

Übergreifende Einleitung in das Thema Krankheit – Sachleistungen (Tabelle II)

Das Recht auf Zugang zu Gesundheitsleistungen zur Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung zeichnet eine solidarische Gesellschaft aus. Fortschritte in der medizinischen Praxis, von Diagnoseverfahren und verbesserter öffentlicher Gesundheitsversorgung bis hin zu neuen Medikamenten und chirurgischen Verfahren, haben zu deutlichen Verbesserungen in Bezug auf Morbidität und Lebenserwartung geführt; gleichzeitig steigen die Kosten für medizinische Versorgung jedoch kontinuierlich an. Die Gesundheitsversorgung ist zudem eng mit einer Reihe von Risiken und den damit verbundenen Sozialversicherungsleistungen verknüpft, wie beispielsweise Leistungen für Krankheit, Arbeitsunfälle und Mutterschaft. Darüber hinaus ist allgemein bekannt, dass Indikatoren schlechter Gesundheit eng mit Lebenserwartung, sozioökonomischem Status, Armut und Lebenschancen korrelieren.

Die Beziehung zwischen Gesundheitsversorgung und Regierung ist problematischer als diejenige zwischen Sozialversicherung und Staat. Obwohl die Gesundheitsversorgung zentrale Verantwortung aller Regierungen ist, sind letztere in unterschiedlich starkem Maße in der Planung, der Finanzierung, dem Management, der Umsetzung und der Qualitätssicherung involviert. Bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten gibt es ein großes Spektrum. Manche Länder haben Gesundheitsversorgungssysteme, die dem Staat „gehören“ und in denen die Fachkräfte des Gesundheitswesens von der sozialen Sicherheit angestellt sind. In anderen Ländern hingegen spielt der Privat- und/oder gemeinnützige Sektor eine dominante Rolle bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen, oft im Rahmen einer Vereinbarung mit der sozialen Sicherheit. In einigen Ländern wird eine Unterscheidung zwischen sozialer Sicherheit und Gesundheitsversorgung vorgenommen, aber auf europäischer Ebene umfasst der Begriff „sozialer Schutz“ beide Bereiche.

Die Grundprinzipien, auf denen die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen aufbauen, sind je nach Land unterschiedlich. In manchen Ländern ist es möglich, dass allen Einwohnern ein universeller (nationaler) Gesundheitsdienst zur Verfügung steht, welcher aus allgemeinen Steuermitteln finanziert wird. In anderen Ländern ist

Übergreifende Einleitungen zu den MISSOC Tabellen

allerdings die Gesundheitsversorgung eng mit dem Sozialversicherungsverlauf verbunden, wobei Zugang und Ansprüche gemäß den entsprechenden Regeln und Bestimmungen festgelegt werden. In diesen Ländern ist normalerweise der persönliche Anwendungsbereich des Gesundheitssystems auf den Großteil der Bevölkerung ausgedehnt. Wenn Personen (oder deren Hinterbliebene) keine Ansprüche im Rahmen der Sozialversicherung erworben bzw. diese Ansprüche aufgebraucht haben, müssen sie ihre Gesundheitsversorgung über den privaten Markt absichern oder sich auf sozialhilfebasierte medizinische Versorgung verlassen. In solchen Fällen besteht das Risiko, dass die Bandbreite und Qualität der Dienste variieren und entsprechend ungleiche Behandlungsergebnisse erzielt werden. In anderen Ländern, in denen der Zugang zu Gesundheitsversorgung auf Grundlage des Wohnsitzes oder der Staatsangehörigkeit und nicht auf Basis der Versicherung oder Zahlungsfähigkeit gewährt wird, ist die Versorgung universell, jedoch lassen sich Ungleichheiten nicht völlig beseitigen. Nichtsdestotrotz sind Regierungen unter solchen Bedingungen besser in der Lage, Prioritäten in der Gesundheitsversorgung mitzugestalten und die Zuteilung der Mittel zu steuern – obwohl auch sie darauf angewiesen sind, einen Konsens mit starken Interessenvertretungsgruppen wie den Vertretern der medizinischen Berufe und der Pharmaindustrie zu erzielen.

Desweiteren kann man Gesundheitssysteme in Sachleistungssysteme und Erstattungssysteme aufteilen. In ersteren, welche auch nationale Gesundheitsdienste einschließen, stellen Dienstleister die der sozialen Sicherheit gehören, bei ihr angestellt sind oder vertraglich verbunden sind, im Allgemeinen kostenlose medizinische Versorgung zur Verfügung und werden direkt von der sozialen Sicherheit bezahlt. Erstattungssysteme verleihen versicherten Personen das Recht auf Rückerstattung der Rechnungen für medizinische Versorgung, welche sie selbst zuvor beglichen haben. Bei erheblichen Beträgen (wie beispielsweise für Krankenhauskosten) wird dieses System nicht genutzt zugunsten eines Drittzahler-Systems.

In beiden Systemen kann es vorkommen, dass der Patient einen Teil der Kosten selbst tragen muss. Solche Kostenbeteiligungen der Patienten können verschiedene Formen annehmen (beispielsweise Zuzahlungen, Franchiser, etc.) und viele Systeme sehen Ermäßigungen oder Ausnahmen, für schwächere Bevölkerungsgruppen vor.

Übergreifende Einleitungen zu den MISSOC Tabellen

Das Gesundheitswesen ist alles andere als homogen. Tatsächlich bestehen bedeutende klinische und berufsbezogene Unterschiede zwischen dem Bereich der „primären Gesundheitsversorgung“ zum einen, welche in der Regel durch Allgemeinärzte erfolgt (und durch medizinisches Personal, wozu auch Gesundheitsberater, Praxis- und Gemeindeschwestern/-pfleger zählen) und dem Bereich der „sekundären Gesundheitsversorgung“ oder „Akutversorgung“ durch speziell ausgebildetes Personal hauptsächlich in Krankenhäusern zum anderen. Eine dritte und zunehmend wichtigere „Domäne“ ist der Bereich der „öffentlichen Gesundheit“, bei dem der Fokus auf Prävention statt Heilung liegt und der sich auf Maßnahmen stützt, welche über die Risiken des Rauchens und von Alkohol- und Drogenmissbrauch informieren und die Förderung der sexuellen Gesundheit, die positive Wirkung körperlicher Bewegung und ausgewogene Ernährung zum Ziel haben.

In den vergangenen Jahrzehnten hat eine strategische Neuorientierung stattgefunden: weg von Krankheitsmanagement hin zu Prävention und Gesundheitsförderung, von kostenintensiven Leistungen in Einrichtungen für Akutmedizin hin zu effektiver Unterstützung durch mobiles Gesundheitspersonal (häufig Pfleger und Therapeuten statt Ärzte), welches Menschen in oder in der Nähe ihrer eigenen Wohnung unterstützen kann.

Der Schwerpunkt wird auf ganzheitliche Diagnosen und nahtlose „Betreuungspfade“ gelegt, was zur Entstehung von „Versorgungspaketen“ führt, welche sich am Patienten orientieren, in der Nähe des Wohnorts erbracht werden und an die Patientenbedürfnisse angepasst sind.

Gesundheitsversorgung umfasst auch zahnmedizinische Dienste, pharmazeutische Produkte (die in manchen Ländern für bestimmte Gruppen kostenfrei sind und in anderen Ländern nur gegen Bezahlung zur Verfügung gestellt werden) sowie Prothesen, Brillen und Hörgeräte.