

Behandlungsqualität und PSB aus Sicht der KV

Bevor ich über die Qualität bzw. die Qualitätssicherung der einzelnen Akteure bei der Behandlung Opiatabhängiger spreche, möchte ich Ihnen die Situation hier in Berlin in Zahlen darstellen.

Derzeit werden in Berlin rund 4.000 Patienten (3.875 GKV Pat.) von ca. 120 niedergelassenen Ärzten substituiert. Dem nationalen Trend folgend haben weit mehr niedergelassene Ärzte eine Substitutionsabrechnungsgenehmigung, nutzen sie aber nicht (166 LE) !

Zum Vergleich: am 01.01.2002 wurden 2.477 Patienten von 216 berechtigten Ärzten versorgt, aber unter anderen formalen Voraussetzungen.

Es sind überwiegend Hausarztpraxen in unterschiedlichen Niederlassungsformen: Einzelpraxen, PG, GP oder MVZ's. Im Durchschnitt werden pro Arzt in Berlin 27 Pat. substituiert.

Rund ein Dutzend Ärzte haben eine Patientenzahlerhöhung über die allgemein erlaubten 50 Behandlungsplätze, auf 75 bzw. 100 Patienten erhalten. Kriterium hierfür ist u.a. die räumlich enge Verzahnung mit einer PSB. Zwei Dutzend Schwerpunktpraxen versorgen ca. 50 % der Substituierten.

Pro Quartal kommen ca. 120 Patienten neu in die Substitution, wobei die Gesamtanzahl relativ langsam ansteigt, d.h. es werden fast ebenso viele Patienten pro Quartal abgemeldet wg. Substitutionsbeendigung, JVA, KH, DLT oder Tod.

Über 95 % aller Substituierten werden zu Lasten der GKV substituiert, die Anzahl der Privatsubstitutionen ist inzwischen verschwindend gering.

Die Verteilung der Geschlechter ist analog der Drogenszene auch hier 1:3.

Momentan wird in Berlin kein Mdj. (zu GKV Lasten) substituiert, der älteste Pat. ist 71 J. alt, insgesamt werden 470 Pat. behandelt, die über 50j. alt sind. Eine nicht zu vernachlässigende Entwicklung.

In der EU hat sich im Zeitraum zwischen 2002 und 2005 der Anteil der gemeldeten Patienten im Alter ab 40 Jahren, die wegen Opiatproblemen behandelt wurden, mehr als verdoppelt (von 8,6 % auf 17,6 %).

Überwiegend (62 %) wird Methadon als Substitut eingesetzt, aber zu je 1/5 (18 %) auch L-Polamidon und Buprenorphin. Codein bzw. DHC spielt so gut wie keine Rolle mehr.

Nun zur Behandlungsqualität.

Bevor ein Arzt substituieren - und abrechnen - darf, muss er die Fachkunde „Suchtmedizin“ bei einer Ärztekammer absolvieren: ein 50 stündiger Kurs, der ihm u.a. auch vermittelt in welchem rechtlichen Minenfeld er sich mit der Substitution bewegt. Strafrechtlich vom § 13 BtMG und § 5 BtMVV bedroht, standesrechtlich von der - im Vergleich zur BtMVV noch schärferen - RiLi der BÄK mit berufsrechtlichen Sanktionen eingeschüchtert und letztendlich von der BUB/MVV Richtlinie im Kassenrecht gem. SGB V gemäßregelt.

Mir ist keine andere ärztliche Behandlungsform bekannt, die dermaßen engmaschig kontrolliert wird.

Im Folgenden möchte ich mich ausschließlich auf das zuletzt genannte Kassenrecht beschränken. Das SGB V schreibt Qualitätsprüfungen vor, und diese werden hier in Berlin – im Gegensatz zu manch anderen Bundesländern – auch von der Selbstverwaltung (KV) durchgeführt:

So wurden 2007 über 300 Patientendokumentationen von über einem Drittel der aktiv substituierenden Ärzte geprüft. $\frac{3}{4}$ der Prüfungen waren ohne oder nur mit geringen Mängeln, dem zufolge war das restliche Viertel mit erheblichen oder schwerwiegenden Mängeln behaftet – was dann für den Behandler unterschiedliche Konsequenzen zur Folge hatte: z.B. Nachprüfungen, Kolloquien bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung. Alle genannten Maßnahmen wurden in unterschiedlicher Häufigkeit auch schon angewandt. Geprüft werden jedes Quartal 2 % aller Behandlungsfälle (= ca. 80 Pat.).

Ein Prüfkriterium ist das Vorhandensein einer PSB bzw. einer entsprechenden Unbedenklichkeitsbescheinigung.

Hiermit möchte ich den Bogen zu dem zweiten gesetzlich vorgeschriebenen Partner in der Substitutionsbehandlung spannen:

§ 5, Abs. 1, Satz 2 der BtMVV schreibt die Einbeziehung *“psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosozialer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“* vor – die BUB Richtlinie spricht nur noch von: *psychosozialer Betreuung*.

Die in Berlin nach dem SGB XII finanzierte PSB erfordert einen individuell erstellte Hilfebedarfsfeststellung/Hilfeplan. Dieser wird nach Schließung der Clearingstelle der ÄKB Ende 2004 in einer Vereinbarung - in Kooperation mit SenGes - zwischen KV — und den Trägern von der KV, Abt. Qualitätssicherung erstbevotet.

Nicht so sanktionsbelastet wie bei den Ärzten unterliegt aber auch der PSB Bereich einer Vielzahl von Prüfungen:

angefangen von trägerinternen Fallbesprechung über die generelle Ausübung der Fachaufsicht, dann - wie schon erwähnt - KV bzw. KV Kommission, und nach der Erstbewilligung der zuständige Sozialpsychiatrische Dienst bzw. besonders geschulte

Fallmanager und abschließend gibt es noch im 12. Sozialgesetzbuch eine *Prüfungsvereinbarung über Wirtschaftlichkeit und Qualität* (§ 75).

Sie sehen, auch hier ein schier unüberschaubares Gewusel von Prüfungen und Vorschriften.

Ein jüngst von Akzept e.V. in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten vergleicht die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben der BtMVV mit den standesrechtlichen Regelungen der BÄK und KV'en und kommt klar zu dem Ergebnis, dass die Qualität und die Sicherheit der Substitutionsbehandlung auch **ohne** strafrechtliche Vorgaben gesichert wäre.

Eine Überprüfung sämtlicher die Substitutionsbehandlung betreffenden Vorschriften aller Akteure ist dringendst von Nöten !!

Insgesamt wurden bis zum heutigen Tag 2.925 Hilfepläne gesichtet und bevotet. Im zurückliegenden Jahr 2007 waren es 839 eingereichte Hp, von denen rund 1/5 befristet wurden bzw. waren: D.h. entweder Kv-seitig auf 3-12 Monate befristet wurde (bei Mdj., DHC u. < 2J.) oder vom LE direkt nur für einen bestimmten Zeitraum beantragt wurde – bspw. Übergang in DLT oder betr. Wohnen. Es wurden aber auch Hilfepläne wg. schwerwiegender Mängel abgelehnt.

Zusammenfassend auch hier eine erfreuliche Bilanz und die Feststellung, dass sich das im Sommer 2004 erdachte Modell bewährt hat.

Die Prüfinstrumentarien für die – ärztliche - Behandlungsqualität und die der PSB, habe ich versucht aufzuzeigen.

Es bleibt die Frage: Nützt es bzw. kommt das Prüfgeschehen den Patienten zu Gute ? Einige Antworten konnte die vorgestellte Befragung von Vista und dem Notdienst schon geben.

Ich habe in der Vergangenheit für das Gelingen des Zusammenwirkens in der Substitutionsbehandlung eine Negativliste der Drogenarbeit betrachtet: über die Jahre habe ich die Drogentotenliste dieser Stadt unter der Fragestellung ausgewertet, wie viele Personen unter Beteiligung von Substituten verstarben und waren sie bspw. aktuell oder kürzlich in Substitutionsbehandlung.

Es mag makaber klingen, aber auch für Drogentotenstatistiken gibt es erfreulich Trends: so nehmen seit nunmehr drei Jahren die absoluten Zahlen derjenigen Personen, die unter Substitutsbeteiligung verstarben **ab**, - 2007 waren es aber immer noch 47 Personen, das

entspricht 29 % der Gesamtzahl. Aktuell in Substitution verstarben 24 Personen, wobei aber statistisch auch das Versterben an Suchtfolgeerkrankungen mitgezählt wird. -

Die Rückmeldung die ich von den substituierenden Ärzten zur Qualität der PSB erhalte ist im überwiegenden Teil positiv. Als nonplusultra wird die Konstruktion „PSB in der Praxis“ betrachtet, um optimale praxisinterne Kommunikationsabläufe zu garantieren.

Ein weiteres Qualitätskriterium ist die Personalkontinuität der PSB für Arzt und Klient.

Als suboptimal stellt sich manchmal die Kombination Wohnen und PSB dar: kommt es hier zum disziplinarischen Abbruch, verliert der Klient fast alles und der Absturz ist vorprogrammiert.

Nicht aus den Augen verlieren sollte man das ursprüngliche Ziel der Ersatzstoffbehandlung: die Suchtmittelfreiheit. Der letzte Schritt von einer schon fast homöopathischen Dosis auf NULL ist noch mal besonders angstbesetzt und bedarf der empathischen professionellen Betreuung, auch über die Dosis Null **hinaus**. Die Betreuung sollte sich hier nicht an verordneten ml oder mg orientieren, sondern am Bedürfnis der Klienten !

Andreas v. Blanc, MPH
KV Berlin
23.05.2008