

Umfrage der Fachverbände Sucht Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Auswertung ARS Caritas Suchthilfe e.V. CaSu

Juni 2018

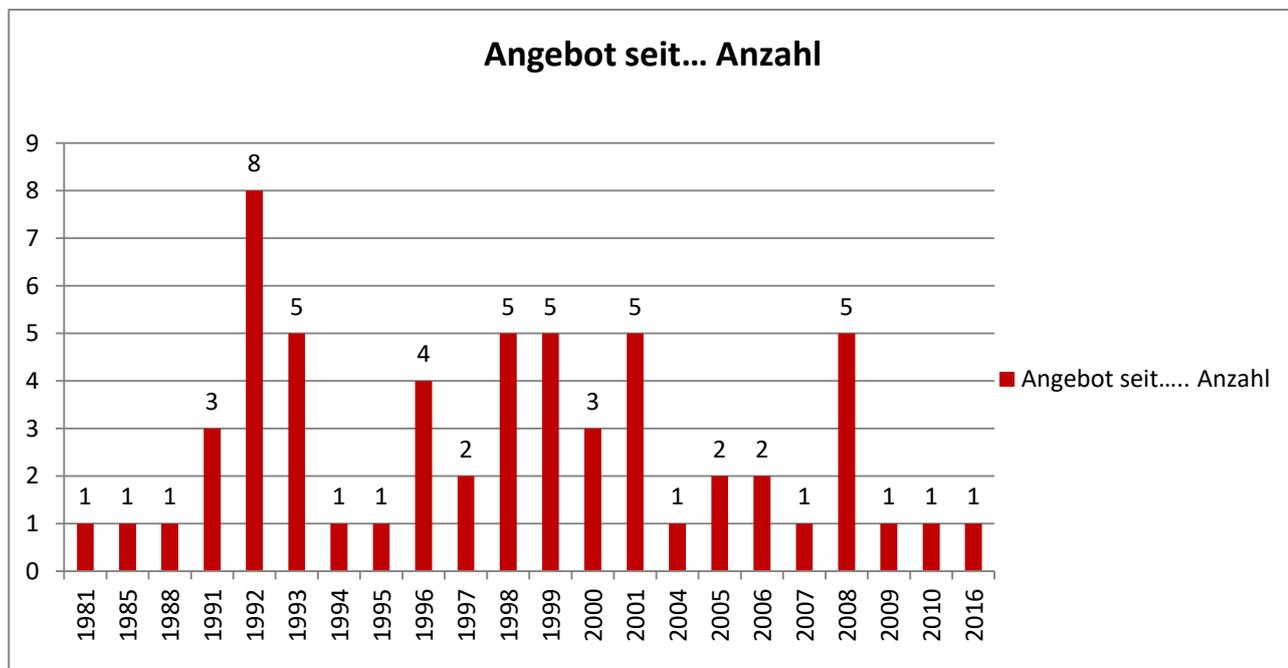
An der Umfrage zur ARS haben sich 61 ambulante Einrichtungen in der CaSu beteiligt. Ziel der Umfrage war, Informationen zum aktuellen Stand ambulanter Angebote sowie Erkenntnisse zu den weiteren Perspektiven der ARS zu gewinnen.

Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Die Ergebnisse wurden pauschal zusammengefasst. Die Antwortender offenen Frage 6 zu Mitteilungen / Anregungen und Wünschen zur ARS haben wir weitgehend im Original übernommen. Wegen der besseren Lesbarkeit, wurden einige wenige Texte geringfügig redaktionell überarbeitet. Der Übersichtlichkeit wegen haben wir die Antworten dieser Frage themenorientiert zusammengefasst.

Frage 2. Unser Angebot

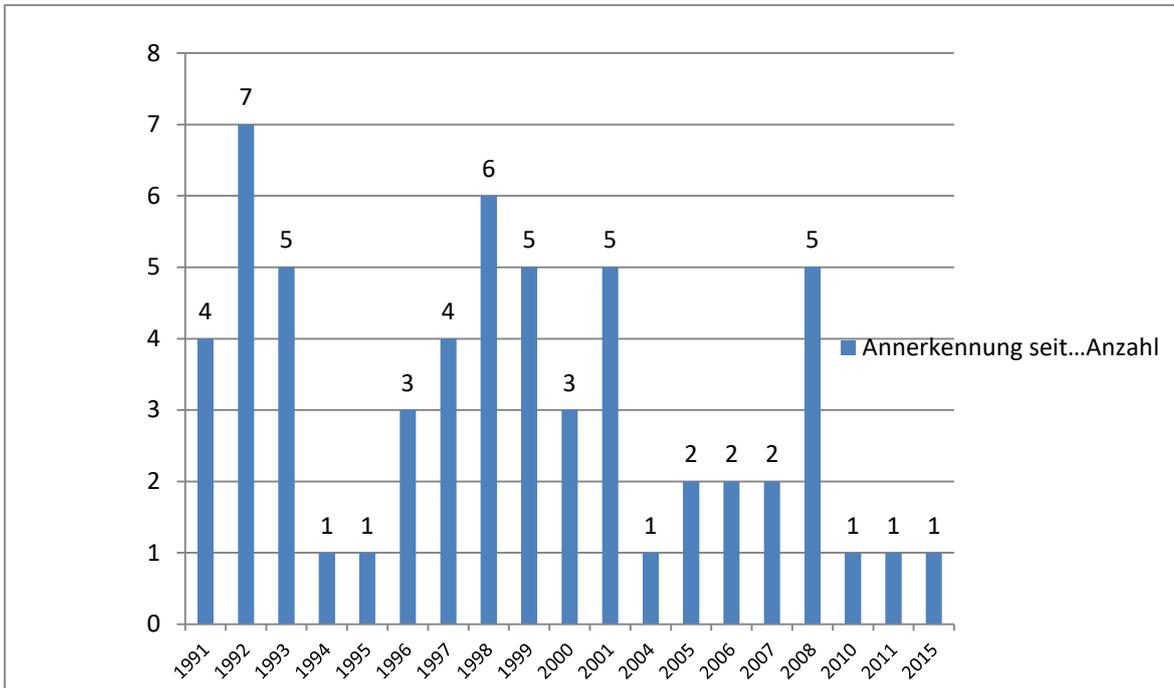
2.1 Ambulante Rehabilitation Suchtkranker seit....

NN 59



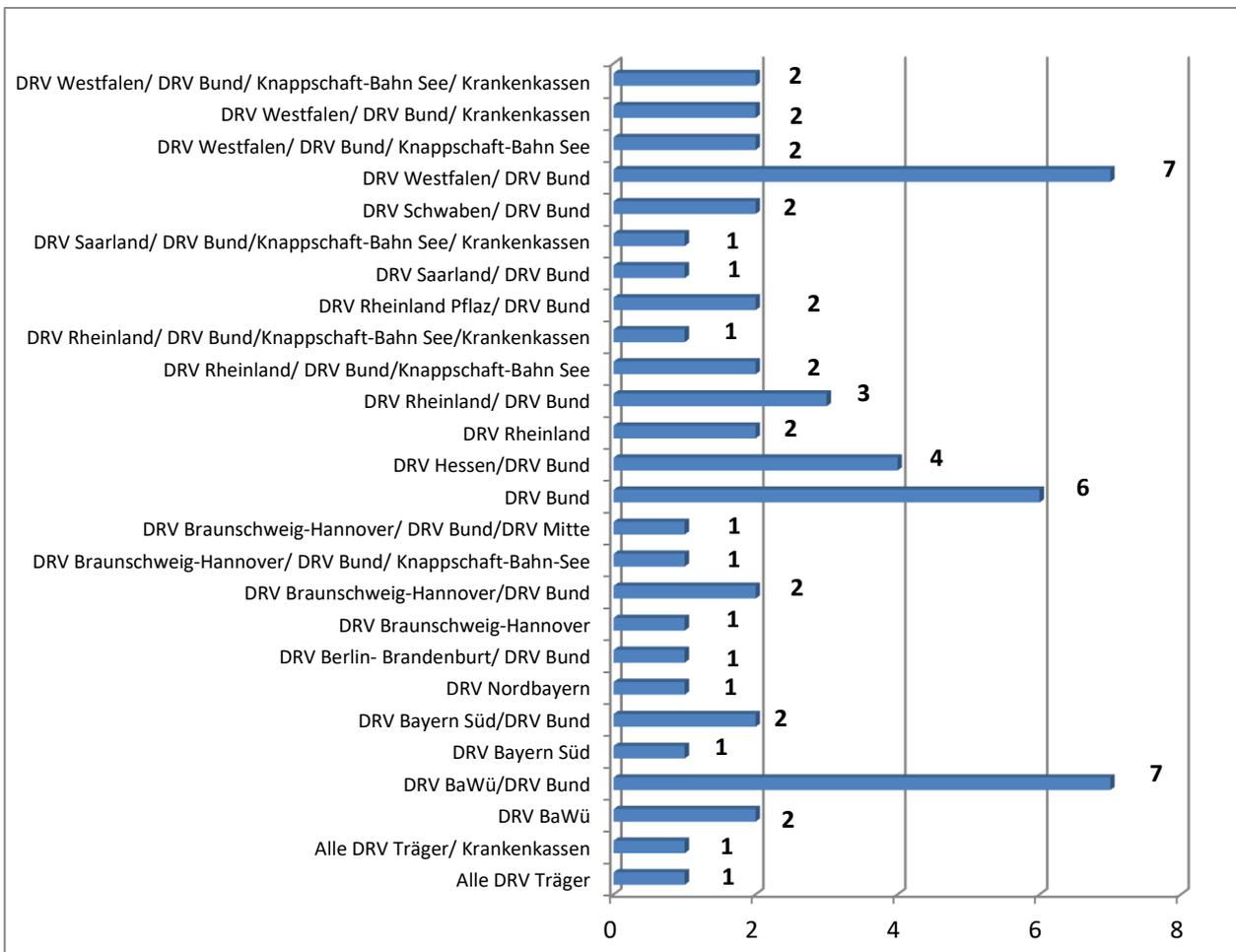
2.2 Anerkennung Ambulante Rehabilitation Suchtkranker seit....

NN 59



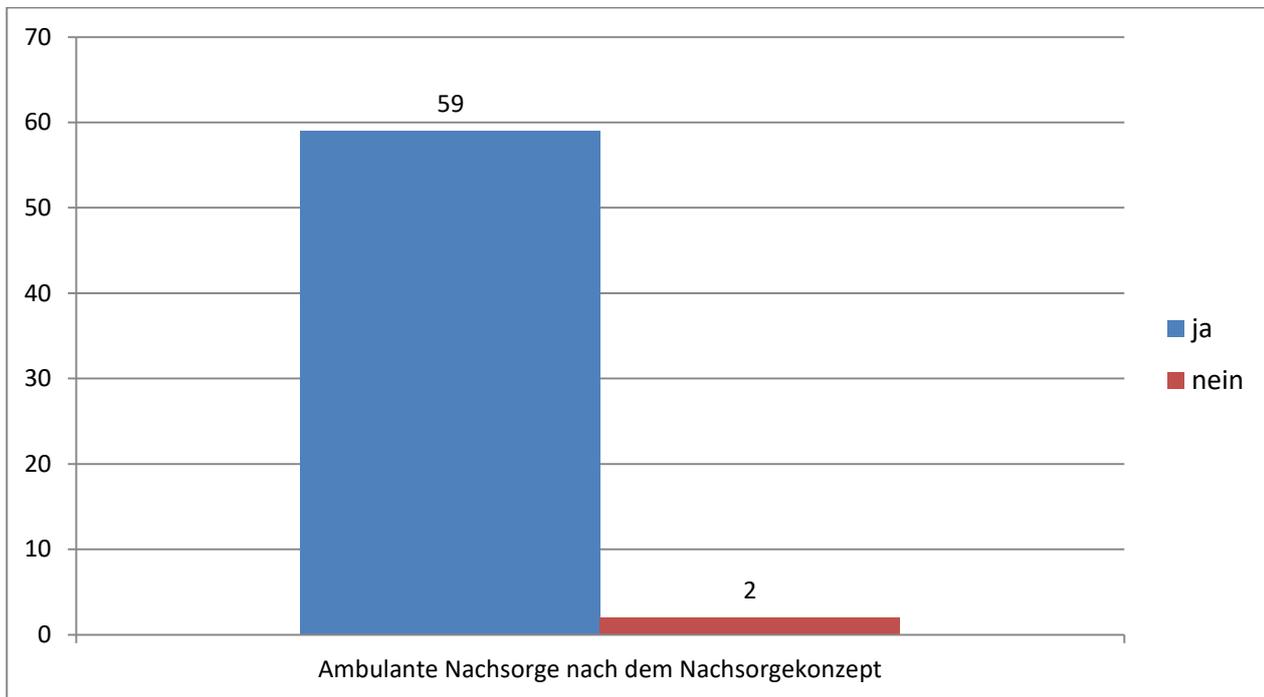
2.3 Durch welchen Rentenversicherungsträger ?

NN 58



2.4 Ambulante Nachsorge nach dem Nachsorgekonzept der DRV

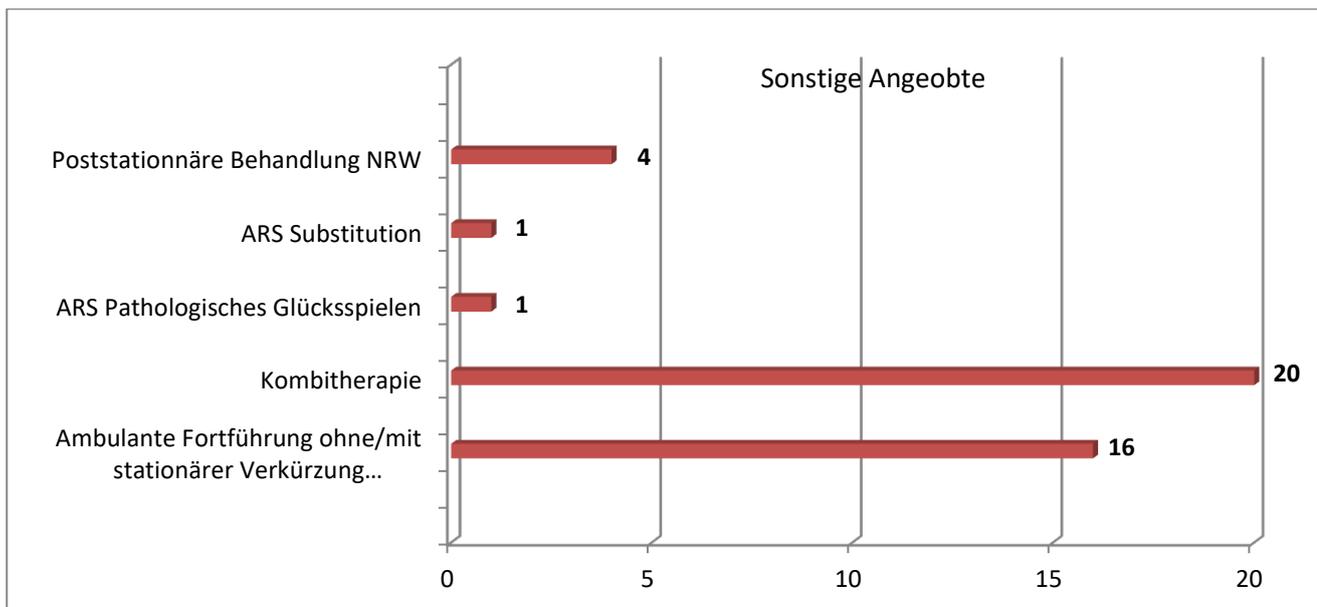
NN 61



2.5 Sonstige Angebote

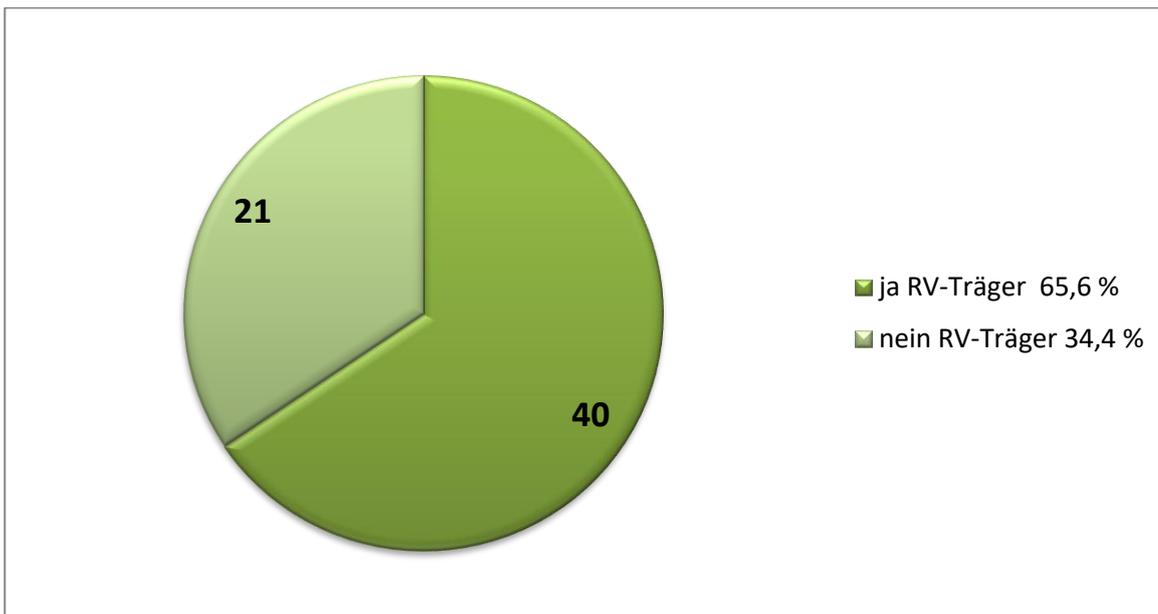
(z.B. poststationäre Behandlung NRW, ambulante Fortführung ohne stat. Verkürzung)

NN 42



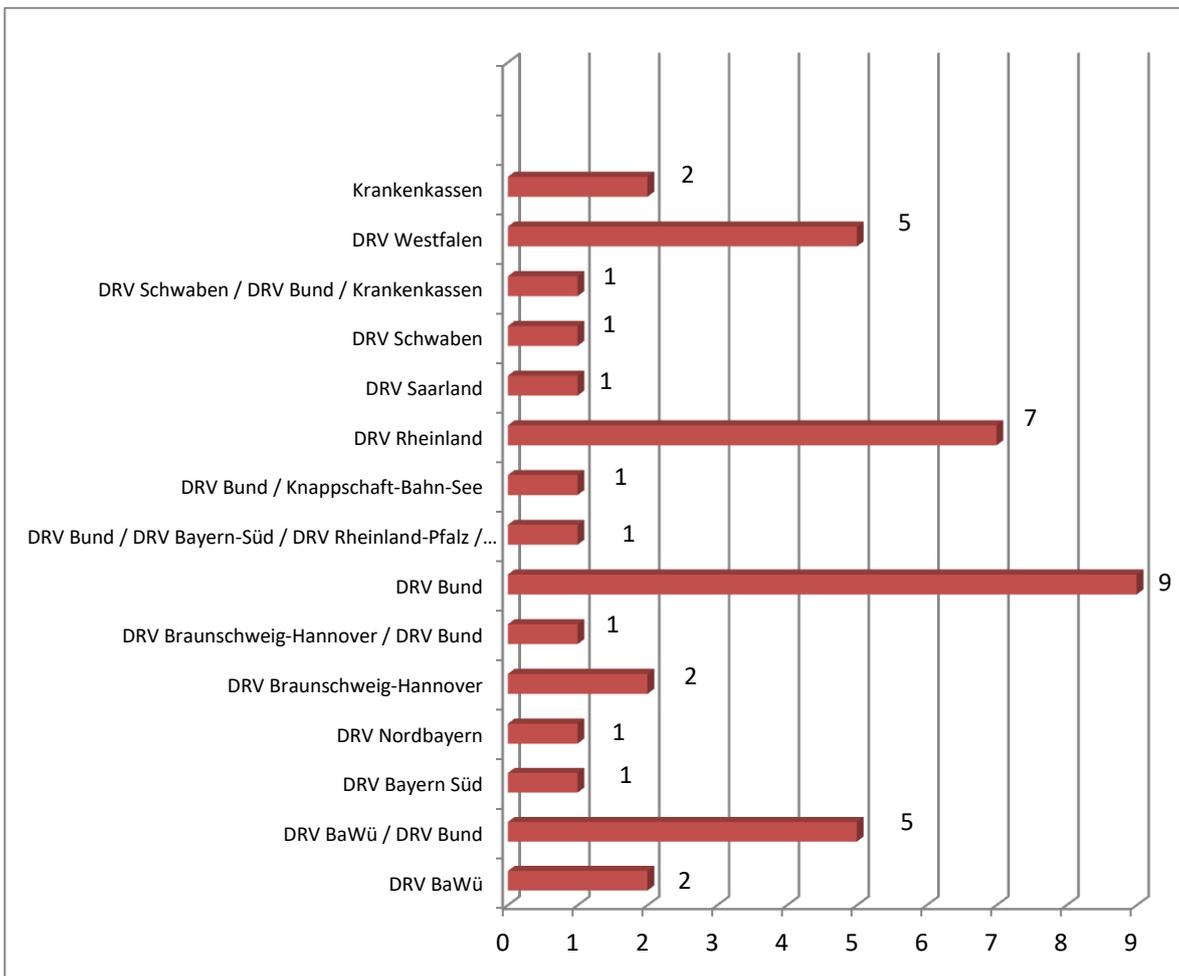
2.6 Haben Sie eine Vereinbarung mit einem Rentenversicherungsträger?

NN 61



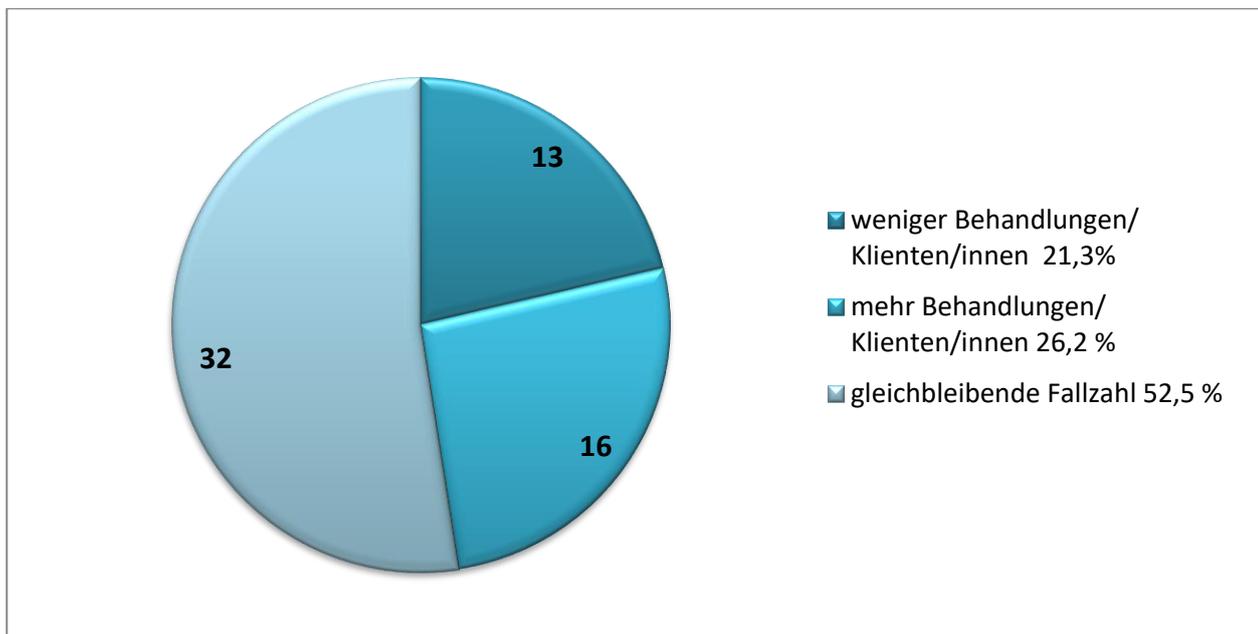
2.7 Mit welchem Rentenversicherungsträger haben Sie eine Vereinbarung?

NN 40



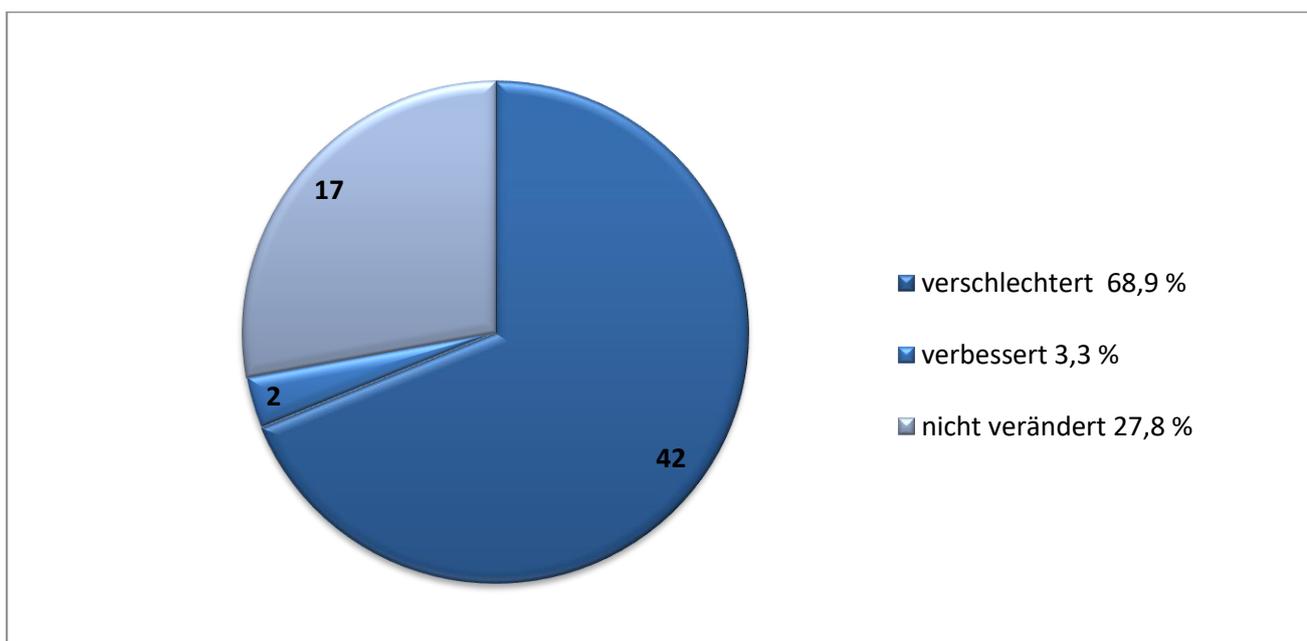
Frage 3. Wie hat sich die Ambulante Rehabilitation Suchtkranker in Ihrer Einrichtung in den letzten 5 Jahren verändert?

NN 61



Frage 4. Die Wirtschaftliche Situation der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker in diesem Zeitraum hat sich....

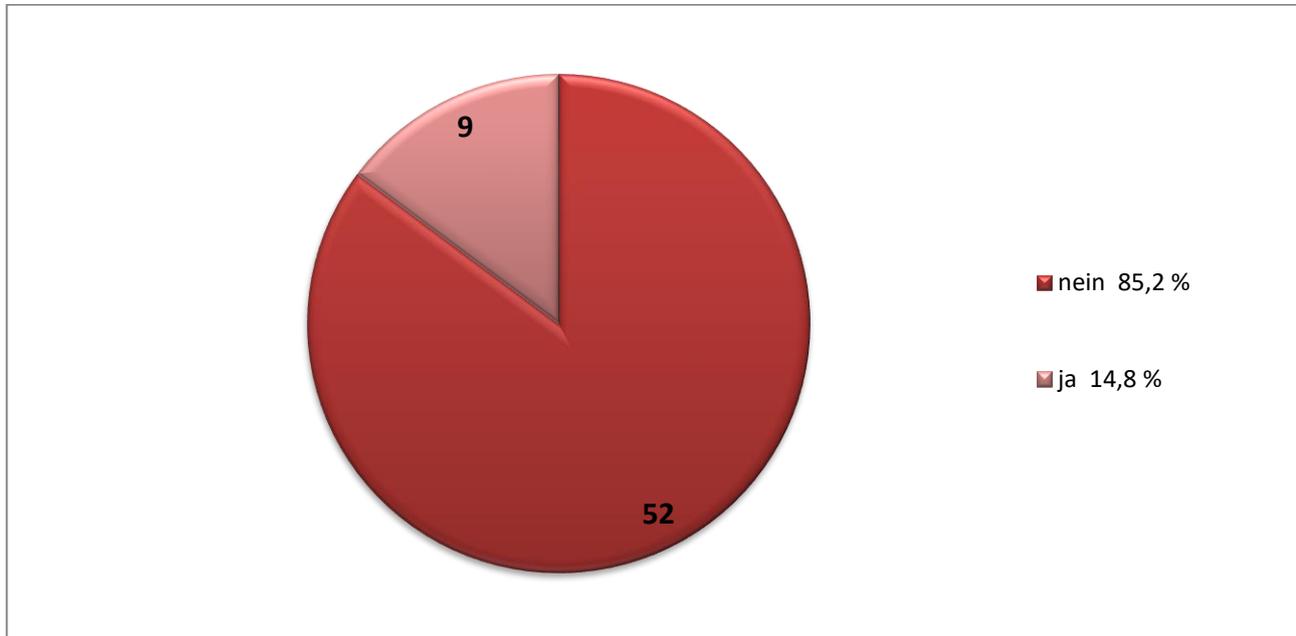
61 Rückmeldungen



**Frage 5.
kranker?**

Planen Sie in absehbarer Zeit den Ausstieg aus der Ambulanten Rehabilitation Sucht-

NN 61



Frage 6. Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? Was sollte verbessert werden? Was ist gut?

Ausstieg / Perspektive ARS
Ausstieg aus Trägersicht, wenn keine Anpassung der Kosten an die geforderten Leistung vom Kostenträger (Rentenversicherung) erfolgen
Wir haben aus Kostengründen die Reha von 3 auf 1 Gruppe reduziert, fast wäre ganz geschlossen worden, deshalb haben wir weniger Behandlungen. Der Bedarf ist groß, da auch zwei Stellen im Umkreis geschlossen haben. Die Menschen nehmen teilweise eine weite Anfahrt auf sich. Der Kostensatz ist überhaupt nicht kostendeckend und müsste deutlich erhöht werden. Deshalb ist die Überlegung zu schließen, immer wieder im Raum. Dabei ist das Angebot so wichtig. Ich arbeite seit 1996 in der ambulanten Rehabilitation, ich habe sehr viele positive Verläufe erlebt, auch viele Menschen, die wieder stabil arbeitsfähig geworden sind. Das Schließen von noch mehr Einrichtungen würde letztlich die Kosten der Rentenversicherung für stationäre Behandlungen und Frühberentungen in die Höhe treiben.
Wir haben erst seit 2 Wochen das ok vom Verband, dass die ARS weitergeht, bis dahin war der Ausstieg aufgrund nicht ausreichender Re-Finanzierung geplant. Erst durch von uns aus initiierte Gespräche mit der WAG und einer neuen Konzeptionierung unter dem Thema BORA konnte der Verband die Einwilligung zur Fortführung geben.
Durch die Möglichkeit der Kombi-Behandlung konnten wir in den letzten Monaten eine Steigerung der Klientenzahlen erreichen!
Der Ausstieg ist bereits erfolgt aufgrund sinkender Klientenzahlen, zu geringer Vergütung durch die Kostenträger und zu hoher Personalkosten (Psychologe, Facharzt). Wir behandeln noch nach den Richtlinien des Bundeslandes.
Aktuell wird die Schließung vorbereitet. Grund sind die personellen Anforderungen (Approbierte Dip-IPsych. oder mit abgeschlossener Suchttherapieausbildung, sind nicht zu finden) sowie die schlechten finanziellen Rahmenbedingungen.

ambulante Reha unbedingt beibehalten da für viele Menschen das ideale Konzept und Angebot
Wir planen derzeit nicht auszusteigen, jedoch droht für mehrere Einrichtungen aus o.g. Gründen eine Aussetzung der Belegung und der Anerkennung.
Zur Deckung unserer laufenden Kosten sind wir auf die Einnahmen aus der Amb. Reha angewiesen. Es gab zwar die Anpassung des Kostensatzes für die Therapieeinheiten, aktuell bei 53,85, diese decken jedoch nicht die tatsächlichen Kosten ab. Problematisch ist die Finanzierung einer entsprechenden Psychologenstelle.
Die Entscheidung über das Angebot der Ambulanten Rehabilitation ist davon abhängig, ob eine Refinanzierung zukünftig möglich ist.
Wir mussten einen Standort schließen, weil wir zu wenige Zuweisungen von der dortigen Beratungsstelle bekamen. Ansonsten immer ausreichende Inanspruchnahme der ARS. Wir haben Probleme Ärzte zu finden, die das Anspruchsprofil der DRV erfüllen.
Ambulante Reha sollte erhalten bleiben, im ländlichen Bereich muss sie aufgrund der schweren Verkehrsanbindung ausgebaut werden. Aufgrund der hohen Qualitätsstandards ist es oft schwierig in Übergangszeiten das geforderte Personal zu finden. Es besteht eine starke Diskrepanz zwischen den hohen Qualitätsanforderungen und der mangelhaften Finanzierung der ARS.
Finanzierung ARS
Angemessener "kostendeckender" Kostensatz, der alle für die ambulante Rehabilitation erforderlichen Leistungen abdeckt. Berechnung der Stundenanteile für die ärztliche Berufsgruppe orientiert am realen Bedarf.
Kostensätze in der ARS sind nicht kostendeckend, die in den "Nachsorge" sowieso nicht. Da alle unsere Mitarbeiter therap. Zusatzausbildungen haben, ist diese geringe Honorierung für uns besonders schmerzhaft.
Bessere Vergütung
Der Stellenwert ARS sollte speziell bei DRV Bund (oftmalige Umschreibung auf stationär) verbessert als auch die Vergütungssätze erhöht werden.
Der Vergütungssatz ist zu gering, NS wird nur noch mit 35,40 Euro vergütet, schwierig Stellen nach zu besetzen, da hohe Standards erfüllt werden müssen, hoher Verwaltungsaufwand / Berichtswesen ARS eine sehr wirksame Behandlung mit guten Erfolgen, ohne den Alltag aufzugeben
Finanzierung nicht kostendeckend Aufwendungen für Abschlussbericht sollte gesondert abrechnungsfähig sein Auch die Abrechnung der ärztlichen Leistungen müssten gesondert abrechnungsfähig sein. Bei Abbruch/disziplinarische Entlassung müssten pauschale Abrechnungen (mindestens x Sitzungen) möglich sein.
Bessere Honorarsätze
positiv: Die hohen Qualitätsstandards in der ARS (Arzt, Psychologin, RV-anerkannte Therapeutinnen) in einem multiprofessionellen Team. negativ: Die Erstattungssätze in der ARS sind nicht kostendeckend. Konsequenz: Gesamtverhandlungen mit den DRVs.
Kostendeckende Vergütung wäre vorrangig (Stundensatz, Kosten für Einrichtungsarzt)
Finanzierung der ambulanten medizinischen Rehabilitation, als auch Finanzierung der Nachsorge muss verbessert werden. Als positiv sind die motivierten Mitarbeiter*innen aller Fachrichtungen bzw. Disziplinen zu benennen, die die fachlich hoch qualifizierte Betreuung während der Behandlung übernehmen und insbesondere bei den arbeitstherapeutischen Interventionen sehr detailliert schauen.
Ambulante Reha sollte erhalten bleiben, dies vor allem auch bei uns im ländlichen Raum es bestehen hohe Standards und eine hohe Qualität schwierig manchmal das geforderte Personal zu finden, wenn Ausbildungsbereitschaft besteht sollten auch Übergangszeiten von den Kostenträgern toleriert werden, Diskrepanz hohe Qualitätsanforderungen

bei nicht kostendeckender Bezahlung, Ambulante Reha nur möglich in Einrichtungen mit gemischter Finanzierung
Anhebung der derzeit zu niedrigen Kostensätze
<p>- Unterschiedliche Vorgehensweisen von KVs und DRV's erschweren die Abwicklung der ARS;</p> <p>Erhöhung der qualitativen Anforderungen (z.B. bei den Entlass-Berichten) spiegelt sich nicht in Kostensätzen wieder;</p> <p>- Sozialberichte im Vorfeld der ARS sind (im Gegensatz zum ärztlichen Befundbericht) nicht refinanziert;</p> <p>- Stärkung der Poststationären Behandlung wichtig, da die Nachsorgebehandlung durch die Kostenträger fachlich geschwächt wurde (unsere Erfahrungen zeigen, dass die Bedeutung der Nachbehandlung nach einer stationären Reha unterschätzt wird);</p> <p>- Fazit: die ARS ist eine wichtige und qualitativ hochwertige Alternative zur stationären Reha. Die Finanzierung der ARS ist mangelhaft und bringt die anbietenden Träger und damit die Beratungsstellen und Teams in Bedrängnis.</p>
Kostensatz für eine Therapieeinheit muss dringend erhöht werden, damit das ambulante Behandlungsangebot erhalten bleibt.
angemessene Vergütung der Personal- und Sachkosten fehlt unter Berücksichtigung der verschiedenen Berufsgruppen, die an ARS beteiligt sind; ARS eine gute Methode, um "kostengünstig" zu behandeln - braucht mehr Lobby!
<p>problematisch sind die laufenden und nicht refinanzierten Investitionskosten für die Aktualisierung von EDV, Hard- und Software sowie QM;</p> <p>der nicht refinanzierter Zeit- und Kostenaufwand für Kooperationspflege und Weiterbildung, sowie finanzielle Anreize Suchttherapeut werden zu wollen;</p> <p>die nicht finanzierte aufwendige Reha-Vorbereitung und -Beantragung sowie Verschleppung von KÜ's und Deckelung von Leistungen;</p> <p>Lohn/Tarifsteigerungen werden nicht durch die Vergütungsanhebung ausgeglichen.</p>
Refinanzierung der fachärztlichen Leistung stellt ein erhebliches Problem dar - vor allem bei niedrigen Fallzahlen. Ebenso die Forderung der Trennungen (ambulante Reha vs. Nachsorge, Alkohol vs. Drogen) im Gruppensetting. Kleinere Einrichtungen sind gezwungen dadurch ihren Behandlungsfokus, auf das Einzelgesprächsetting zu legen obwohl die Trennung nicht in jedem Fall, fachlich erforderlich scheint.
<p>Angemessene Vergütung derzeit nicht vorhanden.</p> <p>Berücksichtigung von Tarifvereinbarungen</p> <p>Anerkennung von Arzt- und Psychologenkosten.</p>
<p>Kostensatzerhöhung, um die steigenden Kosten tragen zu können.</p> <p>Abrechenbarkeit von nicht wahrgenommenen Terminen.</p>
Der Kostensatz in der ambulanten Reha sowie in der Nachsorge ist viel zu niedrig. Patienten der Nachsorge haben häufig weiteren Therapiebedarf, wo das Nachsorgekonzept nicht greift. Gut läuft die Zusammenarbeit mit der DRV Braunschweig/Hannover und der Möglichkeit, Patienten nach stationärer Behandlung mit ambulanter Reha weiter zu behandeln.
ARS wird durch pauschalfinanziertes Personal (Bezirk Obb.) querfinanziert
Konzept ARS / Weiterentwicklung
Mehr Flexibilität z.B. hinsichtlich Betreuungsfrequenz, Gruppenzusammensetzung, Gruppengröße
<p>- Verkürztes Berichtswesen bei 1-3maliger Teilnahme</p> <p>- bei finanziellen und inhaltlichen Veränderungen der RV-Träger sollte es Übergangsfristen/-lösungen geben</p> <p>- Bewilligung der amb. Weiterbehandlung nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung als Regelbehandlung ohne Verkürzung der stationären Behandlungsphase</p> <p>- deutliche Erhöhung der Kostensätze</p> <p>- keine Abschaffung der ARS nachstationär, um weiterhin hohe Qualität anbieten zu können</p> <p>- Spieler-ARS sollte mit Alk.-ARS in einer Gruppe möglich sein</p> <p>- Kosten der Alkoholtester sowie der Urinkontrollen sollten von Seiten der RVen übernommen werden - es sollten einheitlich gemäß der RV Rheinland direkt die volle Einheitenanzahl bewilligt werden</p>

Mehr Flexibilität mit der Arzteinbindung: mehr den Erfordernissen anpassen/ Fallzahl statt Gruppen! Ausweitung der Behandlungsformen ist positiv!
Rahmenbedingungen für kleine Gruppenzahl kaum realisierbar Überprüfung der Rentabilität nach Umstellung der Nachstationären Therapie auf Nachsorge(DRV Rheinland) vorgesehen
Die Einhaltung der Vereinbarung mit der DRV wird zunehmen schwieriger, weil seit ca. 2 Jahren entsprechend weitergebildete Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzte immer rarer werden. Trennung von ARS und Nachsorge ist aus unserer Sicht nach wie vor nicht nötig Die Behandlung von Klein-Einrichtungen nach dem allgemeinen Schema ist unangemessen. Probleme also nicht bei der erbrachten Leistung an sich, sondern bei einigen Rahmenbedingungen.
Es ist schwierig einen qualifizierten Arzt mit dem Stundenumfang zu finden Qualifikation und Halten von Personal (vor allem Psychologen) ist schwierig
Die Anforderungen an Psychologen und Ärzten sind sehr hoch. Im ländlichen Raum ist es sehr schwierig, approbierte Psychologen zu bekommen. Viel Berichtswesen, die Anforderungen sind gestiegen - die Vergütung der ambulanten Reha ist nicht dementsprechend gestiegen. Die Erstattung der Fahrtkosten wird mit einer Pauschale vergütet, die für die Klienten oft nicht kostendeckend ist.
Anerkennung von vergleichbaren Weiterbildungen, die nicht nur VDR anerkannt sind. Delegation von amb. Reha. an Mitarbeiter*innen innerhalb der Einrichtung, die eine entsprechende oder vergleichbare Zusatzqualifikation haben oder eine vergleichbare Berufsgruppe sind.
Zeitliche Flexibilität bei der Behandlungsdauer sollte erhöht werden - Einübung der Übergänge von stationärer Behandlung zu ambulanter Behandlung - ambulante Nachsorgeangebot soll nicht weiter sukzessive aufgegeben werden!!! Antragstellung ist unproblematisch und gut Gut wäre die Federführung durch den DRR
Unserer Erfahrung nach ist die vorgeschriebene Präsenz des Reha- Arztes von 3 Wo/Std. pro Gruppe nicht umsetzbar und nicht zu finanzieren. Unser Vorschlag wäre eine Verkürzung auf eine Präsenzzeit von drei Wochenstunden insgesamt in der Einrichtung. Das Vorhalten eines approbierten Psychologen sollte als flexible „Kann- Bestimmung in das Rahmenkonzept aufgenommen werden. Des Weiteren befürworten wir die Möglichkeit der Beantragung einer ambulanten Nachsorge auch nach ambulanter Rehabilitation. Ebenso wünschenswert für unsere Klientel wäre die Option der Verlängerung einer ambulanten Weiterbehandlung von 40+ 4 Einheiten in sechs Monaten auf insgesamt 80+ 8 Einheiten in 12 Monaten.
Anhebung und Angleichung der Kostenübernahmesätze und Verlängerungsmöglichkeiten der verschiedenen Kostenträger (z.B. Bund und Westfalen zahlen unterschiedliche Nachsorgesätze und Verloptionen). Nachsorgepatient*innen sind die häufig problematischeren Patient*innen mit Mehrfachdiagnosen. Die Vergütung der Einheiten ist deutlich geringer, obwohl der Betreuungsaufwand meist stärker ist. Hier sind die fachlichen Grundannahmen der Kostenträger eindeutig falsch. Bei der Vermittlung von Nachsorgen sollten die Kostenträger die Kliniken anhalten, dass minimal 4 Wochen vor Entlassung der Kontakt zur Nachsorgeeinrichtung (also wir) hergestellt ist. Häufig erhalten wir bei fremd zugewiesenen Patienten erst einige Tage vor, mitunter auch erst nachher, durch die Klinik die Mitteilung, dass wir als Nachsorgeeinrichtung beantragt wurden. So schnell können wir dann keine Plätze anbieten. Idee der Behandlungskette hat nach wie vor seine Berechtigung und verspricht bessere Erfolgsaussichten.
Genehmigung von 80 + Einheiten bei Kostenzusage Reduktion der Arztstunden Gut: Nachsorgemöglichkeit nach amb. Reha 1. ambulante Therapiegruppe 1981 noch im Rahmen der allgemeinen Förderung 2.
Verlängerbarkeit von ambulanter Nachsorge bzw. scheint es sinnvoll, der ambulanten Nachsorge gerade nach dem von den Patientinnen als intensiv erlebten Prozess der stationären Rehabilitation mehr Stellenwert zu geben. Weniger administrative bzw. bürokratische Ansprüche.
- die Trennung von Nachsorge und ARS Gruppen ist in unserer ländlichen Region sehr schwierig. - neue Behandlungsformen nach stationärer Entwöhnung werden kaum beantragt (nur Nachsorge)

Flexiblere Handhabung der Einheiten an Intensivtagen / -Wochenenden Anerkennung von unserem Konzept ForaN durch die DRV Bund (Familienorientierte Reha) Reduzierung der Vorgaben, z.B. Arztpräsenz, Psychologenanteile

80+8 Therapieeinheiten als "Erstbewilligung", da die meisten Therapiekonzepte auf einen Behandlungszeitraum von einem Jahr angelegt sind.
Verschlankung des Berichtswesens.
Eine verbesserte und vermehrte Nutzung der ambulanten Weiterbehandlung nach stationären Entwöhnungsbehandlungen.
Flexible Zuordnung von Nachsorgepatienten mit Behandlungsbedarf in die Reha-Gruppen.
Finanzierung des Antragswesens (z.B. Sozialbericht).
Gut: Hoher fachlicher Standard der ARS! Die ARS ermöglicht den Patienten sehr individuell persönliche Bedarfe (Arbeit, Familie) mit dem Behandlungsbedarf zu verzahnen.

Antrag und Bewilligung

Gut ist die deutlich schneller gewordene Bearbeitung von Anträgen bei der DRV-Bund, problematisch dagegen die rigide Auslegung der Bewilligungsmöglichkeiten bzgl. amb. / stat. sowie Nachsorge / amb. Entlassphase.
Gut ist bei der DRV BS-H die Erreichbarkeit der Sachbearbeiter; problematisch die nahezu ausschließliche Orientierung auf Arbeitstätigkeit und Abwälzung der Zuständigkeit zu Lasten der KV'en.
Nach wie vor bewährt sich für uns das Modell der Kombi-Nord.

direkte Bewilligung von 80/8 Einheiten ohne Verlängerungsantrag

Schnellere KÜs erforderlich, z.Z. bis zu 6 Monaten Wartezeit

Nachsorge

Schwierige Situation in der Nachsorge, da Land und Bund unterschiedliche verfahren. Bund verkennt den Nutzen einer qualitativ hochwertigen Nachsorgebehandlung!

Erhöhung der Nachsorgesätze

Der Kostensatz von 35,50 € in der ambulanten Nachsorge ist nicht annähernd kostendeckend.