

Potenziale und Hürden der rehabilitativen Versorgung in Deutschland

Prof. Dr. Ingo Bode (Institut für Sozialwesen)

Reha-Forum 2016: Erfolgsmodell Rehabilitation

Struktur der Vortrags

1. Vieles erreicht, Wesentliches bewahrt:
Das Erfolgsmodell Reha in Deutschland
2. Bekannte und versteckte Hürden, oder:
Gretchenfragen für gute Qualität
3. Weg nach vorn mit Blick zurück: ein
'Lackmustest' für Reformagenden

1. Vieles erreicht, Wesentliches bewahrt: Das Erfolgsmodell Reha in Deutschland

Auf der Höhe der Zeit, ungeachtet aller Sirenenrufe

- alle sprechen von personenorientierter Salutogenese – die Reha praktiziert sie schon lange
- Prävention und ganzheitliche(re) „Nachsorge“ als ‘angesagte’ Versorgungselemente – die Reha kann’s
- das Reha-System ist vielen Lockrufen *nicht* gefolgt, als ordnungspolitische Rosskuren *en vogue* waren

→ wo viele heute ankommen, war die Reha schon da...

Systemgestaltung in der goldenen Mitte

- Selbstverwaltung (im Sozialversicherungsmodus)
- multiple professionelle Fachlichkeit
- Wahlrecht und Patientensteuerung
- Vorhaltungslogik
- verhandelte Bewirtschaftung

→ was bis vor kurzem als verstaubt galt, bewährt sich,
auch perspektivisch

Selbstverwaltete Sozialversicherung

- **Versicherteninteressen & Solidarprinzip als Fundament**
 - eine Schwächung der Interessenvertretung von Versicherten ([wie z.B. im System der Arbeitsverwaltung](#)) würde “nutzersensible” Prozessgestaltung erschweren
 - eine Aushöhlung der solidarischen Finanzierung würde kontraproduktive Leistungsdifferenzierung “nach Geldbeutel” erzeugen ([wie etwa in den USA](#))

multiple professionelle Fachlichkeit

- verteilte (multi-)professionelle Expertise als Lebenselixier
 - ein Verzicht auf *Praxis*expertise bei den Kostenträgern (ein langer Trend anderswo, z.B. in der Jugendhilfe) würde Wissensverluste provozieren und “*Know-How*” (u.a. bei der Hausbetreuung) gefährden
 - die Engführung von Professionsbezügen (wie z.B. im Bereich der Altenhilfe) bzw. Schwächung multiprofessioneller Ansätze würde die Reha zurückwerfen

Wahlrecht & (sanfte) Patientensteuerung

- Patientenmitsprache & “Begründungszwänge” bei der Vermittlung von Leistungen (Orten)
 - individualisierte Gesellschaften wollen Wahlrechte; und eine reine Zuweisungspraxis würde die Nutzer-*Compliance* einschränken (wie z.B. im System der Arbeitsförderung)
 - *aber*: ein Verzicht auf *fachlich gestützte* “Überzeugungsarbeit” bei der Vermittlung von Reha-Plätzen würde kontraproduktive Überbietungswettbewerbe auf der Basis von Äußerlichkeiten provozieren (wie im Akutbereich)

Vorhaltungslogik

- Reserven für zeitgerechte Versorgung
(im Bewusstsein der “Feuerwehrfunktion”)
 - die Zulassung freier Kapazitätsbildung (wie z.B. im Pflegesystem) oder die Verdünnung der Infrastruktur durch “Bestrafung” von Unterauslastung (wie dies Krankenkassen für den Akutbereich oft vorschwebt) verunsichert das Leistungsangebot
 - Belegungszwänge sind nur dann ein “Systemproblem”, wenn es einen Kapazitätsüberhang oder den Imperativ der Rendite gibt (wie in Ländern mit vielen börsennotierten Pflegekonzernen)
 - ansonsten kann man sie unter Kontrolle halten

verhandelte Bewirtschaftung

- flexible Budgets mit Sensibilität für Spezifika
 - Versuche, die komplexe Arbeit an somatisch und zugleich mentalen Beeinträchtigungen über *einen* Kamm zu scheren, sorgen für Stress und Kurzsichtigkeit (*wie zuletzt bei der Neuregelung des Finanzierungssystems in der Psychiatrie eingesehen wurde...*)
 - ein Übergang zu Ausschreibungen, reiner Preissteuerung oder selektiven Verträgen (*wie z.B. im Bereich der Arbeitsverwaltung*) lenkt alle Beteiligten vom Wesentlichen ab

Der Weg nach vorn...

- Die (systemischen) Potenziale sind da, sie sollten unter Beibehaltung der genannten Rahmenbedingungen gehoben werden
- ... auf manche der Erfolgsbedingungen könnte man sich durchaus stärker besinnen
- ... auch und besonders dann, wenn es um Qualitätssteuerung geht

2. Bekannte und versteckte Hürden, oder: Gretchenfragen für gute Qualität

bekannte Hürden

- geizige Politik & wenig Luft zum Atmen:
verbreitet lauert die Rationierung
- geringes Image & keine gemeinsame Identität:
die Reha verbleibt im Schatten des Gesundheitswesens
- Kompetenzwirrwarr & Verschiebebahnhöfe:
es scheint nur langsam voranzugehen

→ das alles erschwert Qualität

Versteckte Hürden (auch für gute Qualität)

Drei Gretchenfragen

- Lebensqualität für alle oder quasi-darwinistischer Funktionalismus?
- Transparente Kooperation oder verkappte Risikoabwälzung?
- Übersteuerung oder bedarfswirtschaftliche Ganzheitlichkeit im Dialog?

- **Lebensqualität für alle oder quasi-darwinistischer Funktionalismus?**

Kann die Reha aus dem “Return to work”-Korsett ausbrechen und Lebensqualität präventiv und universell fördern, also gesellschaftliche Teilhabe priorisieren?

→ bislang ist der Auftrag an das System diffus, die Routine der Kostenträger zu kurzfristig
(*was nachhaltigen Ergebnissen im Wege steht, wie man aus anderen Bereichen der Daseinsvorsorge weiss*)

- **Transparente Kooperation oder verkappte Risikoabwälzung?**

Kann die Reha sachgerechte Arbeitsteilung lernen und verhindern, dass die Versorgung immer fragmentierter wird und Versorgungsbedarfe abgeschoben werden (müssen)?

→ bislang werden Interventionen kürzer, “blind” ambulanter, mit mehr Anschlussversorgung und weniger Übersichtlichkeit (was bekanntermaßen Drehtüreffekte erzeugt)

- **Übersteuerung oder bedarfswirtschaftliche Ganzheitlichkeit im Dialog?**

Kann die Reha der Versuchung einer rein zahlenfixierten Übersteuerung – mit fixen Standards, Einheitspreisen, Sanktionen auf Basis kruder Outputs, etc. – widerstehen?
(*was Outcome-Qualität senkt, wie man von anderswo weiss*)

→ der Trend ist lange in diese Richtung gegangen, die Reha zurückhaltend geblieben – aber im Mainstream fehlen heute Konzepte zur *dialogbasierten* Optimierung einer *bedarfsorientiert-ganzheitlichen* Versorgung

Gretchenfragen stellen sich manchmal gleichzeitig....

Beispiel: Durchsteuerungsagenda "Bezahlen nach Qualität"

- befördert "Quasi-Darwinismus"
(es zählt nur, was man "produktiver" machen kann)
- schafft (noch) mehr Verschiebetendenzen im Versorgungszusammenhang
- beschäftigt alle Akteure auf Nebenschauplätzen
 - interne & externe Dauerüberwachung
 - Kostenträger und Anbieter unter Manipulationsverdacht
 - Sanktionsangst und Risikovermeidung als Grundhaltung

3. Weg nach vorn mit Blick zurück: ein 'Lackmustest' für Reformagenden

- Mehr Luft zum Atmen in bewährten Strukturen
- Den Konsensmodus weiterentwickeln und alle Professionen mitnehmen
- Schnittstellen geduldig optimieren, mit verteilter Expertise und verhandelter Finanzierung

Am Beispiel der Qualitätssteuerung

Marschroute in der goldenen Mitte

- *Keine* Schritte in Richtung P4P, *keine* neuen Abstellgleise, *keine* Engführung der Leistungsvorhaltung
- Information über Qualitäten optimieren, diskutieren, ernst nehmen & verhandeln
- dabei systematisch und gleichgewichtig alle Ebenen & Professionen des Reha-Systems in die Qualitätsdebatte einbinden
 - nicht nur die, die “return to work” fokussieren

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit