

Auswertung einer Umfrage zur Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die Geschäftsführer der in der Suchtrehabilitation tätigen Fachverbände

- + Bundesverband für stationäre Suchttrankenhilfe (buss)
- + Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu). Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
- + Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
- + Fachverband Sucht e.V.
- + Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS). Fachverband der Diakonie

haben bei ihren regelmäßigen Treffen die Entwicklung in der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker in den Blick genommen. Dabei war von besonderem Interesse, welche Bedeutung die ambulante Rehabilitation für die Einrichtungsträger hat und welche Veränderungen sich innerhalb der letzten drei Jahre ergeben haben. Um hier mehr zu erfahren, wurde verabredet, eine Umfrage durchzuführen. Sie wurde auch vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband, Referat Gefährdetenhilfe den Mitgliedern zur Teilnahme empfohlen.

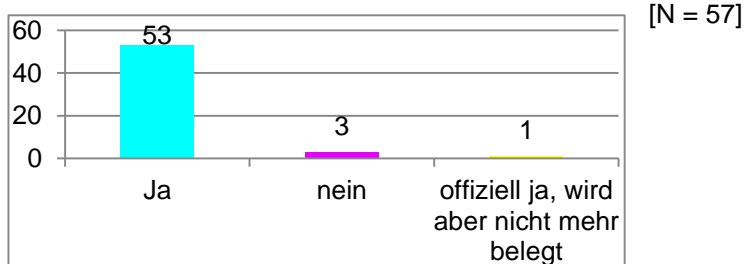
Frage 1.

1.1. Teilnahme

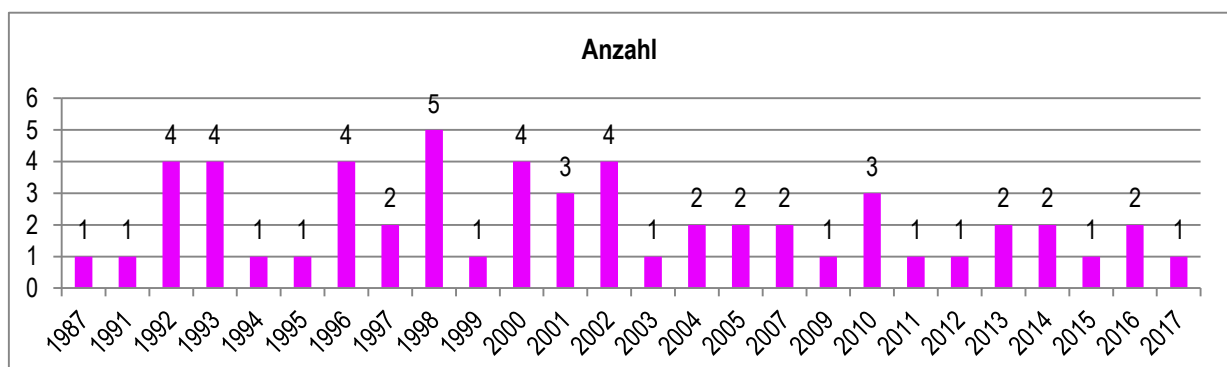
Bis zum Stichtag haben 58 Einrichtungen die Umfrage beantwortet
(14,5 % von ca. 400 anerkannten Einrichtungen)

Frage 2. Unser Angebot

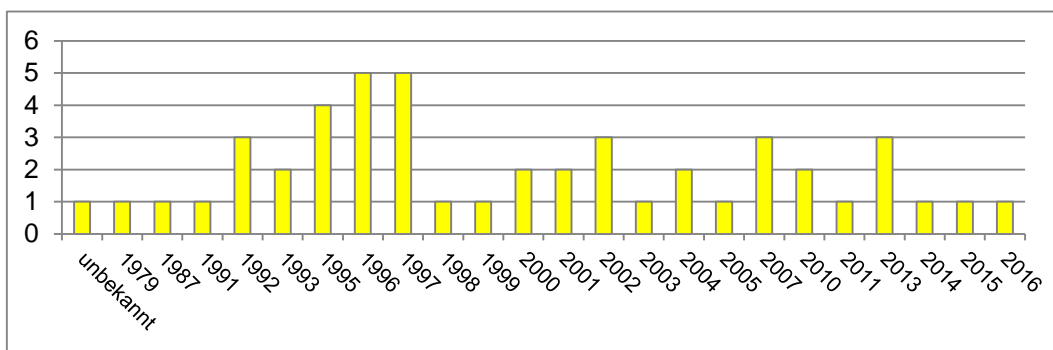
2.1. Ambulante Nachsorge nach dem Nachsorgekonzept der Deutschen Rentenversicherung



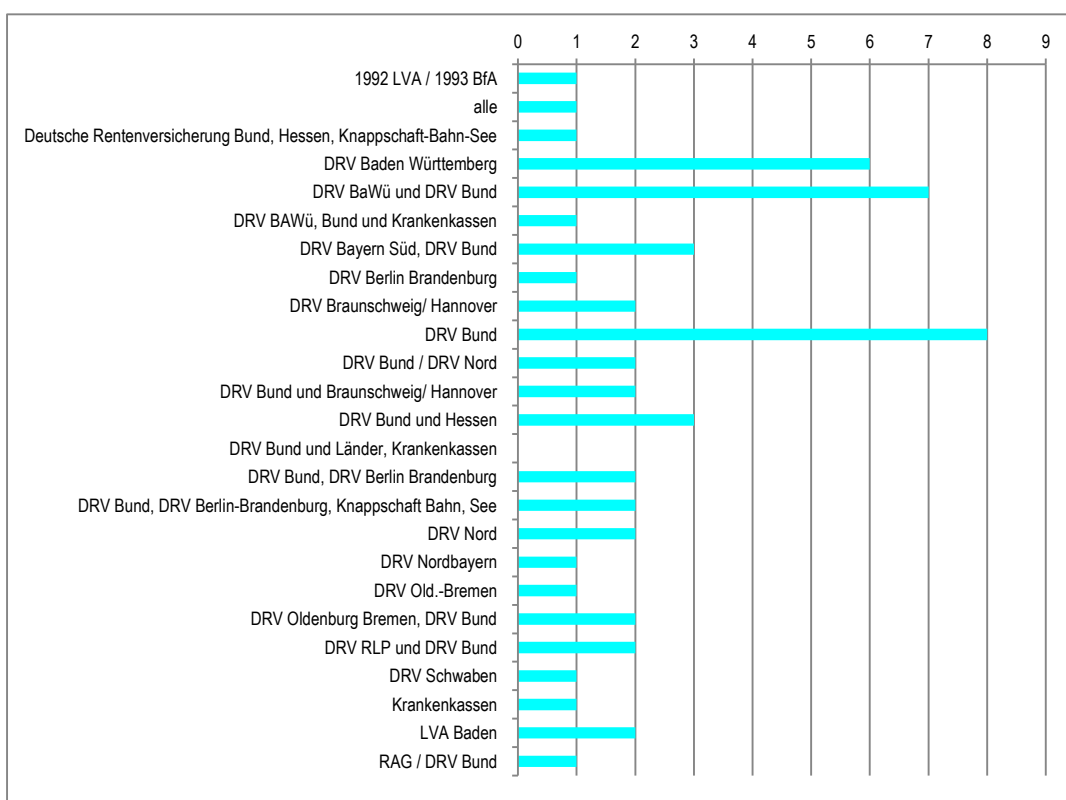
2.2. Anerkennung Ambulante Rehabilitation Suchtkranker seit ...: [N=57]



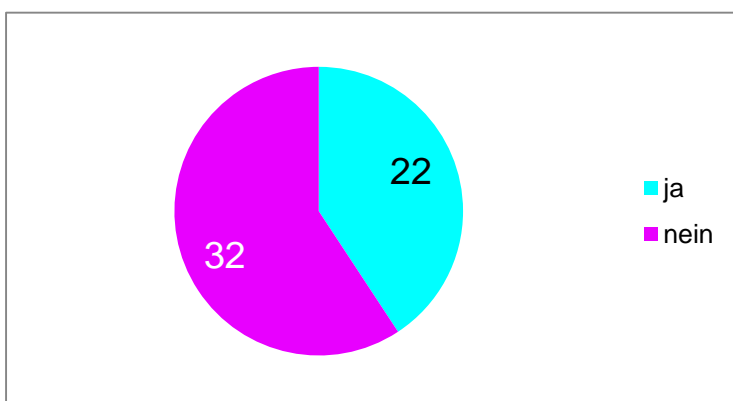
2.3. Angebot Ambulante Rehabilitation Suchtkranker seit ...? [N = 55]



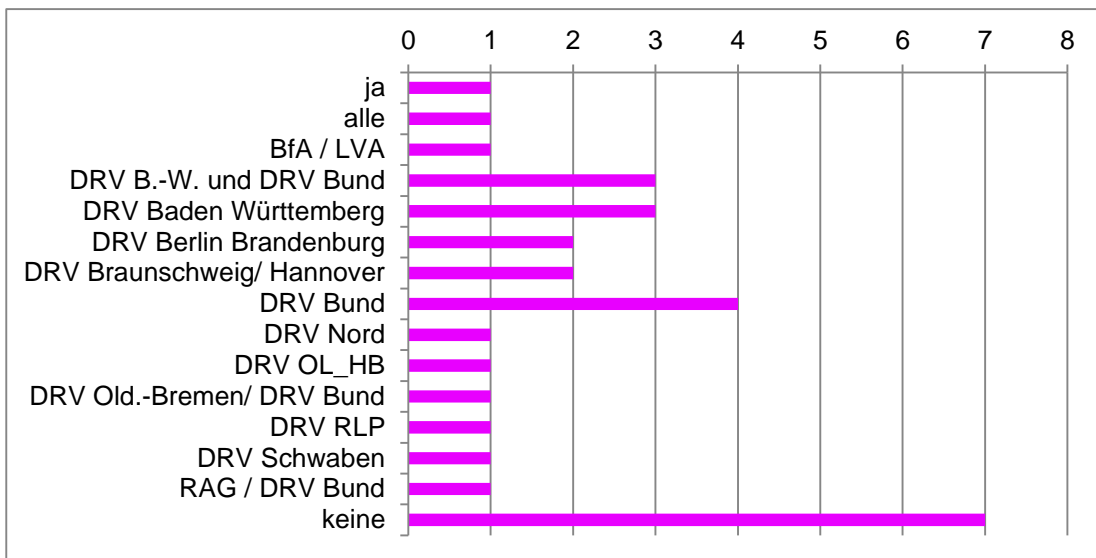
2.4. Anerkennung durch welchen Rentenversicherungsträger? [N = 57]



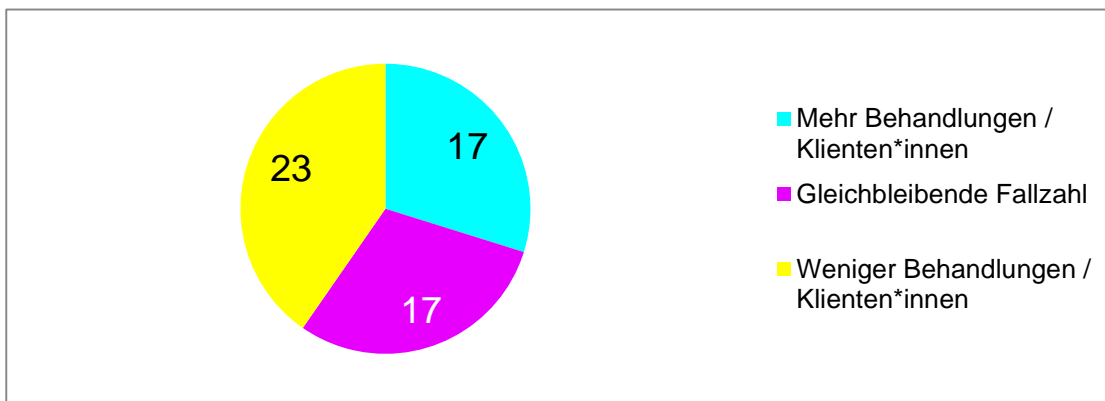
2.5: Haben Sie einen Versorgungsvertrag mit einem Rentenversicherungsträger [N=54]



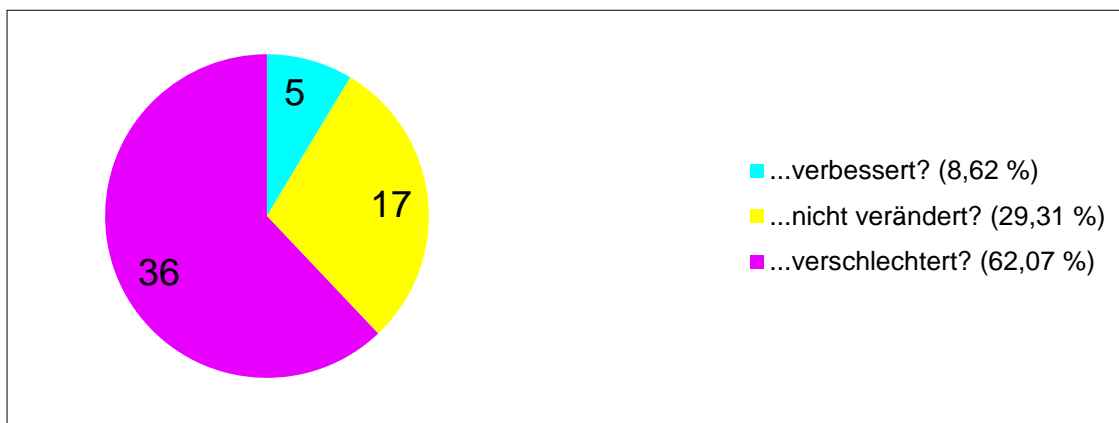
2.6.: Wenn ja: Mit welchem Rentenversicherungsträger haben Sie einen Versorgungsvertrag?
[N = 30]



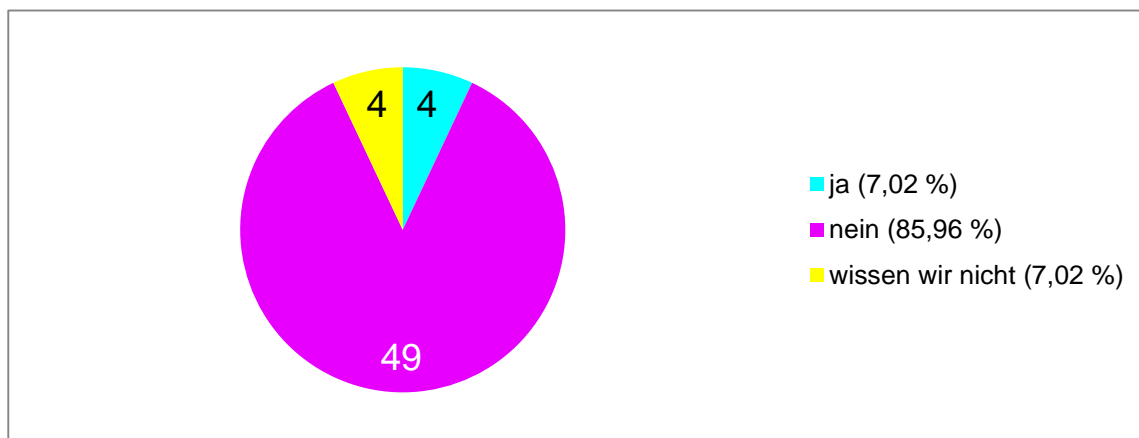
Frage 3: Wie hat sich die Ambulante Rehabilitation Suchtkranker in ihrer Einrichtung in den letzten 5 Jahren verändert? [N=57]



Frage 4: Hat sich die wirtschaftliche Situation der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker in diesem Zeitraum...[N=58]



Frage 5: Planen Sie in absehbarer Zeit den Ausstieg aus der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker? [N=57]



Frage 6: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger? [N = 58]

	Keine Bewertung		sehr schlecht		ausreichend		sehr gut		Gesamt Punkte	Nennungen	Wert
	0	1	2	3	4	5	6	7			
DRV Bund	8,62%	1,72%	8,62%	10,34%	27,59%	20,69%	15,52%	6,90%	235	53	4,43
DRV Baden-Württemberg	48,72%	0,00%	0,00%	0,00%	2,56%	10,26%	25,64%	12,82%	119	20	5,95
DRV Bayern Süd	80,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,78%	8,33%	8,33%	44	7	6,29
DRV Berlin-Brandenburg	61,90%	0,00%	7,14%	7,14%	9,52%	4,76%	7,14%	2,38%	66	16	4,13
DRV Braunschweig-Hannover	83,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,78%	13,89%	0,00%	35	6	5,83
DRV Hessen	80,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,78%	5,56%	11,11%	45	7	6,43
DRV Mitteldeutschland	90,63%	0,00%	0,00%	3,13%	3,13%	0,00%	3,13%	0,00%	13	3	4,33
DRV Nord	80,56%	2,78%	0,00%	0,00%	0,00%	2,78%	8,33%	5,56%	38	7	5,43
DRV Nordbayern	91,43%	0,00%	5,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,86%	11	3	3,67
DRV Oldenburg Bremen	85,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,71%	5,71%	2,86%	29	5	5,80
DRV Rheinland	88,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,71%	5,71%	0,00%	22	4	5,50
DRV Rheinland-Pfalz	82,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,94%	11,76%	2,94%	36	6	6,00

DRV Saarland	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0	0	0,00
	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
DRV Schwaben	97,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,94%	7	1	7,00
	33	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7,00
DRV Westfalen	94,12%	0,00%	0,00%	0,00%	2,94%	2,94%	0,00%	0,00%	0	9	2	4,50
	32	0	0	0	1	1	0	0	0	9	2	4,50
Knappschaft-Bahn-See	30,23%	0,00%	2,33%	0,00%	9,30%	18,60%	32,56%	6,98%	3	163	30	5,43
	13	0	1	0	4	8	14	3	163	30	5,43	5,43

Damit ergibt sich folgende Wertung für die einzelnen Rentenversicherungsträger
(Maximum = 7 Punkte = Minimum 1 Punkt)

	Gesamt Punkte	Nennungen	Wert	Bemerkung
–				
DRV Schwaben	7	1	7,00	Nur 1 Bewertung
DRV Hessen	45	7	6,43	
DRV Bayern Süd	44	7	6,29	
DRV Rheinland-Pfalz	36	6	6,00	
DRV Baden-Württemberg	119	20	5,95	
DRV Braunschweig-Hannover	35	6	5,83	
DRV Oldenburg Bremen	29	5	5,80	
DRV Rheinland	22	4	5,50	
Knappschaft-Bahn-See	163	30	5,43	
DRV Nord	38	7	5,43	
DRV Westfalen	9	2	4,50	
DRV Bund	235	53	4,43	
DRV Mitteldeutschland	13	3	4,33	
DRV Berlin-Brandenburg	66	16	4,13	
DRV Nordbayern	11	3	3,67	
DRV Saarland	0	0	0,00	keine Bewertung

Frage 7: Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? Was sollte verbessert werden?
Was ist gut?

- + 1. Die **Vergütungssätze** sind nicht annähernd ausreichend um die Versorgung kostendeckend zu ermöglichen.
- 2. Ärzte sollten weniger eingebunden werden müssen. Fachärzte haben in der Regel kein Interesse daran mit Suchtkranken zu arbeiten und sie verfügen über wenig Fachwissen über Sucht.
- 3. Suchttherapeuten mit VDR Anerkennung sollten für die Behandlung genügen.
- 4. Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung sind nicht mehr zu bekommen und für die Behandlung aus unserer Erfahrung selten eine Bereicherung, da sie wenig von Suchttherapie verstehen.
- 5. Sozialberichte sollten abgeschafft und Sucht als abrechenbare Krankenkassenleistung ermöglichen werden, auch für VDR anerkannte Sozialarbeiter
- + **Antragstellung:** Bearbeitungszeit oft zu lang. Statt beantragter ambulanter Reha wird stationäre Reha bewilligt. Widerspruchsverfahren sehr lang. Klienten steigen teilweise aus. Diverse Klienten,

die auf Grund illegaler Drogen eine stationäre Rehabilitation durchführten, benötigen danach eine ambulante Reha. Leider wird nur Nachsorge bewilligt. Dies ist oft nicht ausreichend.

- + **Chaos** bei DRV Berlin-Brandenburg (vor allem Standort Berlin): lange Antragsprüfungen, Ansprechbarkeit kaum vorhanden, widersprüchliche und inhaltlich falsche KÜs etc.
- + Das Verhältnis von **Vergütung** zur Entwicklung der Lohnkosten verschlechtert sich von Jahr zu Jahr.
- + Der pauschale **Kostensatz** für ambulante Rehaleistungen ist absolut unangemessen und skandalös. DRV Anforderungen der Strukturqualität können damit nicht finanziert werden (z.B. insbesondere Arztstunden). Die strukturelle Ungleichbehandlung von stationären und ambulanten Rehaleistungen verhindert einen adäquaten notwendigen quantitativen und qualitativen Ausbau der ambulanten Reha, die ihre Wirksamkeit längst nachgewiesen hat. Einrichtungsbezogene individuelle Kostenvereinbarungen zwischen DRV und Leistungsanbieter müssen im ambulanten Rehabereich ebenso möglich sein wie sie im stationären Bereich üblich sind. Die ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Behandlung muss stärker gefördert und genutzt werden, um längerfristigen Rehaerfolge, insbesondere bei Drogenabhängigen zu erzielen. Reine Nachsorgegruppen reichen dafür oft nicht aus. Die ausschließliche Zulassung von VT und tiefenpsychologisch fundierten anerkannten Suchtausbildungen (damit orientiert an den sogenannten Richtlinienverfahren) entspricht nicht dem wissenschaftlich internationalen Stand, die die Wirksamkeit von insbesondere systemischen Therapiekonzepten belegt.
- + Die **Anforderungen** an eine ambulante Rehaeinrichtung sollten der Realität der Suchtberatungsstellen angepasst werden. Es ist utopisch von einer PSB zu erwarten, dass sie mind. 3h/Woche einen Arzt bezahlen und eine 50%-Stelle für eine/n PsychologIn schaffen kann.
- + Die **Bearbeitungszeiten** der Anträge auf ambulante Rehabilitation liegen derzeit bei bis zu 12 Wochen, dies sollten unbedingt verkürzt werden.
- + Die Dauer der **Antragsbearbeitung** übersteigt oft das zumutbare Maß! Die beantragte ambulante Maßnahme wird scheinbar willkürlich (ohne Nennung von Gründen) von der DRV in eine stationäre Maßnahme umgewandelt. Die Kostensätze der Nachsorge sind zu gering.
- + Die Einführung der **amb. Weiterbehandlung** haben wir als positiv und zweckdienlich erlebt, diesbezüglich sollte nur noch die DRV-Bund flexibler werden. Die Anforderungen an Behandlungsstellen im Rahmen der aktuellen Reha-Konzept-Vorgaben werden unsererseits als überregulierend und zum Teil wenig praxisingerecht wahrgenommen.
- + Die **Rahmenkonzeption** sollte überarbeitet werden. Die 3 ärztlichen "Pflichtstunden" pro Woche sollten abgeschafft werden, da sie im ambulanten Bereich in dem Umfang nicht nötig sind. Es reicht, die notwendige Zeit aufzuwenden, das ist in einer Woche vielleicht 5 Stunden, in einer anderen Woche nur eine halbe Stunde! Diplom-Pädagogen sollten wieder die Behandlung im Rahmen der ARS erlaubt werden (bei absolvierter Zusatzausbildung). Es gibt keine fachliche Begründung für die gegenwärtige Regelung!
- + Die **Sockelfinanzierung** durch die Kommune ist in Gefahr (Raumnutzung, Nebenkosten). Ohne diese können wir die Suchreha mit den bestehenden Entgelten nicht finanzieren.
- + Die **telefonische Erreichbarkeit** der DRV ist nicht optimal. Die Bearbeitungszeit der Anträge auf Ambulante Reha ist erfreulich kurz (LVA Baden). Ebenfalls erfreulich ist, dass doch eine sehr große Anzahl an Anträgen positiv entschieden wird.
- + Die **Vermittlung** der Patienten von den Entzugsstationen ist bei manchen Krankenhäusern stark rückläufig, weil die Betroffenen oft in die PIA (psychiatrische Institutsambulanzen) übergeleitet werden. Dadurch häufiger Rückfälle, da dort keine angemessene Behandlung stattfindet, außerdem nur sehr kurze Behandlungsdauer. Wegen des Rückgangs der Zahl der Rehabilitationen gab es in diesem Jahr auch schon ein Rundschreiben der Dt. Rentenversicherung Bund.
- + Die Vorgaben bezüglich der **Personalausstattung** (Arzt, approbierter Psychotherapeut) haben zusätzliche Honorar-Kosten verursacht, da diese Qualifikationen nicht zum Stammpersonal der

- Suchtberatungsstelle gehören, stark rückläufige Fallzahlen, da aufgrund der sozialen und wirtschaftlichen Situation in FF immer weniger geeignete Patienten in der Suchtberatung ankamen
- + **DRV Bund:** bessere telefonische Erreichbarkeit, Verkürzung der Bearbeitungszeiten, Zuordnung von Sachbearbeitern für Nachfragen. - Hilfreich wäre, mehr als 2 Einheiten/Tag abrechnen zu können.
 - + Eine eigenständige **Ausfinanzierung** der ARS und der ARPG ist aufgrund der geringen Verfügbarkeit von Psychiatern mit Suchtnachweisen als Fachärzte iVm deren Forderungen bei Stundensätzen von 75-100€ wirtschaftlich nicht möglich. Hier sollten auch Allgemeinärzte mit Weiterbildung grundsätzlich zugelassen werden, die ggfs konsiliarisch auf Fachärzte zurückgreifen. Die Stundensätze von ARS und ARPG entsprechen in keinsten Weise mehr den Marktanforderungen, da schon der Installateur und der Elektriker, die die Toilettenanlage und das Licht des Gruppenraumes reparieren müssen, mit Stundenlöhnen oberhalb von 60€ finanziert werden müssen. Hier sollt
 - + Einführung der amb Nachsorge hat zu deutlichem **Rückgang** der Fallzahlen und Verschlechterung der wirtschaftl. Situation geführt
 - + Eingeschränkte **Erreichbarkeit**. Stärkere Berücksichtigung Wunsch- und Wahlrecht des Patienten. Unterstützung bezüglich beruflicher Teilhabe sollte intensiviert werden. Hohe Quote von Bewilligungen. Schnelle Antragsbearbeitung bei DRV BS-H.
 - + **Einstellung** der ambulanten Rehabilitation im August 2016. Die hohen personellen Anforderungen (Qualifikationen, Berufserfahrung) an die Durchführung der ambulanten Rehabilitation konnten aufgrund fehlender Fachkräfte in der Region nicht mehr bzw. nur mit einem hohem finanziellem Aufwand (externe Fachkräfte mit entsprechender Ausbildung) gewährleistet werden, wodurch die Wirtschaftlichkeit dieses Angebots nicht mehr möglich war. Hinzu kam die geringe Nachfrage, die auch durch Informationen und Akquise bei den Hausärzten nicht in dem notwendigen Tempo und Umfang geleistet werden konnte.
 - + **Erhöhung der Kostensätze** auf min. 65,- EUR pro Therapieeinheit, (pauschale) Vergütung der Vorbereitungszeit/Antragsverfahren weniger Präsenzzeit für den leitenden Arzt,
 - + Ggf. wäre ein größeres **Vertrauen** gegenüber der vermittelnden Stelle von ambulanten Leistungen wünschenswert. Unsere Mitarbeiter_innen prüfen sehr genau, ob jemand für eine ambulante Rehabilitation geeignet scheint oder nicht. In diesem Zusammenhang setzen wir mindestens 6-wöchige Cleanzeit voraus, bevor wir den Antrag stellen. Kürzere Bewilligungszeiten (Bearbeitungszeit der Anträge) macht hinsichtlich der Motivationslage ebenfalls Sinn. Insbesondere, da wir erst nach der o.g. Cleanzeit einen Antrag stellen.
 - + In der **Nachsorge** ist keine Gruppenarbeit möglich, da selten genügend Klient(inn)en vorhanden sind. Deshalb nicht kostendeckend.
 - + In unserer Einrichtung können Klient(inn)en mit Suchterkrankung trotz fehlender Anerkennung Therapie machen. Dies ist über die Beratungsstellen-Bezirks-Finanzierung möglich. Wir würden uns mehr Flexibilisierung vor allem für kleine Beratungsstellen/Träger mit geringem Budget wünschen, da die Nachfrage nach amb. Therapie immens hoch ist.
 - + **Kommunikation und Bearbeitungsgeschwindigkeit** bei der DRV-Bund sind verbesserungswürdig
 - + **Kostensatz** deutlich zu niedrig; Verfahren zu bürokratisch;
 - + Positiv verläuft die direkte **Kommunikation** mit den Kostenträgern. Verbesserungen bedürfen der Umgang mit Krankheitstagen der Patienten und deren Bezahlung über den Kostenträger
 - + schnellere Bearbeitung der **Anträge** - Transparenz bei eventuellen Ablehnungen - Information an die stationären und tagesklinischen Einrichtungen über die Möglichkeit der ambulanten Therapie im Anschluss an stationäre bzw. ambulante Therapie
 - + Schön wären kürzere **Bearbeitungszeiten** (bei Erstanträgen, Verlängerungen, Widersprüchen); von medizinisch-therapeutischer Seite wäre die Möglichkeit der fachlichen telefonischen

Rücksprache arbeitserleichternd (besonders bei Ablehnungen - häufig ohne konkrete Begründung).

- + **Stundensatz** sollte erhöht werden, Leistungen außerhalb der TEs sollten abrechenbar sein, Nachsorgekonzept greift nur bedingt und wird zu schlecht bezahlt
- + Ungenügender **Stundensatz**, Bezahlung der oft aufwendigen Motivationsphase wünschenswert.
- + **Verbesserungen** DRV Bund: bessere telefonische Erreichbarkeit, kürzere Bearbeitungszeiten, fehlende Zuordnung Sachbearbeiter. - Hilfreich wäre, mehr als zwei Einheiten/Tag abrechnen zu können.
- + zur Frage 4 - aufgrund der bundeseinheitlichen Ausgestaltung des Kostensatzes für die Nachsorge (von ca. 50 € auf 35,50 €) hat sich die **wirtschaftliche Situation** für uns als Träger verschlechtert - zumal mehr als 40 % der Klientel in die Nachsorge kommt.

Auswertung am 27.11.2017

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

gez. Jost Leune