

Die Novellierung der Finanzierung der Substitution – eine Perspektive aus nichtärztlicher Sicht

Als leitender Mitarbeiter eines Fachverbands, der sich seit mehr als 30 Jahren mit dem Thema Substitutionsbehandlung beschäftigt und als Patient, der über 25 Jahre selbst substituiert wurde, möchte ich mich zum Thema EBM Änderung positionieren.

Ich möchte vorab anmerken, dass die nachfolgende Einlassung keine grundsätzliche Kritik an engagierten Ärzt*innen darstellt, aber auch deutlich machen soll, dass Struktur- und Entgeltveränderungen dringend erforderlich sind.

Durch berufliche und private Veränderungen bin ich in einigen Städten und bei verschiedenen sehr engagierten Ärzt*innen mit viel Empathie für Patient*innen behandelt worden.

Heute zeigt sich mir folgendes Bild im Behandlungsalltag:

Während der Vergabefenster in den Praxen am Vormittag sammeln sich dutzende oder gar hunderte von Patient*innen, die in der Regel ihr Medikament als Sichtvergabe von den Praxismitarbeiter*innen erhalten. „Na alles klar? Geht's gut?“ – „Jo, alles gut.“ So oder so ähnlich verläuft die Kommunikation zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen in hunderten von Praxen. Dies ist vielfach nicht anders möglich, da täglich zu viele Patient*innen in die Praxis kommen und Ärzt*innen mit der tatsächlichen Behandlung von Patient*innen beschäftigt sind.

Nachmittagssprechstunde: Ich sehe Patient*innen, die gehetzt in ihrem „Blaumann“, in Kleidung, die einen Job als Maler vermuten lässt oder die in der Systemgastronomie arbeiten, kurz vor knapp in die Praxis kommen- man fragt sich „warum?“ und sie selbst fragen sich dies ebenfalls.

Ob dieses täglich ohne Arztkontakt praktizierte Prozedere eine adäquate Behandlung von teilweise multimorbiden Patient*innen darstellt, möchte ich stark in Zweifel ziehen.

Aber warum ist das so? Einige Patient*innen haben Beikonsum und benötigen und wünschen den täglichen Kontakt zur Praxis. Bei einem anderen Teil der Patient*innen jedoch bleibt die Weiterentwicklung hin zu mehr Selbstbestimmung aus, auch weil monetäre Anreize stärker wirken als nach Jahren der Behandlung eine schrittweise Abkopplung mit den Patient*innen zu vereinbaren. Gespräche sind heute oftmals Pflichttermine, die auch dann gemacht werden müssen, wenn es keinen Bedarf gibt.

Das übergeordnete Ziel der Substitutionsbehandlung ist, neben der gesundheitlichen Stabilisierung, die soziale und auch berufliche Reintegration von Opioidkonsument*innen sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dass die vielfach über Jahre und Jahrzehnte praktizierte tägliche Vergabe des Medikaments eher hinderlich zur Erreichung dieser Ziele ist, ist sicher unstrittig.

Fragt man Drogen- und Aidshilfen, die in der PSB tätig sind, nach regelmäßigen Kontakten zu den behandelnden Ärzt*innen so erntet man zumeist Kopfschütteln. So wird die Behandlung, auch aufgrund dieser anachronistischen Behandlungsform vielfach allein mit dem medizinischen Blick vollzogen. Dass die sozialen Komponenten der Substitutionsbehandlung wie Familie, Schulden, Wohnen, Arbeit essentiell wichtig sind und die Medizin nur wirken kann, wenn hier ein kontinuierlicher Austausch – auch mit den Patient*innen – stattfindet, scheint deutlich unterbewertet. Hierfür ist mit -dem aktuell gültigen EBM auch kein Raum, denn solche Zweier- oder Dreiergespräche benötigen Kontaktaufnahme, Vorbereitung, Nachbereitung und Dokumentation.

Die heutige Finanzierungsform trägt zudem dazu bei, dass neue Medikamente nicht zur Anwendung kommen. Was wollen wir mehr als Patient*innen, die selbstbestimmt leben können, einen

gleichbleibenden Opioidspiegel haben und bei denen der vielfach als Gegenargument zur Take Home Versorgung angeführte Missbrauch der Medikamente keine Rolle mehr spielt? Take Home und Depotpräparate bedeuten nicht den Kontaktverlust zum Arzt. Nein, ganz im Gegenteil! Ärzt*innen könnten im neuen Finanzierungsmodell die „sprechende Medizin“ intensivieren und Patient*innen je nach Bedarf 1x i. d. Woche, alle 2 Wochen, 2x i. d. Woche zu einem Gespräch über den Verlauf, die Behandlungsziele, Komorbiditäten und deren Behandlung in die Praxis einbestellen. Dann wäre Zeit - wirklich Zeit- für sogenannte „Therapiegespräche“.

Zudem würde ein solches Modell Sie als Ärzt*innen in die Lage versetzen, sich neuen Patient*innen zuzuwenden. Hierfür ist aktuell kein Raum, weil die Zeitkontingente übervoll sind. Ein wichtiger Nebeneffekt – wir erreichen mehr Heroinkonsument*innen und überschreiten erstmals die wie zementiert scheinende 50% Grenze.

Worum geht es also? Es gilt jenen, die eine enge Anbindung an die Praxis benötigen, diese weiter zu ermöglichen und jenen, die diese nicht benötigen, schrittweise aus dem Praxisalltag zu entlassen. Zudem verfügen wir weltweit über die größte Bandbreite an Medikamenten zur Opioidsubstitution. Diese sollten zum Vorteil der Patient*innen eingesetzt werden, monetäre Interessen müssen bei der Therapieentscheidung in den Hintergrund treten.

Ein weiterer Aspekt: Wir ringen um neue Mediziner*innen. Die neue Generation von jungen Suchtmediziner*innen hat ein anderes Behandlungsverständnis. Wir werden sie nur gewinnen, wenn wir eine nicht mehr zeitgemäße Finanzierung und die hiermit einhergehende tägliche Vergabe eines Medikaments überwinden.

Die BtmVV wurde in den letzten Jahren in wichtigen Punkten novelliert. Eine wohnortnahe Substitution sollte unterstützt werden, auch in Apotheken am Wohnort und wohnortnah in anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Das bisherige Finanzierungsmodell lässt diese wichtigen Änderungen ins Leere laufen.

Ich schätze Sie als Ärzt*innen, die sich in der Suchtmedizin engagieren sehr, allerdings vermisse ich bei vielen von Ihnen Mut, Lust und Engagement sich auf Neues einzulassen – neue Medikamente, neue Finanzierungsmodelle und ein stärkerer Einbezug der sozialen Arbeit und Ihrer Patient*innen.

Dirk Schäffer, Berlin