



# Gesundheit unterm Ahornblatt

Lokale Gesundheitszentren, multiprofessionelle Teams, vernetzte Krankenhäuser – darauf setzt die kanadische Provinz Ontario, um die medizinische Versorgung ihrer Landbevölkerung zu sichern. Ein Modell, von dem sich Deutschland etwas abschauen kann, sind **Michael Ewers, Doris Schaeffer und Kerstin Hämel** überzeugt.

**V**iele ländliche Regionen Deutschlands durchlaufen einen Strukturwandel. Während es jüngere Menschen und die mittlere Generation in Städte zieht, bleiben die meisten älteren und oft auch chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen am angestammten Ort zurück.

Dies wirft neue Versorgungsprobleme auf, zumal in wirtschaftlich benachteiligten Regionen unseres Landes – insbesondere im Nordosten – die Infrastrukturen ausdünnen. Es mangelt an wohnortnahen Einkaufsmöglichkeiten, sozialen oder kulturellen Einrichtungen. Ebenso fehlt es an Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern oder Pflegediensten. Dadurch ist keineswegs mehr überall und jederzeit eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gewährleistet.

Noch wird diese Entwicklung hierzulande überwiegend mit isolierten Einzelmaßnahmen beantwortet – etwa mit finanziellen Anreizen für Ärzte, die sich auf dem Land niederlassen. Welche strukturellen Veränderungen jedoch möglich wären, zeigt ein Blick in die kanadische Provinz Ontario, die bevölkerungsreichste Region des Landes.

In Kanada leben knapp 35 Millionen Einwohner auf einer Fläche von fast zehn Millionen Quadratkilometer. Allein die Provinz Ontario ist dreimal so groß wie Deutschland. Allerdings wohnen dort gerade einmal 13 Millionen Menschen. Wegen seiner geringen Siedlungsdichte und wenig ausgeprägter Infra-

struktur auf dem Land ist zwar insbesondere der nordwestlich der großen Seen gelegene Teil der Provinz kaum mit Deutschland vergleichbar. Aber rund um die Metropolen Ottawa, Toronto oder London sind in einem Radius von 100 bis 200 Kilometern Bedingungen anzutreffen, die den ländlichen Regionen Deutschlands nicht unähnlich sind.

**Ländliche Gebiete dünnen weiter aus.** Die insgesamt wachsende und vergleichsweise junge Bevölkerung im Einwanderungsland Kanada konzentriert sich auf die urbanen und prosperierenden Zentren, während ländliche Regionen zusehends „ergrauen“ und ausdünnen. Zwar liegt der Altenquotient leicht unterhalb des OECD-Durchschnitts. Aktuell kommen in ländlichen Regionen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter 23 im Rentenalter (in Deutschland sind es 34). In Ontario soll sich jedoch Prognosen zufolge bis zum Jahr 2041 die Zahl der über 65-Jährigen von derzeit 2,1 Millionen auf 4,5 Millionen verdoppeln – und das vor allem auf dem Land. Dabei ist die Landbevölkerung schon heute überdurchschnittlich häufig gesundheitlich und sozial belastet. Erkrankungen wie zum Beispiel erhöhter Blutdruck, Rheuma und Depressionen treten im Vergleich zur städtischen Bevölkerung deutlich häufiger auf. Große Unterschiede zeigen sich zudem bei der Arbeitslosigkeit, dem Einkommen, dem Bildungsstand und anderen sozialen Faktoren – stets zum Nachteil der Landbevölkerung.



## Family Health Teams versorgen Jung und Alt auch in abgelegenen Regionen.

**Wenig Ärzte auf dem Land.** Die ohnehin schwierige gesundheitliche und soziale Lage der ländlichen Bevölkerung wird durch einen Mangel an Versorgungsangeboten verschärft. Nur etwa 17 Prozent der Allgemeinärzte und etwa vier Prozent der Fachärzte Kanadas praktizieren auf dem Land. Auch fehlt es an Pflegekräften, Therapeuten oder Apothekern. Währenddessen schreitet die Konzentration von Versorgungsangeboten und Leistungserbringern rund um die Metropolen voran. Die daraus resultierenden Probleme wurden um die Jahrtausendwende herum in vielen Provinzen Kanadas unübersehbar und zum Gegenstand zahlreicher gesundheits- und sozialpolitischer Initiativen – so auch in Ontario.

**Lokale Netzwerke planen mit.** Die in vielen Provinzen als Lösungsansatz favorisierte Regionalisierung der Gesundheitsversorgung hat Ontario erst mit einiger Verspätung forciert. Im Jahr 2006 entstanden 14 sogenannte Local Health Integration Networks (LHINs). Sie sind für eine große Spannweite an Aufgaben zuständig, angefangen bei der Planung der Krankenhaus- und Notfallversorgung über die psychiatrische Gesundheitsversorgung, die öffentlichen Gesundheitsdienste und Labore bis hin zur stationären und ambulanten Langzeitversorgung.

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen übernimmt traditionell das Gesundheitsministerium der Provinz. Die Bedarfplanung und Steuerung in diesem Bereich erfolgt jedoch in enger Abstimmung mit den lokalen Gesundheitsnetzwerken, um so die Integration der verschiedenen Versorgungsangebote zu fördern. Die Einführung dieser neuen Behörden ist politisch nicht unumstritten. Sie haben aber strukturelle Veränderungen zur Beantwortung der Krise der ländlichen Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen können, die auch für Deutschland anregend sind.

**Von Daten zu Taten.** Großen Wert legt Ontario darauf, dass Entscheidungen datengestützt erfolgen. Sie basieren auf differenzierten Informationen über die gesundheitliche und soziale Lage in den einzelnen Landesteilen sowie über die dort vorhandenen Einrichtungen. Die Leistungen, das Nutzungsverhalten sowie die Ergebnisse werden regelmäßigen Qualitätsprüfungen

unterzogen. „Von Daten zu Taten“ heißt das Motto der Behörden, Krankenhäuser, Ärzte und anderen Gesundheitsberufe, um nachhaltige Reformen zu fördern.

**Informationen öffentlich zugänglich.** Selbstverständlich ist, dass alle Daten öffentlich zugänglich gemacht und den vor Ort lebenden, von den Entscheidungen betroffenen Menschen, den Leistungsanbietern (Krankenhäuser, Ärzte, Pflegende etc.), Land- und Stadträten, Parteien, Bürgervertretungen und Patientenorganisationen kommuniziert werden. Deren Information und Einbindung soll die Akzeptanz der Umgestaltung fördern. Ökonomische Reformmotive spielen – trotz der auch in Ontario klammen Kassen – keine dominierende Rolle im öffentlichen Diskurs um die ländliche Versorgung. Vielmehr besteht Konsens darüber, dass die Grundversorgung auf- und ausgebaut werden muss, um dem zuvor erhobenen Bedarf auf Seiten der Bevölkerung entsprechen zu können.

Alle bisher genannten Faktoren werden hierzulande in ihrer Bedeutung noch häufig unterschätzt: die datengestützte Herangehensweise, die Einbindung der regionalen Bevölkerung und der örtlichen Anbieter und Interessenvertreter sowie die Schaffung reformfreundlicher Bedingungen etwa durch eine ideelle oder finanzielle Förderung der Provinzregierung zum Beispiel für neue Versorgungsmodelle oder auch die Schaffung rechtlicher Freiräume unter anderem bei der Vertragsgestaltung. Für eine zielkonforme und nachhaltige Umsetzung von Reformen für eine bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen sind diese Faktoren von großer Bedeutung.

**Gesundheitszentren als Eintrittspforte.** Mit verschiedenen Initiativen versucht Ontario, dem Rückzug gesundheitlicher und sozialer Dienstleister aus der Fläche entgegenzuwirken. Auch der Landbevölkerung soll eine niederschwellige, jederzeit verfügbare, bedarfsgerechte und nutzerzentrierte Gesundheits- und Sozialversorgung garantiert werden. Dazu wurden die Familien- und Allgemeinmedizin politisch gefördert, beginnend mit Imagekampagnen über den Ausbau von Ausbildungskapazitäten an den Hochschulen bis hin zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten – solche eher konservativen Anstrengungen werden auch hierzulande unternommen.

In Ontario geht man aber noch weit darüber hinaus, um das Angebot an traditionellen (Land-)Arztpraxen zu erweitern. Seit Jahren werden dort ergänzend multiprofessionelle Familiengesundheitsteams (Family Health Teams FHT) und lokale Gesundheitszentren (Community Health Centres CHC) als zentrale Eintrittspforte in das Gesundheitssystem gestärkt und ausgebaut. Diese Gesundheitsteams und Zentren konzentrieren sich auf die Allgemein- und Grundversorgung der Landbevölkerung. Sie betreuen alle Patientengruppen mit den unterschiedlichsten gesundheitlichen Anliegen: Schwangere ebenso wie Säuglinge und Kleinkinder, Jugendliche und erwachsene Frauen und Männer mit akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen, ältere Patienten oder auch Menschen am Lebensende.

Seit 2005 sind in über 200 Gemeinden Ontarios 184 Familiengesundheitsteams gegründet worden. 68 davon versorgen

# Für Jedermann und förderal: Kanadas Gesundheitswesen

Das föderal strukturierte Kanada unterhält ein öffentliches Gesundheitssystem (Medicare) mit **einheitlicher Rahmengesetzgebung** (Canada Health Act 1984). Über Medicare versichert sind kanadische Bürger und Ausländer mit bewilligtem Einwanderungsantrag (permanent residence status). Wer temporär in Kanada lebt, muss sich privat krankenversichern. Allerdings bieten einige Provinzen Medicare-Leistungen auch für bestimmte Gruppen von Ausländern ohne permanent residence status an.

**70 Prozent der Gesundheitsausgaben werden aus Steuermitteln finanziert.** Dies ermöglicht allen Bürgern einen ungehinderten Zugang zu einer gesundheitlichen Grundsicherung. Anders als in Deutschland müssen keine zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträge entrichtet werden. Allerdings wird im Krankheits- oder Pflegefall die individuelle Bedürftigkeit geprüft. Auch besteht ein **hohes Maß an Eigenverantwortung**. 30 Prozent der Gesundheitsausgaben müssen die Bürger selbst aufbringen zum Beispiel Zahnarztkosten, Zuzahlungen für Medikamente, Hilfsmittel oder spezielle Krankenhausleistungen. **Viele Kanadier haben hierfür eine Privatversicherung abgeschlossen.**

Die Gesundheitsversorgung vor Ort wird durch **Transferzahlungen der Bundesregierung unterstützt, jedoch von den Provinzen verantwortet** und in vielen Punkten uneinheitlich ausgestaltet. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, der akutstationären Versorgung oder auch der Langzeitversorgung und Pflege legen die Provinzen fest. **Die ärztliche Versorgung in Ontario plant und steuert das Gesundheitsministerium.** Die übrige Versorgung verantworten dagegen die regionalen Behörden vor Ort, da sie mit den Problem- und Bedarfslagen in den einzelnen Landesteilen vertrauter und folglich eher als die Bundes- oder Provinzregierung in der Lage sind, bedarfsgerechte Lösungen zu finden.



Bevölkerungszahl

**35,4**

Millionen, davon  
13,3 Millionen  
in Ontario

## Zahlen, Daten, Fakten

Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (2011)	4.552 US-Dollar
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2011)	11,2 Prozent
Arzneimittelausgaben pro Kopf (2011)	701 US-Dollar
Anteil der Arzneimittelausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2011)	1,9 Prozent
Anteil der stationären Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit	20 Prozent
Anteil der ambulanten Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit	35 Prozent
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner insgesamt (2010)	2,75
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner für die Akutversorgung (2010)	1,73
Verweildauer im Krankenhaus (akutstationäre Versorgung) (2010)	7,7 Tage
Anzahl der praktizierenden Ärzte je 1.000 Einwohner (2011)	2,44
Anzahl der praktizierenden Pflegenden je 1.000 Einwohner (2011)	9,25
Anzahl der aktiven Familien-/Allgemeinmediziner (2013)	39.392
Anzahl der aktiven Fachärzte (2013)	38.282
Anzahl registrierter Pflegefachkräfte (Registered Nurses) (2014)	293.205
<i>darunter:</i> akademisch ausgebildete Nurse Practitioner	3.966

Siedlungsdichte

**3,2**

Einwohner pro Quadratkilometer

**28 Prozent der Bevölkerung  
leben auf dem Land –  
auf 96 Prozent der  
Landesfläche**

Quellen: OECD (2013): *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing; CIHI – Canadian Institute for Health Information (2013): *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians*; CIHI - Canadian Institute for Health Information (2015): *Regulated Nurses 2014. Report*



Weg vom Land und ab in die City: Während Toronto und andere Metropolen Kandas hohe Anziehungskraft haben, ergrauen immer mehr strukturschwache Regionen.



Menschen in ländlichen Regionen und 42 sind in abgelegenen nördlichen Gemeinden angesiedelt. Aktuell sind über drei Millionen Bürgerinnen und Bürger Ontarios in FHTs eingeschrieben. Demgegenüber bestehen von den insgesamt 101 lokalen Gesundheitszentren in Ontario einige bereits seit über 40 Jahren. Viele davon unterhalten Satelliteneinrichtungen an unterschiedlichen Standorten. Aktuell werden etwa 500.000 Bürgerinnen und Bürger Ontarios von diesen Einrichtungen versorgt. Bis zum Jahr 2020 sollen es eine Million sein.

**Patienten schätzen Einschreibemodell.** Üblicherweise arbeiten die Teams und Zentren nach einem Einschreibemodell: Patienten binden sich an einen dort tätigen Primärversorger aus der Medizin oder Pflege. Dem sind sie dann mit ihrem sozialen Umfeld (oft über lange Zeit) persönlich bekannt. Entsprechend individuell und kontinuierlich können die Patienten auch betreut werden. Zwar besteht auch in Kanada das Recht auf freie Arztwahl. Die Patienten schätzen aber die mit dem Einschreibemodell einhergehende Verbindlichkeit. Im Bedarfsfall können sie sich darauf verlassen, dass sie an Spezialisten in den urbanen Zentren weitergeleitet oder Telekonsultationen genutzt werden, um ihre Behandlung zu sichern. Dies soll insbesondere alten und chronisch kranken Patienten weite Wege mit dem Auto ersparen, zugleich aber die vor Ort nicht verfügbare fachärztliche Expertise einbinden.

**Vergütungsmix geschaffen.** Vorteilhaft für die Patienten ist auch die multiprofessionelle Ausrichtung der Zentren. Neben Ärzten und Pflegenden treffen sie dort Diätologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Pharmazeuten und andere Berufsgruppen an, die für eine umfassende und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung benötigt werden. Die Finanzierung der Familiengesundheitsteams und der lokalen Gesundheitszentren speist sich aus unterschiedlichen Quellen (Gesundheits- und Sozialministerium, lokale Behörden) und kann sowohl Einzelleistungsvergütungen, Fallpauschalen oder erfolgsorientierte Prämien umfassen.

Die Förderung von Familiengesundheitsteams und Gesundheitszentren knüpft an lange zurückreichende Forderungen der Weltgesundheitskonferenz von Alma Ata im Jahr 1978 zum Ausbau einer wohnortnahen Primärversorgung an. Ontario entwickelte vorhandene regionale Initiativen kontinuierlich weiter und passte sie schrittweise an die sich verändernden Ge-

sundheitsprobleme der Bevölkerung an. In seinem letzten Gutachten von 2014 hat der deutsche Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfohlen, diesem Vorbild zu folgen. Auch hierzulande sollten künftig multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren aufgebaut und diese wichtige Säule der Versorgung gestärkt werden.

**Qualifizierte Pflegekräfte leiten „Praxen“.** Um angesichts des auch in Ontario verbreiteten Arztmangels die Gesundheitsversorgung der Landbevölkerung zu sichern, werden weitere, für Deutschland ungewöhnliche Wege beschritten – etwa mit der Einrichtung von „Nurse Practitioner Led Clinics“ (NPLCs). Anders als der Name vermuten lässt, handelt es sich dabei um ambulante Einrichtungen, die von ihrem Erscheinungsbild her Arztpraxen ähneln. Allerdings werden sie von speziell qualifizierten Pflegenden mit Master-Abschluss (Nurse Practitioner) geleitet, die sich auf die Diagnose, Behandlung und Begleitung vorwiegend chronisch kranker Patienten konzentrieren. In akuten oder kritischen Fällen arbeiten sie eng mit traditionellen Arztpraxen oder Krankenhäusern zusammen.

**Ausschreibung funktioniert.** Die Einrichtung dieses auch für die Provinz Ontario neuartigen Angebots erfolgte im Rahmen einer modellhaften Ausschreibung durch die regionalen Gesundheitsbehörden (LHINs), um 40.000 Patienten aus ansonsten unterversorgten Regionen erreichen zu können. Neben dem Nachweis des Bedarfs in der jeweiligen Region wurden in einem zweistufigen Verfahren die Einhaltung von im Vorfeld festgelegten Ausbildungs- und Qualitätsstandards sowie die vorgelegten Betriebskonzepte überprüft. Den Zuschlag gab es schließlich für das qualifizierteste und wirtschaftlich überzeugendste Angebot.

Inzwischen gibt es in 24 Gemeinden der Provinz Ontario 26 Nurse Practitioner Led Clinics. Die Finanzierung der Personal- und Betriebskosten stellen die LHINs durch eine Pauschalvergütung sicher. Das soll kostentreibende Effekte verhindern, wie sie etwa mit der Einzelleistungsvergütung im ärztlichen Bereich beobachtet wurden (zum Beispiel Mengenausweitungen). Die Pflegeexperten können ihren Kompetenz- und Verantwortungsbereich erweitern und sich weiter professionalisieren. Die ländliche Bevölkerung profitiert von einem ungehinderten Zugang zu einer qualifizierten Primärversorgung.



**Keine Hightechmedizin in kleinen Krankenhäusern.** Um dem schrittweisen Rückzug der Leistungsanbieter aus der Fläche entgegenzuwirken, setzt Ontario zugleich auf den Erhalt von kleinen Landkrankenhäusern. Dabei wird berücksichtigt, dass diese Häuser der zumeist älteren und chronisch kranken Bevölkerung vielfach Sicherheit geben. Sie sind aber weniger Einrichtungen der technikintensiven Hochleistungsmedizin als vielmehr Anlaufstelle rund um die Uhr und gewährleisten in den strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe und niederschwellige Grundversorgung.

**Kleinsthospitäler sind eng vernetzt.** Damit diese Klein- und Kleinstkrankenhäuser – einige haben gerade einmal zwölf Betten – überhaupt erhalten und wirtschaftlich geführt werden können, fördern die regionalen Gesundheitsbehörden deren Verknüpfung zu regionalen Netzwerken. Hierzu werden zum Beispiel entsprechende Verhandlungen mit den Trägern geführt oder finanzielle Anreize für die überwiegend staatlich finanzierten Einrichtungen gesetzt. Als Teil eines ländlichen Krankenhausnetzes können sich die kleinen Häuser auf einzelne Problemlagen konzentrieren, sich bei Überlastung gegenseitig unterstützen und Einrichtungen zur Diagnostik oder Therapie gemeinschaftlich nutzen. Zudem stimmen diese Netze die Notfallversorgung der Region untereinander ab.

**Wenig angestellte Klinikärzte.** Vielfach leiten Pflegemanager diese kleinen stationären Einrichtungen. Angestellte Ärzte sind selten anzutreffen. Vielmehr wird die medizinische Behandlung im Belegarztsystem von niedergelassenen Ärzten oder Familiengesundheitsteams sichergestellt. Das fördert ganz nebenbei die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und damit eine integrierte Versorgung.

Die Finanzierung der ländlichen Krankenhausnetze speist sich aus unterschiedlichen Quellen. Die ärztliche Versorgung bezahlt das Gesundheitsministerium, den Betrieb inklusive aller Personal- und Sachkosten die regionalen Gesundheitsbehörden. Die Grundstücke und Gebäude der Landkrankenhäuser stellen oft Träger- und Fördervereine oder die Gemeinden zur Verfügung, was deren Verantwortung für diese Einrichtungen unterstreicht.

Die Liste der Initiativen und Modelle zur Versorgung der Landbevölkerung ließe sich noch ergänzen. Stattdessen sollen

aber an dieser Stelle zusammenfassend einige der leitenden Prinzipien herausgestellt werden, mit denen Ontario auf die Probleme der ländlichen Gesundheitsversorgung reagiert.

**Prävention großgeschrieben.** Reformanstrengungen in Ontario sind nicht darauf beschränkt, jederzeit und überall einen niederschweligen Zugang zu einer (allgemein)medizinischen und zumeist kurativen Versorgung zu ermöglichen. Vielmehr setzt die Provinz auch auf Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die Gesundheit der Landbevölkerung soll möglichst lange erhalten, Gesundheitsrisiken begrenzt und dem Eintritt von Krankheiten oder sozialen Problemen vorgebeugt werden. Dabei wird entweder die Gesamtbevölkerung einer Region mit ihren Lebensbedingungen in den Blick genommen oder bestimmte Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Landwirte, die wegen ihrer Arbeit dem Risiko ausgesetzt sind, Allergien oder Atemwegserkrankungen zu entwickeln. Hervorzuheben ist zudem, dass gesundheitsförderliche Initiativen nicht isoliert organisiert, sondern von den Gesundheitszentren gemeinsam mit den örtlichen Verantwortungsträgern entwickelt und umgesetzt werden.

**Alles aus einer Hand.** Gesundheitsversorgung auf dem Land muss von der Geburt bis ins hohe Alter reichen. Sie muss bei akuter Krankheit, bei chronischen Erkrankungen, bei der Rehabilitation, in der Langzeitpflege wie auch am Lebensende sichergestellt sein und ein Höchstmaß an Verbindlichkeit und Kontinuität bieten. Dies verlangt nach einer generalistischen Perspektive und danach, neben der üblichen Diagnostik und Therapie auch psycho-soziale und rehabilitative Unterstützung, Information und Beratung, Gesundheitsbildung, Selbstmanagementförderung sowie anderes mehr anzubieten. Dies alles möglichst in einer Anlaufstelle anzusiedeln – zum Beispiel in einem lokalen Gesundheitszentrum –, ist insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen und für ältere, bewegungseingeschränkte Menschen von Vorteil.

**Kooperation statt Zunftdenken.** Landärzte sind auch in Ontario wichtig, allerdings sind darüber hinaus Pflegende, Therapeuten (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie), Diätologen, Apotheker und andere Berufsgruppen aktiv und verantwortlich an den Reforminitiativen beteiligt. Vor allem die akademisch qualifizierten



## Lokale Gesundheitsnetzwerke und nachbarschaftliche Hilfe sind die Schlüssel zum Erfolg.

Pflegekräfte werden als wichtige Akteure angesehen, um kooperativ und auf Augenhöhe mit den anderen Gesundheitsprofessionen und vor allem in gemeinsamer Verantwortung mit ihnen die regionalen Gesundheitsprobleme lösen zu können. Teambasierte multiprofessionelle Versorgungsmodelle gelten daher in Ontario als Schlüssel zum Erfolg, wenn es um bedarfsgerechte Antworten auf die vielfältigen und komplexen Anforderungen in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung geht.

**Bürger engagieren sich.** Die Bevölkerung mit ihrem Bedarf, ihren Präferenzen und kulturellen Besonderheiten ist Ausgangs- und Zielpunkt aller Reformen. Nutzerfreundlichkeit und Patientenorientierung werden nicht nur propagiert, sondern bei der Reform des Versorgungssystems, bei der Gestaltung von Versorgungsangeboten und nicht zuletzt bei individuellen Behandlungsentscheidungen konsequent umgesetzt.

Damit dies auch gelingt, werden Information, Beratung und Gesundheitsbildung als gemeinsamer Auftrag angesehen und auf vielfältige Weise realisiert. Ontario unterstützt Selbstorganisation, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement und verknüpft sie mit der professionellen Versorgung, um ein patientenzentriertes, auf Mitbestimmung und Mitwirkung angelegtes Gesundheitswesen zu fördern. Beispiele für das bürgerschaftliche Engagement sind nachbarschaftlich organisierte Fahrdienste oder auch das von einem Diätberater und zahlreichen Ehrenamtlichen organisierte gemeinsame Mittagessen für ältere Alleinlebende in einem Gemeindegesundheitszentrum.

Auch in Deutschland werden die Herausforderungen der ländlichen Gesundheitsversorgung immer offensichtlicher. Die hiesige Diskussion beschränkt sich allerdings noch vielfach einseitig auf die Sicherstellung der individuellen Krankenbehandlung in Form der (haus- und fach-)ärztlichen Einzelpraxis. Hingegen können die Beobachtungen aus Ontario dazu dienen, den Blick zu weiten und die Suche nach Lösungsansätzen für eine dem Bedarf der Landbevölkerung und den regionalen Bedingungen entsprechende Gesundheitsversorgung zu intensivieren.

**Nicht alles ist rosarot.** Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass auch die Provinz Ontario längst nicht alle Probleme gelöst hat. Insbesondere gibt es relativ lange Wartelisten für Routineeingriffe oder auch Leistungskürzungen – etwa bei der Pflege. Gleichzeitig sehen sich die Leistungserbringer mit begrenzten Zuwendungen, einem wachsenden Effizienzdruck sowie begrenzten Einkommenserwartungen konfrontiert. Höhere Gehälter in den nahe gelegenen USA oder auch ein attraktiveres Lebensumfeld in den Metropolen sind und bleiben ein Problem für die ländlichen und strukturschwachen Gemeinden. Dem allein durch den stundenweisen Einsatz berenteter Ärzte und Pfleger, familienfreundliche Arbeitsbedingungen und eine Willkommenskultur auf dem Land begegnen zu wollen, wird wohl nicht ausreichen.

**Chancen für Profis.** Trotz alledem: Das Beispiel der kanadischen Provinz Ontario zeigt, welche Chancen mit einer niederschweligen, wohnortnahen, integrierten und kontinuierlichen, multiprofessionellen und partizipativ angelegten Gesundheitsversorgung verbunden sind – nicht nur für die Landbevölkerung sondern auch für die verschiedenen Leistungserbringer. Diese Möglichkeiten sollten daher auch hierzulande intensiver genutzt werden, um den Problemen bei der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung zu begegnen. Die Forderung des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen nach lokalen Gesundheitszentren in der Primär- und Langzeitversorgung speziell für ländliche Regionen zügig umzusetzen, wäre ein erster Schritt in diese Richtung. ■

**Prof. Dr. Michael Ewers** ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler und seit 2009 Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. **Prof. Dr. Doris Schaeffer** lehrt Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet dort die AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft sowie das Institut für Pflegewissenschaft. **Prof. Dr. Kerstin Hämel** ist Gesundheitswissenschaftlerin mit Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

**Kontakt: m.ewers@charite.de**

### Lese- und Webtipps

- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): **Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen.** Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa.
- Zu den Familiengesundheitsteams: Rosser WW, Colwill JM; Kasperski J, Wilson L (2011): **Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home.** Annals of Family Medicine 9 (2), 165–171
- Zu den lokalen Gesundheitszentren: Collins PA, Resendes SJ, Dunn JR (2014): **The Untold Story: Examining Ontario's Community Health Centres' Initiatives to Address Upstream Determinants of Health.** Healthcare Policy 10 (1), 14–29
- Umfassende Informationen zum kanadischen Gesundheitssystem auf der Homepage von Health Canada: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- Homepage des Gesundheitsministeriums Ontario: [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca)