

ZamS-Vergütungskonzept

Beitrag eines Vergütungskonzepts
zur **Zukunftssicherung** der **ambulant**
Substitutionstherapie

Übersicht des Konzepts

STUDIEN
BERICHT

Übersicht des Konzepts

Berlin, September 2021

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

1. Kontext und Motivation

In Deutschland führen ca. 2.500 Ärzte substitutionsgestützte Behandlungen für insgesamt ca. 80.000 opioidabhängige Patienten durch (Bundesopiumstelle 2021). Die Zahl substituierender Ärzte hat in den letzten zehn Jahren um ca. 6 Prozent abgenommen, während die Zahl der Patienten um ca. 5 Prozent zunahm. Diese Entwicklung führt zu Engpässen in der Versorgung bzw. zwingt Patienten zu langen Anfahrtswegen. Der hohe Anteil älterer substituierender Ärzte droht die Situation zu verschärfen. Das gesellschaftlich und für Betroffene erstrebenswerte Ziel, mehr opioidabhängigen Menschen eine Behandlung zu ermöglichen (Schäffer *et al.* 2020), erscheint in diesem Kontext kaum erreichbar. Zu den Bestrebungen, die Rahmenbedingungen für die Substitutionstherapie zu verbessern, gehören die dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, Initiativen mehrerer Bundesländer zur Förderung der Substitutionstherapie sowie Coronavirus-Pandemie bedingte Sonderregelungen.

Das vorliegende Dokument argumentiert, dass neben den bereits in Angriff genommenen Maßnahmen auch die Vergütungssystematik eine wichtige Rolle für die Zukunftssicherung der ambulanten Substitutionstherapie spielt. Nachfolgend werden mögliche Fehlanreize durch die derzeitige Vergütung beschrieben und ein Vorschlag für ein Vergütungskonzept unterbreitet, welches Patientenorientierung und die besonderen medizinischen Anforderungen der Substitutionstherapie stärker in den Vordergrund stellt.

2. Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, die eine lebenslange Behandlung erfordert (G-BA 2020). Für die Mehrheit der Patienten stellt die substitutionsgestützte Behandlung (z. B. mit Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin¹) die Therapie der Wahl dar (BÄK 2017). Durch die substitutionsgestützte Behandlung sollen u. a. das Überleben der Patienten sichergestellt und ihr Gesundheitszustand sowie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität stabilisiert bzw. verbessert werden (G-BA 2020).

Aufgabe des substituierenden Arztes ist es, mit dem Patienten zielorientierte motivierende Gespräche zu führen, in denen „realistischerweise erreichbare Therapieziele angesprochen, für diese motiviert und unterstützende Begleitmaßnahmen vereinbart werden“ (G-BA 2020). In Einklang mit den individuellen Therapiezielen und unter besonderer Berücksichtigung der Sicherheit für die Patienten und ihre Angehörigen trifft der substituierende Arzt die Entscheidung bezüglich des Substitutionsmittels und der Vergabe-/Verabreichungsform. Grundsätzlich stehen die tägliche Vergabe im Rahmen persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte, die Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take-Home“) oder – für Buprenorphin – die subkutane Injektion als Depotpräparat zur Verfügung.

¹ Die Diamorphinbehandlung wird in dem vorliegenden Vorschlag nicht berücksichtigt.

3. Derzeitige Vergütung und ihre Auswirkungen

Therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels werden als extrabudgetäre Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet. Betrachtet man die Vergütungssystematik, so zeigen sich mögliche Fehlanreize, die einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Wege stehen könnten: (1) Bei täglicher Vergabe resultiert eine deutlich höhere Vergütung je Fall – auch wegen der Zuschläge für die Wochenenden – als bei den anderen Vergabe-/Verabreichungsformen. So ist der Wechsel der Vergabe-/Verabreichungsform mit einer erheblichen Erlösminderung verbunden. (2) Die Vergütung von therapeutischen Gesprächen ist auf vier pro Quartal begrenzt.² (3) Im Rahmen des Konsiliarverfahrens ist lediglich eine konsiliarische Untersuchung und Beratung je Behandlungsfall vorgesehen.

Bei der Wahl der Vergabe-/Verabreichungsform ist – unter Berücksichtigung relevanter Vorschriften – eine medizinische Einschätzung der Behandlungssituation, insbesondere der Stabilität und der Sicherheit, zu treffen (BÄK 2017). Wenn es aus medizinischer Sicht vertretbar ist, können Vergabe-/Verabreichungsformen, die kein tägliches Erscheinen in der Arztpraxis erfordern (Take-Home oder Depot), eingesetzt werden, u. a. um Aspekte wie die selbstbestimmte Lebensführung, Berufstätigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen. Aufgrund der Vergütungsstruktur kann es jedoch zu einer Überformung der medizinischen Entscheidung durch finanzielle Anreize kommen. Dies könnte insbesondere in großen Substitutionspraxen der Fall sein, deren wirtschaftliche Existenz zu einem erheblichen Teil von diesen Erlösen abhängen dürfte. Für Patienten kann dies eine Beeinträchtigung des Gesundungsprozesses, ihrer normalen Lebensführung und der Lebensqualität bedeuten. Eine Bevorzugung von täglicher Vergabe dürfte auch der Sicherstellung der Versorgung abträglich sein, da Ressourcen gebunden werden, auch wenn dies nicht in allen Fällen medizinisch erforderlich wäre.

Die begrenzte Anzahl therapeutischer Gespräche reflektiert nicht den notwendigen Behandlungsaufwand insbesondere für Patienten mit instabilem Verlauf oder schwerwiegenden Komorbiditäten. Ferner besteht die Gefahr, dass Patienten mit absehbar hohem Bedarf an ärztlichen Gesprächen größere Probleme haben, einen Behandlungsplatz zu finden.

Die konsiliarische Behandlung durch Ärzte ohne suchtmmedizinische Qualifikation wurde eingeführt, um mehr Patienten den Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. Im Jahr 2020 wurden jedoch nur 1,5 Prozent der Patienten konsiliarisch behandelt. Die geringe Wirksamkeit der Regelung ist auch darauf zurückzuführen, dass nur wenige Suchtmediziner zu einer Tätigkeit als Konsiliarier bereit sind. Dies wiederum dürfte auch damit zusammenhängen, dass derzeit lediglich eine konsiliarische Untersuchung und Beratung je Behandlungsfall vorgesehen ist, womit eine qualitativ hochwertige Behandlung kaum sichergestellt werden kann.

² Aufgrund der Coronavirus-Pandemie wurde die Anzahl vorübergehend auf acht erhöht.

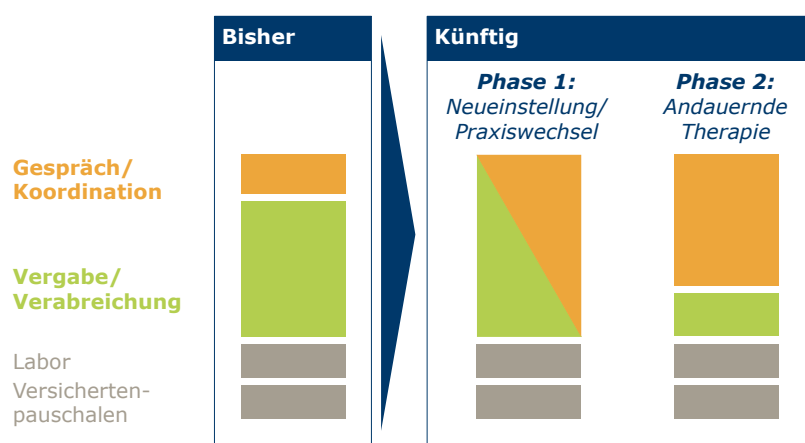
Zusammengenommen führen diese aus der Vergütungssystematik resultierenden Fehlanreize dazu, dass die Ziele einer medizinisch sinnvollen, gleichzeitig patientenorientierten sowie flächendeckenden Substitutionsbehandlung nicht in dem eigentlich möglichen Umfang erreicht werden.

4. Grundidee des neuen Vergütungskonzepts

Ziel des folgenden Vorschlags ist es, durch eine Änderung der Vergütungssystematik eine stärkere Ausrichtung der Substitutionstherapie an medizinischen Aspekten zu ermöglichen, bei einem über alle substituierenden Praxen gleichbleibenden Vergütungsvolumen.

Deshalb stellt das Konzept Gespräche zwischen Arzt und Patient sowie die Koordination der Behandlung in den Vordergrund (Abbildung 1). Damit wird dem hohen medizinischen Stellenwert entsprochen, der zielorientierten motivierenden Gesprächen und der Koordination im Rahmen der Substitutionstherapie zukommt (vgl. Abschnitt 2). Weiterhin sieht das neue Vergütungskonzept eine Unterscheidung in der Vergütung vor bei Patienten, die neu in eine Substitutionsbehandlung eintreten bzw. in eine andere Substitutionspraxis wechseln, und bei Patienten, die eine – oft über Jahre oder Jahrzehnte – andauernde Therapie erhalten. Für erstere Patienten sollte die Vergütung höher angesetzt werden, um den Aufwand bei der Neueinstellung bzw. einem Praxiswechsel zu reflektieren und auch einen gewissen Anreiz zu setzen neue bzw. wechselnde Patienten anzunehmen. Bei Patienten in der andauernden Therapie ist für die Vergütung ausschlaggebend, wieviel Gesprächs- und Koordinationsbedarf der Patient hat. Die Höhe der Vergütung ist in beiden Phasen unabhängig von der Vergabe-/Verabreichungsform.

Abbildung 1: Grundidee des neuen Vergütungskonzepts



Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

Anmerkung: Das neue Vergütungskonzept bezieht sich ausschließlich auf die Vergütung von Gesprächen/Koordination und Vergabe/Verabreichung. Laborleistungen und Versichertenpauschalen bleiben unverändert.

Um die flächendeckende Versorgung von Substitutionspatienten zu fördern, beinhaltet das neue Vergütungskonzept ergänzend als Option die Bildung von praxisübergreifenden ärztlichen Teams (Abbildung 2). In den Teams übernehmen suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte die Verantwortung für den Behandlungsplan, führen die Gespräche mit den Patienten durch (ggf. unter Einsatz von Videosprechstunden) und koordinieren die Behandlung. Für die Vergabe/Verabreichung des Substitutionsmittels und Kontrollen des Beikonsums arbeiten die verantwortlichen Ärzte mit Kollegen zusammen, die für den Patienten gut erreichbar sind. Diese Ärzte müssen keine Qualifikation in Suchtmedizin nachweisen, verpflichten sich jedoch im Rahmen der Zusammenarbeit an der Qualitätsentwicklung der Versorgung mitzuwirken. Das neue Vergütungskonzept berücksichtigt den Aufwand, der mit dem Aufbau von und der Arbeit in Teamstrukturen verbunden ist und motiviert somit suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte, in ihrem Umfeld Teamstrukturen zu initiieren.

Abbildung 2: Optionale Ergänzung um Zusammenarbeit in Teams



Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

5. Mögliche Ausgestaltung

Die Grundidee des neuen Konzepts – Fokus auf Gespräche/Koordination und zwei Phasen – kann durch drei Gebührenordnungspositionen (GOP) ausgestaltet werden. Für die optionale Ergänzung zur Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams gäbe es zwei weitere GOP.

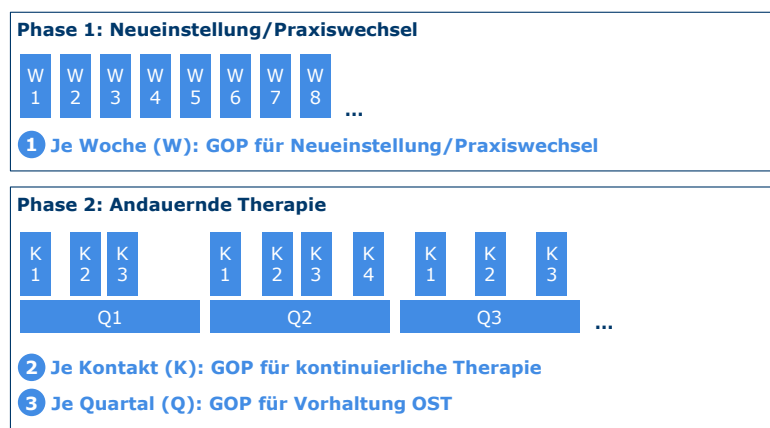
5.1 Drei neue Gebührenordnungspositionen

Die Phase der Neueinstellung bzw. nach einem Praxiswechsel ist typischerweise durch einen engen Arzt-Patienten-Kontakt gekennzeichnet. Hierfür sieht das neue Vergütungskonzept eine „**GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel**“ vor, welche je Behandlungswoche abgerechnet werden kann (Abbildung 3). Die GOP deckt alle Gespräche, die Koordination der Behandlung sowie die Vergabe/Verabreichung eines Substitutionsmittels ab. Sie kann bei neuen Patienten für vier, bei Praxiswechseln für zwei Quartale abgerechnet werden.

Für Patienten in der Phase der andauernden Therapie sieht das neue Konzept zwei GOP vor (Abbildung 3). Die „**GOP für kontinuierliche Therapie**“ deckt die Gespräche und die Koordination für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs ab. Sie wird nach Dauer des Arzt-Patienten-Kontakts abgerechnet. Über die Dauer und Frequenz der Kontakte entscheidet der substituierende Arzt entsprechend des Behandlungsverlaufs bzw. der (Ko-)Morbidity der Patienten. Die GOP für kontinuierliche Therapie und auch die anderen neuen GOP sind mit Prüfzeiten hinterlegt, sodass einer Mengenausweitung entgegengewirkt wird. Zusätzlich kann eine minimale und maximale Anzahl Gespräche festgelegt werden.

Die „**GOP für Vorhaltung OST**“ beinhaltet die Bereitstellung und Durchführung der organisatorischen und administrativen Abläufe für die Vergabe/Verabreichung von Substitutionsmitteln. Sie kann einmal je Behandlungsfall abgerechnet werden.

Abbildung 3: Mögliche Ausgestaltung der Vergütung



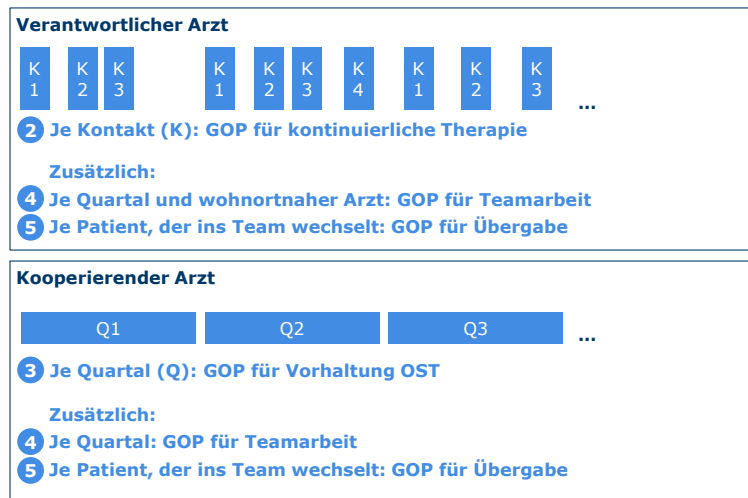
Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

5.2 Ergänzung um Zusammenarbeit in Teams

Bei der optionalen Ergänzung um Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams kommen dieselben GOP zum Einsatz wie bereits für die andauernde Therapie beschrieben. Die GOP für kontinuierliche Therapie erhält der verantwortliche Arzt. Die GOP für Vorhaltung OST erhält in diesem Fall der kooperierende Arzt (Abbildung 4). Zusätzlich sind zwei weitere GOP vorgesehen: Die „**GOP für Teamarbeit**“ deckt die Koordination innerhalb der Teams ab, einschließlich der Qualitätsentwicklung. Der Suchtmediziner erhält die GOP einmal pro Quartal und pro Kollegen, mit dem er zusammenarbeitet. Ein kooperierender Arzt erhält die GOP einmal pro Quartal. Wenn ein Patient von der Behandlung bei dem verantwortlichen Arzt in die gemeinsame Behandlung durch ein Team wechselt, erhalten beide Ärzte die „**GOP für Übergabe**“.³

³ Ggf. müssten weitere Abrechnungskriterien definiert werden, wie z. B. für den Fall einer Unterbrechung der Therapie oder Wartezeiten vor erneuter Inanspruchnahme.

Abbildung 4: Mögliche Ausgestaltung der Vergütung für Teams



Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

6. Beispielrechnungen

Im Rahmen der Entwicklung des neuen Vergütungskonzepts hat IGES beispielhafte Berechnungen durchgeführt, welche Eurowerte und Prüfminuten für die neuen GOP angesetzt werden könnten. Ziel der Beispielrechnungen ist es, top-down abzuschätzen, inwiefern mit dem neuen Vergütungskonzept durchschnittliche Vergütungsniveaus erreicht werden, die zu vergleichbaren Erlösen wie nach der derzeitigen Vergütungssystematik führen. Die Beispielrechnungen zeigen, dass dies möglich ist. Dabei erfolgt im Kern eine Umschichtung der Mittel aus der Honorierung der Vergabe/Verabreichung in die ärztlichen Gespräche und die Koordination. Details zu den Abschätzungen sind im ausführlichen Studienbericht dargestellt.

Literaturverzeichnis

BÄK (2017) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger; BAnz AT 02.10.2017 B1

Bundesopiumstelle (2021) Bericht zum Substitutionsregister. BfArM, Bonn.

G-BA (2020) Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anl. I, Nr. 2; BAnz AT 30.03.2021 B4

Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., & Verthein, U. (2021) Relevanz und Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie. Suchttherapie.

Schäffer, D., Schieren, C., & Stöver, H. (2020) #100000Substituierte bis 2022 – Corona als Chance sehen. In: 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020. akzept e. V und Deutsche Aidshilfe

Das ZamS-Vergütungskonzept wurde von der IGES Institut GmbH in enger Kooperation mit einer Arbeitsgruppe entwickelt, der Dr. Konrad Cimander, Dr. Konrad Isernhagen und Dr. Thomas Poehlke als substituierende Ärzte und Dr. Albrecht Kloepfer vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung angehörten. Seitens der IGES Institut GmbH haben Dr. Friederike A. Haaß und Hans-Dieter Nolting als Wissenschaftler und Berater mitgewirkt.

Mit freundlicher Unterstützung der Camurus GmbH.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com