

ZamS-Vergütungskonzept

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

White Paper

STUDIEN
BERICHT

White Paper

Berlin, September 2021

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Kontext und Motivation	7
2. Derzeitige Vergütungssystematik und ihre Auswirkungen	9
3. ZamS-Vergütungskonzept	11
3.1 Grundidee des neuen Vergütungskonzepts	11
3.2 Mögliche Ausgestaltung	12
3.2.1 Drei neue Gebührenordnungspositionen	13
3.2.2 Optionale Ergänzung: Praxisübergreifende ärztliche Teams	14
3.2.3 Weitere Überlegungen für die Ausgestaltung	14
3.3 Auswirkungen des neuen Vergütungskonzepts	16
4. Beispielrechnungen	22
4.1 Vergütung nach der derzeitigen Systematik	22
4.1.1 EBM-Ziffern für Substitutionstherapie	22
4.1.2 Vergütung je Behandlungsfall	23
4.1.3 Vergütung für beispielhafte Praxen	26
4.2 Mögliche Vergütung nach dem neuen Konzept	29
4.2.1 Mögliche neue Gebührenordnungspositionen	29
4.2.2 Mögliche Vergütung je Patient	30
4.2.3 Mögliche Vergütung für beispielhafte Praxen	32
4.2.4 Mögliche Vergütung für praxisübergreifende ärztliche Teams	33
5. Anhang	37
A1 FAQ	38
Literaturverzeichnis	42
Abbildungen	4
Tabellen	4
Abkürzungsverzeichnis	5

Abbildungen

Abbildung 1:	Grundidee des neuen Vergütungskonzepts	11
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams	12
Abbildung 3:	Mögliche Ausgestaltung der Vergütung	13
Abbildung 4:	Mögliche Ausgestaltung der Vergütung für praxisübergreifende ärztliche Teams	14
Abbildung 5:	Vergütung je Behandlungsfall für unterschiedliche Vergabe-/ Verabreichungskonstellationen	25
Abbildung 6:	Vergütung und Prüfzeit für beispielhafte große Praxen	27
Abbildung 7:	Vergütung und Prüfzeit für beispielhafte mittlere und kleine Praxen	28

Tabellen

Tabelle 1:	Derzeitige GOP für Substitutionstherapie im EBM	23
Tabelle 2:	Mögliche neue GOP für Substitutionstherapie	30
Tabelle 3:	Vergütung je Behandlungsfall für Substitutionspatienten mit unterschiedlichem Gesprächsbedarf	31
Tabelle 4:	Durchschnittliche Vergütung und Prüfzeiten je Behandlungsfall für Praxen mit unterschiedlichen Patientenpopulationen	32
Tabelle 5:	Zusätzliche neue GOP für Teams	34
Tabelle 6:	Durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall aus Sicht eines verantwortlichen Suchtmediziners, eines kooperierenden Arztes und der GKV	34

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ARMH	Addiction Recovery Medical Home Alternative Payment Model
ASAM	American Association for Addiction Medicine
BÄK	Bundesärztekammer
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OST	Opioid-Substitutionstherapie
P-COAT	Patient-centered opioid addiction treatment
ZamS	Zukunftssicherung der ambulanten Substitutionstherapie

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen, es sei denn es liegen explizit auf das Geschlecht bezogene Aussagen vor.

Zusammenfassung

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, die eine lebenslange Behandlung erfordert. Die Behandlung der Wahl ist i. d. R. eine Substitutionstherapie, welche von speziell suchtmittelmedizinisch qualifizierten Ärzten durchgeführt wird. In den letzten Jahren treten zunehmend Versorgungsengpässe auf und im internationalen Vergleich erhalten in Deutschland relativ wenige Betroffene eine Substitutionstherapie. Das vorliegende White Paper argumentiert, dass neben bereits in Angriff genommenen Verbesserungen der Rahmenbedingungen, auch eine Weiterentwicklung der für diese Therapieform relevanten vertragsärztlichen Vergütungssystematik erfolgen sollte, um die ambulante Substitutionstherapie für die Zukunft zu sichern.

Das hier vorgeschlagene neue Vergütungskonzept stellt Gespräche zwischen Arzt und Patient sowie die Koordination der Behandlung in den Vordergrund. Damit wird dem hohen medizinischen Stellenwert entsprochen, der zielorientierten motivierenden Gesprächen und der Koordination im Rahmen der Substitutionstherapie zukommt. Das vorgeschlagene Konzept kann ferner um eine Regelung zur Neustrukturierung der bisherigen Konsiliarbehandlung ergänzt werden. Diese Option bietet sich insbesondere an, um die Versorgung in derzeit unterversorgten Regionen zu stärken.

Die Grundidee des neuen Vergütungskonzepts kann durch die Einführung von drei neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) anstelle der bisherigen Ziffern für Substitutionstherapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab umgesetzt werden. Die Neustrukturierung der bisherigen Konsiliarbehandlung wäre mit zwei weiteren neuen GOP verbunden. Beispielhafte Berechnungen zeigen, dass das vorgeschlagene Vergütungskonzept kostenneutral umgesetzt werden könnte, d. h. im Durchschnitt bliebe die Vergütung für Substitutionstherapie auf dem gleichen Niveau.

Das neue Vergütungskonzept führt zu einer Umschichtung der Vergütung weg von der Vergabe/Verabreichung hin zu den für den Therapieerfolg ausschlaggebenden ärztlichen Gesprächen und Koordinationsleistungen. Es setzt damit Anreize für eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit. Im Hinblick auf Patienten mit schweren Komorbiditäten ermöglicht es eine aufwandsadäquate Vergütung und trägt damit zur Sicherung des Zugangs zur Versorgung bei – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Die Kapazitäten suchtmittelmedizinisch tätiger Praxen könnten effizienter genutzt werden. Damit würde ein Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung geleistet und mehr Patienten könnten einen einfacheren Zugang zur Versorgung erhalten. Damit kann das neue Vergütungskonzept einen wichtigen Beitrag zur Zukunftssicherung der ambulanten Substitutionstherapie leisten.

1. Kontext und Motivation

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, die eine lebenslange Behandlung erfordert (G-BA 2020). Bei der Behandlung sind körperliche, psychische und soziale Aspekte zu berücksichtigen. Die häufig komplexe gesundheitliche Situation der Patienten erfordert eine gute Koordination zwischen verschiedenen Ärzten sowie weiteren Beteiligten (z. B. Beratungsstellen, psychosoziale Betreuung, psychiatrische Kliniken, Entzugskliniken, Rehabilitations-Einrichtungen, ggf. Justizvollzug). Für die Mehrheit der Patienten stellt die substituionsgestützte Behandlung (z. B. mit Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin¹) die Therapie der Wahl dar (BÄK 2017).

Durch die substituionsgestützte Behandlung soll das Überleben der Patienten sichergestellt und ihr Gesundheitszustand sowie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität stabilisiert bzw. verbessert werden. Weitere Ziele der Behandlung sind die Unterstützung bei der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen sowie die Reduktion bzw. Abstinenz von riskanten Applikationsformen von Opioiden, von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden und von weiteren Suchtmitteln. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Verringerung von Risiken während der Schwangerschaft und nach der Geburt (G-BA 2020).

Die Therapieziele sind für jeden Patienten individuell zu ermitteln. 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). Im Rahmen der Gespräche soll auch eine mögliche Opioidabstinenz angesprochen werden. 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. Dem substituierenden Arzt obliegt auch die Koordination mit der psychosozialen Betreuung und weiteren ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen (BÄK 2017, Abschnitt 3.4).

In Deutschland führen ca. 2.500 Ärzte substituionsgestützte Behandlungen für insgesamt ca. 80.000 opioidabhängige Patienten durch (Bundesopiumstelle 2021). Die Zahl substituierender Ärzte hat in den letzten 10 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

¹ Aufgrund der besonderen Anforderungen wird die diamorphingestützte Behandlung in diesem White Paper nicht berücksichtigt.

zu verschärfen (Lehmann *et al.* 2021b; Brack 2019). Das gesellschaftlich und für Betroffene erstrebenswerte Ziel, mehr opioidabhängigen Menschen eine Behandlung zu ermöglichen (derzeit sind nur circa 50 Prozent der Betroffenen in einer Substitutionstherapie, Schäffer *et al.* 2020), erscheint in diesem Kontext kaum erreichbar.

Daher gibt es mehrere Bestrebungen, die Rahmenbedingungen für die Substitutionstherapie zu verbessern. Hierzu gehören die dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) aus dem Jahr 2017, Initiativen mehrerer Bundesländer zur Förderung der Substitutionstherapie sowie aufgrund der Coronavirus-Pandemie beschlossene Sonderregelungen.

Das vorliegende Dokument argumentiert, dass neben den bereits in Angriff genommenen Maßnahmen auch die vertragsärztliche 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. Derzeitige Vergütungssystematik und ihre Auswirkungen

Therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Substituierende Ärzte rechnen die Leistungen über spezielle Ziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabs ab (EBM Bereich II, Abschnitt 1.8); die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Laut einer Umfrage wird die finanzielle Vergütung „von den meisten ÄrztInnen mit Einschränkungen als ausreichend bis gut eingeschätzt“ (Lehmann *et al.* 2021a, vgl. auch Lehmann *et al.* 2021b). Betrachtet man jedoch die Vergütungssystematik, so zeigen sich mögliche Fehlanreize, die einer qualitativ hochwertigen und niedrigschwelligen Versorgung im Wege stehen könnten. Die möglichen Fehlanreize resultieren aus folgenden Charakteristika der derzeitigen Vergütungssystematik:

- ◆ Bei täglicher Vergabe resultiert eine deutlich höhere Vergütung je Fall – auch wegen der Zuschläge für die Wochenenden – als bei den anderen Vergabe-/Verabreichungsformen. Der Wechsel der Vergabe-/Verabreichungsform ist daher mit einer erheblichen Erlösminderung für den substituierenden Arzt verbunden.
- ◆ Die Vergütung von therapeutischen Gesprächen ist auf vier pro Quartal begrenzt.²
- ◆ Im Rahmen des Konsiliarverfahrens ist lediglich eine konsiliarische Untersuchung und Beratung je Behandlungsfall vorgesehen.

Die genannten Charakteristika können zu folgenden Auswirkungen führen:

Bei der Wahl der Vergabe-/Verabreichungsform ist – unter Berücksichtigung relevanter Vorschriften – eine medizinische Einschätzung der Behandlungssituation, insbesondere hinsichtlich 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 (vgl. Kapitel 4.1.2). Dies könnte insbesondere in großen Substitutionspraxen der Fall sein, deren wirtschaftliche Existenz zu einem erheblichen Teil von diesen Erlösen abhängen dürfte.³ Für Patienten kann dies eine Beeinträchtigung des Gesundheitsprozesses (z. B. tägliche Erinnerung an die

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

³ Wobei auch zu berücksichtigen ist, dass diese Praxen aufgrund ihrer Spezialisierung ggf. besser in der Lage sind instabile Patienten zu behandeln, für die die tägliche Vergabe eher in Frage kommt als andere Vergabe-/Verabreichungsformen.

Krankheit, Beibehaltung der Nähe zur „Szene“ über andere Patienten, die ggf. beim Besuch der Substitutionspraxis getroffen werden), ihrer normalen Lebensführung und der Lebensqualität bedeuten. Eine Bevorzugung von täglicher Vergabe dürfte auch der Sicherstellung der Versorgung abträglich sein, da ärztliche und administrative 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 eher Schwierigkeiten haben einen Behandlungsplatz zu finden.

Als konsiliarische Behandlung wird die Substitutionstherapie durch Ärzte bezeichnet, die die von den Ärztekammern festgelegten Anforderungen an die suchtmedizinische Qualifikation selbst nicht erfüllen und die deshalb durch einen suchtmedizinisch qualifizierten Konsiliarius unterstützt werden. Diese Regelung wurde eingeführt, um mehr Patienten den Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. Im Jahr 2020 wurden jedoch nur 1,5 Prozent der Patienten konsiliarisch behandelt (Bundesopiumstelle 2021). Die geringe Wirksamkeit der Regelung ist auch darauf zurückzuführen, dass nur wenige Suchtmediziner zu einer Tätigkeit als Konsiliarius 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.

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

3. ZamS-Vergütungskonzept

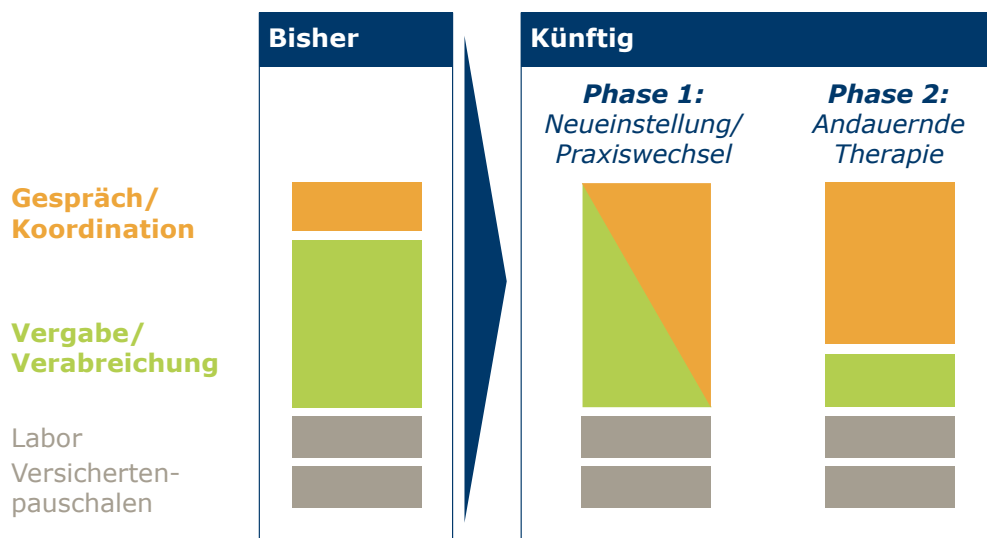
Ziel des folgenden Vorschlags ist es, durch eine Änderung der Vergütungssystematik eine stärkere Ausrichtung der Substitutionstherapie an medizinischen Aspekten zu ermöglichen, bei einem über alle substituierenden Praxen gleichbleibenden Vergütungsvolumen.

3.1 Grundidee des neuen Vergütungskonzepts

Das vorgeschlagene neue Vergütungskonzept stellt 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. Kapitel 1).

Weiterhin sieht das neue Vergütungskonzept eine Unterscheidung in der Vergütung vor bei Patienten, die neu eine Substitutionstherapie beginnen 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, wie viel 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



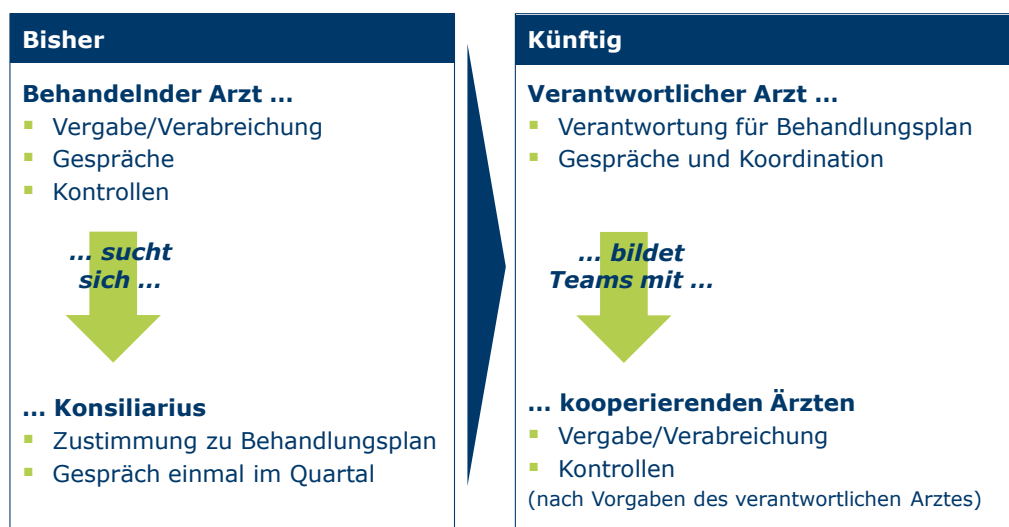
Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

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 als Option eine Neustrukturierung der bisherigen Konsiliarregelung durch die Bildung von praxisübergreifenden ärztlichen Teams (Abbildung 2). Diese Option kann, muss aber nicht, ergänzend zu der oben beschriebenen Grundidee umgesetzt werden.

In den praxisübergreifenden ärztlichen 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 lokal 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 solchen praxisübergreifenden Teamstrukturen verbunden ist und motiviert somit suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte, in ihrem Umfeld Teamstrukturen zu initiieren.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams



Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

3.2 Mögliche Ausgestaltung

Die Grundidee des neuen Konzepts – Fokus auf Gespräche/Koordination und zwei Phasen – kann durch drei Gebührenordnungspositionen (GOP) ausgestaltet werden. Zwei weitere GOP sollten ergänzt werden, falls die Option für die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams ebenfalls umgesetzt werden soll. Die Vergütung würde weiterhin extrabudgetär erfolgen.

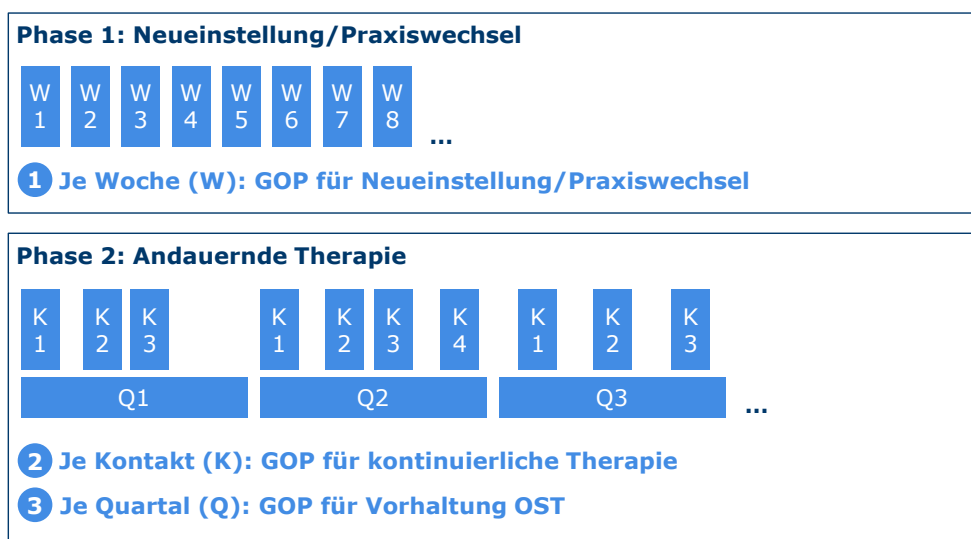
3.2.1 Drei neue Gebührenordnungspositionen

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 inkrementell nach Dauer des Arzt-Patienten-Kontakts abgerechnet (z. B. je vollendete fünf oder zehn Minuten). Über die Dauer und Frequenz der Kontakte entscheidet der substituierende Arzt entsprechend dem Behandlungsverlauf bzw. der (Ko-)Morbidity des Patienten. Die GOP für kontinuierliche Therapie und auch die anderen neuen GOP sind mit Prüfzeiten hinterlegt, sodass einer Mengenausweitung entgegengewirkt wird. Aufgrund der Prüfzeiten können die neuen GOP nur in dem Rahmen abgerechnet werden, der die Summe der Prüfzeiten pro Tag bzw. pro Quartal unter den in den Auffälligkeitsprüfungen geltenden Grenzen hält (vgl. Kapitel 4.1.1). Zusätzlich kann eine maximale Anzahl Gespräche festgelegt werden (vgl. Kapitel 3.2.3).

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 und reflektiert den durchschnittlichen Aufwand für die genannten Abläufe.

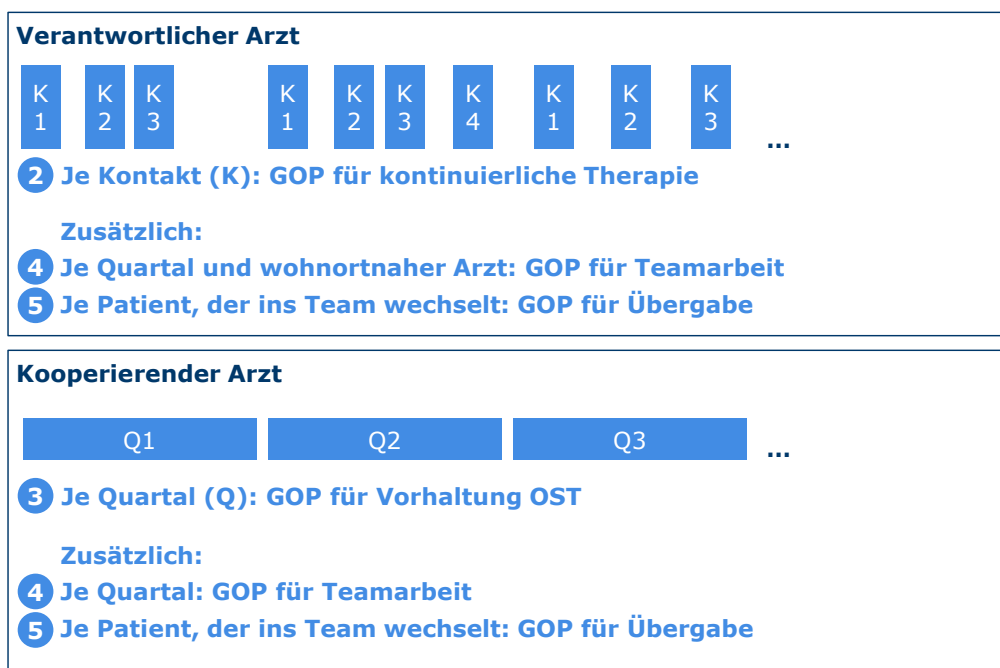
Abbildung 3: Mögliche Ausgestaltung der Vergütung



3.2.2 Optionale Ergänzung: Praxisübergreifende ärztliche Teams

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

Abbildung 4: Mögliche Ausgestaltung der Vergütung für praxisübergreifende ärztliche Teams



Quelle: IGES, Arbeitsgruppe ZamS

3.2.3 Weitere Überlegungen für die Ausgestaltung

Die Grundidee des neuen Vergütungskonzepts lässt sich durch eine Änderung des EBM umsetzen. Die bisherigen GOP für die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels und für die therapeutischen Gespräche (vgl. Tabelle 1) würden durch die drei neuen GOP ersetzt werden. Der Änderung müsste eine genauere Berechnung der Bewertung der neuen GOP in Euro und Prüfminuten

vorausgehen. Die Beispielrechnungen in Kapitel 4 zeigen jedoch bereits, dass das neue Vergütungskonzept grundsätzlich „funktioniert“, insbesondere dass es im Durchschnitt über substituierende Praxen vergütungsneutral umgesetzt werden kann.

Weiterhin sollte überlegt werden, inwiefern zusätzliche Abrechnungskriterien definiert werden sollten. Diese könnten spezielle Situationen adressieren oder auch einer möglichen Fehlnutzung der neuen Vergütung vorbeugen. Weitere Kriterien könnten beispielsweise sein:

- ◆ Regeln für den Fall einer Unterbrechung der Therapie (z. B. anteilmäßige Berechnung der Vergütung für die Zeit der tatsächlichen Behandlung)
- ◆ Regeln für Vertretungen (z. B. bei Urlaub oder Krankheit)
- ◆ Wartezeiten vor erneuter Inanspruchnahme der GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel (um häufigen Wechseln entgegenzuwirken);
- ◆ eine minimale Anzahl Gespräche pro Quartal (um sicherzustellen, dass Gespräche in einem Mindestumfang stattfinden)
- ◆ eine maximale Anzahl Gespräche pro Quartal (um sicherzustellen, dass keine Mengenausweitung stattfindet); die maximale Anzahl Gespräche könnte je Praxis festgelegt werden (anstelle je Patient), um dem substituierenden Arzt mehr Spielraum zu geben, für jeden Patienten individuell die geeignete Anzahl Gespräche zu vereinbaren
- ◆ eine Mindestdauer der Therapie (z. B. x Wochen) bevor die GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel abgerechnet werden kann (um einen Anreiz zu setzen, neue Patienten für die Weiterführung der Behandlung zu motivieren)

Die Definitionen könnten in Anlehnung an bereits im EBM oder in anderen Vergütungssystemen existierenden Kriterien erfolgen. Bei der Auswahl der Kriterien sollten Vor- und Nachteile abgewogen werden. Je mehr Kriterien aufgestellt werden, umso komplizierter wird die Abrechnung bzw. deren Prüfung. Es könnte zunächst beobachtet werden, wie die neue Vergütung in der Praxis genutzt wird. Danach könnte durch ergänzende Kriterien gezielt dort gegengesteuert werden, wo ggf. unerwünschte Effekte auftreten.

Neben der Einführung zusätzlicher Kriterien sollte in Erwägung gezogen werden, die neue Vergütungssystematik schrittweise einzuführen. Damit hätten die Substitutionspraxen Zeit, sich auf die Änderungen vorzubereiten und die ggf. notwendigen Anpassungen ihrer Praxisabläufe durchzuführen.

Die Umsetzung der ergänzenden Option der Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams bedarf ebenfalls der Einführung neuer GOP im EBM. Wie für die Grundidee beschrieben, müsste eine genaue Berechnung der Bewertung der GOP in Euro erfolgen (Prüfminuten sind hier nicht vorgesehen). Weiterhin wäre auch hier abzuwägen, inwiefern weitere Abrechnungskriterien

erforderlich sind. Insbesondere könnten folgende Kriterien in Erwägung gezogen werden:

- ◆ eine Mindestanzahl Fälle je kooperierender Arzt, ab der die GOP für praxisübergreifende Teamarbeit abgerechnet werden kann (um sicherzustellen, dass Teams eine gewisse Größe und damit Effizienz erreichen, wobei abzuwägen ist, inwiefern hierdurch der Zugang zu einer Behandlung, insbesondere in ländlichen Regionen, eingeschränkt wird);
- ◆ eine maximale Anzahl kooperierender Ärzte je verantwortlicher Arzt, für die die GOP für Teamarbeit abgerechnet werden kann (da zu erwarten ist, dass gewisse Skaleneffekte auftreten und ggf. auch allzu großen Teams entgegengewirkt werden sollte, damit eine gute Zusammenarbeit möglich bleibt);
- ◆ eine maximale Anzahl Übergaben pro Patient und Jahr und/oder ein maximaler Anteil der Patienten eines verantwortlichen Arztes, für die pro Jahr Übergaben abgerechnet werden können (um sicherzustellen, dass der finanzielle Anreiz für Übergaben nicht zur Übergabe von nicht geeigneten Patienten bzw. einem „Pendeln“ von Patienten führt);
- ◆ eine Kopplung des Aufbaus von Teams an die regionale Versorgungssituation (damit Teams bevorzugt in unterversorgten Regionen initiiert werden).

Darüber hinaus wäre zu prüfen, inwiefern für die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden Teams eine Anpassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV 2021) bzw. der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (BÄK 2017) erforderlich ist. Dort wird derzeit das Konsiliarverfahren geregelt, welches ggf. angepasst bzw. ergänzt werden müsste, um die nach dem neuen Vergütungskonzept vorgeschlagene Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams zu ermöglichen.

3.3 Auswirkungen des neuen Vergütungskonzepts

Die Entwicklung des neuen Vergütungskonzepts wurde durch mehrere Ziele geleitet, welche u. E. durch das Konzept erfüllt werden können:

- ◆ Die Vergabe-/Verabreichungsform (tägliche Vergabe, Take-Home, Depot) hat keinen Einfluss auf die Vergütung.
 - ◆ Die Vergütung reflektiert den Gesprächsbedarf der Patienten und den Aufwand für die Koordination der Behandlung.
 - ◆ Die Vergütung reflektiert den unterschiedlichen Aufwand, der je nach Komplexität des Krankheitsbildes bzw. Stabilität des Patienten erforderlich ist.
-

- ◆ Die Vergütung berücksichtigt sowohl die Situation spezialisierter Praxen als auch „normaler“ Hausarztpraxen und ist für beide attraktiv.
- ◆ Die Vergütung ist attraktiv genug, sodass mehr/neue Patienten behandelt werden bzw. mehr Ärzte eine Substitutionstherapie anbieten.
- ◆ Die Vergütung belohnt hohe Qualität und fördert eine patientenindividualisierte Therapie.

Auch wenn diese Ziele auf konzeptioneller Ebene erfüllt werden, ist zu hinterfragen, welche Auswirkungen von dem neuen Vergütungskonzept ausgehen könnten. Obwohl es kein ideales Vergütungssystem gibt, können Vergütungssysteme anhand bestimmter Kriterien verglichen und ihre Vor- und Nachteile aufgezeigt werden. Nachfolgend soll anhand der von Wasem (2018) formulierten Kriterien aufgezeigt werden, welche Vor- und Nachteile für das neue Vergütungskonzept zu erwarten sind.

Anreize zur Versorgungsqualität

Das neue Vergütungskonzept setzt Anreize für eine hohe Versorgungsqualität, indem es die Bedarfsorientierung und Behandlungscoordination, die Patientenorientierung sowie den Innovationszugang fördert.

Das neue Vergütungskonzept sieht vor, dass die Vergütung eng an die Anzahl und Dauer der Gespräche zwischen Arzt und Patient sowie den Koordinationsaufwand bei der Behandlung gekoppelt ist. Gleichzeitig kann über die im EBM vorgesehenen Prüfzeiten sowie ggf. über eine maximale Anzahl Gespräche je Quartal und Praxis sichergestellt werden, dass keine ungerechtfertigte Ausweitung der Gespräche bzw. Koordination stattfindet. Durch die Kopplung der Vergütung an die zentralen Elemente einer erfolgreichen Substitutionstherapie ist zu erwarten, dass Ärzte eine bedarfsorientierte Gestaltung des Behandlungsplans wählen und der Behandlungscoordination die notwendige Aufmerksamkeit schenken. Denn sowohl für Patienten mit niedrigem als auch mit hohem Gesprächs- und Koordinationsbedarf erfolgt eine entsprechende Vergütung. Zu befürchten wäre eventuell, dass einzelnen Patienten zu wenig Gespräche und Koordination angeboten werden. Hier könnte die Vorgabe einer Mindestanzahl an Gesprächen genutzt werden, um gegenzusteuern. Die optionale Ergänzung um die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden Teams setzt explizite Anreize für die Behandlungscoordination zwischen suchtmmedizinisch qualifizierten Ärzten und mit ihnen kooperierenden Ärzten.

Da das neue Vergütungskonzept keine Abhängigkeit der Vergütung von der Vergabe-/Verabreichungsform vorsieht, entfallen bisher ggf. bestehende Anreize, bestimmte Vergabe-/Verabreichungsformen zu präferieren. Dadurch ist eine vermehrte Patientenorientierung zu erwarten. Der substituierende Arzt kann die Vor- und Nachteile der Vergabe-/Verabreichungsformen, insbesondere unter Berücksichtigung der Sicherheit, aber auch der Lebensqualität, beruflichen und familiären Teilhabe sowie des Gesundheitsprozesses, unter medizinischen Gesichtspunkten zum Wohl des individuellen Patienten abwägen. Es entstehen

keine Erlöseinbußen aufgrund eines Wechsels der Vergabe-/Verabreichungsform. Bezüglich Take-Home entspricht ein solches Vorgehen den Vorgaben in der Richtlinie der BÄK, dass fortlaufend die Einschätzung zur Take-Home-Verschreibung zu überprüfen ist. Wenn eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, darf dem Patienten das Substitutionsmittel im Rahmen einer persönlichen Konsultation zur eigenverantwortlichen Einnahme verschrieben werden. Eine auf medizinischen Abwägungen beruhende Entscheidung bezüglich der Vergabe-/Verabreichungsform kann insbesondere dem in der Richtlinie der BÄK u. a. formulierten Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben dienen. Auch die stärkere Betonung von Gesprächen und Koordination dürften zur Patientenorientierung beitragen. Insbesondere für Patienten mit höherem Gesprächs- und Koordinationsbedarf erlaubt das neue Vergütungskonzept die Abrechnung einer dem Aufwand entsprechenden Vergütung.

Die Unabhängigkeit der Vergütung von der Vergabe-/Verabreichungsform könnte auch dazu führen, dass andere Vergabe-/Verabreichungsform, wie Take-Home-Vergabe oder die Depotform von Buprenorphin, verstärkt bei der Gestaltung individueller Behandlungspläne Berücksichtigung finden. Ein verantwortlicher Einsatz der Substitutionsmittel wird gefördert, da für Patienten, die eine tägliche Vergabe benötigen, weiterhin eine angemessene Vergütung erfolgt. Zum einen über die GOP zur Vorhaltung OST, zum anderen ist zu erwarten, dass diese Patienten einen höheren Gesprächs- und Koordinationsbedarf haben und insofern eine angemessene Vergütung über die GOP für kontinuierliche Therapie erfolgt.

Anreize zur Wirtschaftlichkeit

Das neue Vergütungskonzept setzt Anreize zur Wirtschaftlichkeit, indem es – wie oben beschrieben – die Vergütung an die zentralen Elemente einer qualitativ hochwertigen und erfolgreichen Substitutionstherapie koppelt. Der Arzt entscheidet bedarfs- und patientenorientiert über den besten Behandlungsplan und wird entsprechend des damit verbundenen Gesprächs- und Koordinationsaufwands vergütet. Die organisatorischen und administrativen Aufwände, welche mit der Substitutionstherapie verbunden sind, werden separat über die GOP zur Vorhaltung OST vergütet. Sollte es sich herausstellen, dass mehr Patienten aus medizinischer Sicht keine tägliche Vergabe benötigen, wäre auch eine Steigerung der Behandlungseffizienz zu erwarten. Die derzeit für die tägliche Vergabe genutzten Ressourcen (bzw. die „Ausschöpfung“ der Prüfzeiten hierdurch) könnten dann für die Behandlung weiterer Patienten zur Verfügung stehen.

Das neue Vergütungskonzept setzt an zwei Stellen Anreize, die ggf. einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung widersprechen: Zum einen ist vorgesehen, dass die Vergütung für neue Patienten bzw. Patienten, die die Praxis wechseln, relativ hoch angesetzt wird. Zum anderen werden in der optionalen Ergänzung um praxisübergreifende Teams explizite, finanzielle Anreize für die Zusammenarbeit gesetzt. In beiden Fällen sind die erhofften Vorteile in Bezug auf den Zugang zur Versorgung (s. u.) gegen die höheren Kosten abzuwägen. Ggf. müsste durch

weitere Kriterien (vgl. Kapitel 3.2.3) einer Fehlnutzung dieser Anreize entgegengesteuert werden.

Anreize zur Gleichheit im Zugang der Patienten zur Versorgung

Das neue Vergütungskonzept setzt in zweierlei Hinsicht Anreize zur Gleichheit im Versorgungszugang: Zum einen ist die Vergütung an den Gesprächs- und Koordinationsbedarf der Patienten gekoppelt. Dies fördert, dass Patienten, unabhängig von der Stabilität ihrer Behandlungssituation bzw. der Schwere ihrer Komorbiditäten und damit ihres Gesprächs- und Koordinationsbedarfs, denselben Zugang zur Behandlung haben. Zum anderen bietet die optionale Ergänzung um die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden Teams eine Chance, den Zugang zur Substitutionstherapie in derzeit unterversorgten, insbesondere ländlichen Regionen zu verbessern. Suchtmediziner sollen durch eine angemessene Vergütung für die Zusammenarbeit vermehrt Kooperationen initiieren, die eine wohnortnahe Versorgung der Patienten ermöglichen und somit lange Anfahrtswege für die Patienten vermeiden.

Neben einer Verbesserung der Gleichheit im Versorgungszugang könnte das neue Vergütungskonzept einen Beitrag dazu leisten, mehr Patienten den Zugang zu einer Substitutionstherapie zu ermöglichen. Zum einen ist vorgesehen, die Vergütung über die GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel relativ hoch anzusetzen und somit die Attraktivität für die Annahme neuer Patienten zu erhöhen. Zum anderen könnte die optionale Ergänzung um praxisübergreifende Teams nicht nur dazu führen, dass Patienten leichter (insbes. mit kürzeren Anfahrtswegen) Zugang zu einer Substitutionstherapie haben, sondern auch, dass der Zugang überhaupt erst möglich wird, weil sich neue Ärzte über die Teams an der Substitutionstherapie beteiligen. Weiterhin könnte die oben erwähnte mögliche Effizienzsteigerung dazu führen, dass mehr Kapazitäten für Substitutionstherapie zur Verfügung stehen. Schließlich könnte postuliert werden, dass die Förderung der Patientenorientierung und die bessere Berücksichtigung der besonderen medizinischen Anforderungen der Substitutionstherapie durch das neue Vergütungskonzept dazu führen, dass die Substitutionstherapie insgesamt attraktiver wird und mehr Ärzte sich entscheiden, die notwendige Qualifizierung zu erlangen.

Weitere Kriterien

Weitere Kriterien zur Bewertung von Vergütungssystemen sind ihre Leistungs- und Finanzierungsgerechtigkeit, ihre Adaptionfähigkeit sowie ihre Praktikabilität und Transparenz.

Das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit soll hier nicht näher betrachtet werden, da die allgemeine Feststellung, dass „aktuell kein angemessenes Konzept zur Messung von Leistung und Leistungsunterschieden – jenseits eventuell der rein quantitativen ärztlichen Arbeitszeit, auf die sich die gemeinsame Selbstverwaltung der GKV verständigt hat – zur Verfügung“ steht (Wasem 2018), auch für die Substitutionstherapie gilt. Qualitätsindikatoren, wie sie beispielsweise für

Vergütungskonzepte in den USA entwickelt wurden (z. B. ASAM 2018), kommen derzeit in Deutschland nicht zum Einsatz.

In Bezug auf die Finanzierungsgerechtigkeit kann argumentiert werden, dass das neue Vergütungssystem die Sachgerechtigkeit der Zuordnung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Substitutionstherapie zur Vergütung verbessert. Der mit einem Patienten verbundene Aufwand hängt eng mit seinem Gesprächs- und Koordinationsbedarf zusammen. Beispielsweise kann ein Patient in instabiler Lebenssituation ggf. durch vermehrte Gespräche stabilisiert werden; die Behandlung eines Patienten mit schweren Komorbiditäten kann ggf. durch intensivere Koordination mit anderen Ärzten und weiteren Beteiligten verbessert werden. Durch die neue GOP für kontinuierliche Therapie erfolgt eine sachgerechte Vergütung der für diese unterschiedlichen Bedarfe erforderlichen Aufwände des Arztes.

Der Aufwand für die Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels – welche immer ärztlicher Kontrolle unterliegen müssen – hängt zwar zum Teil von deren Häufigkeit ab. Ein großer Teil des organisatorischen und administrativen Aufwands fällt jedoch unabhängig davon an. Hierunter fallen beispielsweise Meldungen an das Substitutionsregister, die Einweisung der in die Vergabe/Verabreichung involvierten Personen entsprechend den Vorgaben der BtMVV, die Schulung des Praxispersonals im Umgang mit irregulären Situationen, die (Weiter-) Entwicklung von Arbeitsanweisungen und Checklisten sowie das Nachhalten von Maßnahmen zur Sicherheit des Praxispersonals und der Patienten. Die patientenindividuelle Dokumentation der Zugänge (Anlieferung aus der Apotheke) und Abgänge (Vergaben/Verabreichungen) mit Datum und Menge des Substitutionsmittels kann bei Verwendung von EDV-gestützten Dosiersystemen weitgehend automatisiert werden, sodass bei täglicher Vergabe diesbezüglich nicht unbedingt mehr Dokumentationsaufwand entsteht als bei anderen Vergabe-/Verabreichungsformen. Insofern erscheint es sachgerecht, die Vergütung für die Vergabe bzw. Verabreichung – wie durch die neue GOP zur Vorhaltung OST vorgesehen – nicht an die Vergabe-/Verabreichungsform zu koppeln. Zumal mit der Kopplung der Vergütung an die Vergabe-/Verabreichungsform die zuvor beschriebenen negativen Anreize in Bezug auf die Versorgungsqualität einhergehen.⁴

Die derzeitige Vergütungssystematik für Substitutionstherapie hat sich als relativ adaptionsfähig erwiesen in dem Sinne, dass in einzelnen Bundesländern Fördermaßnahmen und Vergütungsregeln außerhalb des EBM eingeführt wurden, um auf die zunehmenden Versorgungsengpässe in der Substitutionstherapie zu reagieren. Beispielsweise gibt es in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-

⁴ Anzumerken ist, dass der mit der Abrechnung verbundene Aufwand tatsächlich von der Vergabe-/Verabreichungsform abhängt. Es wäre jedoch eine in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit nicht nachvollziehbare Logik hieraus die Notwendigkeit einer höheren Vergütung für tägliche Vergabe anzuleiten. Vielmehr sollte eine Vereinfachung der Abrechnung in Erwägung gezogen werden.

Holstein Fördermaßnahmen für suchtmedizinische Praxen, wie z. B. Zuschüsse für die Fortbildung im Bereich Suchtmedizin, für die Entwicklung praxisorganisatorischer Maßnahmen oder zu Investitionen suchtmedizinischer Schwerpunktpraxen; in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gibt es weiterhin für bestimmte EBM-Ziffern bzw. bestimmte Fälle einen Zuschlag (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 2019; KV Bayern 2019; KV Hessen 2018).

Diese Anpassungen ändern jedoch nichts an den möglichen Fehlanreizen der bisherigen Vergütungssystematik. Eine Ausnahme könnte die höhere Vergütung für Take-Home-Vergabe in Hessen darstellen, wodurch zumindest eine teilweise Aufhebung der Vergütungsunterschiede zwischen den Vergabe-/Verabreichungsform erfolgt. Es ist jedoch zu vermuten, dass die landesspezifischen Anpassungen zunächst einem generellen Überdenken der Vergütung von Substitutionstherapie entgegenstehen, da in einzelnen Ländern „errungene“ Verbesserungen dadurch vermeintlich als gefährdet angesehen werden könnten.

Das neue Vergütungskonzept könnte weiterhin regional angepasst werden. Dies würde sich insbesondere für die optionale Ergänzung um die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden ärztlichen Teams anbieten. Hier könnten die bewusst gesetzten finanziellen Anreize zum Aufbau von Teams ggf. an die regionale Versorgungssituation gekoppelt werden (vgl. Kapitel 3.2.3). Für die Grundidee des neuen Vergütungskonzepts wäre wünschenswert, die notwendigen weiteren Abrechnungskriterien basierend auf den Erfahrungen mit dem neuen Vergütungskonzept zu adaptieren und so eine möglichst schlanke, aber gleichzeitig möglichen Fehlanreizen entgegenwirkende Implementierung zu erreichen.

In Bezug auf die Praktikabilität dürfte das neue Vergütungskonzept hinsichtlich des Aufwands bei der Abrechnung Vorteile bieten, da der bisherige Aufwand bei der Abrechnung der täglichen Vergabe entfällt. Stattdessen findet eine Abrechnung je Kontakt, je Woche bzw. je Quartal statt. Wie hoch der Aufwand bei der Abrechnung genau ausfallen wird, wird stark davon abhängen, welche und wie viele zusätzliche Abrechnungskriterien aufgenommen werden. Die Transparenz der Vergütung dürfte weiterhin gegeben sein, da auch die neuen GOP extrabudgetär abgerechnet würden und somit jede abgerechnete GOP im Honorarbescheid abgebildet wäre. Auch die Zuordnung der mit den GOP verbundenen zu erbringenden Leistungen erscheint transparent (vgl. Kapitel 3.2.1 und 3.2.2).

Zusammenfassend sind von dem neuen Vergütungskonzept zahlreiche Vorteile zu erwarten, insbesondere im Vergleich zu den deutlichen Nachteilen der bisherigen Vergütungssystematik. Die Anreize zur Versorgungsqualität erscheinen dabei besonders vielversprechend. Das neue Vergütungskonzept stellt in Aussicht, dass eine Substitutionstherapie, die dem aktuellen medizinischen Verständnis von Opioidabhängigkeit als schwerer chronischer Krankheit gerecht wird, angemessen und sachgerecht vergütet wird.

4. Beispielrechnungen

Im Rahmen der Entwicklung des neuen Vergütungskonzepts wurden beispielhafte Berechnungen durchgeführt, welche Eurowerte und Prüfminuten für die neuen GOP angesetzt werden könnten. Ziel der Beispielrechnungen war 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.

4.1 Vergütung nach der derzeitigen Systematik

Derzeit erfolgt die Vergütung für die Substitutionstherapie über spezielle Ziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Ausgehend von diesen Ziffern kann geschätzt werden, welche Vergütung je Patient bzw. je Praxis zu erwarten ist.

4.1.1 EBM-Ziffern für Substitutionstherapie

Die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels und die therapeutischen Gespräche im Rahmen der Substitutionstherapie werden über die Ziffern in Bereich II, Abschnitt 1.8 des EBM abgerechnet. Tabelle 1 zeigt diese Ziffern. Neben dem Euro-Wert für die Ziffern wird auch die Prüfzeit gezeigt. Bei der Prüfzeit handelt es sich um eine Größe, die den Auffälligkeitsprüfungen durch die kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt wird. Die Prüfzeiten für alle von einem Arzt abgerechneten EBM-Ziffern werden aufsummiert und geprüft, ob im Tages- oder Quartalsprofil die Auffälligkeitsgrenzen überschritten werden. Eine Überschreitung liegt vor, wenn in einem Quartal die Summe der Prüfzeiten größer als 780 Stunden ist oder, wenn sie an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden beträgt.

Zusätzlich zu den gezeigten Ziffern können Versichertenpauschalen und Laborkosten abgerechnet werden, welche jedoch hier nicht weiter betrachtet werden.

Tabelle 1: Derzeitige GOP für Substitutionstherapie im EBM

Gebührenordnungsposition	Wert [Euro]	Prüfzeit [Minuten]	Menge bzw. Dauer
01949 (Take-Home-Vergabe)	9,34	7	Je Behandlungstag
01950 (Tägliche Vergabe)	5,12	4	Je Behandlungstag
01953 (Depotpräparat Verabreichung)	14,46	10	Je Behandlungswoche
01951 (Wochenende und Feiertage, Zuschlag zu 01949 oder 01950)	11,24	-	n. z.
01952 (Therapiegespräche, Zuschlag zu 01949, 01950 oder 01953)	17,13	10	Je vollendete 10 Min., max. 4 bzw. 8 Mal im Behandlungsfall
01960 (Konsiliarische Untersuchung und Beratung)	12,24	-	Einmal im Behandlungsfall

Quelle: EBM in der Fassung mit Wirkung vom 1. April 2021

Anmerkungen: 01952 kann aufgrund einer Corona-Sonderregelung befristet achtmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Zuvor war es viermal. Ziffern für diamorphingestützte Behandlung nicht gezeigt. n. z. = nicht zutreffend.

4.1.2 Vergütung je Behandlungsfall

Um die Mechanismen der derzeitigen Vergütungssystematik zu verstehen, ist es hilfreich „Vergabe-/Verabreichungskonstellationen“ zu definieren, die unterschiedliche Häufigkeiten und Arten der Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels repräsentieren. Bei diesen Konstellationen handelt es sich nicht um die Behandlungsverläufe einzelner Patienten. Diese können sehr unterschiedlich sein, da die Substitutionstherapie entsprechend individueller Therapieziele erfolgt und kontinuierlich an die Situation des Patienten angepasst wird. Entsprechend vielfältig sind die Behandlungspläne und die damit verbundene Häufigkeit und Art der Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels. Dennoch lassen sich typische Behandlungsverläufe erkennen, die der Definition der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen zugrunde gelegt wurden.

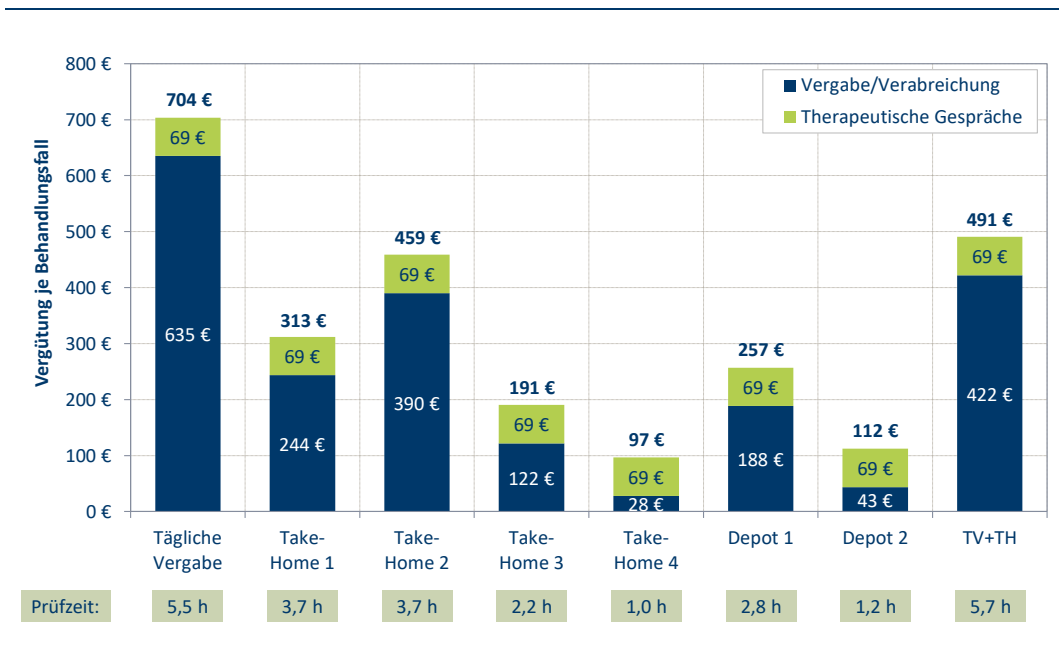
Für die nachfolgenden Berechnungen wurden folgende Vergabe-/Verabreichungskonstellationen verwendet:

- ◆ **Tägliche Vergabe:** Patienten erhalten das Substitutionsmittel täglich in der Arztpraxis zum unmittelbaren Verbrauch.
- ◆ **Take-Home 1 (zweimal pro Woche, wochentags):** Patienten erhalten an zwei Wochentagen (Montag bis Freitag) eine Verordnung für das Substitutionsmittel, welches sie jeweils an den darauffolgenden Tagen eigenverantwortlich einnehmen.

- ◆ **Take-Home 2 (zweimal pro Woche, davon einmal wochentags, einmal am Wochenende):** Patienten erhalten an zwei Tagen pro Woche eine Verordnung für das Substitutionsmittel, welches sie an den darauffolgenden Tagen eigenverantwortlich einnehmen. Eine Verordnung erfolgt wochentags (Montag bis Freitag), die zweite am Wochenende (Samstag, Sonntag).
- ◆ **Take-Home 3 (einmal pro Woche, wochentags):** Patienten erhalten an einem Wochentag (Montag bis Freitag) eine Verordnung für das Substitutionsmittel, welches sie an den darauffolgenden Tagen eigenverantwortlich einnehmen.
- ◆ **Take-Home 4 (einmal pro Monat, wochentags):** Patienten erhalten an einem Wochentag (Montag bis Freitag) eine Verordnung für das Substitutionsmittel, welches sie über den nächsten Monat eigenverantwortlich einnehmen.
- ◆ **Depot 1 (wöchentlich):** Patienten erhalten einmal pro Woche eine subkutane Injektion des Substitutionsmittels Buprenorphin. Nach der Injektion wird das Buprenorphin gleichmäßig während des biologischen Abbaus des Depots freisetzt.
- ◆ **Depot 2 (monatlich):** Patienten erhalten einmal pro Monat eine subkutane Injektion des Substitutionsmittels Buprenorphin. Nach der Injektion wird das Buprenorphin gleichmäßig während des biologischen Abbaus des Depots freisetzt.
- ◆ **Tägliche Vergabe und Take-Home:** Patienten erhalten das Substitutionsmittel wochentags (montags bis freitags) in der Arztpraxis zum unmittelbaren Verbrauch; für das Wochenende erhalten sie eine Verordnung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme.

Abbildung 5 zeigt die Vergütung je Behandlungsfall für die unterschiedlichen Vergabe-/Verabreichungskonstellationen. Dabei wird angenommen, dass die jeweilige Konstellation ein ganzes Quartal zum Einsatz kommt. Wie oben erwähnt, sind die tatsächlichen Behandlungsverläufe individuell, sodass für einzelne Patienten Wechsel der Vergabe-/Verabreichungsform vorkommen. Bei den gezeigten Beträgen handelt es sich also um beispielhafte Näherungen, anhand derer Vergleiche durchgeführt werden können, nicht um die tatsächliche Vergütung für einzelne Patienten. Es wurde nur die Vergütung für therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels berücksichtigt. Zusätzlich anfallende Vergütung über Versichertenpauschalen oder für Laborleistungen wurde nicht berücksichtigt.

Abbildung 5: Vergütung je Behandlungsfall für unterschiedliche Vergabe-/Verabreichungskonstellationen



Quelle: IGES

Anmerkungen: Erläuterung der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen siehe Text. TV+TH = tägliche Vergabe und Take-Home.

In der Berechnung wird zwischen der Vergütung für die Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels und für die therapeutischen Gespräche unterschieden. Es wurde angenommen, dass vier therapeutische Gespräche pro Behandlungsfall stattfinden. Dies entspricht der Anzahl therapeutische Gespräche, die vor der Coronavirus-Pandemie maximal pro Behandlungsfall abgerechnet werden durften.⁵ Für die Dauer der Gespräche wurde 10 Minuten angenommen. Da die Gespräche je vollendete 10 Minuten abgerechnet werden dürfen, entspricht dies quasi der Mindestdauer. Wie Abbildung 5 zeigt, entfällt bei den meisten Vergabe-/Verabreichungskonstellationen nur ein kleiner Anteil der Vergütung auf die therapeutischen Gespräche; im Fall der täglichen Vergabe sind es beispielsweise nur circa 10 Prozent. Dies ist einer der Ausgangspunkte für das neue Vergütungskonzept (vgl. Kapitel 2): In der derzeitigen Vergütungssystematik erfolgt ein Großteil der Vergütung über die Vergabe, nur ein kleiner Anteil erfolgt über die therapeutischen Gespräche. Dies entspricht jedoch nicht dem hohen medizinischen Stellenwert, der den Gesprächen im Kontext der Substitutionstherapie zukommt.

Die höchste Vergütung resultiert in der Vergabe-/Verabreichungskonstellation „tägliche Vergabe“. Hier kann täglich die EBM-Ziffer 01950 abgerechnet werden. Am Wochenende und an Feiertagen kann zusätzlich die Ziffer 01951 abgerechnet werden. Basierend auf Schätzungen von substituierenden Ärzten wurde

⁵ Unter einer befristeten Corona-bedingten Sonderregelung sind es derzeit acht Gespräche.

angenommen, dass Patienten in der Konstellation „tägliche Vergabe“ an durchschnittlich 80 Prozent der Tage tatsächlich in die Arztpraxis kommen und das Substitutionsmittel einnehmen. Daraus ergibt sich eine Vergütung von 635 Euro je Behandlungsfall für die Vergabe. Für die therapeutischen Gespräche kommen 69 Euro hinzu, sodass sich insgesamt 704 Euro je Behandlungsfall ergeben.

Für die Konstellationen mit Take-Home oder Depot ist die Vergütung deutlich geringer als für tägliche Vergabe. Für Take-Home wird die Ziffer 01949 abgerechnet, wenn der Patient im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts die Verordnung für das Substitutionsmittel erhält. Am Wochenende und an Feiertagen kann zusätzlich die Ziffer 01951 abgerechnet werden. Für die Konstellation „Take-Home 1“ (zweimal wöchentlich Take-Home an Wochentagen) ergeben sich 244 Euro je Behandlungsfall für die Vergabe; findet eine der beiden Vergaben am Wochenende statt erhöht sich der Betrag auf 390 Euro. Zusammen mit der Vergütung für die therapeutischen Gespräche resultieren 313 bzw. 459 Euro je Behandlungsfall für „Take-Home 1“ bzw. „Take-Home 2“. Die einmal wöchentliche bzw. einmal monatliche Take-Home-Vergabe (jeweils wochentags) wird mit 122 Euro bzw. 28 Euro je Behandlungsfall vergütet, zuzüglich der therapeutischen Gespräche ergeben sich 191 bzw. 97 Euro. Im Vergleich zu der Konstellation „täglichen Vergabe“ ist die Vergütung für die Konstellationen mit Take-Home also 35 bis 86 Prozent niedriger.

Für die Verabreichung des Substitutionsmittels als Depot kann die Ziffer 01953 abgerechnet werden. Bei einem wöchentlichen Depot beträgt die Vergütung je Behandlungsfall 188 Euro, bei einem monatlichen Depot 43 Euro. Einschließlich der therapeutischen Gespräche resultieren 257 bzw. 112 Euro. Diese Beträge sind 63 bzw. 84 Prozent niedriger als in der Konstellation „tägliche Vergabe“.

Aufgrund der Unterschiede in der Vergütung je nach Vergabe-/Verabreichungsform besteht die Gefahr, dass die medizinische Entscheidung bezüglich der für einen Patienten geeigneten Vergabe-/Verabreichungsform durch wirtschaftliche Überlegungen beeinflusst werden kann. Wie in Kapitel 2 erwähnt, entstehen insbesondere für große Substitutionspraxen erhebliche Erlöseinbußen, wenn ein größerer Anteil der Patienten von täglicher Vergabe zu einer anderen Vergabe-/Verabreichungsform wechselt.

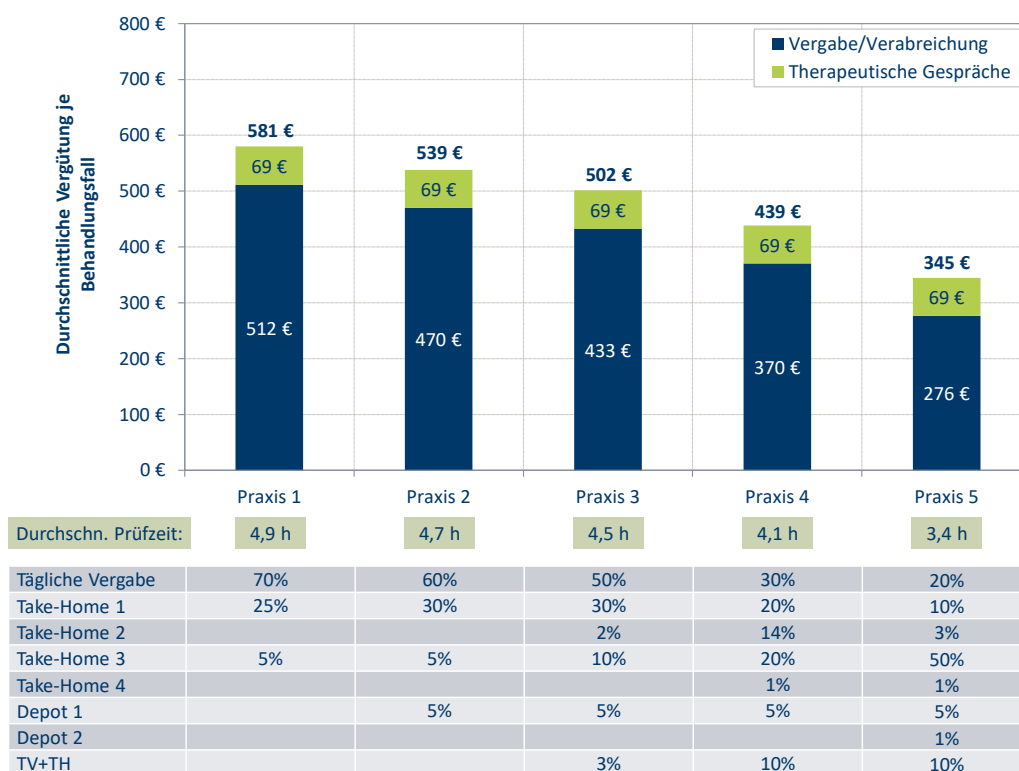
4.1.3 Vergütung für beispielhafte Praxen

Um das derzeitige Vergütungsniveau auf Ebene von Praxen abzuschätzen, wurden beispielhafte Praxen betrachtet, in denen Patienten zu unterschiedlichen Anteilen mit den in Kapitel 4.1.2 vorgestellten Vergabe-/Verabreichungskonstellationen behandelt werden. Bei den gezeigten Beträgen handelt es sich nicht um die durchschnittliche Vergütung tatsächlicher Praxen. Vielmehr handelt es sich um Näherungen für die durchschnittliche Vergütung, die unter Annahme bestimmter Anteile der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen gezahlt würde. Es wurde nur die Vergütung für therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung

des Substitutionsmittels berücksichtigt. Zusätzlich anfallende Vergütung über Versichertenpauschalen oder für Laborleistungen wurde nicht berücksichtigt.

Abbildung 6 zeigt die durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall für fünf beispielhafte Praxen. Die Verteilung der Patienten über die Vergabe-/Verabreichungskonstellationen ist in der Tabelle unter der Grafik gezeigt. Die Verteilungen beruhen auf Schätzungen substituierender Ärzte und beziehen sich auf typische Praxen, in denen eine größere Anzahl Substitutionspatienten (100 oder mehr) behandelt werden.

Abbildung 6: Vergütung und Prüfzeit für beispielhafte große Praxen



Quelle: IGES

Anmerkungen: Erläuterung der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen siehe Text. TV+TH = tägliche Vergabe und Take-Home.

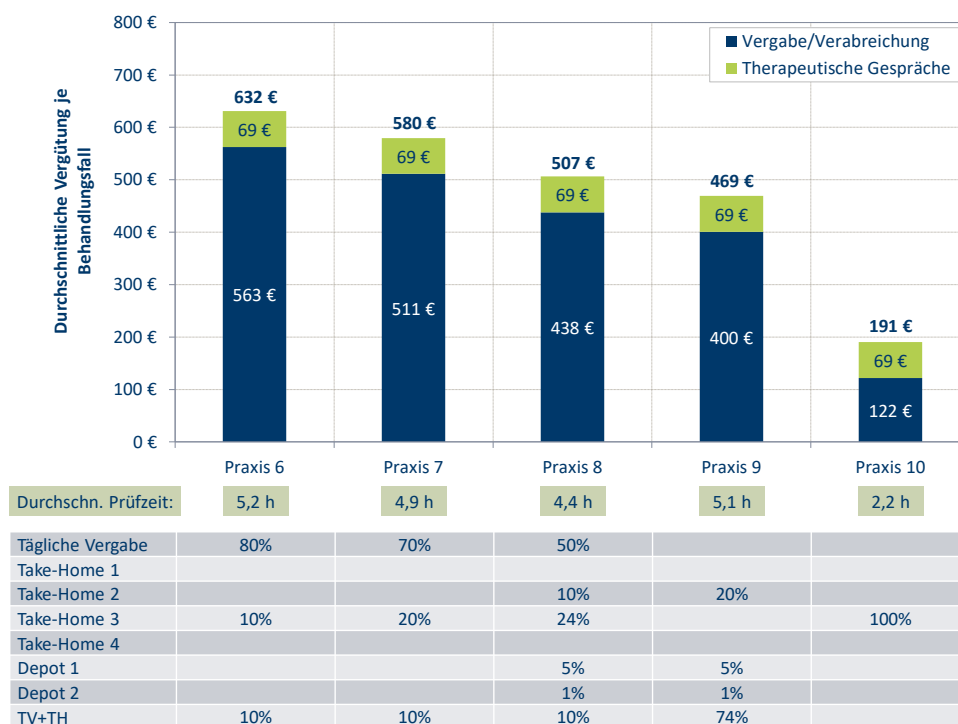
In der beispielhaften Praxis 1 werden 70 Prozent der Patienten nach der Konstellation „tägliche Vergabe“ behandelt, 25 Prozent erhalten „Take-Home 1“ und 5 Prozent „Take-Home 3“. Für diese Praxis ergibt sich eine durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall von 581 Euro, wovon 69 Euro auf therapeutische Gespräche und 512 Euro auf die Vergabe entfallen. Praxis 2 hat einen geringeren Anteil an täglicher Vergabe (60 Prozent), dafür jedoch mehr „Take-Home 1“ (30 Prozent). Weiterhin erhalten 5 Prozent der Patienten ein wöchentliches Depot. Mit diesem Mix der Konstellationen erhält Praxis 2 eine Vergütung von durchschnittlich 539 Euro je Behandlungsfall. Praxis 3, 4 und 5 zeigen weitere

Beispiele für nach Schätzung substituierender Ärzte typische Verteilungen der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen. Praxis 5 hat einen relativ geringen Anteil an Patienten, die tägliche Vergabe erhalten, jedoch einen höheren Anteil, die wöchentlich Take-Home erhalten. Wie aufgrund der Vergütung für diese Konstellationen zu erwarten (vgl. Kapitel 4.1.2), ist die durchschnittliche Vergütung in Praxis 5 deutlich niedriger (-41 Prozent) als in Praxis 1, wo mehr tägliche Vergabe stattfindet.

Abbildung 6 zeigt auch die durchschnittliche Prüfzeit, die im Quartalsprofil mit einem Patienten assoziiert ist. In Praxis 1 beträgt die durchschnittliche Prüfzeit 4,9 Stunden, d. h. die Summe der Prüfzeiten, die mit den EBM-Ziffern für Vergabe/Verabreichung und therapeutische Gespräche assoziiert sind, beträgt über ein Quartal betrachtet 4,9 Stunden. Für Praxis 2 bis 5 sind die Prüfzeiten niedriger; dem entspricht auch die niedrigere durchschnittliche Vergütung.

Abbildung 7 zeigt die durchschnittliche Vergütung und Prüfzeit je Behandlungsfall für weitere beispielhafte Praxen. Diesen Schätzungen wurde ein Mix der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen zugrunde gelegt, der auf Erfahrungen in Praxen mit einer mittleren (ca. 20-50) bzw. kleinen (ca. 1-3) Anzahl an Substitutionspatienten beruht.

Abbildung 7: Vergütung und Prüfzeit für beispielhafte mittlere und kleine Praxen



Quelle: IGES

Anmerkungen: Erläuterung der Vergabe-/Verabreichungskonstellationen siehe Text. TV+TH = tägliche Vergabe und Take-Home.

Für die beispielhafte Praxis 6 wurde angenommen, dass 80 Prozent der Patienten die Konstellation „tägliche Vergabe“ erhalten, 10 Prozent erhalten jeweils „Take-Home 3“ und die Kombination aus täglicher Vergabe und Take-Home. Bei diesem Mix beträgt die Vergütung durchschnittlich 632 Euro pro Behandlungsfall, davon 69 Euro für die therapeutischen Gespräche und 563 Euro für die Vergabe. Praxis 7, 8 und 9 haben niedrigere bzw. keine Anteile an der Konstellation „tägliche Vergabe“ und eine entsprechend niedrigere Vergütung je Behandlungsfall.

In Praxen mit wenigen Substitutionspatienten werden typischerweise stabile, langjährige Patienten behandelt, für die häufig die Konstellation „Take-Home 3“, d. h. die wöchentliche Take-Home-Vergabe, medizinisch vertretbar wäre. Unter der Annahme, dass solche Praxen ausschließlich „Take-Home 3“ einsetzen, erhalten sie eine durchschnittliche Vergütung von 191 Euro je Behandlungsfall.

4.2 Mögliche Vergütung nach dem neuen Konzept

Um die grundsätzliche Umsetzbarkeit des neuen Vergütungskonzepts zu testen, wurden beispielhafte Berechnungen durchgeführt. Ziel dabei war es zu prüfen, inwiefern ein Vergütungsniveau erreicht werden kann, das im Durchschnitt dem bisherigen ähnlich ist. Die Grundidee des neuen Konzepts – Fokus auf Gespräche/Koordination und zwei Phasen – kann durch drei GOP ausgestaltet werden (Kapitel 4.2.1). Ausgehend davon wurde berechnet, welche Vergütung je Behandlungsfall für bestimmte Behandlungskonstellationen anfallen würde (Kapitel 4.2.2). Weiterhin wurde für beispielhafte Praxen berechnet, welche Vergütung sich unter Annahme bestimmter Anteile der Behandlungskonstellationen ergeben würde (Kapitel 4.2.3).

Die optionale Ergänzung des neuen Konzepts um praxisübergreifende ärztliche Teams (vgl. Kapitel 3.2.2) kann durch zwei weitere GOP für die Zusammenarbeit ausgestaltet werden. In Kapitel 4.2.4 werden hierzu Beispielrechnungen vorgestellt.

4.2.1 Mögliche neue Gebührenordnungspositionen

Das Konzept sieht zur Umsetzung der Grundidee drei neue GOP vor, welche in Tabelle 2 gezeigt sind.

Für Patienten in der Neueinstellung bzw. nach einem Praxiswechsel kann die „**GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel**“ einmal je Behandlungswoche abgerechnet werden. Diese GOP schließt die Arzt-Patienten-Gespräche, das Erstellen des Behandlungsplans, die Koordination der Behandlung, das Vorhalten der Infrastruktur und Organisation für die Substitutionstherapie sowie die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels ein. Versichertenpauschalen und Laborleistungen würden wie bisher separat vergütet werden. Die GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel kann bei Neueinstellungen vier Quartale lang abgerechnet werden; bei Praxiswechseln zwei Quartale. Nach einem Therapieabbruch, kann die GOP erneut abgerechnet werden, wobei ggf.

Wartezeiten zu definieren wären (vgl. Kapitel 3.2.3 für Überlegungen zu Kriterien die ggf. noch zu definieren wären). In den nachfolgenden Beispielrechnungen wurde eine Vergütung von 60 Euro und eine Prüfzeit von 30 Minuten für die GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel angenommen.

Für Patienten in der andauernden Therapie können zwei GOP abgerechnet werden: die „GOP für Vorhaltung OST“⁶ und die „GOP für kontinuierliche Therapie“. Die **GOP für Vorhaltung OST** schließt das Vorhalten der Infrastruktur und Organisation für die Substitutionstherapie sowie die Vergabe bzw. Verabreichung eines Substitutionsmittels ein. Sie kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Für die Beispielrechnungen wurde ein Wert von 150 Euro und eine Prüfzeit von 80 Minuten angenommen. Die **GOP für kontinuierliche Therapie** beinhaltet die Arzt-Patienten-Gespräche, Anpassungen des Behandlungsplans sowie die Koordination der Behandlung. Sie kann je vollendete fünf Minuten abgerechnet werden. Den Beispielrechnungen liegt ein Wert dieser GOP von 10 Euro und eine Prüfzeit von 5 Minuten zugrunde.

Tabelle 2: Mögliche neue GOP für Substitutionstherapie

Gebührenordnungsposition	Wert [Euro]	Prüfzeit [Minuten]	Menge bzw. Dauer
GOP für Neueinstellung/ Praxiswechsel	60,00	30	Je Behandlungswoche
GOP für Vorhaltung OST	150,00	80	Je Behandlungsfall
GOP für kontinuierliche Therapie	10,00	5	Je 5 Minuten

Quelle: IGES

4.2.2 Mögliche Vergütung je Patient

Um die Mechanismen des neuen Vergütungskonzepts zu demonstrieren, wurden Behandlungskonstellationen definiert, die unterschiedliche Phasen der Behandlung sowie unterschiedliche Gesprächs- und Koordinationsbedarfe der Patienten repräsentieren. Bei den Behandlungskonstellationen handelt es sich nicht um die Behandlungsverläufe einzelner Patienten. Diese können sehr unterschiedlich sein, da die Substitutionstherapie entsprechend individueller Therapieziele erfolgt und kontinuierlich an die Situation des Patienten angepasst wird. Entsprechend vielfältig sind die Behandlungspläne. Dennoch lassen sich typische Behandlungsverläufe erkennen, die der Definition der Behandlungskonstellationen zugrunde gelegt wurden.

Für die nachfolgenden Berechnungen wurden folgende Behandlungskonstellationen verwendet:

⁶ OST = Opioid Substitutions-Therapie

- ◆ **Patient zur Neueinstellung bzw. bei Praxiswechsel:** Patienten, die neu eine Substitutionstherapie beginnen oder die Praxis wechseln, sodass ein neues Arzt-Patienten-Verhältnis etabliert werden muss.
- ◆ **Patient mit monatlichem Gespräch á 15 Minuten:** Patienten in der andauernden Therapie mit stabilem Verlauf, sodass einmal im Monat ein therapeutisches Gespräch benötigt wird.
- ◆ **Patient mit zwei Gesprächen pro Monat á 15 Minuten:** Patienten in der andauernden Therapie mit etwas höherem Gesprächs- und Koordinationsbedarf (z. B. aufgrund von körperlichen Komorbiditäten), sodass zweimal im Monat ein therapeutisches Gespräch benötigt wird.
- ◆ **Patient mit wöchentlichem Gespräch á 15 Minuten:** Patienten in der andauernden Therapie mit hohem Gesprächs- und Koordinationsbedarf (z. B. aufgrund schwerer psychischer Komorbiditäten), sodass einmal in der Woche ein therapeutisches Gespräch benötigt wird.

Tabelle 3 zeigt die Vergütung je Behandlungsfall für die unterschiedlichen Behandlungskonstellationen. Dabei wird angenommen, dass die jeweilige Behandlungskonstellation ein ganzes Quartal zum Einsatz kommt. Wie oben erwähnt, sind die tatsächlichen Behandlungsverläufe individuell, sodass die Gesprächsfrequenz für einzelne Patienten wechseln kann. Bei den gezeigten Beträgen handelt es sich also um beispielhafte Näherungen, anhand derer Vergleiche durchgeführt werden können, nicht um die tatsächliche Vergütung für einzelne Patienten. Wie bei den Berechnungen nach der derzeitigen Vergütungssystematik (Kapitel 4.1.2) wurde nur die Vergütung für therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels berücksichtigt. Zusätzlich anfallende Vergütung über Versichertenpauschalen oder für Laborleistungen wurde nicht berücksichtigt.

Tabelle 3: Vergütung je Behandlungsfall für Substitutionspatienten mit unterschiedlichem Gesprächsbedarf

Patiententypen	Vergütung [Euro]	Prüfzeit [Stunden]
Patient zur Neueinstellung bzw. bei Praxiswechsel	782	6,5
Patient mit monatlichem Gespräch á 15 Minuten	240	2,1
Patient mit zwei Gesprächen pro Monat á 15 Minuten	330	2,8
Patient mit wöchentlichem Gespräch á 15 Minuten	540	4,6

Quelle: IGES

Für Patienten zur Neueinstellung oder bei Praxiswechsel beträgt die Vergütung 782 Euro je Behandlungsfall. Dies entspricht der GOP zur Neueinstellung/Praxiswechsel von 60 Euro je Behandlungswoche multipliziert mit durchschnittlich 13,04 Wochen pro Quartal. Die Prüfzeit beträgt 6,5 Stunden.

Die Vergütung für Patienten in der andauernden Therapie setzt sich aus der GOP zur Vorhaltung OST (jeweils 150 Euro je Behandlungsfall) und aus der Vergütung für die Gespräche/Koordination zusammen. Letztere beträgt bei einem 15-minütigen Gespräch pro Monat 90 Euro je Behandlungsfall (30 Euro je 15-minütiges Gespräch, wovon drei pro Quartal stattfinden), bei zwei Gesprächen pro Monat 180 Euro und bei einem Gespräch pro Woche 390 Euro. Insgesamt ergeben sich für die drei Behandlungskonstellationen in der andauernden Therapie somit 240, 330 bzw. 540 Euro je Behandlungsfall. Die Prüfzeiten betragen 2,1, 2,8 und 4,6 Stunden.

4.2.3 Mögliche Vergütung für beispielhafte Praxen

Um das Vergütungsniveau unter dem neuen Konzept auf Ebene von Praxen abzuschätzen, wurden beispielhafte Praxen betrachtet, in denen Patienten zu unterschiedlichen Anteilen mit den in Kapitel 4.2.2 vorgestellten Behandlungskonstellationen behandelt werden. Bei den gezeigten Beträgen handelt es sich nicht um die durchschnittliche Vergütung tatsächlicher Praxen. Vielmehr handelt es sich um Näherungen für die durchschnittliche Vergütung, die unter Annahme bestimmter Anteile der Behandlungskonstellationen gezahlt würde. Es wurde nur die Vergütung für therapeutische Gespräche und die Vergabe bzw. Verabreichung des Substitutionsmittels berücksichtigt. Zusätzlich anfallende Vergütung über Versichertenpauschalen oder für Laborleistungen wurde nicht berücksichtigt.

Tabelle 4 zeigt die durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall für fünf beispielhafte Praxen. Die Verteilungen der Patienten über die Behandlungskonstellationen sind ebenfalls gezeigt. Die Verteilungen wurden so gewählt, dass verschiedene Aspekte des neuen Vergütungskonzepts demonstriert werden können. Da es sich um ein neues Vergütungskonzept handelt liegen derzeit noch keine Erfahrungswerte vor, wie die Verteilung tatsächlich aussehen würde.

Tabelle 4: Durchschnittliche Vergütung und Prüfzeiten je Behandlungsfall für Praxen mit unterschiedlichen Patientenpopulationen

Substitutionspatienten	Praxis 1	Praxis 2	Praxis 3	Praxis 4	Praxis 5
Anteil neu bzw. Praxiswechsel	15 %	30 %	15 %	15 %	15 %
Anteil andauernde Therapie	85 %	70 %	85 %	85 %	85 %
> davon 1 Gespräch/Monat	20 %	20 %	60 %	100 %	0 %
> davon 2 Gespräche/Monat	20 %	20 %	20 %	0 %	0 %
> davon 1 Gespräch/Woche	60 %	60 %	20 %	0 %	100 %
Durchschnittliche Vergütung	490 €	541 €	388 €	321 €	576 €
Durchschnittliche Prüfzeit	4,2 h	4,6 h	3,3 h	2,7 h	4,9 h

Quelle: IGES

Für Praxis 1 wurde angenommen, dass 15 Prozent der Patienten neu sind bzw. die Praxis gewechselt haben. Unter den übrigen 85 Prozent der Patienten nehmen 20 Prozent einmal pro Monat an einem Gespräch teil, weitere 20 Prozent tun dies zweimal pro Monat, die übrigen 60 Prozent kommen einmal pro Woche zu einem Gespräch. Bei diesem Mix der Behandlungskonstellationen resultiert eine durchschnittliche Vergütung von 490 Euro pro Behandlungsfall. Für Praxis 2 wird ein höherer Anteil Patienten mit Neueinstellung/Praxiswechsel angenommen (30 Prozent). Dadurch ergibt sich eine höhere Vergütung von durchschnittlich 541 Euro pro Behandlungsfall. Praxis 3 hat, wie Praxis 1, 15 Prozent der Patienten in Neueinstellung/Praxiswechsel. Bei den übrigen Patienten ist der Anteil mit einem Gespräch pro Monat höher (60 Prozent). Somit ergibt sich eine, im Vergleich zu Praxis 1, niedrigere Vergütung von 388 Euro pro Behandlungsfall. Die beispielhaften Praxen 4 und 5 loten die Spanne möglicher Vergütungen aus. Bei einem konstanten Anteil von 85 Prozent der Patienten in andauernder Therapie, kommen in Praxis 4 alle diese Patienten einmal pro Monat zum Gespräch. In Praxis 5 kommen alle einmal pro Woche zum Gespräch. Hieraus ergibt sich eine Vergütung von 321 bzw. 576 Euro pro Behandlungsfall.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen in Kapitel 4.1.3 zeigt, dass die Vergütung nach dem neuen Konzept in den beispielhaften Praxen in derselben Spanne liegt wie die Vergütung nach der derzeitigen Systematik. Große Praxen erhalten derzeit zwischen 345 und 581 Euro je Behandlungsfall (abhängig von der Vergabe-/Verabreichungskonstellation). Für mittlere und kleine Praxen ist die Spanne größer, zwischen 191 und 632 Euro. Würde die Vergütung nach dem neuen Konzept erfolgen, läge sie bei 321 bis 576 Euro basierend auf den als Extreme gewählten Anteilen an Patienten mit unterschiedlichen Gesprächs- und Koordinationsbedarfen. Analog verhält es sich mit den Prüfzeiten. Dies ist insofern wichtig, als durch die Prüfzeiten einer ungerechtfertigten Mengenausweitung entgegengewirkt wird. Da die Behandlungsfälle derzeit und nach dem neuen Konzept mit ähnlichen Prüfzeiten assoziiert sind, sollten sich keine Möglichkeiten der ungerechtfertigten Mengenausweitung bieten. Zusätzlich könnte eine maximale Anzahl Gespräche pro Quartal festgelegt werden (vgl. Kapitel 3.2.3).

4.2.4 Mögliche Vergütung für praxisübergreifende ärztliche Teams

Das neue Vergütungskonzept kann optional um die Zusammenarbeit in praxisübergreifenden Teams erweitert werden. Diese Option kann durch zwei GOP ausgestaltet werden (vgl. Kapitel 3.2.2). Sie kommen zusätzlich zu den drei GOP aus Kapitel 3.2.1 zum Einsatz.

Um für die Option der Teamarbeit das Vergütungsniveau abschätzen zu können, wurden auf Basis der in Tabelle 5 gezeigten Annahmen für die Werte der beiden GOP beispielhafte Praxen betrachtet. Es wurde angenommen, dass die GOP für Übergaben mit 500 Euro je Übergabe bewertet wird. Für die GOP für Teamarbeit wurde ein Wert von 1.000 Euro je Quartal angenommen. Letztere GOP kann der verantwortliche Suchtmediziner pro Quartal und Arzt, mit dem er

zusammenarbeitet, abrechnen. Kooperierende Ärzte können die GOP für Teamarbeit einmal pro Quartal abrechnen. In beiden Fällen ist die GOP unabhängig von der Anzahl Patienten, wobei hierfür weitere Kriterien eingeführt werden könnten (vgl. Kapitel 3.2.3).

Tabelle 5: Zusätzliche neue GOP für Teams

Gebührenordnungsposition	Wert [Euro]	Prüfzeit [Minuten]	Menge bzw. Dauer
GOP für Übergabe	500,00	n. z.	Je Übergabe
GOP für Teamarbeit	1.000,00	n. z.	Je Quartal

Quelle: IGES

Anmerkungen: Die GOP für Teamarbeit kann der verantwortliche Suchtmediziner je Quartal und Kollege, mit dem er zusammenarbeitet, abrechnen. Kooperierende Ärzte können die GOP für Teamarbeit einmal pro Quartal abrechnen. n. z. = nicht zutreffend.

Im Rahmen der praxisübergreifenden Teamarbeit erfolgt sowohl eine Vergütung der verantwortlichen Suchtmediziner als auch der kooperierenden Ärzte. Beides ist in Tabelle 6 für beispielhafte Teams dargestellt. Zusätzlich gilt es zu betrachten, welche durchschnittliche Vergütung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung anfällt. Hierzu wurde die Summe der Vergütung für den jeweiligen beispielhaften verantwortlichen Suchtmediziner und seine kooperierenden Kollegen gebildet und durch die insgesamt durch den verantwortlichen Suchtmediziner behandelte Anzahl Patienten dividiert.

Tabelle 6: Durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall aus Sicht eines verantwortlichen Suchtmediziners, eines kooperierenden Arztes und der GKV

	Beispiel:	A	B	C	D	E	F	G
Anzahl koop. Ärzte:		0	1	2	10	1	2	20
Anzahl Patienten je koop. Arzt:		0	10	5	1	20	10	1
Verantwortlicher Suchtmediziner		490	492	502	582	484	494	574
Kooperierender Arzt		n. z.	300	400	700	250	300	700
GKV		490	522	542	652	534	554	714

Quelle: IGES

Anmerkungen: Die Annahmen für die Berechnung sind im Text erläutert. n. z. = nicht zutreffend.

Die Berechnungen in Tabelle 6 beziehen sich auf verantwortliche Suchtmediziner, die 100 Substitutionspatienten pro Quartal behandeln. Es wird angenommen, dass 15 Prozent neue Patienten bzw. Praxiswechsler sind, 85 Prozent andauernde Patienten. Unter letzteren wird angenommen, dass 20 Prozent ein Gespräch pro Monat, 20 Prozent zwei Gespräche pro Monat und 60 Prozent wöchentliche

Gespräche in Anspruch nehmen. Die Beispiele A bis G zeigen unterschiedliche Konstellationen für die Anzahl Ärzte, mit denen der verantwortliche Suchtmediziner kooperiert (0, 1, 2, 10, 20) und die Anzahl Patienten, die bei diesen kooperierenden Ärzten behandelt werden (0, 1, 5, 10, 20).

Wie bereits in Tabelle 4 gezeigt, beträgt die durchschnittliche Vergütung für einen Suchtmediziner mit dem gezeigten Patientenmix 490 Euro je Behandlungsfall (Beispiel A). Wenn der Suchtmediziner mit einem Kollegen ein Team bildet und sie zehn Patienten gemeinsam behandeln (Beispiel B), erhält er 1.000 Euro pro Quartal für die Teamarbeit. Nimmt man zusätzlich an, dass bei 10 Prozent der gemeinsam behandelten Patienten eine Übergabe stattfindet, kommen weitere 500 Euro pro Quartal hinzu. Für die gemeinsam behandelten Patienten erhält der Suchtmediziner weiterhin die Vergütung für die Gespräche. Die GOP für Vorhaltung OST entfällt dagegen (bzw. erhält der kooperierende Kollege, s. u.). Bezogen auf die 100 Substitutionspatienten des Suchtmediziners bleibt die durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall in etwa gleich (490 versus 492 Euro). Der kooperierende Kollege erhält durchschnittlich 300 Euro je Behandlungsfall für jeden der 10 gemeinsam behandelten Patienten. Dies setzt sich zusammen aus der GOP für Teamarbeit, der GOP für die Übergabe und der GOP für Vorhaltung OST. Aus Sicht der GKV beträgt die durchschnittliche Vergütung je Behandlungsfall in Beispiel B 522 Euro. Der Vorteil der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist also mit leichten Mehrkosten von 32 Euro je Behandlungsfall verbunden.

Beispiel C verdeutlicht die Auswirkungen, wenn ein Suchtmediziner wiederum zehn Patienten mit Kollegen gemeinsam behandelt, im Gegensatz zu Beispiel B dies aber mit zwei Kollegen tut, von denen jeder fünf Patienten mitbehandelt. In Beispiel C steigt die Vergütung je Behandlungsfall für den Suchtmediziner auf 502 Euro (getrieben durch die zweimal 1.000 Euro GOP für Teamarbeit). Die kooperierenden Ärzte erhalten durchschnittlich 400 Euro pro Behandlungsfall. Dieser Betrag ist höher als in Beispiel B, da sich die GOP für Teamarbeit auf nur je fünf Patienten verteilt, nicht zehn. Aus Sicht der GKV beträgt die Vergütung in Beispiel C 542 Euro je Behandlungsfall.

Beispiel D zeigt einen Extremfall, in dem ein Suchtmediziner mit 10 Kollegen kooperiert, die jeweils einen Patienten behandeln. Der Suchtmediziner erhält durchschnittlich 582 Euro je Behandlungsfall, die kooperierenden Ärzte 700 Euro. Aus Sicht der GKV beträgt die durchschnittliche Vergütung 652 Euro je Behandlungsfall. Ggf. sollte für praxisübergreifende Teams, die nur einen Patienten gemeinsam behandeln ein niedrigerer Wert für die GOP für Teamarbeit angesetzt werden (vgl. Kapitel 3.2.3).

In den Beispielen E bis G behandeln die Teams jeweils 20 Patienten gemeinsam. In den Beispielen E und F ist die Vergütung des Suchtmediziners ähnlich zur Vergütung in den Beispielen B und C. Dem Suchtmediziner entstehen also keine Nachteile, wenn mehr Patienten mit Kollegen gemeinsam behandelt werden. Für den kooperierenden Kollegen in Beispiel E ist die Vergütung etwas geringer im

Vergleich zu Beispiel B. Dies reflektiert die zu erwartenden Skaleneffekte bei der Mitbehandlung von 10 versus 20 Patienten. In Beispiel F erhalten die kooperierenden Kollegen dieselbe Vergütung wie in Beispiel B, entsprechend derselben Aufgaben, die sie für je 10 Patienten übernehmen. Für die GKV liegt die Vergütung in Beispiel E und F bei 534 bzw. 554 Euro.

Beispiel G ist ein weiterer Extremfall – ein Suchtmediziner arbeitet mit 20 Kollegen zusammen, die jeweils einen Patienten mitbehandeln. Es wurde eine Obergrenze von zehn für die Anzahl Abrechnungen der GOP für Teamarbeit pro Quartal durch den Suchtmediziner angenommen. Diese Annahme könnte noch weiter ausdifferenziert werden (vgl. Kapitel 3.2.3), um die Auswirkungen von Extremfällen abzuschwächen.

Insgesamt gesehen zeigt sich, dass das neue Vergütungskonzept für praxisübergreifende ärztliche Teamarbeit wünschenswerte Anreize für die Zusammenarbeit setzt. Der mit Teamarbeit und Übergaben verbundene Aufwand wird vergütet. Suchtmediziner, die eine Zusammenarbeit aufnehmen erleiden keine größeren Erlöseinbußen. Und kooperierende Ärzte erhalten eine attraktive Vergütung, die jedoch aufgrund zu erwartender Skaleneffekte mit zunehmender Patientenzahl abnimmt.

5. Anhang

A1 FAQ

A1 FAQ

Könnte es zu einer Mengenausweitung kommen, wenn das neue Vergütungskonzept eingeführt wird?

Das neue Vergütungskonzept sieht vor, dass die GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel, die GOP für Vorhaltung OST und die GOP für kontinuierliche Therapie mit Prüfzeiten hinterlegt sind. Die Prüfzeiten führen dazu, dass die GOP nicht beliebig häufig abgerechnet werden können. Vielmehr können sie nur in dem Rahmen abgerechnet werden, der die Summe der Prüfzeiten pro Tag bzw. pro Quartal unter den in den Auffälligkeitsprüfungen geltenden Grenzen hält (vgl. Kapitel 4.1.1).

In den Beispielrechnungen wurden Prüfzeiten angenommen, die in Summe zu ähnlichen durchschnittlichen Prüfzeiten je Patient führen, wie unter der derzeitigen Vergütungssystematik.

Zusätzlich zu den Prüfzeiten kann eine maximale Anzahl Gespräche je Quartal festgelegt werden. Damit der substituierende Arzt die Anzahl Gespräche möglichst Patienten-individuell festlegen kann, sollte erwogen werden eine solche maximale Anzahl Gespräche je Quartal und Praxis (nicht je Quartal und Patient) festzulegen.

Würden substituierende Ärzte weniger verdienen, wenn das neue Vergütungskonzept eingeführt wird?

Die Grundidee des ZmS-Vergütungskonzepts ist eine Verlagerung der Vergütung weg von der Vergabe/Verabreichung hin zu den für den Therapieerfolg ausschlaggebenden Gesprächen und der Koordination. Das Konzept sieht in Summe keine Änderung des Vergütungsniveaus für Substitutionstherapie vor. D. h. im Durchschnitt werden substituierende Ärzte nach dem neuen Vergütungskonzept gleich viel verdienen wie bisher.

Allerdings können sich die Einnahmen einzelner Praxen durchaus ändern. Ausschlaggebend ist dabei, welche Vergabe-/Verabreichungsform überwiegend genutzt wird (bestimmt die bisherige Vergütung) und welchen Gesprächsbedarf die Patienten haben (bestimmt die künftige Vergütung). Z. B. könnten Praxen die heute überwiegend tägliche Vergabe durchführen, nach dem neuen Vergütungskonzept niedrigere Einnahmen erzielen, da vermutlich nicht alle Patienten, die tägliche Vergabe erhalten, einen hohen Gesprächsbedarf haben. Praxen, die heute überwiegend Take-Home Vergabe bzw. eine Depotverabreichung nutzen, könnten nach dem neuen Vergütungskonzept höhere Einnahmen erzielen, da auch unter Take-Home bzw. Depot-Patienten solche mit höherem Gesprächsbedarf sein dürften und für diese künftig eine höhere Vergütung erfolgen würde.

Warum ist für die GOP zur Vorhaltung OST eine Abrechnung je Quartal vorgesehen?

Die GOP zur Vorhaltung OST deckt den Aufwand ab, der mit dem Vorhalten und der Durchführung der Abläufe für die Vergabe bzw. Verabreichung von

Substitutionsmitteln verbunden ist. Da es sich bei Substitutionsmitteln um Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes handelt, ist ihre Vergabe bzw. Verabreichung mit hohen Anforderungen an die organisatorischen und administrativen Abläufe verbunden (vgl. Kapitel 3.3). Der aufgrund dieser Anforderungen entstehende Aufwand fällt grundsätzlich an, wenn ein Arzt Substitutionstherapie anbietet und ist nur zum Teil abhängig von der Art und Häufigkeit der Vergabe bzw. Verabreichung. Um den grundsätzlich entstehenden Aufwand zu vergüten, erscheint es sachgerecht, eine quartalsweise Vergütung zu wählen.

Der mit der direkten Durchführung der Vergabe bzw. Verabreichung verbundene Aufwand (z. B. Screening auf Intoxikation oder Beikonsum, Sicherstellung der unmittelbaren Einnahme unter Sicht, Ausstellen des Rezepts bzw. Verabreichung der Depotspritze) hängt natürlich von der Häufigkeit der Durchführung ab. Da es sich hierbei jedoch um nur einen Teil des Aufwands handelt und bei einer Vergütung je Vergabe bzw. Verabreichung die negativen Anreize der bisherigen Vergütungssystematik entstehen, erscheint es zielführend, auch diesen Aufwand quartalsweise und im Sinne einer Mischkalkulation über alle Patienten zu vergüten.

Sollte das Vergütungskonzept explizit zwischen Patienten mit unterschiedlichen Komorbiditäten unterscheiden?

Das neue Vergütungskonzept sieht bewusst keine explizite Berücksichtigung von Komorbiditäten vor. Zum einen erscheint eine explizite Berücksichtigung nicht notwendig: Wenn sich aufgrund von Komorbiditäten ein höherer Gesprächs- und Koordinationsbedarf ergibt, erfolgt nach dem neuen Vergütungskonzept automatisch eine höhere Vergütung. Zum anderen gibt es unseres Wissens derzeit in Deutschland keine etablierte Klassifikationsmethode, anhand derer Substitutionspatienten entsprechend ihrer Komorbiditäten zuverlässig in Gruppen mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf unterteilt werden könnten. In anderen Ländern verwendete Klassifikationen, wie z. B. die „ASAM criteria“ in den USA (Mee-Lee *et al.* 2013) sind in Deutschland nicht verbreitet.

Warum schließt das Konzept nicht die Vergütung der psychosozialen Betreuung ein?

Das neue Vergütungskonzept fokussiert auf die Vergütung der Substitutionstherapie durch die GKV. Da die Leistungen der GKV derzeit die psychosoziale Betreuung nicht einschließen, schließt auch das neue Konzept die Vergütung der psychosozialen Betreuung nicht ein. Damit soll nicht ausgedrückt werden, dass der psychosozialen Betreuung eine geringere Bedeutung zukommt. Es erschien lediglich nicht zielführend, eine noch weitreichendere Veränderung der Vergütung für Substitutionstherapie vorzuschlagen.

Das neue Vergütungskonzept deckt mit der GOP für Neueinstellung/Praxiswechsel bzw. der GOP für kontinuierliche Therapie die Empfehlung von und die

Koordination mit einer psychosozialen Betreuung, wie in den Richtlinien der BÄK gefordert ab.

Gibt es Vorbilder aus anderen Ländern für die Vergütung von Substitutionstherapie?

Die Vergütungssysteme im Gesundheitswesen anderer Ländern sind häufig grundsätzlich anders gestaltet als in Deutschland. Insofern kann es schwierig sein, Vorbilder aus anderen Ländern in den deutschen Kontext zu übertragen. Dennoch dienten folgende Konzepte aus anderen Ländern als Inspiration bei der Entwicklung des ZamS-Vergütungskonzepts.

In den USA werden u. a. „value-based payment models“ für Substitutionstherapie entwickelt (Barrett *et al.* 2017). Beispielsweise entwickelte die „Alliance for Addiction Payment Reform“ das „Addiction Recovery Medical Home Alternative Payment Model (ARMH)“ (Alliance for Addiction Payment Reform 2019). Die Vergütung erfolgt für sog. „Behandlungsepisoden“. ARMH sieht drei Episoden vor: eine Episode zur Stabilisierung, eine Episode zum Beginn der Therapie und eine Episode für die andauernde Therapie. Für jede Episode wird vereinbart, welche Leistungen grundsätzlich eingeschlossen sind, wobei durchaus Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer (z. B. Krankenhaus, ambulante Versorgung und „community based services“) gebündelt werden, um einen Anreiz zur (sektorenübergreifenden) Zusammenarbeit zu setzen. Die Leistungserbringer entscheiden dann für jeden Patienten, je nach Behandlungssituation, welche Leistungen erforderlich sind. Die Vergütung kann auch an Qualitäts- und Effizienzkriterien gekoppelt werden. Weitere Elemente von ARMH sind der Einsatz von Qualitätsindikatoren, der Aufbau von Netzwerken, die Zusammenarbeit in „care recovery teams“ sowie die Arbeit auf Basis evidenz-basierter Behandlungspläne.

Ein weiteres, ebenfalls auf der Idee von Behandlungsepisoden aufbauendes Modell wurde von der „American Society of Addiction Medicine“ unter dem Namen „Patient-Centered Opioid Addiction Treatment (P-COAT)“ entwickelt (ASAM 2018). P-COAT unterscheidet zwischen einer „initialen Episode“ und einer „andauernden Episode“. Je nach Ausgestaltung können die Episoden die Kosten für Arztbesuche zur Substitutionstherapie, Laborleistungen, die Abgabe von Medikamenten, Psychotherapie, Beratung und soziale Betreuung enthalten. In diesem Modell werden Notaufnahmen, Krankenhaus und die medizinische Behandlung weiterer Erkrankungen separat vergütet. P-COAT stellt gewisse Anforderungen an die Qualifikation der involvierten Leistungserbringer. Die Qualität der Behandlung wird durch die Festlegung von Minimalanforderungen (z. B. Dokumentation der Diagnose, Screening mit validierten Instrumenten auf verschiedene Krankheiten, persönlicher Arztbesuch zur Entwicklung des Behandlungsplans unter Verwendung von „shared decision making“) und von Erfolgskriterien (Anteil der Patienten, die Substitutionsmittel erhielten und Therapie begannen bzw. den gesamten Monat einnahmen; Anteil der Patienten ohne „Beikonsum“, Anteil der Patienten mit angemessenen Laborwerten für Opioide und andere Substanzen,

risikoadjustierte durchschnittliche Anzahl an opioid-bedingten Notaufnahmen je Patient) nachgehalten. Die Vergütung kann über Bonus- und/oder Maluszahlungen an die anhand der Erfolgskriterien gemessene Leistung geknüpft werden.

In Dänemark liegt die Verantwortung für Substitutionstherapie bei den Kommunen. Die dortigen kommunalen Behandlungszentren bieten sowohl die medizinische Behandlung als auch die psychosoziale Betreuung an. Ein Beispiel ist das KABS Behandlungszentrum in Glostrup (<https://kabs.dk>). Da dieses Behandlungszentrum auch Patienten aus anderen Städten behandelt, gibt es ein Vergütungssystem zwischen den jeweiligen Städten. In diesem System erfolgt die Vergütung je Kalendertag über die gesamte Dauer der Behandlung des Patienten. Für die medizinische Behandlung beträgt die Vergütung 119 Kronen je Kalendertag (ca. 16 Euro). Für die psychosoziale Betreuung gibt es verschiedene Stufen, die unterschiedlich viele Leistungen beinhalten. Die Vergütung liegt zwischen ca. 100 und 600 Kronen pro Kalendertag (13 bis 80 Euro).

Literaturverzeichnis

- Alliance for Addiction Payment Reform (2019). Addiction Recovery Medical Home Alternative Payment Model (ARMH). <https://www.incentiverecovery.org/download-armh-apm-documents> [Abruf 08.06.2021]
- ASAM (2018). Patient-centered opioid addiction treatment (P-COAT) – Alternative Payment Model. American Association for Addiction Medicine. https://www.asam.org/docs/default-source/advocacy/asam-ama-p-coat-final.pdf?sfvrsn=447041c2_2 [Abruf 06.08.2021]
- BÄK (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger; BAnz AT 02.10.2017 B1.
- Barrett, J., Li, M., Spaeth-Rublee, B., & Pincus, H. A. (2017). Value-based payment as part of a broader strategy to address opioid addiction crisis. *Health affairs blog*.
- Brack, J. (2019). Die Probleme verschärfen sich. In: KVH-Journal, 11/2019. http://www.dr-jochen-brack.de/Substitution_11_19_KVH_Journal.pdf [Abruf: 16.08.2021]
- BtMVV (2021). Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 18. Mai 2021 (BGBl. I S. 1096) geändert worden ist.
- Bundesopiumstelle (2021). Bericht zum Substitutionsregister. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn.
- G-BA (2020). Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anl. I, Nr. 2; BAnz AT 30.03.2021 B4.
- KV Bayern (2019). Informationen zum Thema Methadonsubstitution. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Abrechnung/Merkblaetter/KVB-Merkblatt-Methadonsubstitution.pdf> [Abruf 06.08.2021]
- KV Hessen (2018). Rundschreiben „Substitution – Einigung mit den Krankenkassen zur Take-Home-Vergabe“ vom 24.07.2018.
- Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., & Verthein, U. (2021a). Relevanz und Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie. *Suchttherapie*.
- Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., Meyer-Thompson, H. G., & Verthein, U. (2021b). Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte. *Das Gesundheitswesen*.
- Mee-Lee, D., Shulman, G. D., & Fishman, M. J. (2013). The ASAM Criteria: Treatment Criteria for Addictive. *Substance-Related, and Co-Occurring*
-

Conditions, 3rd ed Carson City, NV: The Change Companies. ISBN: 978-1-61702-197-8

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2019).
Behandlung Opioidabhängiger in Baden-Württemberg: Pakt für Substitution.
https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Sucht/Pakt-fuer-Substitution.pdf [Abruf 06.08.2021]

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.

Wasem, J. (2018). Die Parallelität der Vergütungssysteme für den ambulanten Bereich. In: G+G Wissenschaft, 18, 2018, Heft 4, 16-22.

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