

Alfred Kyrer / Bernhard F. Seyr (Hrsg.)

Systemische Gesundheitspolitik – Zeithorizont 2015



PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Alfred Kyrer/Bernhard F. Seyr: Transdisziplinäre Governance, Backcasting und Presencing als Reformtreiber für die österreichische Gesundheitswirtschaft (Editorial)¹

1. Vorbemerkung

Governance war im Zeitraum 2007 – 2010 der Forschungsschwerpunkt im Fachbereich für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Paris Lodron Universität Salzburg.

Der Forschungsschwerpunkt wurde als 3-stufiges Projekt konzipiert, dessen Ergebnisse jeweils mit einer Publikation im Peter Lang Verlag dokumentiert werden:

Stufe 1: Zunächst wurden die Methodik und die systemisch-kybernetischen Grundlagen des Governance-Paradigmas erarbeitet: Alfred Kyrer/Bernhard F. Seyr (Hrsg.), *Governance und Wissensmanagement als wirtschaftliche Produktivitätsreserven*, Frankfurt et al. 2007.

Stufe 2: Hierauf wurden mögliche Anwendungsfelder der Governance-Handlungstheorie aufgezeigt, wobei vor allem Probleme der Komplexität sozialwissenschaftlicher Steuerungsprozesse fokussiert wurden: Nikolaus Dimmel/Wolfgang Pichler (Hrsg.), *Governance – Bewältigung von Komplexität in Wirtschaft, Politik und Kultur*, Frankfurt et al. 2010.

Stufe 3: Nunmehr geht es in der vorliegenden Publikation um die Anwendung des neuen Paradigmas in einem konkreten politischen Handlungsfeld, der Gesundheitswirtschaft. Dabei soll neben den bereits erarbeiteten Werttreibern der Governance drei weitere Reformtreiber

¹ Die Herausgeber danken Frau Johanna Baier, M.A., für die wertvolle Unterstützung beim Lektorat dieses Bandes.

erörtert werden: Transdisziplinarität, Backcasting und Presencing. Im Fokus sind dabei Berufserfahrungen und Reformvorschläge in Österreich, Deutschland und der Schweiz.²

2. Eine Zeitreise durch die österreichische Gesundheitspolitik (1955 – 2010)

Alles begann mit dem Schmieden des ASVG. Damals, kurz nach dem Krieg und dann über zehn Jahre lang, mussten sich zwei politische Gruppierungen, die sich in den 30er Jahren noch in verfeindeten Lagern gegenüber standen, auf einen gemeinsamen Sozialstaat einigen.

In den 50er Jahren sind dann die falschen Weichenstellungen für das österreichische Gesundheitswesen erfolgt. Denn bereits die damaligen Kompromisse weisen etwas sehr typisch Österreichisches auf, statt klarer Aussagen diplomatische Noten! Oder anders ausgedrückt: im Gesetz tun wir keinem weh, und was wirklich passiert, „mauscheln“ wir uns dann schon aus!

Und so war bereits 1955 das österreichische Gesundheitswesen ein heilloser Kompetenzschungel, der weder klare Abgrenzungen bei den Entscheidungsträgern, noch bei den Versorgungssektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) kennt – und dafür viel willkürlichen Interpretationsspielraum offen lässt.

1969 wurde das österreichische Gesundheitswesen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) evaluiert. Diese hat in diesem Kontext bemerkenswerte Sachverhalte festgestellt:

² Einige Referate wurden auf dem Symposium „Gesundheit und Governance – Reformen im Gesundheitswesen in Österreich, in Deutschland und der Schweiz“, das am 19. August 2011 auf der Edmundsburg in Salzburg stattfand, gehalten. Veranstalter des Symposiums waren die Research Studios Austria Forschungsgesellschaft m.b.H. (Prof. Dr. Peter A. Bruck). Bei den Beiträgen von Fritz Lechleutner bzw. Wolfgang Pichler handelt es sich um Reprints aus Kyrer/Seyr (Hrsg.) 2007 bzw. Dimmel/Pichler (Hrsg.) 2009.

- Das österreichische Gesundheitswesen zeigt das Bild beachtlicher Verschiedenheit durch unterschiedlichste Träger (Landesregierungen, Gemeinden, Religionsgemeinschaften, Kassen, Versicherungen etc.), wodurch eine überregionale Zusammenarbeit zugunsten von „Eigeninteressen“ behindert wird.
- Die Existenz so vieler Träger ist nicht geeignet, die Entwicklung eines rationellen, aufeinander abgestimmten und reibungslos funktionierenden Systems zu fördern. Die Träger sind oft klein und von beschränkter Finanzkraft. Es besteht ein Mangel an Zusammenarbeit verschiedener Spitäler.
- Die Bundesregierung hat keine Kompetenzen und kann den Trägern keine verbindlichen Weisungen erteilen.
- Es gibt keine Vorkehrung für eine systematische Bewertung der Qualität der Arbeit der einzelnen Spitäler.
- Spitalsplanung ist nicht Teil eines umfassenden Planes der Gesundheitspflege. Es besteht keine Vorkehrung für eine Behandlung in Tages- oder Nachtkliniken, daher werden im Allgemeinen nur „vollstationäre“ Patienten im Spital behandelt.
- Spitäler erhalten statt konkreter Zuschüsse für spezifische Programme globale Defizitdeckungen, wodurch weder Kostenwahrheit entsteht, noch Anreize geschaffen werden, die Effizienz zu erhöhen.
- Zwischen intramuralem und extramuralem Bereich besteht eine scharfe Trennlinie. Es existieren Zweigleisigkeiten in der Arbeit von Spitätern und Ärzten in der Praxis.
- Es gibt die steigende Tendenz der praktizierenden Ärzte, ihre Patienten in ein Spital einzzuweisen – diese Tendenz wird unter anderem durch das Honorierungssystem gefördert.
- Die Vorsorge für die ärztliche Betreuung älterer Menschen und chronisch Erkrankter ist in vielen Fällen unzureichend.

Die zu diesem Zeitpunkt gerade einmal 15 Jahre alten Kompromisse hatten bereits ihre ersten Wirkungen gezeigt und Außenstehende konnten schon spätere Entwicklungen erahnen und davor warnen. Allerdings hat das hierzulande niemanden interessiert! Denn statt einer Reform der Zuständigkeiten durchzuführen und so die Steuerbarkeit herzustellen, wurden die Kompetenzen weiter zersplittet – Teile wurden den Gemeinden übertragen, andere den Ländern. Die Zahl der

„realen“ Entscheidungsträger stieg damit und die Kompetenzstreitigkeiten ebenfalls. Und solange es genug Geld gab, wollte niemand etwas von Reformen wissen.

1995 haben sich dann die Kassen des Spitalssektor endgültig entledigt und die Welt in extramural und intramural geteilt. Ab nun bestand die Gesundheitspolitik nur mehr aus dem Kassenarztbereich und dem Spitalsbereich. Pflege, Rehabilitation und Prävention waren zu diesem Zeitpunkt bereits Stiefkinder. Niemand interessierte sich – trotz wachsendem Bedarf – wirklich dafür. Die Politik liebte die Spitäler, und die Kassen hielten sich an das ASVG, das für diese Bereich kaum Platz hatte – logischerweise, sind sie doch Ausdruck einer alternden Gesellschaft und des medizinisch technischen Fortschritts. Beides war 1955 unbekannt.

Die Reduktion des eigenen Leistungsspektrums war das Thema für alle, deren Geld immer knapper wurde, Leistungsausweitung das Thema der steuerfinanzierten Teile – und so stieg die Spitalslastigkeit in schwindende Höhen, während der Kassenarztbereich im Verhältnis zum Bedarf immer dünner wurde. Seit 1995 stagnierte die Zahl der Kassenärzte, während sie im Spital stetig und steil anstieg.

Als 1999 durch den Bund der Versuch unternommen wurde, durch die Einführung eines neuen leistungsorientierten Finanzierungssystems (LKF) die steigenden Spitalskosten und die steigenden Patientenzahlen unter Kontrolle zu bringen, war jedem Experten klar, dass so etwas problematisch ist. Nicht umsonst gibt es ein leistungsorientiertes Finanzierungsmodell nur bei uns, während andere Länder DRGs (Diagnoseabhängige Behandlungsgruppen) eingeführt haben und so unnötige Spitalsaufenthalte eher vermeiden konnten. Wir hingegen haben mit dem LKF dem *Moral Hazard* quasi Tür und Tor geöffnet und sogar jene bestraft, die nicht mitspielen wollten. Andererseits konnten wir wohl gar nicht anders, weil eben der Spitalssektor keine Entscheidungskompetenz im Kassensektor hat, und umgekehrt. Damit wusste auch niemand, welches Spital welche Aufgaben für den Kassenbereich übernehmen musste. Eine rigide Kürzung der Spitalsversorgung hätte möglicherweise ungeahnte Probleme verursacht.