



dbu

Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner e.V.

Geschäftsstelle: Siemensstraße 26 A, 12247 Berlin

Telefon und Fax: +49 (0) 30-7715-484

E-Mail: dbu@dbu-online.de

www.dbu-online.de

Die Pharmakogenetik wurde aus dem EBM-Katalog gestrichen – und fast niemand hat es bemerkt.

Mit dem 01. Juli 2016 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen, welche die sinnvolle genetische Diagnostik bei Patienten mit Umwelterkrankungen und individuellen Empfindlichkeiten deutlich einschränkt.

Unter Punkt 1.4. der Erörterungen zur „In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen“ steht: „Untersuchungen zur Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.4 berechnungsfähig.“

Das bedeutet, dass ab sofort alle genetischen Untersuchungen der Phase-I- wie auch der Phase-II-Entgiftung aus dem „Kassenkatalog“ gestrichen sind und nicht mehr mittels Überweisungsschein im Labor in Auftrag gegeben werden dürfen.

Als einzige abrechenbare Indikation wurde die CYP2D6-Bestimmung vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase in den Abschnitt 32.3.14 des EBM aufgenommen. Hierbei handelt es sich um eine extrem seltene Erkrankung und somit um eine Indikation, die im niedergelassenen Bereich nahezu nie vorkommt. Man könnte vermuten, dass man mit diesem „Feigenblatt“ nur untermauern will, wie fest die Tür für pharmako- und toxikogenetische Untersuchungen ab sofort verschlossen ist.

Den Protest der Umweltmediziner sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung gelassen. Laut ihren Aussagen hat eine tiefgreifende Änderung gar nicht stattgefunden, weil „diese Leistungen auch bisher nicht explizit Teil des Kassenkataloges waren“. Das ist aber nur bedingt richtig. Zum einen wurden diese Leistungen in einigen Bundesländern durchaus als Kassenleistung toleriert. Zum anderen ist es zwar richtig, dass in vielen Bundesländern auch bisher keine Pharmako- und Toxikogenetik abrechenbar war, allerdings konnten die Patienten fast immer mit Erfolg bei ihrer Krankenkasse eine nachträgliche Kostenübernahme erwirken oder sich diese oder dem Labor auf Voranfrage bestätigen lassen. Das wird zukünftig ungleich schwerer werden, weil der EBM diese Untersuchung seit 01.07.2016 explizit ausschließt.

Es ist ein großer Unterschied, ob eine Untersuchung bzw. Untersuchungsmethode im Abrechnungskatalog als – nicht abrechenbar – ausgewiesen ist oder wie bisher nur nicht explizit

genannt wird. Bei Letzterem blieb in der Vergangenheit immer die Möglichkeit, bei entsprechender medizinischer Indikation den „Ausnahmefall“ zu bemühen und methodenbezogen abzurechnen. Das war auch sinnvoll und gewollt, denn es soll dem Arzt und dem Labor die Möglichkeit für begründbare Ausnahmen eingeräumt werden. Diese Hintertür ist bei der Pharmako- und Toxikogenetik seit 01.07.2016 verschlossen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Bestimmung wichtiger Phase-I- und II-Enzyme bei der multiplen Schadstoffunverträglichkeit ein wichtiges diagnostisches Kriterium darstellt und bei Gutachten oft hilfreich war, ist dieses ein Rückschritt für Umweltmediziner und betroffene Patienten.

Für die Pharmakogenetik sind die Änderungen im EBM ebenfalls ein Genickschlag. Prädiktive Gentests haben für einige Fragestellungen in den letzten Jahren Bedeutung erlangt und das, obwohl die pharmazeutische Industrie das Wissen darum nicht gefördert hat. Ein Beispiel ist die Untersuchung der CYP2D6-Allele vor einer Tamoxifentherapie bei Patienten mit Mammakarzinom. Polymorphismen im CYP2D6-Gen, die die CYP2D6-Aktivität herabsetzen, hemmen nachweislich die Wirkung von Tamoxifen. Dies gilt vor allem für die Homozygotie von nicht-funktionellen CYP2D6-Allelen (*Poor-Metabolizer-Phänotyp*), bei denen deutlich erniedrigte Spiegel des aktiven Metaboliten Endoxifen nachgewiesen wurden.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Patientinnen mit funktionell beeinträchtigten CYP2D6-Allelen von einer Tamoxifentherapie deutlich weniger profitieren und daher eine Behandlung mit einem Aromatasehemmer in Erwägung gezogen werden sollte.

Ein weiteres Beispiel für eine sinnvolle pharmakogenetische Diagnostik ist der CYP2C19-Status vor Gabe von Clopidrogel zur Hemmung der Thrombozytenaggregation. Verschiedene Studien zeigen, dass bei Vorliegen von inaktivierenden CYP2C19-Varianten die Anpassung der Dosis oder die Auswahl von Alternativwirkstoffen vorteilhaft für die Patienten ist. Diese und einige weitere pharmakogenetische Untersuchungen hatten den Sprung in die Schulmedizin längst geschafft. Die individualisierte Medizin war auf dem Vormarsch. Es ist leider schwer vorstellbar, dass diese sinnvolle Entwicklung weiter voranschreitet, wenn die notwendigen genetischen Analysen ab sofort ausschließlich IGeL-Leistungen sind.