
 - Mehr Vergaben über HKPflg. (mehr ältere und kranken Patient*innen)
 - Mehr Vergaben in betreuten Wohneinrichtungen
 - Mehr Vergaben in Apotheken
 - Und deutlich mehr Substitut auf der Szene zur Verfügung (vielleicht durch „zu großzügige THs“?) – Diskussion!?
- Andere Großstädte?
- Praxen in Flächenstaaten, Kleinstädte?

**Die auf täglicher Vergabe als ärztliche Leistung basierende Vergütung der Substitution ist nicht fachgerecht und behindert die Substitutionstherapie durch niedergelassene Ärzt*innen
(Isernhagen Nov 23)**

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**

Diskussion

- Bisherige Position in der DGS
Offensichtlich Berichte von Patient*innen-Organisationen über Verweigerung von TH-Verordnungen während der Pandemie mit der Begründung, dass die Praxis ohne Sichtvergaben nicht finanzierbar sei
- Abwägung Patient*innen Rechte/Finanzielle Sicherheit der Substitutionspraxen
- Zu wenig THs: → mögliche Verletzung der Patient*innen Rechte, Angleichung der Vergabepaxis an neue BtmG VV
- Zu viel THs: → Drogentote, immer mehr Substitute auf der Szene
- Finanzielle Anreize können in beiden Fällen zu Entscheidungen führen, die sich negativ auf die Behandlung/Versorgung auswirken



Patient*innen mit anderen Suchterkrankungen

- Alkohol
- Medikamente
- Neue Psychoaktive Substanzen
- Verhaltensüchte



Die DGS formulierte dazu folgende Vorschläge (Vortrag Isernhagen November 2023):

- 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