

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

Globale Impulse

■ GESUNDHEITSSYSTEME

Kanada und die USA zeigen, wie es gehen kann: Innovation, Digitalisierung, politische Führung.

■ DIGITALPOLITIK

Bleibt unser Gesundheitssystem abgekoppelt? Digital leadership is mining power!





KRANKENHÄUSER IN KANADA

DIGITALE NEUBAUTEN

Von Franz Knieps

Ende Oktober 2018 führte die Friedrich-Ebert-Stiftung nach Besuchen in Schweden und Dänemark eine Studienreise nach Kanada durch. Zweck der ausgezeichnet organisierten und mit hochkarätigen Gesprächspartnern gespickten Reise war es, das föderal organisierte und verantwortete kanadische Gesundheitswesen näher kennenzulernen. Schwerpunkte dieser knapp einwöchigen Reise nach Toronto, Ottawa und Montreal lagen im Verständnis der Grundstrukturen auf Bundes- und Provinzebene, der Erkundung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und die Suche nach Lösungsansätzen zur Bewältigung der zentralen Herausforderungen. Auch in Kanada stellen der sozio-demografische Wandel, der Fachkräftemangel, die Diversität der Bevölkerung, das wachsende Stadt-Land-Gefälle und die digitale Transformation das Gesundheitswesen vor ähnliche Herausforderungen wie in Deutschland. Allerdings konnte man auf dieser Reise den Eindruck gewinnen, dass sich die Kanadier diesen Herausforderungen energischer und optimistischer stellen als wir in Deutschland. Der folgende Artikel kann nur einen kurzen Einblick in das kanadische Gesundheitswesen auf der Basis dieser komprimierten Eindrücke geben. Wer mehr erfahren will, sei auf die ausgezeichnete Literatur im Anhang verwiesen.



Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Montréal. Canada

DER FÖDERALE AUFBAU DES KANADISCHEN GESUNDHEITSWESENS – BALANCE ZWISCHEN STAAT UND MARKT

Kanada, mit 9,97 Mio. Quadratkilometern das flächenmäßig zweitgrößte Land der Erde (hinter der russischen Föderation), ist mit 36,7 Mio. Einwohnern relativ dünn besiedelt. Davon leben die meisten in einem schmalen Korridor nahe der Grenze zu den USA in den Bundesstaaten British Columbia, Ontario und Quebec. Kanada ist zweisprachig; in Quebec sprechen die meisten Menschen französisch und betonen ihre kulturellen Bindungen an

Frankreich. Auch wenn derzeit das Thema Unabhängigkeit für die frankophone Provinz Quebec nicht aktuell ist, bleiben die Themen Autonomie und Vielfalt virulent. Mehr als 20 % aller Kanadier sind nicht im Lande geboren. Diversität und Integration spielen eine zentrale Rolle in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Rund 70 % des Bruttoinlandsprodukts von 1653 Mrd. US-Dollar werden im Dienstleistungsbereich erwirtschaftet. Wichtigster Handelspartner bei Import (51 %) und Export (76 %) sind die USA, auch wenn sich Kanada um intensivere Handelsbeziehungen zu den Ländern der Europäischen Union und zur Volksrepublik China bemüht. Mit 6,3 % ist die Arbeitslosigkeit

» Krankenhauslandschaft neu ordnen: nicht durch wirtschaftlichen Druck, sondern durch einen bedarfsgerechten Rückbau, durch kluge Zusammenlegung von Häusern. «

konstant hoch. Politisch dominiert auf Bundesebene die Liberale Partei und stellt mit Justin Trudeau seit 2015 den Regierungschef. Besonders kontrovers wurden dessen Initiativen zur Entschädigung für früheres Unrecht an den Ureinwohnern sowie für die Freigabe der Produktion und des Verbrauchs von Cannabis diskutiert, obwohl Kanada, wie die USA, erhebliche Probleme mit dem Missbrauch von Schmerzmitteln hat (Higgins/Fried/Schmid 2018).

Der föderale Aufbau Kanadas mit zehn Provinzen und drei Territorien unter Bundesverwaltung schlägt sich speziell im Gesundheitswesen nieder. Das gilt für Aufbau und Struktur ebenso wie für Finanzierung und Leistungen. Seit 1984 gibt der Bund über den Health Canada Act Rahmenvorgaben vor, die eine gewisse Einheitlichkeit gewährleisten und über finanzielle Anreize in Form von Transferzahlungen aus Steuermitteln den Anspruch aller Kanadier auf medizinisch-notwendige Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung sichern. Die zentralen Vorgaben beziehen

sich aber nur auf die Kernelemente der (ärztlichen) Akutversorgung, die im Wesentlichen über (nationale) Steuern finanziert und von den Provinzregierungen verteilt wird. Die Langzeitversorgung und die Pflege unterliegen unterschiedlichen Regimen in den einzelnen Provinzen und sind in unterschiedlichem Maß in die einheitliche Gesundheitsversorgung integriert. Auch wenn das kanadische Gesundheitssystem – wie das der USA – im Vergleich eher den liberalen Wohlfahrtssystemen mit begrenzten Transferleistungen, hohen Eigenbeteiligungen und starker Betonung von Markt und Wettbewerb zugerechnet wird (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015, 26), sichert es allen Bürger Zugang zu Gesundheitsleistungen. Zwar ist der Leistungskatalog im Vergleich zu Deutschland enger gestaltet (so sind etwa Hilfsmittel oder die zahnärztliche Versorgung nicht enthalten), doch gleichen die meisten Kanadier dies über private Krankenversicherungsangebote aus, die sehr häufig über Arbeitgeber und/oder Gewerkschaften finanziert oder zumindest bezuschusst werden.

In den meisten Provinzen wird die gesundheitliche Versorgung über regionale Gesundheitsbehörden (Regional Health Authorities) geplant, finanziert und gesteuert. In manchen Provinzen und in der Bundesverwaltung für die entlegenen Territorien betreiben die Behörden auch eigene Einrichtungen; überwiegend erfolgt die Leistungserbringung aber über private Dritte, die über Verträge und Vereinbarungen mit den Gesundheitsbehörden individuell oder kollektiv alle Einzelheiten regeln. Auch längere vertragslose Zustände sind keine Ausnahme. So streiten im bevölkerungsreichsten Bundesstaat Ontario rund um die mit 1,8 Mio. Einwohnern Kanadas größte Stadt Toronto Ärzte und Behörden seit Jahren um die Höhe der Vergütung, die im ganzen Land in der Regel als Einzelleistungsvergütung gezahlt wird. Denn Ärzte sind dort grundsätzlich privatwirtschaftlich tätige freie Unternehmer, die auf der Basis eines mit dem Kostenträger ausgehandelten Vertrages vergütet werden. Das gilt zu meist auch für Krankenhausärzte, die eine ähnliche Stellung wie die Belegärzte in Deutschland haben. Nur die wenigsten Ärzte sind zu einem festen Gehalt angestellt.

DIE ZENTRALE HERAUSFORDERUNG – DIE VERSORGUNG IN LÄNDLICHEN UND STRUKTURSCHWACHEN REGIONEN

Wie bereits aus den allgemeinen Zahlen ersichtlich, ist Kanada eines der dünn besiedelsten Länder der westlichen Welt. Berücksichtigt man zusätzlich, dass die meisten Menschen in dem urban geprägten Süden des Landes leben, verwundert es nicht, dass dort auch die meisten medizinisch-pflegerischen Einrichtungen und die meisten Beschäftigten im Gesundheitswesen leben. Bei anhaltender Binnenmigration in die Städte bedeutet dies, dass – trotz einer vergleichsweise jungen Bevölkerung – auf dem Land überwiegend ältere Menschen zurückbleiben und hier besondere Versorgungsprobleme bestehen. Längere Anfahrtswege sind deshalb eher die Regel als die Ausnahme, zumal sich die Spezialisierung der Medizin nur in den urbanen Zentren entwickelt hat. Hinzu treten die bekannten sozio-demografischen Nachteile (geringerer Bildungsstand, höhere Arbeitslosigkeit, geringeres Einkommen, höhere Morbiditäts- und Mortalitätslast), die sich zu gravierenden



Quelle: OECD Health Statistics 2018

Problemen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in den riesigen ländlichen Regionen Kanadas auszuweichen. Viele Gesprächspartner der deutschen Reisegruppe machten deutlich, dass man von deutschen Problemen in weiten Teilen des Landes nur träumen könne, obwohl Kanada eine vergleichsweise junge Bevölkerung hat, die aber überwiegend in den urbanen Siedlungsregionen lebt.

Die Antwort auf diese Herausforderungen sieht sehr differenziert aus. Zum einen regionalisieren Bundesstaaten die Steuerungsverantwortung. So hat Ontario 14 regionale Gesundheitsbehörden, die „Local Health Integration Networks (LInH)“. Diese werden aber nicht selbst in der Versorgung tätig, sondern schließen Verträge über die Sicherstellung und die Leistungsinhalte mit Dritten ab. Alle Verträge enthalten jährliche Zielvereinbarungen, die sich auf die konkreten Inhalte der jeweiligen Versorgung beziehen. In Ontario haben die regionalen Gesundheitsbehörden einen umfassenden Versorgungsauftrag, der weit über die somatische Akutversorgung hinausgeht. So sind auch die psychiatrische Versorgung, die Notfallversorgung und vor

allem die Pflege in diesen Auftrag einbezogen (Marchildon 2013, 74). Auf der anderen Seite werden Finanzmittel, speziell der Bundesregierung, gezielt zur Beseitigung von Versorgungsengpässen – etwa bei der Versorgung der Ureinwohner – eingesetzt.

NEUE WEGE IN DER PRIMÄRVERSORGUNG – VERNETZUNG UND DIGITALISIERTE MAXIMALVERSORGUNG

Auffallend ist, dass Kanada keinen einheitlichen, von oben verordneten Weg zur Bewältigung der sozio-ökonomischen Herausforderungen geht, sondern eine Vielfalt von Ansätzen ermöglicht, die im Rahmen der Studienreise nur über ausgewählte kurze Eindrücke erlebbar waren (ausführlich Schaeffer/Hämel/Ewers 2015). Übergreifend lässt sich feststellen, dass die in Deutschland seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten proklamierten Reformziele im Gesundheitswesen – etwa Integration von Strukturen, patientenorientierte Steuerung, Teambasierung, Partizipation,

» Gegenüber etwa Dänemark hängen wir zehn Jahre hinterher. 4%-Punkte sind 7.000 Tote! «



Quelle:
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH, FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin (WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) & European Observatory on Health Systems and Policies

THIRTY-DAY MORTALITY AFTER ADMISSION TO HOSPITAL FOR AMI BASED ON UNLINKED DATA 2010 AND 2015 (OR NEAREST YEARS)

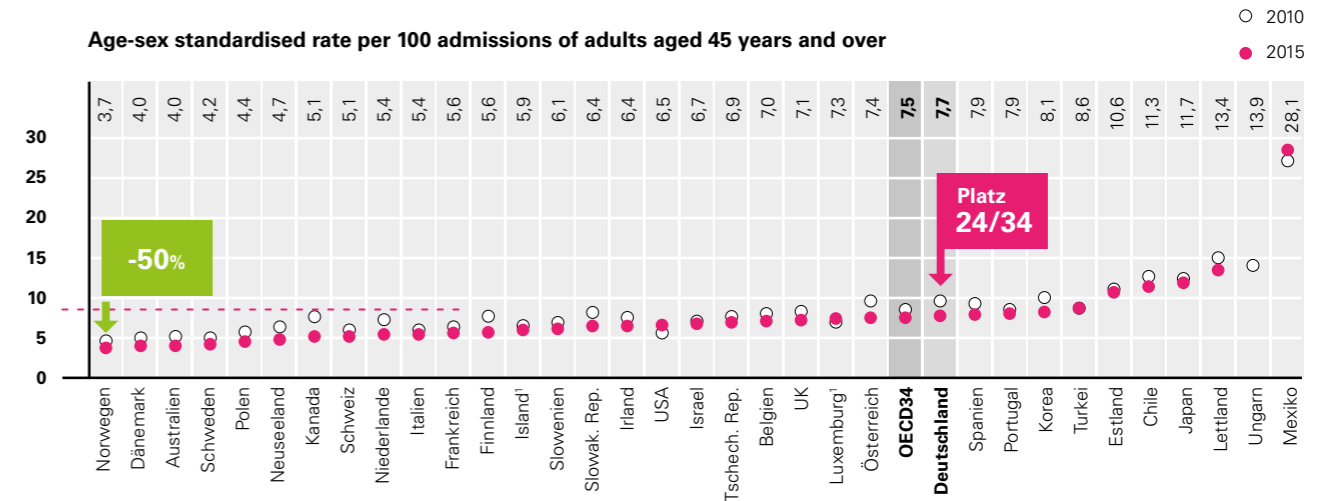


Abbildung 1: Wir haben die Wahl: hier am Beispiel der Herzinfarktversorgung. Je mehr Patienten in technisch und personell gut ausgestatteten Krankenhäuser, desto besser!

Gleichberechtigung der Professionen und vieles mehr – in Kanada gelebte Realität sind. Deshalb sind die kanadischen Steuerungsansätze es wert, in Deutschland nicht nur beachtet, sondern auch ausprobiert und in die Regelversorgung übernommen zu werden. Das gilt für unterschiedliche Modelle der Primärversorgung, die nicht wie hierzulande auf die hausärztliche Versorgung reduziert sind, ebenso wie für kommunale Gesundheitszentren mit umfassenden Versorgungsaufträgen, die Vernetzung von kleinen Krankenhäusern auf dem Lande und die Fokussierung von Universitätskliniken auf die weitgehend digitalisierte Spitzenmedizin, die die Teilnehmer an der FES-Reise in Montreal erleben durften. Überhaupt fiel bei allen Begegnungen auf, dass Diskussionen und Entscheidungen deutlich stärker

als in Deutschland auf der Basis öffentlich zugänglicher Daten und Informationen getroffen werden. Information und Partizipation aller Betroffenen scheinen die Eckpfeiler von Veränderungen zu sein (Ewers/Schaeffer/Hämel 2015, 24). Telemedizin spielt nicht nur in ländlichen Gegenden eine große Rolle. Da der öffentliche Personennahverkehr selbst in den größeren Ballungszentren vergleichsweise schwach ausgebaut ist, organisieren Kommunen, Wohlfahrtseinrichtungen und Freiwilligendienste Fahrdienste für all die, die nicht mit dem Pkw Gesundheitseinrichtungen aufsuchen können. Das Engagement ehrenamtlich Tätiger ist überall beeindruckend. Selbst in der Universitätsklinik sind Hunderte ehrenamtlicher Patientenbegleiter tätig und in den Behandlungsablauf einbezogen.



Architektur zum gesund werden:
Der Lanserhof Tegernsee. Den
innovativen Band „Krankenhausneu-
bau“, stellen wir in der Rubrik REGAL
ODERTONNE vor (Seite 76).

© ingenhoven architects / Foto: HGEsch

Von besonderem Interesse für die Gäste aus Deutschland waren Primärversorgungszentren, die in unterschiedlicher Rechtsform, Trägerschaft und Binnenorganisation tätig sind. Die meisten Zentren erbringen ihre Leistungen – bei prinzipiell freier Arztwahl – auf freiwilliger Einschreibung der Bürger. Sie bieten weit mehr als die klassische ambulante ärztliche Versorgung. Alle zeichnen sich durch umfassende Angebote von der Prävention bis zur Rehabilitation aus. Entsprechend vielfältig sind die Teams zusammengesetzt: Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten, Apotheker, Public-Health-Fachleute u. v. m. Auch wenn in vielen Zentren (in der Regel selbständige)

Ärzte tätig sind, spielen diese – anders als in Deutschland – keine dominierende Führungsrolle. Manche Zentren, vor allem in ländlichen Gegenden oder in sozial schwachen städtischen Gegenden, werden von einer Krankenschwester mit abgeschlossenem Masterstudiengang – sog. Nurse Practitioners – geführt, manche haben ein Führungsteam aus unterschiedlichen Professionen. Gegenseitiger Respekt und kooperatives Zusammenwirken auf Augenhöhe bestimmen den Arbeitsalltag und sind selbst für Besucher aus Übersee erfahrbar. Je nach Ausgestaltung des Angebots werden sie als kommunale oder familienorientierte Gesundheitszentren bezeichnet (Einzelheiten zu den

unterschiedlichen Modellen bei Schaeffe/Hämel/Ewers 2015), ohne dass sie dem Verdacht der „Staatsmedizin“ ausgesetzt sind. In Ontario haben sich aufgrund des (Land-)Arztmangels sogar Einrichtungen etabliert, die ohne Ärztinnen oder Ärzte auskommen müssen und von Krankenschwestern geleitet werden (Nurse Practitioner Led Clinics) etabliert, die überwiegend chronisch kranke Menschen betreuen. Selbstverständlich kooperieren die NPLCs mit Arztpraxen und überweisen akut und schwer Erkrankte dorthin bzw. in Krankenhäuser. Viele dieser Krankenhäuser haben nur wenige Betten und gleichen eher Gesundheitszentren mit umfassenderen (medizinischen) Angeboten. Gerade

die kleinen Kliniken arbeiten eng vernetzt sowohl untereinander als auch mit den Primärversorgungszentren. Kanada investiert gezielt in die digitale Infrastruktur.

Das herausragende Beispiel für die digitale Transformation im kanadischen Gesundheitswesen konnten die Deutschen in Montreal besichtigen. Dort wurden an der Stelle von drei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen eine hochmoderne, voll digitalisierte Einrichtung der Hochleistungsmedizin errichtet, die keinen Vergleich mit den Spitzenhäusern der USA (Boston Partners, Mayo, Häuser in Kalifornien) scheuen muss. Neben

der digitalisierten Steuerung des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses einschließlich der offensiven Nutzung von künstlicher Intelligenz beeindruckten die Patientenstromsteuerung von der Aufnahme bis zur Nachsorge und die ehrenamtliche Patientenbegleitung. Ähnlich wie in Dänemark (Berger et al. 2018), dem Ziel einer früheren FES-Studienreise, wurden die Besucher mit dem komplexen, aber sehr partizipativ ausgerichteten Planungs- und Errichtungsprozess für die hochmoderne Klinik vertraut gemacht. Denn natürlich mussten erhebliche Mittel für das Bauvorhaben mobilisiert und erhebliche Widerstände gegen die Zusammenlegung mehrerer Häuser überwunden werden. Auch die strikte Begrenzung des Versorgungsangebots auf schwere und komplizierte Fälle war nicht leicht durchzusetzen. Aber das Ergebnis kann sich sehen lassen und sollte weitere Besucher aus Übersee anlocken.


DER PRAGMATISCHE WANDEL – ANREGUNGEN FÜR DEUTSCHLAND

Die Studienreise der Ebert-Stiftung hat bei allen Teilnehmer nicht nur die Kenntnisse über das politische System Kanadas verbessert (so standen Gespräche mit Parlamentariern

sowie Vertretern der Bundes- und einer Landesregierung auf der dicht gedrängten Tagesordnung), sondern auch den kritischen Blick aus unterschiedlichen Perspektiven auf durchaus vorhandene Mängel (Versorgungslücken, Wartezeiten, hohe Eigenbeteiligungen vor allem bei Arznei- und Hilfsmitteln) gelenkt. Vor allem hat sie Anreize gesetzt, etablierte Strukturen in Deutschland zu hinterfragen und Neues zu wagen (ausführlich Schaeffer/Hämel/Ewers 2015, 225 ff.). Das gilt ganz besonders für

- den Ausbau der wohnortnahen, multiperspektivisch ausgerichteten Primärversorgung,
- die Integration von Aufgaben, Leistungen, Strukturen und Prozessen,
- die Aufwertung nichtärztlicher Heilberufe einschließlich einer anforderungsgerechten Qualifizierung
- die Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Bedarfe und Bedürfnisse der Patient,
- den Ausbau von Partizipation und Bürgerbeteiligung,
- den Ausbau und die offensive Nutzung digitaler Möglichkeiten und schließlich
- die Nutzung öffentlicher Daten und Informationen zur Evidenzbasierung von Entscheidungen.

Dabei darf man es nicht dabei bewenden lassen, Beispiele aus Skandinavien oder Kanada in die deutsche Reformdiskussion einzubringen. Vielmehr bedarf es jetzt konkreter Initiativen vor Ort, endlich die Erfolgsfaktoren dieser Beispiele in die Praxis umzusetzen. Alle Akteure – speziell Krankenkassen, Leistungserbringer, Kommunen und Länder – sind gefordert, traditionelle Barrieren zu überwinden und endlich innovative, integrierte Angebote zu schaffen (Hildebrandt/Brandhorst/Luthe 2017). Kanada zeigt, wie es gehen kann. ■

.....
 **Franz Knieps bei Twitter**
 @FranzKnieps

Literatur

Berger, E. et al. (2018), Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland, Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2018, 19-24

Ewers, M. / Schaeffer, D. / Hämel, K (2016), Gesundheit unterm Ahornblatt, Gesundheit und Gesellschaft 9/2016, 23 ff.

Higgins, C. / Fried, B. / Schmid, A (2018), Die Opioid-Epidemie in den USA, Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2018, 32-39

Hildebrandt, H. / Brandhorst, A. / Luthe, E. W. [Hrsg.] (2017), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden

Lehmkuhl, U. [Hrsg.] (2018), Länderbericht Kanada, Bonn

Marchildon, G. (2013), Canada – Health System Review, Health Systems in Transition, Second Edition, Volume 15 No. 1, Copenhagen

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2014), Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Bereiche, Bern

Schaeffer, D. / Hämel, K. / Ewers, M. (2015), Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen – Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim, Basel

