

SAGG-Studienreise Kanada: Einsichten in ein föderales Gesundheitswesen

Mythen entzaubern – Kanadas Gesundheitssystem einfach erklärt

Im Stimmenwirrwarr der unzähligen Akteure kursieren viele Geschichten über das Gesundheitswesen in der Schweiz. Insbesondere der Mythos des Globalbudgets als Allerheilmittel gegen die steigenden Gesundheitskosten steht aktuell im medialen im Zentrum. In Kanada, so kann man der Medienberichterstattung entnehmen, sei dies erfolgreich umgesetzt. Diesen Mythos und andere Geschichten über das Gesundheitswesen in Kanada untersuchte die Studienreisegruppe der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SAGG-SAHE) vor Ort.

Wie die Schweiz ist auch Kanada ein föderalistischer Staat: Zehn Provinzen und drei Territorien umfassen eine Fläche von 9 984 670 km² ¹, das Land vereint sechs Zeitzonen und acht Klimazonen. Rund 37 Millionen² Menschen mit unterschiedlichen ethnokulturellen Hintergründen leben in diesem Land. Im Vergleich dazu misst die Schweiz gerade mal 41 285 km².

Es gibt DAS kanadische Gesundheitssystem

Dass ein Land der Grösse von Kanada andere Sorgen hat als die Schweiz, bestätigt auch Joshua Tepper, Präsident und CEO des North York General Hospitals in der Provinz Ontario. Er betont, dass insbesondere die unterschiedlich bevölkerten Regionen eine grosse Herausforderung für die zehn Provinzen darstellen. Die Situation in der Provinz Ontario – eine Provinz, die der Grösse von Frankreich entspricht – widerspiegelt die Bevölkerungssituation im ganzen Land: Die Menschen leben zu einem grossen Teil im Süden, wo die Bevölkerungsdichte dementsprechend hoch ist, während in anderen Teilen nur vereinzelte Bevölkerungsgruppen leben.

Auf Kanada als Ganzes projiziert, lebt die kanadische Bevölkerung überwiegend in den südöstlichen Provinzen Ontario (38.4 %) und Quebec (23.6 %) sowie entlang der Grenze zu den USA. Besonders die nördlichen Regionen der kanadischen Provinzen sind extrem dünn besiedelt. Diese Heterogenität gelangt auch in der Organisation des kanadischen Gesundheitssystems

zum Ausdruck. Den Provinzen und Territorien kommt – wie in der Schweiz – eine Schlüsselrolle zu. Die Spitalplanung, die detaillierte Ausgestaltung der staatlichen Krankenversicherung sowie der Zugang zu ambulanten Gesundheitsdienstleistungen sind Aufgaben, die föderal unterschiedlich geregelt sind, während auf nationaler Ebene einzig die Rahmenbedingungen für die Krankenversicherung und gewisse Geldströme geregelt werden.

Der Mythos, dass es in Kanada nur ein Gesundheitssystem gibt, ist falsch. Insgesamt sprechen die Experten in Kanada von 15 Systemen, die jedoch relativ durchlässig sind. Neben den 13 Systemen (der 10 Provinzen und 3 Territorien) existiert ein nationales System und ein System für die indigenen Bevölkerungsgruppen, das sich – je länger desto mehr – entwickelt. Die Planung der Gesundheitsdienstleistungen in den entlegenen Gebieten ist eine schwierige Aufgabe.

The Neurological Institute and Hospital



1 Wikipedia (2019), Geographie Kanadas, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2019001-eng.htm>
2 Statistics Canada (2019), Stand Juli 2019, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2019001-eng.htm>

Verdeutlicht in den Worten von Joshua Tepper: «In gewissen Provinzen ist der grösste Budgetposten in der Gesundheitsversorgung der Flugzeugtreibstoff!»³

Gleiche Gesundheit für ALLE

Kanada gilt als Industrienation, als entwickeltes Erstweltland. Aufgrund seiner Grösse und Geschichte kämpft Kanada jedoch mit grossen Ungleichheiten. Während die grossen, urbanen Gegenden vermehrt von europäischen Einwanderern besiedelt sind, lebt ein Grossteil der indigenen Bevölkerung (First Nations, Inuit und Métis) in Reservaten. Die Zustände in den Reservaten sind teilweise desolat: Viele haben keinen Zugang zu fliessendem Wasser, die Nahrungsmittelversorgung ist schlecht und es gibt im Vergleich viel weniger Spitäler. Es erstaunt nicht, dass die Kindersterblichkeit hier höher ist, Erkrankungen an Tuberkulose, Übergewicht und Diabetes vermehrt vorkommen und auch die Suizidraten der indigenen Jugendlichen viel höher sind.⁴

Nicht nur der gesundheitliche Unterschied zwischen Einwanderern und indigener Bevölkerung ist sehr gross, sondern auch das Gefälle zwischen der ländlichen und städtischen Bevölkerung. Auf dem Land ist man höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und hat oft einen schlechteren Gesundheitsstatus: Erhöhter Blutdruck, Rheuma oder Depressionen treten viel häufiger auf.⁵ Gleichzeitig ist die Lebenserwartung im ländlichen Raum niedriger, das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist höher und die gesundheitliche Infrastruktur schlechter. Zudem ist die ländliche Bevölkerung weniger gebildet, weist höhere Arbeitslosigkeitsraten auf und verfügt über ein geringeres Einkommen.⁶

Es ist ein Mythos, dass alle Kanadier den gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben und deshalb auch «ähnlich» gesund sind. Trotz dieser Ungleichheiten sind die Kanadier aber stolz auf ihr Gesundheitswesen – Medicare, das staatliche Gesundheitsprogramm, wird von 90% der Kanadier als zentrales Merkmal für

Kanada genannt und Tommy Douglas, ehemaliger Premierminister, der 1947 den «Saskatchewan Hospital Services Plan» als erstes universelles Spitalversicherungsprogramm in Nordamerika einführte, wird als Nationalheld gefeiert.⁷ Zehn Jahre später etablierte Premierminister Louis St. Laurent eine weitere Regelung, die den Provinzen 50 Cent pro Dollar zusprach, wenn sie gewisse Kriterien befolgten. Heute liegt der staatliche Anteil bei 24 Cent pro gesprochenem regionalem Dollar.

Es ist ein weiterer Mythos, dass ALLE Leistungen über die staatliche Versicherung gedeckt sind. Rund 70% der Kosten übernimmt Medicare, das staatliche Versicherungsprogramm, 30% der Kosten werden von der Bevölkerung «Out-of-pocket» getragen. Über die 70% sind die Spitalkosten (inkl. Medikamentenversorgung während eines stationären Aufenthalts) und die ambulanten Arztkosten gedeckt. Gewisse Medikamente, Pflege zu Hause und Langzeitpflege werden privat und staatlich finanziert, während Zahnpflege, Augenmedizin, Komplementärmedizin sowie Physiotherapie ganz aus dem privaten Geldbeutel gezahlt werden. Gemäss mündlichen Aussagen kann es sein, dass eine chronisch kranke Person ohne Zusatzversicherung gewisse Medikamente nach einem Spitalaufenthalt selber zahlen muss und so durch ihre Zahlungsfähigkeit an Grenzen gelangt.

Zur Abwechslung: ein paar Fakten

Während in Kanada die Gesundheitskosten gemessen am BIP 10.7% ausmachen, liegt dieser Anteil in der Schweiz bei 12.2% (2018). Die Ausgaben pro Kopf liegen in Kanada für bei 4867 CHF während sie in der Schweiz bei rund 9'907 CHF lagen. Die Kosten sind in den Jahren seit 2010 in der Schweiz um knapp 20% gestiegen, während sie in Kanada um gut 22% gestiegen sind (vgl. Abbildung 1)

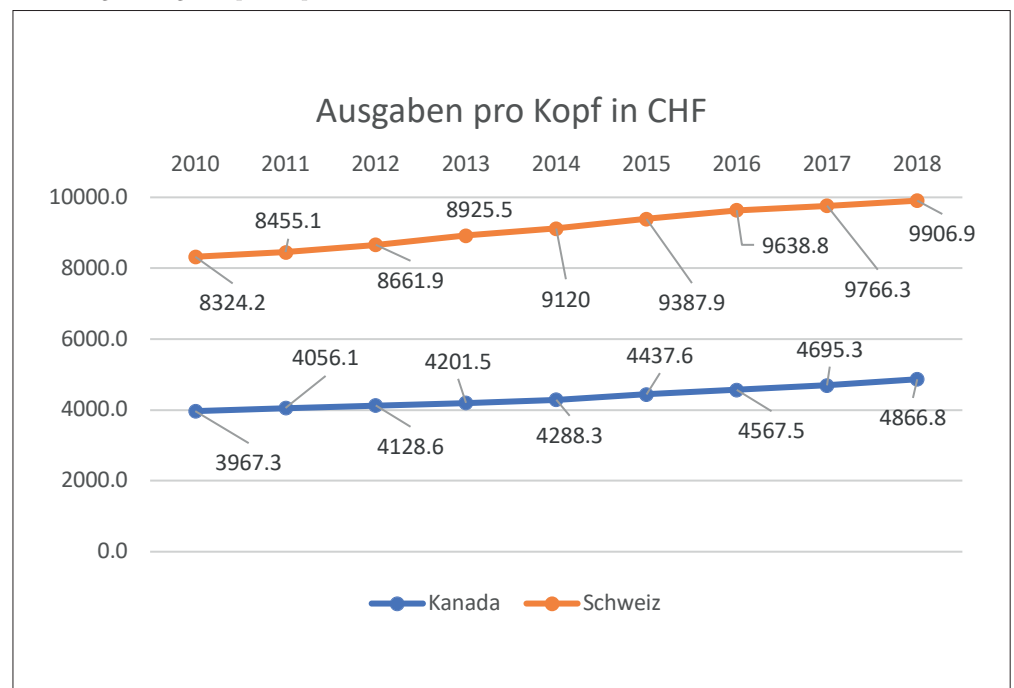
Die Kosten steigen also in ähnlichem Mass, liegen in Kanada grundsätzlich aber tiefer als in der Schweiz. Als Indikatoren für die Qualität des Gesundheitssystems werden oft die Lebenserwartung sowie Säuglingssterblichkeit aufgezeigt. Kanada liegt punkto Lebenserwartung leicht unter der Schweiz liegt (vgl. Abbildung 2) – sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Die Säuglingssterblichkeit ist in der Schweiz tiefer als in Kanada (Abbildung 3).⁸

Um die Qualität der Gesundheitssysteme zu vergleichen, werden oft weitere Indikatoren miteinbezogen, wie beispielsweise die Wartezeiten für Gesundheitsdienstleistungen. Während man in der Schweiz gemäss Commonwealth Fund 2016 in 57% der Fälle bei Krankheit einen Termin beim Arzt am gleichen oder nächsten Tag erhält, trifft dies in Kanada nur in 43% der Fälle zu. 30% der Kanadier warteten 2016 zudem zwei oder mehr

7 Martin, Danielle et. Al (2018): Canada's universal health-care system : achieving ist potential, The Lancet; 2018: 391:1718-35.

8 OECD (2019): <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>, Zugriff am 22.10.2019

Abbildung 1: Ausgaben pro Kopf in CHF (Quelle: OECD 2019)



3 Mündliche Aussage von Joshua Tepper, President and CEO of North York General Hospital Ontario
 4 Greenwood, Margo; de Leeuw, Sarah ; Lindsay, Nicole (2018): Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada, The Lancet, 2018.
 5 Williams/Kulig (2012), The Future of Rural Health Research: Concluding Thoughts. In: Kulig, J.C./Williams, A.M. (Hg.): Health in Rural Canada. Vancouver: UBC Press, 503-511.
 6 DesMeules et al. (2012): Rural Health Status and Determinants in Canada. In: Kulig, J.C./Williams, A.M. (Hg.): Health in Rural Canada. Vancouver: UBC Press, 23-44.

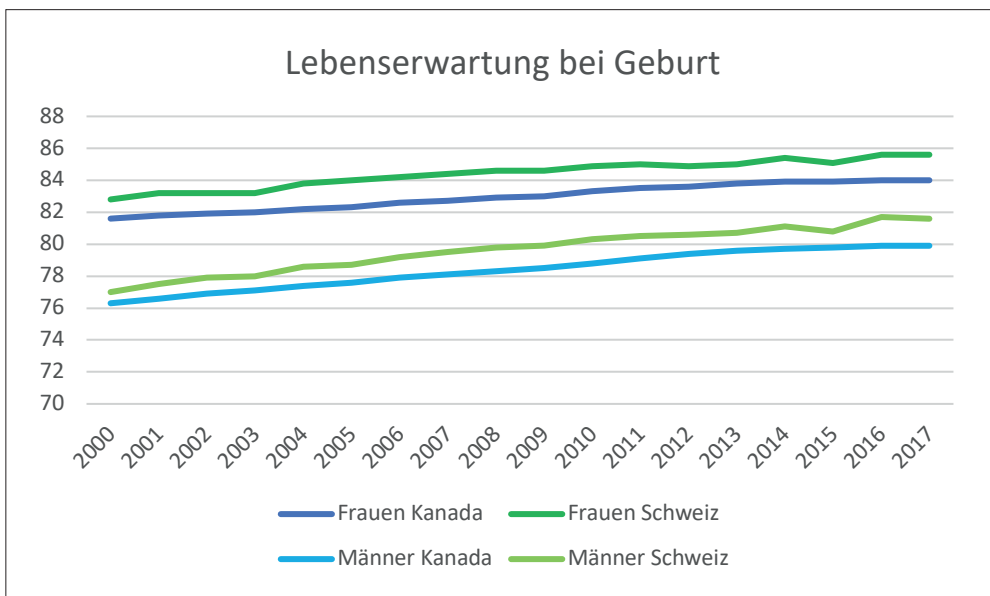


Abbildung 2: Lebenserwartung bei Geburt (Quelle: OECD 2019)

Monate für einen Termin beim Spezialisten, in der Schweiz mussten nur 9% so lange warten. Ähnliche Tendenzen zeigen sich zudem bei einem Wahleingriff: In Kanada betrug in rund 18% der Fälle die Wartezeit länger als vier Monate (Schweiz 7%). Diese Wartezeiten könnten mit der Ärztedichte zusammenhängen. Gemäss Commonwealthfund liegt die Ärztedichte in Kanada pro 1000 Einwohner bei 2.5 (Schweiz 4.1).

Dass die Kosten in der Schweiz höher liegen als in Kanada, kann mehrere Gründe haben: bessere Qualität, schnellerer Zugang oder höhere Ärztedichte. Ein abschliessendes Fazit kann an dieser Stelle nicht gezogen werden.

Staatliches Versicherungsprogramm und Staatsspitäler: ein starres und veraltetes System

In Kanada werden 70% der Gesundheitsdienstleistungen über das staatliche Programm «Medicare» gezahlt, das über Steuergelder finanziert ist. Ein einheitliches «single-payer-system», in dem der Staat vorgibt, wie die Versicherungen der Provinzen organisiert sein müssen, damit sie nationale Gelder erhalten. Sie müssen von einer Not-for-Profit-Organisation getragen werden oder können Teil der Regierung oder einer ausgelagerten Agentur sein.

Mit dem Canada Health Act (Einführung 1984) wurden die Prinzipien für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung eingeführt und gesichert – Tragbarkeit, Universalität, Zugang, Umfang, öffentliche Verwaltung. Da es nur diese fünf Prinzipien und kein national definiertes Paket an Leistungen gibt, können die Leistun-

gen von Provinz zu Provinz variieren. Wie in der Schweiz agieren die Hausärzte als Gatekeeper, viele Provinzen zahlen den Spezialisten tiefere Tarife für nicht durch Hausärzte verordnete Konsultationen. Die meisten Ärzte im ambulanten Bereich sind selbstständig tätig und arbeiten «fee-for-service». In den letzten Jahren gab es einen Shift zu Capitation-Bezahlung, insbesondere für Gruppenpraxen, wie das auch in der Schweiz ansatzweise passiert. Die Gesundheitsministerien der Provinzen verhandeln die Tarife (für Haus- wie Spezialärzte) mit provinziellen Gesundheitsverbänden; in gewissen Provinzen (British Columbia und Ontario) wurden

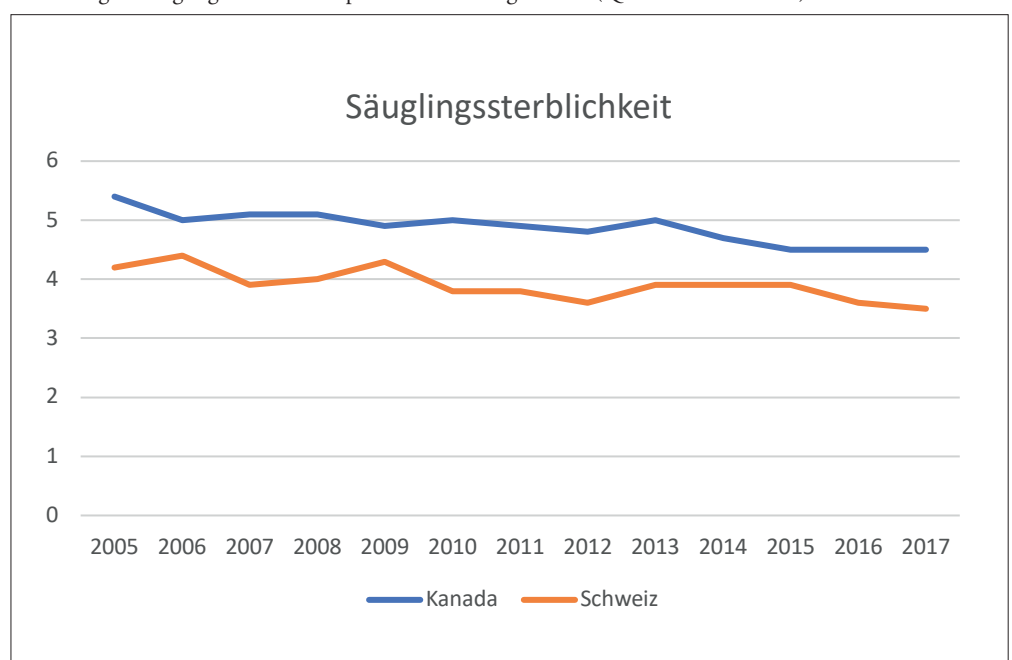
de die Bezahlung an gewisse «Performance» gebunden. Von diesen Eigenheiten erzählten die Delegierten der Gesundheitsministerien erstaunlich wenig – prinzipiell geht es darum, dass die Behandlung von Patienten mit komplexen Krankheiten mit Zusatzvergütungen belohnt werden.⁹

Die Spitäler sind in einem Mix aus privater und öffentlicher Organisation. Finanziert sind sie ausschliesslich über öffentliche Mittel, da Privatversicherungen keine Leistungen anbieten dürfen, die Medicare anbietet. In Provinzen mit regionalen Gesundheitsministerien sind viele Spitäler in öffentlichem Besitz, während sie in anderen Provinzen – wie beispielsweise Ontario – von einer Nonprofit-Organisation geführt werden. Die Spitäler operieren mit einem jährlichen Globalbudget, das mit dem Gesundheitsministerium (auf Ebene Provinz oder Staat) verhandelt wird. Ärzte, die in Spitätern arbeiten, sind nicht im Spital angestellt, sondern arbeiten selbstständig und sind nach «fee-for-service» bezahlt (vgl. Martin 2018).

Interessant ist der Besuch bei einer privaten Versicherung «Desjardins Assurance» in Quebec: Man kennt das staatliche Versicherungssystem im Detail und erläutert die Herausforderungen,

⁹ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Billing & Payment Guide for Family Health Organization (FHO) Physicians (2014); M. R. Lavergne, M. R. Law, S. Peterson et al., «A Population-Based Analysis of Incentive Payments to Primary Care Physicians for the Care of Patients with Complex Disease», Canadian Medical Association Journal, Oct. 18, 2016 188(15):E375–E383.

Abbildung 3: Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten (Quelle: OECD 2019)





Die Studienreise brachte der Gruppe viele neue Erkenntnisse

die auf das System zukommen. Über die private Versicherung bleibt nicht viel zu erzählen, denn der dritte Layer, in welchem «Desjardins» Versicherungen anbieten kann, ist im Vergleich relativ klein. Gemäss Zahlen des Commonwealthfund kaufen sich rund 67% der Kanadier Zusatzversicherungen¹⁰. 2014 wurden ca. 94% der Zusatzversicherungen über Arbeitgeber, Gewerkschaften oder andere Organisationen in einem Gruppenvertrag versichert und machten ca. 12% der gesamten Gesundheitskosten in

Kanada aus.¹¹ Der private Akteur hinterfragt – im Gegensatz zur Schweiz – nicht, wie das System aufgebaut ist. Während in der Schweiz verschiedene Stakeholder ständig an den Grundsatzfragen – wie beispielsweise mehr oder weniger Wettbewerb – rütteln, wird in Kanada die zentrale Steuerungsrolle der Provinzregierungen einfach akzeptiert. Das hat wohl auch mit der Mentalität der Kanadier zu tun: Obwohl Kanada in vielen Belangen wie die Schweiz ist – hoch entwickelt und effizient – fühlt man zwischen-

10 Commonwealthfund (2019): The Canadian Health Care System, <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>, Zugriff am 22.10.2019

11 Commonwealthfund (2019): The Canadian Health Care System, <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>, Zugriff am 22.10.2019

durch, dass die Ordnung an ihre Grenzen stösst: Es kann sein, dass der gleiche Artikel im Supermarkt mit drei verschiedenen Preisen versehen ist oder das Zügelunternehmen die Kisten für den Umzug vor das Haus stellt, und die Arbeit als erledigt betrachtet. Oft ist die Lücke zwischen Versprechen und Realität sehr gross.¹²

In der Schweiz kursiert der Mythos, dass staatlich organisierte Systeme und wenig Wettbewerb unter den Spitälern das System träge machen. In Kanada wird ersichtlich: Das staatliche «single-payer-system» und staatliche Spitäler haben an sich wenig Einfluss auf die regulatorischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen, die im Gesundheitswesen vor sich gehen. Trotz wenig Wettbewerb und Staatsspitalern, zeigt der Blick in die Geschichte von Medicare, dass Veränderungen in den letzten 30 Jahren möglich waren – jedoch sagen auch Experten, dass der Wandel aktuell zu langsam sei.¹³

12 Mündliche Aussage von Peter Jüni, Director Applied Health Research Centre, St. Michaels Hospital; Professor of Medicine, University of Toronto, lebt und arbeitet in Kanada.

13 Danielle et. Al (2018): Canada's universal health-care system : achieving ist potential, The Lancet; 2018: 391:1718-35.

In Kanada wird sehr viel Initiative und Phantasie aufgewendet, um im riesigen Gebiet eine erstklassige Gesundheitsversorgung zu bieten.



Globalbudget – Mythos oder Allheilmittel?

«Die Idee einer Kostenbremse im Gesundheitswesen ist populär», titelte Hansueli Schöchli seinen Kommentar in der «Neuen Zürcher Zeitung» am 8. März 2019. Während sich die Geister in der Schweiz bezüglich Globalbudget scheiden, ist es in Kanada Realität – wie auch in vielen Medienberichten in der Schweiz immer wieder betont wird. Ein Globalbudget bedeutet verbindliche Zielvorgaben (für Kosten oder Mengen) für einzelne Bereiche oder das gesamte Gesundheitssystem. Bei Überschreiten der Vorgabe der Kosten und/oder Mengen sieht ein solches Instrument meist finanzielle Sanktionsmechanismen vor.

Das Globalbudget als Konzept, wie die Schweizer Studienreisenden dies aus den politischen Diskussionen in der Schweiz kennen, weisen die beiden besuchten Gesundheitsministerien in Kanada nicht aus.¹⁴ In Ontario wird darauf hingewiesen, dass das «Globalbudget» eine politische Kalkulation darstellt, die ein Wachstum von 1 bis 2% statt wie zuvor von 7 bis 8% festhält. Ob das Budget einen Einfluss auf die Behandlungen oder Wartezeiten hat, weiss hier niemand. Das Health Ministry of Quebec erläutert das «Budget» als Posten innerhalb der gesamten Ausgaben des Staats – also einfach als Budgetposten der Staatsausgaben. Etwas differenziertere Informationen erhält die Studiengruppe beim Besuch des St. Michael Hospitals – eine Klinik, die neben dem normalen Betrieb auch grosse Bestrebungen im Forschungsbereich betreibt. Hier erfahren wir: Das Geld, das Kliniken erhalten, ist oft knapp berechnet. Zentrale Aussage ist denn auch, dass das Spitalequipment über grosszügige Spender und Partnerorganisationen finanziert wird, die ausserhalb der staatlichen Finanzierung Gelder in die Gesundheitsversorgung einbringen. Nichtsdestotrotz wird das Globalbudget regelmässig überschritten, harte Sanktionen für Budgetüberschreitungen existieren nicht, da sie politisch keine Akzeptanz hätten.

Was vor Ort erklärt wird, bestätigt auch die Literatur: Gemäss Sutherland et al. (2013) haben alle kanadischen Provinzen verschiedene Ansätze, wie sie die Finanzierung der Gesundheitsversorgung regeln, wobei eins allen gemeinsam sei: Das System des Globalbudgets. Globalbudgets seien «lump sums provided to individual hospitals to cover their operating expenses for a fixed period of time, typically for one year.» Die Bud-

14 Mündliche Aussagen vom Ontario Ministry of Health; Ministry of Health von Quebec



Aussicht über Toronto

gets werden oft basierend auf den vergangenen Ausgaben berechnet und mithilfe der Patientenzahl oder der Intensität der Ressourcennachfrage definiert. Globalbudgets sind einfach zu handhaben, relativ günstig in der Nutzung und garantieren eine gewisse Voraussagekraft sowie Stabilität für Spitäler und Regierungen – die in Tat und Wahrheit oft nicht eingehalten werden. Die Kehrseite der Medaille: In Kanada sind Globalbudgets historisch gewachsen, ohne Spenden sind die Ausgaben kaum zur Genüge gedeckt. Ausserdem bewirken die Spenden, dass die Finanzierung der Spitäler nicht klar mit dem Volumen, dem Typ oder der Qualität der Versorgung verbunden ist. Mit Blick auf die Wartezeiten liegt die Vermutung nahe, dass gewisse Spitäler ihre Dienstleistungen einschränken, da das Budget Ende Jahr ansonsten nicht aufgeht.¹⁵

Das Globalbudget bleibt auch nach der Reise in Mythos. Fakt ist: ein pfannenfertiges Rezept für das Globalbudget für die Schweiz gibt es nicht.

Nicht alles Gold was glänzt

Dass Kanada wie die Schweiz föderalistisch aufgebaut ist, ermöglicht es, gewisse Parallelen zu erkennen. Den Provinzen kommt, wie den Kantonen in der Schweiz, eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung zu. Doch kämpft Kanada mit ganz anderen gesundheitspolitischen Herausforderungen wie die Schweiz: Die grossen Unterschiede zwischen der indigenen Bevölkerung und den Einwanderern ist eine Proble-

15 J. M. Sutherland, R. T. Crump, N. Repin, et al., Paying for Hospital Services: A Hard Look at the Options (C.D. Howe Institute, 2013). J. M. Sutherland, R. T. Crump, and N. Repin, The Alberta Health Services Patient/Care-Based Funding Model for Long-Term Care: A Review and Analysis (Centre for Health Services and Policy Research, 2013).

matik, die in der Schweiz so nicht zu finden ist. Auch die Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen kennen wir in der Schweiz nicht in einem solchen Ausmass. Beide Gesundheitssysteme sind historisch gewachsen und weisen dadurch Eigenheiten auf, die starr und kaum aufzubrechen sind. Die Schweiz hat zwar die höheren Gesundheitskosten pro Kopf, jedoch auch den besseren Zugang und kürzere Wartezeiten, längere Lebenserwartung und tiefere Säuglingssterblichkeit.

Das Gesundheitswesen ist in beiden Ländern mit einem Anteil von über 10% am BIP ein zentrales Element der Volkswirtschaft und dementsprechend auch stark emotional aufgeladen. Dass ein solches Umfeld Mythen entstehen lässt, ist leicht erklärbar. Zentral ist es, Geschichten, wie jene über das Globalbudget oder den universellen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, zu beleuchten und zu hinterfragen. Denn wie immer zeigt sich: Jede Ausgestaltung des Gesundheitssystems hat seine Vor- und Nachteile.

Die Autorin

Judith Dissler MA Weltgesellschaft und Weltpolitik, arbeitet seit 2013 im Themenfeld Gesundheitspolitik in verschiedenen Gesundheitsorganisationen in der Schweiz.

Weitere Informationen

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SAGG-SAHE) veranstaltet jährlich eine Studienreise in ein Land mit einem Gesundheitssystem, das innovative Aspekte aufweist, dies nebst der Patronierung des gleichnamigen Kongresses, der im 2020 zum 17. Mal stattfindet. Siehe www.skgg.ch.