

2.1. Allgemeine Angaben zum Teilprojekt C3

2.1.1. Titel: Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern

2.1.2. Projektleitung

Rothgang, Heinz, Prof. Dr.
geb. 12.01.1963, deutsch
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (jetzt SOCIUM)
Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen
Tel.: +49 421 218 58557, E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

2.2. Entwicklung des Teilprojekts

2.2.1. Bericht

a) Kenntnisstand und Ausgangsfragestellung bei der letzten Antragstellung

Das Teilprojekt C3 untersuchte die veränderte Rolle des Staates in OECD-Gesundheitswesen seit dem Ende des „Goldenen Zeitalters des Wohlfahrtsstaates“. Um den Staatswandel systematisch zu beschreiben, wurden die Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung gesondert betrachtet. Zentrales Ergebnis der ersten Teilprojektphase war eine Annäherung der OECD-Gesundheitswesen durch eine Konvergenz des öffentlichen Finanzierungsanteils, einen gemeinsamen Privatisierungstrend in der Leistungserbringung und eine Hybridisierung der Regulierung (Rothgang u.a. 2010). Letzteres beschreibt die Integration systemfremder Steuerungsmechanismen in primär staatlich, gesellschaftlich oder privatmarktwirtschaftlich organisierte Systeme, z.B. Wettbewerb in einer Sozialversicherung oder die staatlich-hierarchische Überlagerung der Selbstverwaltung. Die klassische Dreiteilung der OECD-Welt in Nationale Gesundheitsdienste, Sozialversicherungssysteme und Privatversicherungssysteme kann die hybriden Arrangements der neuen Konstellation nur ungenau abbilden. Daher zählte zu den zentralen Forschungsergebnissen von C3 eine deduktiv hergeleitete (Wendt u.a. 2009) und schließlich empirisch angewendete *Typologie für Gesundheitssysteme* (Böhm u.a. 2013). Für die OECD-Welt ergeben sich danach fünf verschiedene Typen: National Health Service (NHS), National Health Insurance, Etatist Social Health Insurance, Social Health Insurance und Private Health System. Überraschend war dabei insbesondere die starke Besetzung des Typs Etatist Social Health Insurance, der eine Vorherrschaft des Staates in der Regulierung mit einer sozialen Krankenversicherung als zentrales Finanzierungselement und überwiegend privaten Leistungserbringern verknüpft und sich so aus allen drei grundlegenden Ordnungskonzepten bedient. Systemwechsel aus dem klassischen Sozialversicherungsmodell in diesen Mischtyp spiegeln den Hybridisierungstrend in der Regulierung auf Ebene des Systemtyps. Konvergenz und Hybridisierung sind dabei auch als Ausdruck verringerter nationalstaatlicher Möglichkeiten zu verstehen, an je eigenen Lösungen festzuhalten und damit Ausdruck sinkender nationalstaatlicher Kompetenzen (Rothgang u.a. 2006).

Die Annäherung der Gesundheitssysteme sowie der Hybridisierungsbefund konnten in der zweiten Projektphase durch eine *modifizierte Problemdruckhypothese* erklärt werden, wobei gesundheitssystemtypspezifische Defizite die Richtung des durch einen gemeinsamen Problemdruck ausgelösten Wandels bestimmen, während Akteure und politische Institutionen Geschwindigkeit und Gestalt des Wandels beeinflussen (Schmid u.a. 2010; Frisina Doetter u.a. 2015). So führt medizinisch-technischer Fortschritt gepaart mit demographischer Alterung der Bevölkerung und steigenden Ansprüchen in allen Gesundheitssystemen zu steigenden Bedarfen, während die Globalisierung einen Zuwachs an öffentlichen Finanzmitteln für Gesundheit begrenzt. Dieser Problemdruck schlägt sich je nach Systemtyp aber an unterschiedlicher Stelle nieder: in Wartezeiten und Rationierung bei Systemen mit Budgetprinzip, dagegen in Kostensteigerungen in Systemen mit Bedarfsprinzip. Die Umsetzung von Reformen in Ländern mit hoher Vetospielerdichte wie Deutschland, den Niederlanden oder den USA hing dann von Veränderungen der Akteurskonstellationen und dem Geschick politischer Entrepreneurs ab. Marktreformen in den Systemen des NHS-Typs, die in der Regel mit einem Regierungssystem einhergehen, das wenige Vetopositionen kennt, waren stark von der jeweiligen Regierungsmehrheit geprägt. Während liberale Parteien Marktreformen offensiv vertreten, waren sozialdemokratische Regierungen darauf bedacht, die Marktdynamik stärker zu

kontrollieren. Die vollständige Erklärung des Wandels erforderte daher ein Instrumentarium, das sich aus verschiedenen Theorieansätzen bedient (Frisina Doetter u.a. 2015). Zentral dabei ist, dass die politischen Akteure diese Reformprozesse vorantreiben, weil sie sich hiervon eine Effizienzsteigerung versprechen.

b) Ergebnisse sowie angewandte und ggf. neu entwickelte Methoden

Die dritte Forschungsphase des Teilprojekts knüpfte an diese implizite Wirkhypothese an, indem sie die Folgen des Wandels für Gerechtigkeit, Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems in den Vordergrund stellte (*Outcomes*). Zudem erlaubte der Blick auf das Verhalten relevanter Akteursgruppen Aussagen über die Stabilität der neuen Konstellation (Reaktionen).

Outcomes: Bei den *Outcomes* fokussierte das Teilprojekt auf das Versorgungsniveau und die Verteilung der Finanzlast. Da die Gesundheit von vielen gesellschaftlichen Teilsystemen beeinflusst wird, wurden die Effekte des Versorgungssystems mit dem Konzept der *vermeidbaren Mortalität* gemessen. Hierbei werden Todesfälle ausgewählter Krankheiten bis zum Erreichen festgelegter Altersgrenzen aufsummiert, die bei rechtzeitiger Erkennung und hochwertiger Versorgung vermeidbar gewesen wären. Ein Vergleich der Gesundheitssysteme Deutschlands, Englands und der Niederlande zeigte, dass die altersstandardisierte vermeidbare Mortalität im Zeitverlauf deutlich verringert werden konnte. Zudem konnte der englische NHS, dessen Versorgungsniveau in den 1970er Jahren noch weit hinter Deutschland und den Niederlanden zurück lag, insbesondere ab den 1990er-Jahren stark aufholen. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass die Hybridisierung bei Nationalen Gesundheitsdiensten durch die Einführung interner Märkte und ergebnisorientierter Vergütungsformen bei gleichzeitiger Entwicklung staatlicher Institutionen zur Qualitätskontrolle auf eine *Verbesserung der Effektivität* abzielte und diese auch erreichte. Gleichzeitig zeigt sich, dass der Wandel der Gesundheitssysteme in allen untersuchten Ländern mit verbesserten *Outcomes* einhergeht.

Beim *sozial stratifizierten Versorgungszugang* bestätigten die Studien, die die assoziierte Teilprojektmitarbeiterin Mirella Cacace im Rahmen eines Harkness-Fellowships an der Columbia University durchführte, im Mehrländervergleich (Deutschland, USA und Kanada) den Befund, dass Personen mit einem niedrigeren Sozialstatus zwar häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, dieser Effekt aber durch die höhere Morbidität bedingt ist. Bei Kontrolle der medizinischen Bedarfe zeigt sich, dass ein niedrigerer Sozialstatus mit einer höheren Kontakthäufigkeit bei hausärztlichen Leistungen aber mit einer deutlich niedrigeren Kontakthäufigkeit bei Facharztleistungen einhergeht. Letzteres ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass gerade der Facharztzugang mit Zugangsbarrieren versehen ist, deren Überwindung soziale Kompetenzen erfordert. Diese in den Gesundheitswissenschaften als *inequity* bezeichnete Ungleichbehandlung bei Kontrolle der gesundheitlichen Bedarfe ist in den USA stärker ausgeprägt als in den beiden anderen Ländern.

Bei der Verteilung der Finanzierungslast wurde zunächst anhand von Haushaltssurveys für Deutschland und England der so genannte *Kakwani-Index* berechnet. Er bildet die Progressivität bzw. Regressivität eines Finanzierungssystems ab (van Doorslaer u.a. 1993, 1999). Dabei zeigte sich, dass das Gesundheitssystem Deutschlands im Zuge des Staatswandels regressiver wurde. In England blieb die Finanzlastverteilung in den 1990er-Jahren stabil und wurde mit der Ausweitung des Finanzbudgets durch die Labour-Regierung sogar progressiver (Schmid u.a. 2015). Dies kann auf einen steigenden Anteil (progressiver) direkter Steuern im Verhältnis zu (regressiven) indirekten Steuern zurückgeführt werden. In Deutschland geht der regressive Trend einerseits auf einen veränderten Finanzierungsmix durch höhere Selbstbeteiligungen zurück, andererseits auf eine anfänglich stärkere Belastung unterer Einkommenschichten bei der wichtigsten Quelle, den Sozialversicherungsbeiträgen (Schmid u.a. 2015). Die im Teilprojekt erstellte Datenbank „Kassendaten“ erlaubte es uns zu zeigen, dass die Einführung des Kassens Wettbewerbs die Beitragssätze zunächst auseinandertrieb, da insbesondere gut verdienende Angestellte in günstige Krankenkassen wechselten, während beispielsweise Rentner aus Unwissenheit, Angst oder Desinteresse in teuren Kassen verblieben. Erst mit Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich konnte diese überproportionale Beitragsaufwand unterer Einkommensgruppen zur Finanzierung der GKV-Ausgaben überwunden werden (Götze 2013).

Kakwani-Indizes zu berechnen ist mit hohem Aufwand verbunden und erfordert Datensätze mit hoher Datenqualität. Um die Verteilung der Finanzierungslast für ein größeres Ländersample im Zeitverlauf zu betrachten, für die Kakwani-Indizes nicht berechnet werden können, wurde in C3 der *Index of Risk and Income Solidarity (IRIS)* entwickelt, der auf Aggregatdaten beruht. Dieser Index thematisiert sowohl die *Risikodimension* (Festlegung der Finanzierungsbeiträge unabhängig von individuellen Gesundheitsrisi-

ken) als auch die *Einkommensdimension* (Festlegung der Finanzierungsbeiträge in Abhängigkeit vom eigenen Einkommen) der sozialpolitischen Umverteilung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Über OECD-Daten und nationale Statistiken werden hierbei die Finanzquellen der Gesundheitsausgaben aufgeschlüsselt und die Finanzierungsanteile als risiko- oder einkommensumverteilend klassifiziert. Die Informationen zur Einkommensumverteilung speist sich aus eigenen Berechnungen von Progressivitätsmaßen für Deutschland und England sowie den in der Literatur vorliegenden Befunden. Zur Einschätzung der Güte des neuen Index wurden die Ergebnisse für Deutschland und England mit den Kakwani-Indizes verglichen. Dabei zeigt sich, dass die Trends des aus Aggregatdaten ermittelten Index der Einkommenssolidarität für Deutschland und England ganz ähnlich verlaufen, wie die für einzelne Jahre aus Individualdaten gewonnenen Progressivitätsmaße. Dieser Befund validiert die Interpretation der Einkommenssolidarität als Näherungsindikator für die redistributive Wirkung des Finanzierungssystems. Die Analyse mit IRIS zeigt, dass Einkommens- und Risikosolidarität mit Ausnahme der Privatversicherungsländer bis zu Beginn des Millenniums abnehmen, in jüngster Zeit jedoch wieder erstarkt sind. Während in den meisten Ländern Einkommens- und Risikosolidarität synchron verlaufen, haben in der Schweiz und den Niederlanden Gesundheitsreformen stattgefunden, die ausschließlich Risikosolidarität stärken (Schweiz), bzw. Einkommenssolidarität durch Risikosolidarität ersetzen (Niederlande). Offensichtlich genießt die Inklusion und Entlastung höherer Risikogruppen eine höhere Priorität und Legitimität als die Redistribution zu Gunsten einkommensschwächerer Bevölkerungsschichten (Schmid u.a. 2015).

Neben der Hybridisierung der Regulierung zählte auch die *Privatisierung der Leistungserbringung* zu den zentralen Befunden der ersten Forschungsphase. Da sich die Privatisierung vor allem im stationären Sektor vollzog, wurde in der dritten Phase untersucht, ob diese Privatisierung positive Effekte auf Versorgungsqualität und/oder Effizienz gezeitigt hat. Hierzu wurde eine systematische Prüfung der Auswirkung der Krankenhausträgerschaft auf Effizienz und Versorgungsqualität durchgeführt. Für Deutschland konnte beim Niveauvergleich keine systematische Überlegenheit von privaten Krankenhäusern gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen festgestellt werden. Mit Blick auf die Effizienz schnitten private Häuser sogar tendenziell schlechter ab. Allerdings wirkte sich die Privatisierung ehemals öffentlicher oder freigemeinnütziger Kliniken in dynamischer Perspektive zumeist positiv auf ihre Effizienz aus. In NHS-Ländern wird der Vergleich von Effizienz und Versorgungsqualität nach Trägerschaft durch Unterschiede im Case-Mix bestimmt, die sich nicht vollständig statistisch kontrollieren lassen. Die Ergebnisse für das Vereinigte Königreich zeigen, dass die Vorteile privater Kliniken in der Versorgungsqualität im Wesentlichen auf eine Positivselektion der Patientenstruktur zurückzuführen sind. Ein Effizienzgewinn durch Privatisierung kann auch hier nicht bestätigt werden.

Im Hinblick auf die *Outcomes* der untersuchten Gesundheitssysteme lässt sich im Zeitverlauf somit eine *Verbesserung* in der Bereitstellung des normativen Guts Gesundheit erkennen. Die einst ausgeprägten Unterschiede der Systemtypen in der vermeidbaren Mortalität konvergierten dabei im Zeitverlauf. Dieser Konvergenzbefund auf der Makro-Ebene wiederholt sich bei der Betrachtung der Krankenhausträgerschaft. Bei der Verteilung der Finanzierungslast lässt sich zwar eine *Zunahme* der Risikosolidarität erkennen, aber durchaus auch *Schritte einer Zurücknahme* bei der Einkommenssolidarität. Auch insoweit zeichnet sich eine Angleichung der Untersuchungsländer ab (Schmid u.a. 2015).

Reaktionen: Bei den Reaktionen von Akteuren auf den Staatswandel wurden Ärzte, Patienten, Krankenkassen und politische Entscheidungsträger betrachtet, wobei Hirschmans Kategorien *exit*, *voice* und *loyalty* den gemeinsame Analyserahmen bildeten. Dabei trug das Teilprojekt mit der Studie zu Reaktionen der politischen Entscheidungsträger den durch die Finanzkrise ausgelösten ökonomischen Verwerfungen und ihren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem Rechnung (Frisina Doetter & Götze 2011).

Im Vergleich der deutschen und englischen Ärzteschaft zeigte sich, dass die deutschen Mediziner bis Mitte der 2000er Jahre ein verstärktes *Exit*-Verhalten zeigten: durch Abwanderung ins Ausland, Niederlegung der Kassenzulassung und Abkehr von der ärztlichen Tätigkeit. Mitte der 2000er Jahre setzte allerdings ein Trendwechsel ein. Die Einführung der Diagnosis Related Groups verbesserte die tarifliche Verhandlungsposition der Ärzte im Krankenhausbereich wie die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die zu einem steigenden Personalbedarf und damit zu einer wahrnehmbaren Ärzteknappeheit im stationären Sektor führte, und mit der Abkehr von strikten Praxisbudgets und einer Euro-Gebührenordnung konnte die kassenärztliche Tätigkeit wieder an Attraktivität gewinnen. In England steht einem zahlenmäßig geringen, aber steigenden *Exit*-Verhalten der Allgemeinmediziner ein deutlich stärkerer Zuzug ausländischer Ärzte gegenüber. Insgesamt ist das Verhalten der deutschen und englischen Ärzteschaft trotz aller

Abwanderungsrhetorik somit durch starke Loyalität geprägt, was allerdings Widerspruch (*voice*) durch Demonstrationen, Streiks oder temporäre Praxisschließungen nicht ausschließt.

Bei den Reaktionen der Krankenkassen auf Staatswandel konnte für Deutschland festgestellt werden, dass zahlreiche Möglichkeiten der neuen Wettbewerbsordnung vergleichsweise schnell genutzt wurden. Krankenkassen reagierten insbesondere auf finanzielle Anreize des Risikostrukturausgleichs genauso mit einseitiger Attrahierung gesunder, einkommensstarker Versicherter oder Einschreibung in Disease-Management-Programme. Die Angst vor existenzbedrohenden Mitgliederverlusten ging so weit, dass es seit 2009 zu einem regelrechten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb kam (Götze 2013). Zudem reagieren die Krankenkassen auf die Anforderungen des aufkeimenden Versorgungsvertragswettbewerbs mit stärkerer Marktkonzentration. Mit der in C3 erstellten Datenbank „Kassendaten“ konnte gezeigt werden, dass sich die Zahl der deutschen Krankenkassen bis zum Ende der 2000er-Jahre zwar deutlich verringerte, aber auch die Marktkonzentration durch Kassenöffnungen und Mitgliedergewinne kleiner GKV-Träger zurückging. Mit der Freigabe kassenartenübergreifender Fusionen und dem neuen Finanzierungssystem des Gesundheitsfonds haben wiederum größere Krankenkassen Vorteile, von denen sie in den letzten Jahren mehrfach Gebrauch machten (Götze 2015).

Bei den Reaktionen politischer Entscheidungsträger zeigte sich, dass ökonomische Krisen zwar Reformen begünstigen können, aber sich die Konzepte in Krisenzeiten nicht wesentlich von jenen in der vorherigen längeren Phase der Kostendämpfung unterscheiden (Frisina Doetter & Götze 2011).

Insgesamt deuten die Befunde für Ärzte, Patienten, Krankenkassen und politische Entscheidungsträger auf eine bemerkenswerte *Stabilität des Gesundheitssystems*: Privatisierung und Hybridisierung der Regulierungsstrukturen lösen moderate Reaktionen der zentralen Akteure aus. Die Akteure zeigen ein großes Maß an Loyalität und Anpassungsfähigkeit in der sich ändernden regulativen Umgebung und das lässt nicht auf zukünftige Gefahren für die Legitimität des Wohlfahrtsstaates schließen.

c) Probleme und Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Arbeitsprogramms

Schwierigkeiten ergaben sich insbesondere dabei, international vergleichbare *Outcome*-Indikatoren zu ermitteln, die den anvisierten langen Beobachtungszeitraum ab den 1970er Jahren abdecken. Das Konzept „vermeidbare Sterblichkeit“ versprach weitreichende Vorteile, weil die OECD Daten für zahlreiche Länder über lange Zeiträume vorhält, während alternative Indikatoren der Versorgungsqualität, wie Überlebensraten bei bestimmten Krankheiten, nur für wenige Länder und wenige Jahre verfügbar sind. Zugleich sollten Daten zu vermeidbarer Sterblichkeit den Einfluss des Gesundheitssystems besser messen als weniger spezifische Indikatoren, wie die Lebenserwartung. Bei eingehenderer Untersuchung der Daten und nach Kontakten mit dem EU-Projekt „Avoidable Mortality in the European Union“ stellte sich heraus, dass die OECD-Daten in der internationalen Vergleichbarkeit und Validität der Zeitreihen problematisch sind. Das liegt vor allem daran, dass sich Kodierungssystem und -praxis für Todesursachen im Untersuchungszeitraum mehrfach geändert haben – ohne dass entsprechende Anpassungen von der OECD übernommen wurden. Daher ist C3 eine Kooperation mit dem EU-Projekt „Avoidable Mortality in the European Union“ eingegangen, das die aus der WHO Mortalitätsstatistik gewonnenen Daten auf Zeitreihenbrüche kontrolliert und korrigiert hat (Rey u.a. 2013). So konnten für einige Länder verlässliche Daten gewonnen werden.

Datenprobleme ergaben sich auch beim Berechnen von Kakwani-Indizes auf Grundlage von Haushaltsdaten. Für Deutschland ließen sich mit der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe einigermaßen konsistente Reihen bis 1993 bilden. Frühere Datensätze ließen aufgrund der weniger detailliert erfassten Haushaltsausgaben keine vergleichbaren Progressivitätsmaße zu. Im englischen Fall werden die Ergebnisse durch unzureichend erfasste direkte Ausgaben der Haushalte für medizinische Produkte und Dienstleistungen verzerrt. Die auftretenden Schwierigkeiten ließen es unmöglich erscheinen, verlässliche Zeitreihen für eine Vielzahl von Ländern zu ermitteln. Um trotz der Probleme auf Individualdatenbasis näherungsweise Aussagen über redistributive Effekte auf der Finanzierungsseite zu erhalten, entwickelte das Teilprojekt daher den auf Aggregatdaten beruhenden *Index der Risiko- und Einkommenssolidarität (IRIS)* (s. oben).

d) Bezüge zu und Kooperationen mit anderen Teilprojekten im Sonderforschungsbereich

Das Teilprojekt hat sich stark bei dem Versuch engagiert, die Ergebnisse der Teilprojekte zur zweiten Projektphase nach ihrem Abschluss zu synthetisieren und die dieser Phase zugrundeliegende Erklärungsheuristik weiterzuentwickeln bzw. zu überprüfen. Ausdruck hiervon sind ein konzeptionell geprägter

Aufsatz zur Erklärung von Staatswandel (Rothgang u.a. 2012) und die Mitherausgeberschaft beim Syntheseband zur zweiten Sfb-Phase (Rothgang & Schneider 2015), die mit dem Verfassen des konzeptionellen Einleitungs- und Schlussteils verbunden war.

Der Befund von Teilprojekt C1, dass mit der Restrukturierung des Wohlfahrtsstaats Anstrengungen zur Einkommensumverteilung nachlassen, spiegelt sich in Teilprojekt C3 vor allem in der Finanzierungsdimension bei den Sozialversicherungsländern. Hier beobachten wir eine Abnahme der Einkommenssolidarität oder Stabilität auf niedrigem Niveau im Fall der Schweiz. Dahingegen bleibt die Risikosolidarität stabil oder wird wie im Fall der Schweiz und den Niederlanden deutlich ausgebaut.

Mit seinem Beitrag zum Wandel der Einkommens- und Risikosolidarität im Gesundheitswesen (Schmid u.a. 2015) wird sich das Teilprojekt an dem Syntheseband der C-Säule zu den Auswirkungen des Staatswandels auf soziale, wirtschaftliche und politische Ungleichheit in OECD-Ländern beteiligen.

e) Vergleiche mit Arbeiten außerhalb des Sonderforschungsbereichs

Das von der Volkswagen-Stiftung durch ein Schumpeter-Fellowship geförderte Vorhaben „Entscheidungsverfahren und Verteilungseffekte. Die Allokation von Gesundheitsleistungen in den OECD-Ländern“ (Prof. Claudia Landwehr, Laufzeit 2008-2014) verfolgt einen C3 ähnlichen Ansatz, konzentriert sich dabei aber auf Entscheidungsverfahren zu Aufnahme spezifischer, umstrittener medizinischer Leistungen in den Leistungskatalog der Gesundheitssysteme, ein Aspekt der in C3 auch, aber nicht schwerpunktmäßig behandelt wurde. Im Landwehr-Vorhaben wird insbesondere der Einfluss des Gesundheitssystemtyps auf Entscheidungsverfahren untersucht und Landwehr macht sich dabei die in C3 entwickelte Klassifizierungslogik zu Eigen (Böhm u.a. 2014). Die Klassifizierung von 30 OECD-Ländern mit diesem System wurde in Zusammenarbeit mit C3 erarbeitet und veröffentlicht (Böhm u.a. 2013). An das in C3 entwickelte Raster schließt auch eine Arbeit von Claus Wendt (2014) an, die für die Leistungserbringung zusätzlich auf die personelle und technische Infrastruktur der Gesundheitssysteme und auf die Regulierung des Zugangs zum Gesundheitssystem abstellt.

Das Konzept der vermeidbaren Sterblichkeit nutzen im internationalen Kontext beispielsweise auch Nolte und McKee (2012), um die Effektivität und Veränderungen der Versorgungsqualität des Gesundheitssystems abzubilden. Hingegen betont das EU-Projekt „Avoidable Mortality in the European Union“ die Entwicklung und Validierung des Konzeptes (Plug u.a. 2011). Zudem untersuchte AMIEHS, inwieweit medizinische Innovationen zu einer Verringerung vermeidbarer Sterblichkeit beitragen. Mit den Arbeiten zur Hybridisierung von Gesundheitssystemen beteiligt sich das Teilprojekt an einer breiten internationalen Diskussion (z.B. Tuohy 2012).

2.2.2. Einige Teilprojektrelevante eigene Publikationen (vornehmlich aus der letzten Phase)

In 2.2.1. sind diese Ergebnisse unterstrichen. Verfasser in [Klammern] sind keine Sfb-Mitarbeiter.

(I.) *Begutachtete Beiträge für*

(a.) *wissenschaftliche Zeitschriften*

1. [Böhm, Katharina], Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr & Heinz Rothgang (2013) Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification, *Health Policy* 113:3, 258-269.
2. Frisina Doetter, Lorraine & Ralf Götze (2011) Health Care Policy for Better or for Worse? Examining NHS Reforms During Times of Economic Crisis versus Relative Stability, *Social Policy & Administration* 45:4, 488-505.
3. Götze, Ralf (2013) 20 Jahre Gesundheitsstrukturgesetz: Leistungen und Lücken beim Abbau historisch bedingter Beitragssatzunterschiede, *Zeitschrift für Sozialreform* 59:4, 459-476.
4. Götze, Ralf (2015) Marktkonzentration in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl, in: *Das Gesundheitswesen*, (vorab online zugänglich unter: DOI: 10.1055/s-0034-1396891).

(b.) *monographische Reihen*

5. Rothgang, Heinz & Steffen Schneider, Hg. (2015) *State Transformations in the Post-National Constellation: Dimensions, Driving Forces and Trajectories*, Basingstoke: Palgrave (*Transformations of the State Series*).

(c.) *Sammelbandbeiträge*

6. Frisina Doetter, Lorraine, Ralf Götze, Achim Schmid, Mirella Cacace & Heinz Rothgang (2015) Explaining the Hybridization of Healthcare Regulation in Cross-national Perspective, in: Heinz Rothgang & Steffen Schneider, Hg. *State Transformations in the Post-National Constellation*, Basingstoke: Palgrave, 223-245 (*Transformations of the State Series*).
7. Rothgang, Heinz, Achim Schmid & Steffen Schneider (2012) Transformationen des Interventionsstaates und ihre Erklärung: Das Beispiel nationaler Gesundheitssysteme, in: Maurizio Bach, Hg. *Der entmachtete Leviathan: Löst sich der souveräne Staat auf?* Baden-Baden: Nomos, 175-198 (= *Zeitschrift für Politik* Sonderband, 5).

8. Schmid, Achim, Pascal Siemsen & Ralf Götze (2015a) Keeping an Eye on IRIS: Income and Risk Solidarity in OECD Health Care Systems, in: Melike Wulfgramm, Tonia Bieber & Stephan Leibfried. Hg. *Welfare State Transformations in the 21st Century: Effects on Social, Economic and Political Inequality in OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave (*Transformations of the State Series*; in Vorbereitung, als PDF unter C3 auf CD Rom beigelegt; als Sfb-Arbeitspapier im Druck).

2.3. Weitere Literatur

- Böhm, Katharina, Claudia Landwehr & Nils Steiner (2014) What Explains ‚Generosity‘ in the Public Financing of High-tech Drugs? An Empirical Investigation of 25 OECD Countries and 11 Controversial Drugs, *Journal of European Social Policy* **24**:1, 39-55.
- Doorslaer, Eddy van, Adam Wagstaff, Hattem van der Burg, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Rita Di Biase, Ulf-G. Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross & Unto Hakinnen (1999) The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries, *Journal of Health Economics* **18**:3, 291-313.
- Doorslaer, Eddy van, Adam Wagstaff & Frans Rutten, Hg. (1993) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- Nolte, Ellen & Martin McKee (2012) Amenable Mortality-Deaths Avoidable Through Health Care-Progress in the US Lags that of Three European Countries, *Health Affairs* **31**:9, 2.114-22.
- Plug, Iris, Rasmus Hoffmann & Johan Mackenbach, Hg. (2011) Avoidable Mortality in the European Union: Towards Better Indicators for the Effectiveness of Health Systems, Vol. 1: Final Report. Online unter: <http://amiehs.lshtm.ac.uk/publications/reports/AMIEHS%20final%20report%20VOL%20I.pdf>.
- Rey, Grégoire, Ibertine Aouba, Gérard Pavillon, Rasmus Hoffmann, Iris Plug, Ragnar Westerling, Eric Jouglu & Johan Mackenbach (2011) Cause-specific Mortality Time Series Analysis: A General Method to Detect and Correct for Abrupt Data Production Changes, *Population Health Metrics* **9**:52, 1-11.
- Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid & Claus Wendt (2010) *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave (*Transformations of the State Series*).
- Rothgang, Heinz, Herbert Obinger & Stephan Leibfried (2006) The State and Its Welfare State: How Do Welfare State Changes Affect the Make-up of the Nation State? *Social Policy and Administration* **40**:3, 250-266.
- Schmid, Achim, Mirella Cacace, Ralf Götze & Heinz Rothgang (2010) Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of ‚Hybrid‘ Health Care Systems, *Journal of Health, Policy, Politics and Law* **35**:4, 455-486.
- Tuohy, Carolyn Hughes (2012) Reform and the Politics of Hybridization in Mature Health Care States, *Journal of Health Politics, Policy and Law* **37**:4, 611-632.
- Wendt, Claus (2014) Changing Healthcare System Types, *Social Policy & Administration* **48**:7, 864-882.
- , Lorraine Frisina & Heinz Rothgang (2009) Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, *Social Policy & Administration* **43**:1, 70-90.