

27 BMG muss Versorgungslücken in der Substitutionstherapie schließen

Zusammenfassung

Für Menschen mit Opioidabhängigkeit sinkt das Angebot für eine Substitutionstherapie seit Jahren. Weil das BMG nicht gegensteuert, gibt es vermeidbare gesundheitliche Risiken und hohe Folgekosten.

In Deutschland erhalten nur knapp die Hälfte der Menschen mit Opioidabhängigkeit (Opioidabhängige) eine Substitutionstherapie. Die kontrollierte Vergabe ärztlich verordneter Substitutionsmittel ist der wirksamste Weg, Opioidabhängige zu behandeln. Sie verbessert deren Überlebenschancen. Werden sie nicht behandelt, drohen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich höhere Kosten, z. B. durch vermeidbare Aufenthalte in Krankenhäusern und Folgeerkrankungen. In der Substitutionstherapie gibt es strukturelle Versorgungsdefizite. Besonders in ländlichen Regionen fehlt es an wohnortnahen Angeboten. Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte sinkt seit Jahren, Nachwuchs fehlt. Das liegt u. a. an Fehlanreizen im Vergütungssystem und starren Behandlungsvorgaben. Gleichzeitig verbreiten sich immer mehr neue, gefährlichere Substanzen wie Fentanyl und Nitazene. Das BMG hat zwar punktuell reagiert, sieht aber die sogenannte gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflicht. Diese kommt ihrer Verantwortung im Fall der Substitutionstherapie jedoch nicht ausreichend nach. Darum muss das BMG als oberste regulatorische Instanz verbindliche Steuerungsimpulse setzen, um eine flächendeckende Substitutionsversorgung sicherzustellen.

Opioidabhängige sollten Substitutionsmittel häufiger außerhalb der Arztpraxis kontrolliert einnehmen können, z. B. in Apotheken. So könnten Versorgungslücken in unterversorgten Regionen geschlossen werden. Indem das BMG die Rechtsvorgaben anpasst und die Selbstverwaltung die Vergütung weiterentwickelt, könnten mehr Leistungserbringer für die Substitutionsversorgung gewonnen werden.

27.1 Prüfungsfeststellungen

Viele Opioidabhängige ohne Zugang zur Substitutionstherapie

Die GKV muss Opioidabhängigen eine Substitutionstherapie ermöglichen. Dieser Pflicht kommt sie nicht ausreichend nach. Nur die Hälfte der schätzungsweise 166 000 Opioidabhängigen erhält eine Substitutionstherapie.

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie führt zu gravierenden gesundheitlichen und sozialen Problemen. Bleibt sie unbehandelt, besteht ein erhöhtes Sterberisiko. Außerdem drohen deutlich höhere Kosten für die GKV. Diese folgen z. B. aus mehr Krankenhausaufenthalten und Folgeerkrankungen. Die Substitutionstherapie erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich, stabilisiert den Gesundheitszustand und reduziert Beschaffungskriminalität.

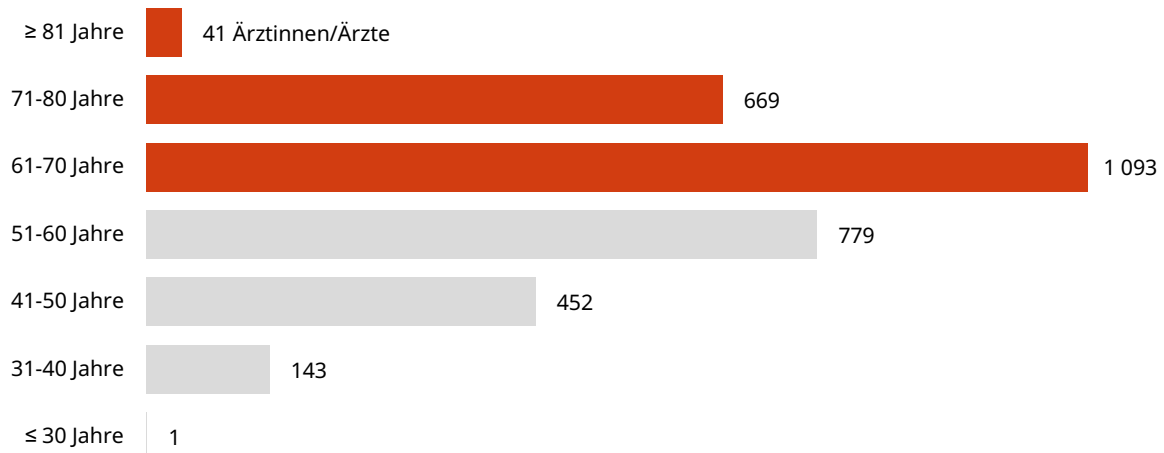
Die ärztliche Versorgung in Deutschland wird von verschiedenen Akteuren organisiert. Der Staat legt den rechtlichen Rahmen fest. Dieser wird durch Krankenkassen und Leistungserbringer wie Ärztinnen und Ärzte als sogenannte gemeinsame Selbstverwaltung konkretisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die ambulante medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten sicherstellen. Die Krankenkassen bezahlen die Behandlung und schließen dazu Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Staat greift bei Rechtsverstößen und Fehlentwicklung ein. Im Dickicht dieser unterschiedlichen Zuständigkeiten gelingt es derzeit nicht, die Versorgungslücken bei der Substitutionstherapie zu schließen.

In anderen EU-Staaten ist die Versorgungsquote deutlich höher. Im französischen Versorgungssystem liegt sie beispielsweise bei über 80 %. Gemessen daran bräuchte Deutschland 54 000 weitere Behandlungsplätze. In Deutschland versorgen Ärztinnen und Ärzte Opioidabhängige meist in Städten. In ländlichen Regionen fehlt diesen in der Regel ein Zugang. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionstherapie anbieten, sinkt seit Jahren. Zudem liegt ihr Durchschnittsalter bei über 60 Jahren, Nachwuchs bleibt aus.

Abbildung 27.1

Großteil der Ärztinnen und Ärzte in der Substitutionstherapie im fortgeschrittenen Alter

Der Anteil der substituierenden Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre ist hoch. Nachwuchs gibt es immer weniger.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Handlungsdruck wächst durch neue, gefährlichere Substanzen

Die Zahl der Drogentoten in Deutschland erreichte im Jahr 2023 mit 2 227 einen vorläufigen Höchststand. Immer mehr neue, gefährlichere Substanzen wie Fentanyl oder Nitazene gelangen in Umlauf. Diese wirken deutlich stärker als Heroin. Im Jahr 2025 warnte der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen vor einer „quasi pandemischen Dynamik“. Er forderte ein systematisches, flächendeckendes Monitoring- und Warnsystem. Durch Marktplätze im Internet sind illegale Drogen immer leichter verfügbar. Da Wirkstoffgehalte zunehmend schwanken, steigt die Gefahr einer Überdosis stark. Dies erhöht die Risiken für Opioidabhängige.

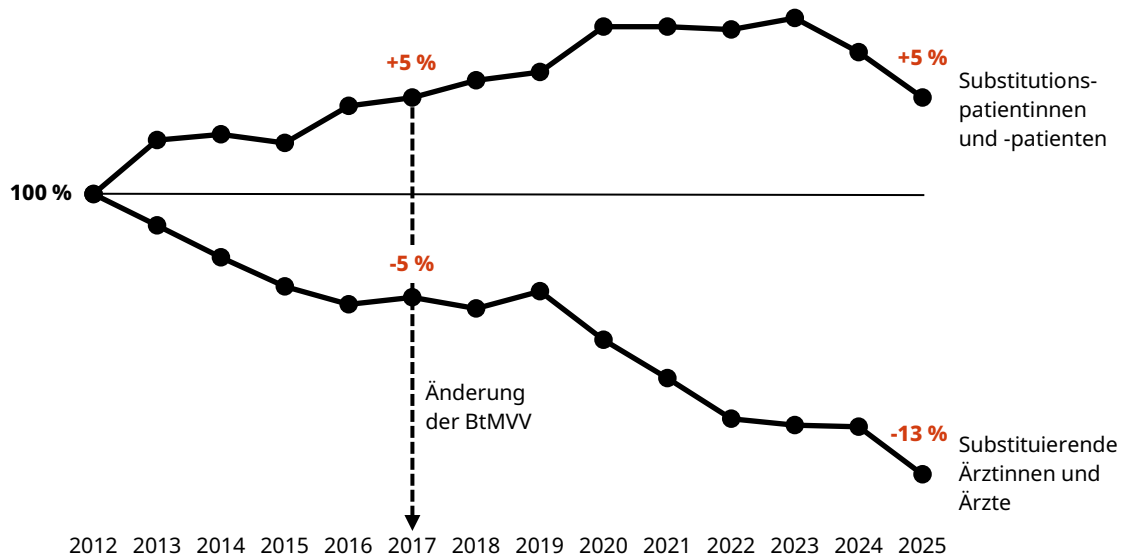
Dem BMG sind die Versorgungsengpässe in der Substitutionstherapie seit Jahren bekannt. Es initiierte Studien und Projekte. Außerdem reformierte es u. a. im Jahr 2017 die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Dadurch wollte es mehr Ärztinnen und Ärzte für die Substitution gewinnen und regionale Versorgungslücken schließen. Diese Maßnahmen wirkten jedoch nicht. Auch Wissenschaft und Fachpraxis identifizierten Hauptursachen der Versorgungsprobleme. Das BMG griff entsprechende Empfehlungen aber nicht auf. Es fehlt ein wirksames Gesamtkonzept. Für weitere Maßnahmen sah sich das BMG nicht zuständig. Es verwies darauf, dass dafür die Selbstverwaltung verantwortlich sei. Zwar ergriffen einzelne Kassenärztliche Vereinigungen Fördermaßnahmen. So unterstützten sie Ärztinnen und Ärzte finanziell, welche

die notwendige suchtmedizinische Zusatzqualifikation erhalten wollten. Auch bezuschussten sie den Kauf von technischer Ausstattung. Trotzdem gibt es immer weniger substituierende Ärztinnen und Ärzte. Darum sank in den letzten Jahren auch die Zahl der Patientinnen und Patienten in der Substitutionstherapie.

Abbildung 27.2

Maßnahmen in der Substitutionstherapie greifen nicht: Schere öffnet sich seit Jahren

Die Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in 2017 sollte die Versorgung erleichtern und zusätzliche Behandlungskapazitäten schaffen. Dennoch ging die Schere zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten zahlenmäßig immer weiter auseinander.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Verbesserungspotenziale nicht ausgeschöpft

Mehrere Studien machten Fehlanreize im Vergütungssystem für die Versorgungsdefizite verantwortlich. Die Vergütung ist an die tägliche Medikamentenabgabe gekoppelt, während die GKV ärztliche Gespräche und Koordination zu wenig honoriert. Die Studien kritisierten auch die sogenannte Konsiliarregelung. Ärztinnen und Ärzte ohne suchtmedizinische Qualifikation dürfen nur wenige Patientinnen und Patienten substituieren. Dabei müssen sie sich eng mit suchtmedizinisch qualifizierten Kolleginnen und Kollegen abstimmen. Außerdem empfahl die Wissenschaft flexiblere Lösungen wie

praxisübergreifende ärztliche Teams. Selbstverwaltung und BMG berücksichtigten die Studienergebnisse bisher nicht.

Opioidabhängige nehmen zu Therapiebeginn Substitutionsmittel in der Regel unter Aufsicht in der Arztpraxis ein. Dieser sogenannte Sichtbezug ist zu niedrigeren Kosten auch in Apotheken möglich, wenn er ärztlich befürwortet wird. Die GKV vergütet ihn aber nur, wenn Krankenkassen und Apotheken dafür in den Ländern Verträge geschlossen haben. Bis Ende 2024 gab es diese nur in zwei Ländern. Dabei sind Apotheken für viele Opioidabhängige besser erreichbar, der Sichtbezug damit niedrighschwelliger.

27.2 Würdigung

Es ist nicht akzeptabel, dass nur die Hälfte der Opioidabhängigen eine Substitutionstherapie erhält. Eine deutlich höhere Versorgungsquote ist möglich. Jedoch sinkt die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte und die Versorgungslücken werden immer größer. Die bisherigen Maßnahmen waren wenig ambitioniert und blieben weitgehend wirkungslos. Ein koordiniertes Vorgehen ist notwendig. Wichtige Erkenntnisse aus Wissenschaft und Fachpraxis sollten dabei berücksichtigt werden.

Das BMG sollte die Steuerungsverantwortung übernehmen und ein Gesamtkonzept mit konkreten Zielen und Fristen entwickeln. Alle für die Substitutionstherapie verantwortlichen Akteure sollte es zu einer gemeinsamen Umsetzungsvereinbarung bewegen. Dies würde die Versorgungsdefizite zielgerichtet abbauen. Zudem sollte das BMG die Konsiliarregelung vereinfachen und flexiblere Teamstrukturen ermöglichen. Die Selbstverwaltung muss die bestehenden Fehlanreize im Vergütungssystem beseitigen. Ärztliche Therapiegespräche sollten häufiger stattfinden können und angemessen vergütet werden. Im Gegenzug sollte die bloße Medikamentenabgabe geringer vergütet werden.

Die GKV nutzte Einsparpotenziale in der Substitutionstherapie nicht. Ein flächendeckender Apotheken-Sichtbezug könnte Ausgaben senken und ärztliche Strukturen entlasten. Apotheken könnten Opioidabhängige zudem wohnortnah versorgen. Dass Krankenkassen für den Apotheken-Sichtbezug erst Verträge auf Landesebene schließen müssen, ist nicht sachgerecht. Der Apotheken-Sichtbezug ist versorgungspolitisch sinnvoll und sollte bundesweit vergütet werden.

27.3 Stellungnahme

Das BMG hat seine Steuerungsmöglichkeiten in der Substitutionsbehandlung weiterhin als begrenzt eingeschätzt. Die Ursachen für die sinkende Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte seien komplex und lägen im Zusammenspiel struktureller und

demografischer Faktoren. Diese könne das BMG nicht allein auf Bundesebene beeinflussen. Es habe die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben angepasst. Opioidabhängige könnten so sicher versorgt werden.

Die höhere Versorgungsquote anderer Staaten sei nicht auf Deutschland übertragbar. Niedrigschwellige Zugänge gingen nachweislich mit einem erhöhten Risiko einher. Opioidabhängige könnten Substitutionsmittel in den illegalen Markt lenken. Die bestehenden Vorgaben dienten der Patientensicherheit. Das BMG prüfe sie regelmäßig und lehne eine vereinfachte Konsiliarregelung ab.

Das BMG beobachte den Drogenmarkt gemeinsam mit anderen Ressorts kontinuierlich. Es unterstütze ein entsprechendes Frühwarnsystem und passe rechtliche Vorgaben an. Außerdem fördere es Schulungen zum Umgang mit Drogennotfällen.

Den Hinweis auf versäumte abgestimmte Maßnahmen und ein fehlendes strategisches Gesamtkonzept hat das BMG zurückgewiesen. Es habe Studienergebnisse in Fachgesprächen und rechtliche Änderungen einfließen lassen. Auch habe es Runde Tische mit relevanten Akteuren veranstaltet.

Das BMG hat erklärt, dass der sogenannte Bewertungsausschuss die Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab festlege. Zur Substitutionstherapie und zu ihrer Vergütung könne es keine eigenen Überlegungen anstellen, nur weil dies zweckmäßig sei. Gegenüber der Selbstverwaltung dürfe es nur bei Rechtsverstößen tätig werden.

Verträge zum Apotheken-Sichtbezug lägen im Ermessen der Krankenkassen. Das BMG habe den rechtlichen Rahmen geschaffen, um den Sichtbezug außerhalb der Arztpraxis zu ermöglichen.

27.4 Abschließende Würdigung

Die Hinweise des BMG überzeugen nicht. Hohe Drogentodeszahlen und rückläufige Behandlungskapazitäten in der Substitutionstherapie bleiben besorgniserregend. Studien und Projekte haben ausführlich die Ursachen des Rückgangs und Lösungsmöglichkeiten beschrieben. Angesichts immer neuer und gefährlicherer Substanzen muss das BMG sicherstellen, dass die Empfehlungen auch umgesetzt werden. Der nochmalige Verweis auf fehlende Zuständigkeiten trägt nicht, wenn die Substitutionstherapie viele Opioidabhängige systematisch nicht erreicht. Die Selbstverwaltung hat die Versorgungslücken seit Jahren nicht schließen können. Die zahlenmäßige Schere zwischen Opioidabhängigen einerseits sowie substituierenden Ärztinnen und Ärzten andererseits geht immer weiter auseinander.

Das BMG hat punktuell Maßnahmen ergriffen und Initiativen angestoßen. Diese blieben aber in ihrer Gesamtheit reaktiv und hatten keine durchgreifende Wirkung. Darum

muss das BMG endlich die Steuerungsverantwortung übernehmen und sich dabei an Erkenntnissen aus Wissenschaft und Fachpraxis orientieren. Ziel muss sein, dass Opioidabhängige endlich eine ausreichende Zahl von Behandlungsplätzen für eine Substitutionstherapie erhalten.

Der Einwand des BMG ist falsch, dass höhere Quoten anderer Versorgungssysteme nicht auf Deutschland übertragbar seien. Andere Staaten wenden die Substitutionstherapie vergleichbar an. Auch greift das Argument nicht, dass Opioidabhängige Substitutionsmittel in den illegalen Markt lenken könnten. Der Bundesrechnungshof hat nicht empfohlen, mehr Opioidabhängigen unbeaufsichtigt Zugang zu Substitutionsmitteln zu ermöglichen. Vielmehr erwartet er verbesserte Bedingungen für einen Sichtbezug. Eine höhere Versorgungsquote ist nicht nur notwendig, um das Leid der Opioidabhängigen zu lindern. Sie ist auch wirtschaftlich sinnvoll.

Das BMG sollte die Initiative ergreifen und eine verbindliche Umsetzungsvereinbarung mit allen für die Substitutionstherapie verantwortlichen Akteuren anstoßen. Um das Versorgungsangebot zu verbessern, sollten dabei konkrete Maßnahmen mit Zuständigkeiten und Fristen definiert werden.

Darüber hinaus sollte das BMG weitere Handlungsoptionen prüfen:

- Die Selbstverwaltung muss Fehlanreize im Vergütungssystem beseitigen. Die Vergütung sollte stärker an ärztliche Gespräche und Koordinationsleistungen anknüpfen als an die bloße Medikamentenabgabe. Das BMG sollte seine umfangreichen Teilnahme- und Eingriffsrechte nutzen, damit der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab weiterentwickelt.
- Das BMG muss die Behandlungsvorgaben in der BtMVV flexibilisieren. Hierzu könnte es Kapazitätsgrenzen an tatsächliche Behandlungsbedarfe sowie Delegations- und Teamregelungen anpassen.
- Um den Apotheken-Sichtbezug zu stärken, sollte das BMG den GKV-Spitzenverband beauftragen, hierfür eine bundesweit geltende Vergütungsvereinbarung zu schließen. Dies würde helfen, ärztliche Strukturen zu entlasten. Falls notwendig, sollte das BMG dazu eine gesetzliche Änderung initiieren.