



TranState Working Papers

GESUNDHEITSSYSTEMTYPEN
IM VERGLEICH
KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN
ZUR VERGLEICHENDEN ANALYSE
VON GESUNDHEITSSYSTEMEN

Claus Wendt
Heinz Rothgang

No. 61

Universität Bremen • University of Bremen
Jacobs Universität Bremen • Jacobs University Bremen

Staatlichkeit im Wandel • Transformations of the State
Sonderforschungsbereich 597 • Collaborative Research Center 597

*Claus Wendt
Heinz Rothgang*

Gesundheitssystemtypen im Vergleich
*Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse
von Gesundheitssystemen*

TranState Working Papers

No. 61

Sfb597 „Staatlichkeit im Wandel“ – „Transformations of the State“

Bremen, 2007

[ISSN 1861-1176]

Claus Wendt und Heinz Rothgang

Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen

(TranState Working Papers, 61)

Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, 2007

ISSN 1861-1176

Universität Bremen

Sonderforschungsbereich 597 / Collaborative Research Center 597

Staatlichkeit im Wandel / Transformations of the State

Postfach 33 04 40

D - 28334 Bremen

Tel.:+ 49 421 218-8720

Fax:+ 49 421 218-8721

Homepage: <http://www.staatlichkeit.uni-bremen.de>

ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangspunkt dieses Beitrags ist die Beobachtung, dass seit Anfang der 1990er Jahre intensiv über eine *Typologie von Wohlfahrtsstaaten* diskutiert wird, eine theoretisch und empirisch fundierte *Typologie von Gesundheitssystemen* hingegen nicht existiert. In diesem Beitrag wird versucht, eine solche Typologie deduktiv zu entwickeln. Ausgehend von den zentralen Funktionen eines jeden Gesundheitssystems, der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung, werden die jeweiligen Ausprägungen bestimmt und aus der Kombination verschiedener Merkmalsausprägungen mögliche Typen gebildet. Damit entsteht ein differenziertes Schema, das es nicht nur erlaubt, bestehende Gesundheitssysteme einem Typ zuzuordnen, sondern das auch in der Lage ist, den Wandel von Gesundheitssystemen zu konzeptionalisieren und dabei verschiedene Abstufungen von Wandel (Systemwechsel, Wechsel im System, Niveauverschiebungen) zu unterscheiden.

INHALT

1	EINLEITUNG.....	1
2	TYOLOGIEN IN DER WOHLFAHRTSSTAATS- UND GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG.....	3
3	DIMENSIONEN FÜR EINE IDEALTYPISCHE ABGRENZUNG VON GESUNDHEITSSYSTEMEN	4
	3.1 Finanzierungsdimension	5
	3.2 Leistungsdimension	6
	3.3 Regulierungsdimension.....	7
4	IDEALTYPEN UND DER WANDEL VON GESUNDHEITSSYSTEMEN.....	9
5	ANWENDUNGSBEISPIELE DES ANALYSERASTERS: SYSTEMWECHSEL, WANDEL IM SYSTEM UND NIVEAUVERSCHIEBUNGEN	13
6	FAZIT.....	21
	LITERATUR	24
	BIOGRAPHISCHE ANMERKUNG.....	29

1 EINLEITUNG

In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung ist die Anwendung der idealtypischen Methode fest etabliert. Nach Weber (1922/1988: 191) wird der Idealtypus „gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen Einzelercheinungen ... zu einem in sich einheitlichen Gedankengebilde“. Im Grenzfall können die zu heuristischen Zwecken vorgenommene Idealisierung und ein an diesem Ideal orientierter realer Fall zusammenfallen.

Die derzeit prominenteste Wohlfahrtsstaatstypologie beruht auf den Arbeiten von Esping-Andersen (1990), der sich zumindest in seinen Vorarbeiten zu ‚The Three Worlds of Welfare Capitalism‘ explizit auf den Begriff des Idealtypus im Sinne Max Webers bezieht (Esping-Andersen 1987: 7; vgl. Wendt 2003: 76f.). Aufgabe und Vorzug der idealtypischen Methode ist insbesondere darin zu sehen, dass über den Vergleich zwischen Idealtypen und realhistorischen Fällen spezifische Differenzen herausgearbeitet und ihre Veränderungen über die Zeit beobachtet werden können (Kohl 1993). Veränderungen und auch die Stärke dieser Veränderungen sind genauer zu bestimmen, wenn zuvor eine Konstante als Referenzpunkt festgelegt worden ist. Die idealtypische Methode ist somit ein zentraler Ansatz zur Erfassung von Wandel. Während sich dieses Konzept in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsanalyse etabliert hat, stellt die systematische Erfassung des Wandels von Gesundheitssystemen eine Herausforderung dar, für die bisher keine Lösung von auch nur annähernd ähnlicher Qualität unterbreitet wurde.

Dieses Arbeitspapier stellt den Versuch dar, einer solchen Lösung einen ersten Schritt näher zu kommen. Es wird ein Analysemodell vorgestellt, mit dem unterschiedliche Gesundheitssystemtypen voneinander abgegrenzt werden können, um auf dieser Grundlage Differenzen zwischen sowie Veränderungsprozesse von Gesundheitssystemen bestimmen zu können. Als Analysedimensionen werden die Finanzierung, die Erbringung und die Regulierung von Gesundheitsleistungen verwendet. Während die *Finanzierung* von Gesundheitssystemen im internationalen Vergleich seit langem gut erforscht ist (z. B. Culyer 1990; Schieber und Poullier 1990; OECD 1995; Evans 1996; Jönsson und Musgrove 1997; Chinitz, Preker und Wasem 1998; Kanavos und McKee 1998) und auch zu *Gesundheitsleistungen* in den letzten beiden Dekaden eine Reihe vergleichender Studien vorgelegt wurden (z. B. Culyer 1990; McPherson 1990; Hsiao 1995; Freeman 2000; Wendt 2003; Figueras et al. 2004), handelt es sich bei dem Vergleich von *Regulierungsmodellen* um eine relativ junge Forschungsperspektive. Zwar hat Jens Alber (1988, 1989) bereits Ende der 1980er Jahre die Steuerung von Gesundheitssystemen im OECD-Vergleich analysiert, doch wurde dabei das Ausmaß staatlicher Intervention in erster Linie anhand des jeweiligen öffentlichen Finanzierungsan-

teils und damit eben nicht an den eigentlich interessierenden Regulierungsmodi gemessen. Ein Fokus auf unterschiedliche Regulierungsmodelle erfolgte dann in den Arbeiten von Giaimo und Manow (1999), die ein ‚state-led‘, ein ‚corporatist-governed‘, und ein ‚market-driven‘ Gesundheitssystem unterscheiden, durch Tuohy (2003), die zwischen den Regulierungsmodellen ‚agency‘, ‚contract‘, und ‚governance‘ differenziert, oder auch durch Rico, Saltman und Boerma (2003), die Gesundheitssysteme anhand der Regulierungsmodi ‚market‘, ‚hierarchy‘, und ‚networks‘ voneinander abgrenzen. Weitere Konzepte wurden unter anderem von Marmor und Okma (1998), Moran (1999, 2000) und Bambra (2005a, 2005b, 2005c) vorgelegt. Während damit zu jeder der drei genannten Dimensionen eine Reihe von Studien vorliegen, wurde demgegenüber nur in wenigen Arbeiten der Versuch unternommen, die Dimensionen ‚Finanzierung‘, ‚Leistungserbringung‘ und ‚Regulierung‘ miteinander in Beziehung zu setzen (siehe u. a. Hsiao 1995; Chinitz, Preker und Wasem 1998; Henke und Schreyögg 2005). Der Versuch, die Unterschiede in diesen Dimensionen simultan zu betrachten und hieraus eine Typologie von Gesundheitssystemen zu entwickeln, stellt daher den Ausgangspunkt dieses Beitrags dar.

In der Verfolgung dieses Ziels werden im *zweiten Abschnitt* vorliegende Konzeptionen für den Vergleich von Wohlfahrtsstaaten bzw. von Gesundheitssystemen diskutiert. Aufbauend auf eigenen Vorarbeiten (Rothgang et al. 2005, 2006; Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005; Wendt 2006) werden in *Abschnitt 3* die relevanten Dimensionen zur Erfassung des Wandels von Gesundheitssystemen identifiziert und ihre möglichen Ausprägungen beschrieben. Mittels dieser Dimensionen können dann Gesundheitssystemtypen definiert und Schwellenwerte für Wandel diskutiert werden (*Abschnitt 4*). Mit der in diesem Arbeitspapier vorgestellten Konzeption soll eine Grundlage für empirische Analysen geschaffen werden, in denen bspw. eine Zuordnung von in der Realität vorfindbaren Gesundheitssystemen zu einem Gesundheitssystemtyp vorgenommen wird. Mit Hilfe dieses analytischen Rahmens soll außerdem eine Überprüfung ermöglicht werden, ob sich die realen Fälle im Zeitverlauf dem Idealtypus annähern oder aber von ihm entfernen und ob über einen längeren Zeitverlauf hinweg ein Wechsel von einem Typus zu einem anderen feststellbar ist. Im *fünften Abschnitt* wird daher anhand ausgewählter Beispiele die Anwendbarkeit dieses Modells diskutiert. Dabei werden allerdings keine ausgearbeiteten Länderstudien vorgelegt, sondern das empirische Material lediglich genutzt, um die Nützlichkeit des Konzeptes zu demonstrieren. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt jedoch auf den konzeptionellen Überlegungen zur Abgrenzung von Gesundheitssystemen und Systemtypen. Dabei wird insbesondere auf die Frage fokussiert, wie sich die Staatlichkeit in Gesundheitssystemen im Ländervergleich unterscheidet und über die Zeit verändert.

2 TYPOLOGIEN IN DER WOHLFAHRTSSTAATS- UND GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG

Einen ersten Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Typologie von Gesundheitssystemen bildet das Konzept der Wohlfahrtsregime von Esping-Andersen. Dieser grenzt anhand objektiver Kriterien einen sozialdemokratischen, einen konservativ-korporatistischen und einen liberalen Wohlfahrtsstaatstypus voneinander ab (Esping-Andersen 1990, 1999; vgl. Leibfried 1992; Kohl 1993; Abrahamson 1999).¹ Die im Rahmen dieser Analyse vorgenommene empirische Abgrenzung von Wohlfahrtsstaaten erfolgt anhand von Daten des Social Citizenship Indicator Program (SCIP) (vgl. Korpi 2003; Korpi und Palme 2003), das bisher allerdings nicht frei zugänglich ist und das kaum neuere Daten enthält. Lyle Scruggs hat kürzlich den Versuch unternommen, ähnliche Indikatoren zu sozialen Rechten für die wohlfahrtsstaatlichen Teilsysteme Alterssicherung, Arbeitslosigkeit und Krankenversicherung für 18 OECD-Länder zu erstellen (Scruggs und Allen 2006), die im Gegensatz zu den SCIP-Daten der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Grundsätzlich folgen sowohl Korpi als auch Scruggs in ihren Abgrenzungen von Wohlfahrtsstaaten der von Esping-Andersen vorgeschlagenen Konzeption.

Für einen *Gesundheitssystemvergleich* können die drei Regimetypen (bzw. auf dieser Grundlage vorgenommene Erweiterungen) in der vorliegenden Form nicht übernommen werden. Die von Esping-Andersen (1990) entwickelten Dimensionen ‚Dekommodifizierung‘, ‚Stratifizierung‘, sowie ‚Zusammenspiel von Markt, Staat und Familie‘ bilden keinesfalls die zentralen Unterscheidungsmerkmale zur Analyse von Gesundheitssystemen. Insbesondere vernachlässigt diese Perspektive soziale und speziell gesundheitsbezogene Dienstleistungen (Alber 1995), die für die Analyse und Bewertung von Gesundheitssystemen von grundlegender Bedeutung sind. Für die Bildung von Gesundheitssystemtypen unter Anwendung der idealtypischen Methode sind folglich andere Dimensionen erforderlich als für den Wohlfahrtsstaatsvergleich im Allgemeinen. Auch die Daten, die sich bei Korpi (Korpi 2001; Korpi 2003; Korpi und Palme 2003) bzw. Scruggs (Scruggs und Allen 2006) auf das Gesundheitssystem beziehen, behandeln ausschließlich das Krankengeld, nicht aber gesundheitsbezogene Dienstleistungen.

Clare Bambra (2004; 2005a, 2005b, 2005c) hat in einer Reihe jüngerer Publikationen versucht, Esping-Andersens Dekommodifizierungskonzept so anzupassen, dass es auf den Vergleich von Gesundheitssystemen angewendet werden kann. „Health decommodification would thereby refer to the extent to which an individual’s access to health care is dependent upon their market position and the extent to which a country’s provi-

¹ Ob dabei systematisch auf den Weberschen idealtypischen Ansatz zurückgegriffen wurde, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden (vgl. dazu Esping-Andersen 1987; Kohl 1993; Rieger 1998; Wendt 2003).

sion of health is independent from the market“ (Bambra 2005c: 33). Abgrenzungskriterien für den Vergleich von Gesundheitssystemen sind danach *erstens* der public-private Mix bei der Leistungserbringung (Anteil der privaten Krankenhausbetten), *zweitens* die Einfachheit des Zugangs zur öffentlichen Leistungserbringung sowie *drittens* der Deckungsgrad des öffentlichen Gesundheitssystems. Auch wenn die von Bambra eingeführten Abgrenzungskriterien kritisch zu hinterfragen sind (so sagt der Anteil der privaten Krankenhausbetten nicht notwendigerweise etwas über den Grad des unabhängig vom Markt bestehenden Zugangs zum Gesundheitssystem aus, da ein öffentliches System auch die Gesundheitsversorgung in privaten Krankenhäusern finanzieren kann), zeigen sich daran deutliche Unterschiede zwischen der allgemeinen Wohlfahrtsstaats-Typologie nach Esping-Andersen und einer Differenzierung von Ländern entsprechend einzelner Institutionen/Programme des Wohlfahrtsstaates. “This indicates that certain welfare states do vary internally in terms of the emphasis that they place upon different types of social provision, with some focusing on cash benefits and others on welfare services“ (Bambra 2005a: 209).

Der vorliegende Beitrag baut auf diesen Konzeptionen auf. Allerdings liegt der Fokus nicht wie bei Walter Korpi oder Lyle Scruggs ausschließlich auf der Zahlung von Krankengeld und geht auch über die von Clare Bambra genannten Abgrenzungskriterien hinaus, indem mit Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung alle zentralen Aspekte eines Gesundheitssystems simultan betrachtet werden. Weiterhin konzentriert er sich auf strukturelle Unterschiede und weniger auf Niveauunterschiede zwischen Gesundheitssystemen. Diese Problemstellung ist im Kontext der Gesundheitssystemanalyse deshalb relevant (und auch von hoher Aktualität), weil immer häufiger ein Rückzug des Staates aus der direkten Finanzierung und Leistungserbringung diskutiert wird. In einer Vielzahl von Gesundheitssystemen in entwickelten Industriestaaten werden seit den 1970er Jahren privatwirtschaftliche Elemente implementiert, und somit gewinnt die Frage des public-private Mix weiter an Bedeutung.

3 DIMENSIONEN FÜR EINE IDEALTYPISCHE ABGRENZUNG VON GESUNDHEITSSYSTEMEN

Wie Paul Pierson hervorhebt, handelt es sich bei der Entwicklung von Analysedimensionen und ihrer Anwendung in der intertemporal und international vergleichenden Forschung um ein zeit- und ressourcenaufwändiges Unterfangen. “In short, there is probably no substitute for investigations that pay attention to fairly detailed dimensions of policy change, including attempts to map their (perhaps uncertain) long-term implications. Rigorously applying consistent criteria to even a small subset of affluent democracies is a time-consuming and expertise-taxing enterprise. Carrying out such research for the affluent democracies as a whole would require the efforts of a large and well-funded team. So far no one has carried it out“ (Pierson 2001: 421). Auch in diesem Bei-

trag wird nicht der Anspruch erhoben, einen Vergleich von Gesundheitssystemen unter Berücksichtigung von Detailinformationen über die Richtung und Stärke ihres Wandels für alle entwickelten Demokratien durchzuführen. Vielmehr sollen Merkmale und Merkmalsausprägungen vorgeschlagen werden, anhand derer der Möglichkeitsspielraum eines Gesundheitssystems abgebildet werden kann. Grundsätzlich sind in jedem Gesundheitssystem folgende Aufgaben zu übernehmen: Erstens müssen Leistungen erbracht werden, zweitens sind diese Leistungen zu finanzieren und drittens muss das Verhältnis aller beteiligten Akteure reguliert werden (vgl. Hisao 1995; Rothgang et al. 2005, 2006). Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung werden in dem vorliegenden Beitrag als die Analysedimensionen verwendet, anhand deren Ausprägung Gesundheitssystemtypen gebildet werden können. Auf jede dieser Ausprägungen wird nachfolgend kurz eingegangen.

3.1 Finanzierungsdimension

Bei Versuchen, Gesundheitssysteme in Typen einzuteilen, hat die Frage der Finanzierung immer eine prominente Rolle gespielt. Hierbei kann zum einen auf das Finanzierungsvolumen abgestellt werden, um so Systeme mit hohem und niedrigem Ausgabenvolumen voneinander abzugrenzen. Neben dieser Niveaufrage ist aber die Strukturfrage von mindestens ebenso großer Bedeutung und diente auch bislang schon als Definitionsmerkmal für Gesundheitssystemtypen. Ob bei der Gegenüberstellung von Bismarck- und Beveridge-Modell oder von gesetzlichem Krankenversicherungssystem und nationalem Gesundheitssystem (vgl. Ritter 1983; Kokko et al. 1998; Marmor und Okma 1998; Wendt 2003) – immer bildet die jeweilige Finanzierungsquelle ein zentrales Unterscheidungsmerkmal. Dabei lässt sich die Finanzierung eines Gesundheitssystems danach unterscheiden, welche Bedeutung Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und private Finanzierungsbeiträge (Privatversicherung und unmittelbare Zahlung durch Private) spielen. Die Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge ist dabei als eine ‚gesellschaftliche‘ Finanzierung anzusehen, die zwischen einer direkten Steuerfinanzierung des Staates auf der einen und einer Finanzierung über private Krankenversicherungsbeiträge sowie private Selbst- und Zuzahlungen auf der anderen Seite einzuordnen ist. Der Staat hat keinen direkten Zugriff auf diese Einnahmen, so dass eine deutliche Trennlinie zwischen Steuerfinanzierung und Sozialversicherungsfinanzierung gezogen werden kann. Für die Bürger unterscheiden sich (Sozialversicherungs-)Beiträge dadurch von Steuern, dass mit Beiträgen Ansprüche auf Gegenleistungen erworben werden, wohingegen Steuern Abgaben sind, die keinen Anspruch auf Gegenleistung generieren (vgl. Schmähl 1982 und 1988 für eine differenzierte Auseinandersetzung). Die Sozialversicherung ist von der Grundkonzeption her nicht gewinnorientiert und lässt sich daher auch nicht dem privaten Sektor zuordnen. Die Gesundheitssysteme lassen sich in der Finanzierungsdimension somit danach unterteilen, ob sie in erster Linie über Steuern,

Sozialversicherungsbeiträge oder aus privaten Finanzierungsquellen finanziert werden. Auch wenn in Gesundheitssystemen diese Finanzierungsinstrumente in der Regel kombiniert eingesetzt werden, unterscheidet sich deren jeweiliges Gewicht zum Teil deutlich.

3.2 Leistungsdimension

Obwohl die Hauptfunktion des Gesundheitssystems die Versorgung von Patienten mit Gesundheitsleistungen ist (vgl. McPherson 1990; Culyer 1990; Hsiao 1995; Freeman 2000), wird die Leistungsdimension bisher nicht systematisch zur Typenbildung herangezogen. Soll sie aber – wie in diesem Beitrag – zur Typenbildung genutzt werden, kann eine Differenzierung in staatliche, gesellschaftliche und private Leistungserbringer anhand der Merkmale Eigentum und Gewinnorientierung vorgenommen werden. Demnach wären staatliche (nicht gewinnorientierte) sowie private nicht-gewinnorientierte und private gewinnorientierte Anbieter zu unterscheiden. Die Rolle der non-profit Organisationen ist bspw. im deutschen Gesundheitswesen durch Wohlfahrtsverbände und deren Einrichtungen besetzt. Diese Unterscheidung auf die einzelnen Leistungsbereiche anzuwenden, ist aber nicht ganz einfach. Im *ambulanten Bereich* können niedergelassene Ärzte und weitere selbstständige Gesundheitsberufe generell als ‚private Leistungserbringer‘ eingestuft werden, da es kaum Beispiele dafür gibt, dass Leistungserbringer außerhalb des Krankenhauses als staatliche Angestellte tätig sind.²

Die *Krankenhausversorgung* ist demgegenüber stärker ausdifferenziert. Neben staatlichen Krankenhäusern, die im Durchschnitt der OECD-Länder den überwiegenden Teil der Krankenhausbetten zur Verfügung stellen, gibt es private gewinnorientierte Einrichtungen. Hinzu kommen private Krankenhäuser, die nicht gewinnorientiert sind. Dabei handelt es sich in der Regel um frei-gemeinnützige Wohlfahrtseinrichtungen, speziell Krankenhäuser kirchlicher wie auch nicht-konfessioneller karitativer Träger. Ebenso wie bei der Finanzierung gibt es also auch bei der Leistungserbringung einen Bereich, der zwischen rein staatlichen und rein privaten Formen einzuordnen ist. Dabei besteht nicht notwendigerweise eine direkte Verbindung zwischen der Finanzierungs- und Leistungserbringungsdimension. Private Krankenhäuser können beispielsweise ebenso aus staatlichen Mitteln oder über Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden wie staatliche Krankenhäuser einen Teil ihrer Einnahmen aus privaten Quellen beziehen können. Denkbar sind natürlich auch Eigeneinrichtungen der Sozialversicherungsträger, für die

² Ausnahmen hiervon sind unter anderem Kinderzahnärzte in Dänemark, die Angestellte der Kommunen sind und medizinisches Personal der Gesundheitsämter in Deutschland, die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention übernehmen (Wendt 2003). In quantitativer Hinsicht ist das Gesundheitspersonal, das außerhalb des Krankenhauses als ‚staatliche Leistungsanbieter‘ eingeordnet werden kann, jedoch als sehr gering einzuschätzen.

es allerdings eher historische als aktuelle Beispiele gibt. Sowohl in der 1883 gegründeten deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der 1911 geschaffenen britischen Social Health Insurance arbeiteten Ärzte teilweise als Angestellte der Krankenversicherungen bzw. Friendly Societies. In gewisser Hinsicht setzen heute die privaten Health Maintenance Organizations (HMOs) in den Vereinigten Staaten diese Tradition fort, die für ihre Versicherten Gesundheitsleistungen ebenfalls zum Teil durch angestellte Ärzte bereitstellen. Eigeneinrichtungen von nicht gewinnorientierten Krankenkassen, wie sie bspw. in Österreich bestehen, können dabei problemlos mit den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände als gesellschaftliche Anbieter zusammengefasst werden (Wendt 2003). Anders ist dies bei gewinnorientierten HMOs, die – wegen ihrer Gewinnorientierung – dem privaten Sektor zugerechnet werden müssen.

Länderspezifische Unterschiede sind insbesondere dahingehend zu erwarten, dass in einigen Gesundheitssystemen Fachärzte ein Niederlassungsrecht haben und somit als private Leistungserbringer eingestuft werden können, während in anderen Gesundheitssystemen die fachärztliche Versorgung ausschließlich in Krankenhäusern stattfindet, die überwiegend in öffentlicher Hand oder in Trägerschaft von non-profit Organisationen sein können. Das Potenzial für eine private Leistungserbringung ist im ersteren Fall erheblich höher als im letzteren. Die in einer Reihe von Ländern stattfindende Prozess einer Stärkung des ambulanten Sektors wird von Tuohy, Flood und Stabile (2004) entsprechend als ‚passive Privatisierung‘ bezeichnet.

3.3 Regulierungsdimension

Der Begriff der Regulierung bezieht sich auf die Regelung der Beziehungen von Leistungserbringern, Finanzierungsträgern und (potenziellen) Nutzern, wobei diese Rollen teilweise auch in einer Institution zusammenfallen können, wie etwa bei einer HMO, die zugleich Leistungserbringer und Finanzierungsträger ist. Wird die Regulierung von staatlichen Instanzen ausgeübt, besteht eine weitgehende Übereinstimmung mit dem Begriff der ‚staatlichen Steuerung‘ (Alber 1988, 1989; Mayntz 1990).

Regulierung findet in Gesundheitssystemen auf zwei Ebenen statt. Auf der oberen Ebene erfolgt eine rein staatliche Regulierung (‚Metaregulierung‘). Auf dieser Ebene werden die Kompetenzen hinsichtlich der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung (auf der unteren Ebene) innerhalb des Gesundheitssystems zugewiesen, hier liegt mit anderen Worten die ‚Kompetenzkompetenz‘. Unabhängig davon, ob Gesundheitssysteme primär über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge oder aus privaten Quellen finanziert werden, kann auf der oberen Regulierungsebene eine Neujustierung der entsprechenden Finanzierungssysteme vorgenommen werden. Während eine solche Anpassung bei einer staatlichen Finanzierung zum ‚politischen Tagesgeschäft‘ gehört, wäre bspw. im Falle einer Sozialversicherungsfinanzierung ein erheblicher staatlicher Eingriff in selbstregulierte Bereiche zu verzeichnen, der entsprechende Widerstände

hervorrufen könnte. Träger der Kompetenzkompetenz sind staatliche Instanzen, die entsprechend der länderspezifischen demokratischen Verfahrensweisen über die Legitimation des Eingriffs in gesellschaftliche Prozesse verfügen.

Auf der unteren Regulierungsebene verfügen im Gegensatz hierzu staatliche, gesellschaftliche und private Instanzen bzw. Akteure über Regulierungsaufgaben. Die Übernahme von Regulierungsfunktionen durch gesellschaftliche und private Stellen entlastet den Staat und entzieht zumindest teilweise der Kritik an einer zunehmenden Intervention des Staates in immer weitere Lebensbereiche den Boden. Eine Konstellation, von der man sich ein besonders hohes Ausmaß an Akzeptanz durch die Bevölkerung versprach, stellt die Sozialversicherung dar. Einerseits bildet die Sozialversicherung eine intermediäre Ebene zwischen Staat und Individuum und führt bestimmte Aufgaben eigenständig durch. Andererseits wird der Rahmen für diese Aufgaben staatlich definiert, und die Ergebnisse sind einer staatlichen Kontrolle unterworfen, so dass der Einfluss des Staates höher ist als in rein privaten Sphären. Nicht selten verfügen staatliche Akteure auch in Bereichen gesellschaftlicher Selbstregulierung über Kontrollkompetenzen und Interventionsrechte bzw. die Möglichkeit der Interventionsandrohung. Verhandlungen in diesen Bereichen werden deshalb typischerweise im ‚Schatten der Hierarchie‘ (Scharpf 1993; Mayntz und Scharpf 1995a: 28) durchgeführt, wobei die Gefahr der Intervention von außen die beteiligten Akteure dazu anhalten soll, Effizienzgewinne zu realisieren, die durch Kooperation entstehen können. Neben dieser Möglichkeit der gesellschaftlichen Selbstregulierung können Aufgaben im Gesundheitssystem auch der Regulierung durch den Markt überlassen werden, der aber selbst wiederum staatlichen Interventionen unterliegt.

Da es auf der oberen Regulierungsebene immer der Staat ist, der reguliert bzw. Regulierungsaufgaben zuweist, ist für eine Abgrenzung unterschiedlicher Gesundheitssystemtypen in erster Linie die untere Regulierungsebene geeignet. Im Gegensatz zur Finanzierungs- und Leistungsdimension liegen für die Regulierungsdimension nur in sehr begrenztem Umfang Indikatoren in quantifizierter Form vor. Es ist deshalb notwendig, qualitative Informationen über Regulierungskompetenzen in systematischer Weise zu sammeln und deren Wandel im Zeitverlauf zu beobachten. Eine solche systematisierende Vorgehensweise wurde bereits in eigenen früheren Studien vorgestellt (vgl. Rothgang et al. 2005, 2006; Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005). Auf das dabei verwendete Raster wird auch hier rekuriert. Von Bedeutung sind in Gesundheitssystemen demnach Regulierungen der Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten (siehe auch Hsiao 1995; Jönsson und Musgrove 1997; Chinitz, Preker und Wasem 1998; Kokko et al. 1998). In Bezug auf die Beziehungen zwischen Leistungsberechtigten und Finanzierungsträgern wird nach dem leistungsberechtigten Personenkreis (1) sowie nach der Festlegung der jeweiligen Finanzie-

rungsform (2) gefragt. Bei den Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern geht es um die Kontrolle des Marktzugangs für Leistungserbringer zum Gesundheitssystem (3) und um die Regulierung von Vergütungssystemen (4). Hinsichtlich der Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsberechtigten ist schließlich von Bedeutung, wie der Zugang für Patienten zu Gesundheitsleistungen gestaltet ist (5) und wer über den Leistungskatalog entscheidet (6):

Übersicht 1: Regulierung der Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten

Beziehungen zwischen Leistungsberechtigten und Finanzierungsträgern	
1)	Leistungsberechtigter Personenkreis
2)	Ausgestaltung der Finanzierungssysteme
Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern	
3)	Marktzugang für Leistungserbringer zum Gesundheitssystem
4)	Vergütungssysteme
Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsberechtigten	
5)	Zugangsmöglichkeit für Patienten zu Leistungserbringern
6)	Leistungskatalog

Quelle: eigene Darstellung

Ohne eine solche Systematisierung würden möglicherweise ausschließlich besonders prägnante regulative Eingriffe selektiv hervorgehoben, die sich je nach Land erheblich unterscheiden können. Bei einer derartigen Vorgehensweise könnte beispielsweise der Fokus in Deutschland in erster Linie auf den Kassenwettbewerb, in Großbritannien auf interne Märkte oder in den Vereinigten Staaten auf Health Maintenance Organizations gerichtet werden. Erst unter Zuhilfenahme eines einheitlichen Analyserasters kann jedoch festgestellt werden, ob es sich bei diesen Veränderungen um allgemeine Trends handelt oder ob sie möglicherweise parallel stattfindende gegenläufige Tendenzen verdecken.

4 IDEALTYPEN UND DER WANDEL VON GESUNDHEITSSYSTEMEN

Anhand der vorgeschlagenen trichotomen Kodierung der drei Dimensionen als ‚staatlich‘, ‚gesellschaftlich‘ und ‚privat‘ lässt sich ein 27er Schema erstellen (*Übersicht 2*). Weisen alle drei Dimensionen die gleiche Ausprägung auf, ergibt sich ein Idealtypus. Die verbleibenden 24 Fälle wären als Mischsysteme zu bezeichnen. Weist ein System zwei gleiche Ausprägungen auf, sprechen wir von einem durch diese Ausprägung geprägten Mischtypus. In sechs Fällen ist hingegen keine Zuordnung möglich, da jede der drei Merkmalsausprägungen einmal vertreten ist. Bei gesellschaftlich organisierten Systemen handelt es sich in der Regel um Sozialversicherungssysteme (theoretisch möglich sind aber bspw. auch Systeme, bei denen die Finanzierung, Leistungserbringung und

Regulierung primär durch karitative Einrichtungen erfolgt), die beiden übrigen Typen sind das staatliche und das private Gesundheitssystem.

Übersicht 2: Idealtypische Abgrenzung von Gesundheitssystemen

Regulierung	Finanzierung	Leistungen	Gesundheitssystem-Typ
<i>staatlich</i>	<i>staatlich</i>	<i>staatlich</i>	<i>Idealtypus: staatliches / nationales Gesundheitssystem</i>
staatlich	staatlich	gesellschaftlich	Staatlich geprägter Mischtypus
staatlich	staatlich	privat	Staatlich geprägter Mischtypus
staatlich	gesellschaftlich	staatlich	Staatlich geprägter Mischtypus
staatlich	privat	staatlich	Staatlich geprägter Mischtypus
gesellschaftlich	staatlich	staatlich	Staatlich geprägter Mischtypus
privat	staatlich	staatlich	Staatlich geprägter Mischtypus
staatlich	gesellschaftlich	gesellschaftlich	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
gesellschaftlich	staatlich	gesellschaftlich	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
gesellschaftlich	gesellschaftlich	staatlich	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
<i>gesellschaftlich</i>	<i>gesellschaftlich</i>	<i>gesellschaftlich</i>	<i>Idealtypus: Sozialversicherungssystem</i>
gesellschaftlich	gesellschaftlich	privat	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
gesellschaftlich	privat	gesellschaftlich	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
privat	gesellschaftlich	gesellschaftlich	gesellschaftlich geprägter Mischtypus
staatlich	privat	privat	privat geprägter Mischtypus
privat	staatlich	privat	privat geprägter Mischtypus
privat	privat	staatlich	privat geprägter Mischtypus
gesellschaftlich	privat	privat	privat geprägter Mischtypus
privat	gesellschaftlich	privat	privat geprägter Mischtypus
privat	privat	gesellschaftlich	privat geprägter Mischtypus
<i>privat</i>	<i>privat</i>	<i>privat</i>	<i>Idealtypus: privates Gesundheitssystem</i>
staatlich	privat	gesellschaftlich	keine Zuordnung möglich
staatlich	gesellschaftlich	privat	
privat	staatlich	gesellschaftlich	
privat	gesellschaftlich	staatlich	
gesellschaftlich	staatlich	privat	
gesellschaftlich	privat	staatlich	

Quelle: eigene Darstellung

Jeweils sechs Kombinationen weisen in zwei Dimensionen identische Merkmalsausprägungen und damit eine Nähe zu einem der drei Idealtypen auf. Bei sechs weiteren Kombinationen ist keine Zuordnung zu einem der drei so konstruierten Gesundheitssystemtypen möglich, da alle drei Merkmalsausprägungen jeweils nur einmal vorliegen. Sofern man gesellschaftlich geprägte bzw. Sozialversicherungssysteme zwischen staatlich und privat geprägte Formen platziert, erhält man ein Spektrum, das von einer rein staatlichen bis hin zu einer rein privaten Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung reicht.

Um dieses Schema empirisch anwenden zu können, ist eine Lösung des *Schwellenwertproblems* erforderlich. Für die einzelnen Dimensionen ist jeweils eine Schwelle festzulegen, oberhalb derer eine Einstufung als ‚staatlich‘, ‚gesellschaftlich‘ oder ‚privat‘ erfolgt. Wie in *Abschnitt 3* diskutiert, werden Gesundheitssysteme weder nur aus

einer Finanzierungsquelle gespeist, noch erfolgt die Leistungserbringung und/oder Regulierung ausschließlich durch einen Akteur bzw. eine Institution. Es muss folglich eine Grenze festgesetzt werden, ab deren Überschreitung eine Einordnung als ‚staatlich‘, ‚gesellschaftlich‘ oder ‚privat‘ erfolgt.

Bei der *Finanzierung* wäre eine Schwelle von 50 Prozent plausibel, da in diesem Fall ein Finanzierungsmodus einen mindestens so hohen Finanzierungsanteil ausmacht, wie die weiteren möglichen Finanzierungsquellen zusammen. Problematisch wäre hierbei allerdings, dass auch innerhalb dieser einen Dimension ‚Mischtypen‘ auftreten, sofern keines der Finanzierungsmodi die 50 Prozent-Schwelle erreicht. Um zu eindeutigen Ergebnissen zu gelangen, erfolgt die Einstufung als ‚steuerfinanziertes‘, ‚beitragsfinanziertes‘ und ‚privat finanziertes‘ System anhand des relativ größten Finanzierungsanteils. Im Extrem ist damit ein Finanzierungsanteil von etwas mehr als einem Drittel ausreichend, um das System entsprechend zu klassifizieren.³

Bei der *Leistungserbringung* liegt eine ähnliche Konstellation vor. Auch hier spricht einiges für eine 50 Prozent-Schwelle, doch würden hierdurch ebenfalls Mischtypen innerhalb einer Dimension entstehen. Um dies zu vermeiden, richtet sich die Einstufung im Folgenden danach, ob ‚staatliche‘, ‚gesellschaftliche‘ oder ‚private‘ Akteure bzw. Einrichtungen bei der Leistungserbringung den ersten Rang einnehmen. Als weiteres Problem kommt hier hinzu, dass festgelegt werden muss, anhand welchen Parameters die relative Bedeutung der drei verschiedenen Leistungserbringertypen gemessen wird. Zu bevorzugen ist hier der Ausgabenanteil, der auf die drei Leistungserbringertypen entfällt, da bei der Messung in Geldeinheiten auch über die verschiedenen Sektoren hinweg analysiert werden kann. Allerdings ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Daten nicht immer vollständig und valide vorliegen. In diesem Fall kann auf andere Parameter wie Beschäftigtenzahlen oder – bezogen auf den Krankenhausbereich – Bettenzahlen zurückgegriffen werden.

Die für Finanzierung und Leistungserbringung vorgeschlagene Klassifizierung anhand der relativ gewichtigsten Kategorie kann nicht direkt auf die *Regulierung* übertragen werden. Erstens liegen für diesen Bereich häufig keine quantitativen Indikatoren vor und zweitens gibt es nicht nur einen Regulierungsbereich, für den eine Schwelle zu definieren ist. Als Maßstab für die Einschätzung der Veränderungen im Bereich der Regulierung werden deshalb die in *Abschnitt 3* eingeführten sechs Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten herangezogen (Deckungsgrad, Finanzierungssystem, Marktzugang für Leistungserbringer, Vergütungssystem, Zugang von Patienten, Leistungskatalog). Das dominante Regulierungs-

³ Bei der empirischen Anwendung kann natürlich danach unterschieden werden, ob die 50 Prozent-Schwelle überschritten wird oder ob die relativ gewichtigste Finanzierungsquelle einen niedrigeren Anteilswert aufweist.

prinzip wird danach bestimmt, ob die Mehrzahl dieser Beziehungen durch den Staat, durch Aushandlungsprozesse innerhalb eines selbstregulierten Systems oder über Marktprozesse festgelegt wird. Kein eindeutiger Regulierungstypus könnte bspw. im Fall einer Konstellation Staat–Selbstverwaltung–Markt von 3-3-0 oder 2-2-2 festgelegt werden. Bei der Festlegung des dominierenden Regulierungstypus innerhalb einer jeden Relation bleibt dabei ein beträchtlicher Interpretationsspielraum.

Insgesamt geht es also darum, den in der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung dominanten Modus zu identifizieren und auf dieser Grundlage eine Einstufung als staatlich, gesellschaftlich oder privat geprägtes System vorzunehmen. Mit Hilfe einer solchen mehrdimensionalen Vorgehensweise dürfte bei vielen Gesundheitssystemen eine sehr viel genauere Einordnung möglich sein als bei der traditionellen Gegenüberstellung von Sozialversicherungssystemen einerseits und nationalen Gesundheitssystemen (NHS-Systemen) andererseits.

Den 27 möglichen Kombinationen können zu einem unterschiedlichen Ausmaß reale Fälle zugeordnet werden. Während die Kombination staatliche Regulierung, staatliche Finanzierung und private Leistungserbringung beispielsweise verhältnismäßig häufig anzutreffen sein dürfte, erscheint eine private Regulierung in Kombination mit einer staatlichen Finanzierung und Leistungserbringung als wenig wahrscheinlich. Mit Hilfe dieses Analyserasters kann somit zum einen festgestellt werden, welche Kombinationen ein realweltliches Pendant aufweisen und welche dabei besonders häufig sind. Zum anderen kann aber auch geprüft werden, in welchem Ausmaß und in welche Richtung sich Gesundheitssysteme über die Zeit verändern.

Damit ist auch bereits eine weitere Frage angesprochen, die nach einer Klassifikation möglichen Wandels. Auch für eine Konzeptionalisierung von Wandel in Gesundheitssystemen kann auf *Übersicht 2* zurückgegriffen werden. Hierbei wollen wir drei nachstehend definierte Formen von Wandel unterscheiden: Systemwechsel, Wandel im System und Niveaushiftungen. Als stärkste Form des Wandels ist demgemäß ein *Systemwechsel* einzustufen, der dann stattfindet, wenn ein Gesundheitssystem von einem ‚Viertel‘ der *Übersicht 2* in ein anderes wechselt, also z. B. ein staatlich geprägter Mischtyp zu einem privat geprägten Mischtyp wird. Ein solcher Systemwechsel findet selten statt und ist nur dann zu erwarten, wenn entsprechende durch politische Akteure vorgegebene Richtungsänderungen in der Gesellschaft auf Akzeptanz stoßen. Häufiger ist ein Wandel zu erwarten, bei dem sich zwar ebenfalls Merkmalsausprägungen einer Dimension verändern (*Wandel im System*), ohne dass damit jedoch ein Systemwechsel verbunden ist, also das eigene ‚Viertel‘ der Tabelle verlassen wird. Dieser Form des Wandels wäre bspw. auch ein Fall zuzuordnen, in denen – bei staatlicher Regulierung – die Finanzierung von privat zu staatlich wechselt, während die vormals staatliche Leistungserbringung privatisiert wird. Auch nach diesem ‚Wandel im System‘ bleibt es bei

einem staatlich geprägten Mischtyp. Eine dritte Form des Wandels bilden *Niveaushiftungen* innerhalb einer oder mehrerer Dimensionen, ohne dass ein Austausch der jeweils dominierenden Merkmalsausprägung erfolgt. In der Finanzierungsdimension bleibt z. B. die staatliche Finanzierung dominant, das Niveau der staatlichen Finanzierung wird jedoch reduziert, während die private Finanzierung ansteigt. Auch hier lassen sich die Stärke der Veränderung und insbesondere die sich ändernde Distanz zu dem jeweiligen Idealtypus feststellen. Auf dieser Ebene können darüber hinaus weitere Differenzierungen vorgenommen werden, indem bspw. überprüft wird, ob diese Niveaushiftungen bei der Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung in die gleiche Richtung gehen oder ob sich bei konstanter erster Merkmalsausprägung die Reihenfolge der zweiten und dritten Ausprägung verändert (also staatlich-privat-gesellschaftlich an Stelle von staatlich-gesellschaftlich-privat). Folgende Formen des Wandels können demnach anhand dieser Konzeption unterschieden werden:

- (1) *Systemwechsel*: Es finden Veränderungen der Merkmalsausprägungen in einer oder in mehreren Dimensionen statt, so dass im Ergebnis das ‚Viertel‘ in *Übersicht 2* gewechselt wird. Damit verändert sich die Einstufung des Gesundheitssystems, so dass von einem Systemwechsel gesprochen werden kann.
- (2) *Wandel im System*: In einer Dimension findet ein Wechsel der Merkmalsausprägung (also ein Wechsel zwischen staatlich, gesellschaftlich und privat) statt, jedoch ohne dass der Gesundheitssystemtyp verändert wird. Das Gesundheitssystem verbleibt in dem ‚Viertel‘ der *Übersicht 2*, in dem es auch zuvor verortet war.
- (3) *Niveaushiftungen*: Es finden Veränderungen auf Ebene der Dimensionen statt, ohne dass die dominante Merkmalsausprägung wechselt.

Über eine vergleichende Analyse kann somit überprüft werden, ob Gesundheitssysteme ihren bisherigen Pfad beibehalten, eine Veränderung bei der jeweils dominanten Merkmalsausprägung vornehmen oder aber einen Systemwechsel vollziehen. Insgesamt kann damit eine sehr viel umfassendere Identifikation von Veränderungen gelingen, als etwa bei einer bloßen Betrachtung einer Dimension des Gesundheitssystems.

5 ANWENDUNGSBEISPIELE DES ANALYSERASTERS: SYSTEMWECHSEL, WANDEL IM SYSTEM UND NIVEAUSHIFTUNGEN

Vorstehend wurden die Dimensionen bestimmt, anhand derer der Gesundheitssystemtyp bestimmt werden soll. Zugleich wurden aus den möglichen Konstellationen Systemtypen konstruiert und es wurde festgelegt, wie potenzielle Veränderungen bei den Merkmalsausprägungen in Bezug auf ‚Wandel‘ zu bewerten sind. Hierbei wurde jeweils unterstellt, dass sich für jede Dimension eine dominierende Merkmalsausprägung feststellen lässt. Hierauf aufbauend soll nun anhand ausgewählter Fälle die Anwendbarkeit der

in *Übersicht 2* zusammengefassten Konzeption demonstriert werden, wobei jeweils zwei Fälle diskutiert werden, die eine Nähe zu einem der drei Idealtypen aufweisen. Mit Großbritannien und Dänemark wurden zwei Fälle ausgewählt, die heute eine Nähe zum ‚staatlichen‘ Typus aufweisen, mit Deutschland und Österreich zwei Fälle mit einer Nähe zum ‚gesellschaftlichen‘ Typus und mit den USA und der Schweiz zwei Fälle mit einer Nähe zum ‚privaten‘ Typus. Für die Beschreibung von Veränderungen der quantitativen Indikatoren werden die OECD Health Data 2005 verwendet.

Die *Finanzierung* wird in Steuerfinanzierung, Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge sowie private Finanzierung (private Krankenversicherung *und* private Selbst- und Zuzahlungen) untergliedert. Bei der *Leistungserbringung* wird demgegenüber die in den OECD Health Data aufgeführte ambulante Versorgung als ‚privat‘ definiert, da es außerhalb des Krankenhauses, wie in *Abschnitt 3.2* betont, kaum Beispiele für staatlich angestellte Leistungserbringer gibt. Bei der Krankenhausversorgung kann wieder zwischen staatlichen, privaten gewinnorientierten und privaten nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern unterschieden werden. Bisher lässt der OECD-Datensatz eine solche Differenzierung allerdings nicht zu, und somit wird vorläufig lediglich zwischen privater und staatlicher Leistungserbringung unterschieden. Hinsichtlich der *Regulierung* werden hierarchische staatliche Steuerung, gesellschaftliche Selbstregulierung durch Kollektivverhandlungen und durch Markt und Wettbewerb geprägte private Regulierung unterschieden.

Der *britische National Health Service* wird in der Literatur regelmäßig als Prototyp eines Gesundheitssystems mit staatlicher Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung angesehen. Die Steuerfinanzierung ist zwar von fast 90 Prozent im Jahr 1980 auf etwa 80 Prozent im Jahr 2002 gesunken, doch bleibt die Finanzierung über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg deutlich durch staatliche Finanzierungsträger dominiert (OECD Health Data 2005). Eine ähnliche Einstufung kann für den Bereich der Leistungserbringung vorgenommen werden. Da bisher fast ausschließlich Allgemeinmediziner ein Niederlassungsrecht haben (und somit als ‚privat‘ eingestuft werden können) und die Krankenhausversorgung durch staatliche Krankenhäuser dominiert wird, kann die Leistungserbringung nach wie vor als ‚staatlich‘ angesehen werden. Outsourcing bestimmter (nicht-medizinischer) Aufgaben sowie die zunehmende Möglichkeit für Krankenhausärzte, Privatpatienten zu behandeln, und die steigende Bedeutung privater Krankenhäuser führen vor diesem Hintergrund allerdings zu einer Niveaushiftung in Richtung einer Stärkung der privaten Leistungserbringung (Grimmeisen 2006). Analysen zur Regulierung zeigen, dass in Großbritannien der Staat der zentrale Akteur bleibt, und dass die erkennbare Ausweitung von Marktmechanismen im britischen NHS durch eine parallel erfolgende Stärkung der staatlichen Regulierung begleitet wurde (Klein 1996; Grimmeisen 2006). Allerdings ist bei der Festlegung des Leis-

tungspakets, also in einer der sechs Regulierungsrelationen, mit dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ein Akteur geschaffen worden, auf denen der Staat keinen direkten Einfluss hat. Gleichzeitig verringert die dadurch erfolgende Standardisierung die Unabhängigkeit des Arztes bei der Leistungserbringung. NICE schwächt also den Staat *und* die medizinische Profession. Ohne an dieser Stelle auf die Einführung von Marktmechanismen innerhalb eines ‚internen Marktes‘, auf die Trennung von Angebot und Nachfrage, die Schaffung von GP-Fundholder oder von Hospital Trusts (siehe z. B. Wendt 2003; Grimmeisen 2006) eingehen zu können, kann festzuhalten, dass der britische NHS nach wie vor dem staatlichen Idealtypus nahe kommt – auch wenn Privatisierungstendenzen in Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung unübersehbar sind.

Dänemark verfügt heute ebenfalls über ein Nationales Gesundheitssystem (NHS-System). Dieses System ist allerdings erst Anfang der 1970er Jahre eingeführt worden und löste 1972 ein gesetzliches Krankenversicherungssystem ab, das sich in seiner Entstehungsphase am deutschen Vorbild orientiert hatte (Wendt 2003). Während vor 1972 die Sozialversicherungsfinanzierung überwog, liegt seit diesem Zeitpunkt der Steuerfinanzierungsanteil bei über 80 Prozent und ist von dem Spitzenwert von 87,8 Prozent im Jahr 1980 auf heute 83,0 Prozent gesunken (OECD Health Data 2005). Der Anteil der staatlichen Finanzierung ist somit heute etwas höher als in Großbritannien und das Abschmelzen dieser Finanzierungsform fiel seit 1980 etwas schwächer aus als im britischen NHS. Uns interessiert allerdings in erster Linie der *Wechsel* des primären Finanzierungsinstruments Anfang der 1970er Jahre, der vielfach als Systemwechsel interpretiert wurde (z.B. Christiansen 1993; Christoffersen 1997). Die Analyse der Leistungserbringung zeigt demgegenüber, dass der Krankenhaussektor in Dänemark traditionell durch staatliche Anbieter dominiert wird. In dieser Hinsicht ist Anfang der 1970er Jahre kein gravierender Wandel festzustellen (HiT 2001). Da Fachärzte kaum im privaten niedergelassenen Bereich tätig sind (Wendt 2003) und (auch deshalb) die Krankenhausversorgung den überwiegenden Teil der gesamten Leistungserbringung übernimmt, kann die Leistungserbringung in Dänemark sowohl vor als auch nach 1972 als ‚staatlich‘ eingestuft werden. Im Bereich der Regulierung stellt sicherlich das hohe Ausmaß an Dezentralisierung durch die Reform von 1972 eine wichtige Änderung dar. Es ist jedoch die Frage zu stellen, ob dadurch auch die Rolle des Staates entscheidend verändert wurde. Bei einem Blick auf die sechs Regulierungsrelationen ist zu erkennen, dass bereits im gesetzlichen Krankenversicherungssystem bis Anfang der 1970er Jahre der Deckungsgrad weitgehend staatlich bestimmt war. Hier ist der staatliche Einfluss durch die Integration der gesamten Bevölkerung in das spätere nationale Gesundheitssystem noch weiter angestiegen. Auch das Niederlassungsrecht und die Krankenhausplanung (und somit der Zugang der Leistungserbringer zum Gesundheitsmarkt) sowie der Zu-

gang von Patienten zu den Leistungsanbietern sind traditionell staatlich bestimmt (HiT 2001; Wendt 2003). Bei den drei weiteren Regulierungsbereichen (Ausgestaltung der Finanzierungssysteme; Vergütungssysteme; Leistungspaket) fand demgegenüber Anfang der 1970er Jahre ein Übergang von einer durch gesellschaftliche Akteure (Sozialversicherung) dominierten Regulierung hin zu einer staatlichen Regulierung statt. Für Dänemark ist somit ein Wechsel von einem Mischtyp mit Sozialversicherungsfinanzierung, staatlicher Leistungserbringung sowie einer Kombination aus staatlicher und gesellschaftlicher Regulierung hin zu einem staatlichen Idealtyp festzustellen.

Der *deutschen gesetzlichen Krankenversicherung* wird demgegenüber häufig eine weitgehende Deckung mit dem Idealtypus ‚Sozialversicherung‘ unterstellt. Zumindest bei einer Analyse der Finanzierung erweist sich diese Beobachtung als zutreffend. Der Anteil aller Gesundheitsausgaben, der über die Sozialversicherung finanziert wird,⁴ hat sich seit 1970 sogar von 58,3 Prozent auf 68,4 Prozent im Jahr 2003 erhöht, während die Steuerfinanzierung stark reduziert wurde (OECD Health Data 2005). Die Leistungserbringung weicht demgegenüber deutlich von dem gesellschaftlich geprägten Typus ab. Der Anteil der Betten von Krankenhäusern, die dem gesellschaftlichen Typus zugeordnet werden können (private non-profit), hat sich seit den 1970er Jahren kaum verändert (36,5% im Jahr 1970; 38,3% im Jahr 2000; Statistisches Bundesamt m.J.). Allerdings werden öffentliche Krankenhauskapazitäten zunehmend durch private gewinnorientierte ersetzt. Da außerhalb des Krankensektors fast ausschließlich private Leistungsanbieter tätig sind und auf diese Bereiche etwa zwei Drittel der Gesamtausgaben für Gesundheit entfallen, wird die Leistungserbringung in Deutschland durch private Leistungsanbieter dominiert (Wendt, Rothgang und Helmert 2005). Die Ausweitung der privaten Krankenhausversorgung in den letzten Jahren verstärkt diesen Trend sogar noch. Hinsichtlich der Regulierung sind zwei Trends erkennbar: Zum einen wurde mit der Einführung des Kassenwettbewerbs im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 der Wettbewerb als zusätzlicher Koordinierungsmechanismus neben der bis dahin eindeutig vorherrschenden korporatistischen Selbstverwaltung etabliert. Diese Reform hat eine ganze Reihe weiterer Reformschritte (Reform des Risikostrukturausgleichs, Einführung von Disease Management Programmen, Integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung etc.) nach sich gezogen, die alle (auch) der weiteren Stärkung des Wettbewerbsprinzips in der Krankenversicherung dienen. Zum anderen ist gleichzeitig aber eine verstärkte direkte staatlich-hierarchische Intervention zu beobachten. Mit verordneten Beitragssatzsenkungen, Budgetierungen und Ersatzvornahmen in Bereichen, in denen die

⁴ Hierbei wird auf alle Zweige der Sozialversicherung abgestellt und nicht nur auf die Krankenversicherung, da Gesundheitsleistungen auch durch andere Sozialversicherungszweige finanziert werden, etwa rehabilitative Leistungen durch die Rentenversicherung.

Selbstverwaltung keine Einigung erzielen konnte, hat sich der Staat immer wieder direkt in das Regulierungsgeschehen eingeschaltet. Insgesamt ist das deutsche System immer noch durch gesellschaftliche Finanzierung und private Leistungserbringung gekennzeichnet. Die zur Charakterisierung des gesamten Systems als „gesellschaftlich geprägten Mischtypus“ notwendige vorherrschende gesellschaftliche Regulierung gerät aber von zwei Seiten zunehmend unter Druck: durch Einführung und Ausbau wettbewerblicher Elemente auf der einen Seite und verstärkte direkte staatlich-hierarchische Steuerung auf der anderen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können allerdings die Festlegung der Beitragssätze, der Zugang von Patienten zu Leistungserbringern und auch die Vergütung der Leistungserbringer dem Kompetenzbereich der innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Akteure zugeordnet werden, so dass eine Einordnung als ‚gesellschaftlich geprägter Mischtyp‘ weiterhin noch zutreffend ist.

Die *österreichische soziale Krankenversicherung* weist starke Parallelen zum deutschen Fall auf, wobei seit Ende der 1950er Jahre ein höheres Ausmaß an staatlicher Intervention zu verzeichnen ist. Der Anteil der staatlichen Steuerfinanzierung ist mit 28,7 Prozent im Jahr 2002 ebenfalls deutlich höher als in Deutschland. Der Finanzierungsanteil der Sozialversicherung ist in den letzten beiden Dekaden kontinuierlich gesunken. Betrug er Anfang der 1980er Jahre noch 55 Prozent, ist er bis 2002 auf 41 Prozent und damit deutlich unter die 50-Prozent-Marke gesunken (Wendt 2003; Österle 2006; OECD Health Data 2005). Da dieser Anteil aber immer noch höher ist als der der steuerfinanzierten oder privat finanzierten Leistungen, dominiert in Österreich gemäß der hier vorgenommenen Definition immer noch die Sozialversicherungsfinanzierung. Bei der Leistungserbringung ergibt sich ein ähnliches Bild wie in Deutschland: Krankenhäuser werden durch staatliche, private nicht-gewinnorientierte und private gewinnorientierte Träger betrieben, während außerhalb des Krankenhaussektors private gewinnorientierte Leistungserbringer vorherrschen. Im Krankenhaussektor hat der Anteil der privaten (for-profit) Krankenhausbetten an allen Krankenhausbetten in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen, wenn auch auf niedrigerem Niveau. So lag dieser Anteil im Jahr 2002 nur bei 5,5 Prozent, während der Anteil der privaten non-profit Betten 18,0 Prozent betrug, so dass der Krankenhaussektor nach wie vor als durch staatliche Leistungserbringer dominiert angesehen werden kann. Allerdings ist der Anteil der finanziellen Mittel, der in den stationären Sektor fließt, rückläufig. Während noch 1995 44,7 Prozent aller monetären Ressourcen in den Krankenhaussektor flossen, waren es im Jahr 2002 nur noch 38,2 Prozent (OECD Health Data 2005). Der niedergelassene private Bereich wurde demgegenüber ausgebaut und dominiert heute die Leistungserbringung deutlich. Insgesamt kann die Leistungserbringung daher als vorwiegend privat eingestuft werden mit sogar noch steigenden Tendenz (Österle 2006). Spätestens seit der Ausweitung der Krankenversicherung auf annähernd die gesamte Bevölkerung in den

1960er und 1970er Jahren weist das österreichische Gesundheitssystem einen deutlich stärkeren staatlichen Regulierungsgrad auf als die deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Nicht nur der Deckungsgrad wird staatlich determiniert, auch im Bereich der Finanzierung kann seit 1973 aufgrund der gesetzlichen Regelung der Beitragssätze dem Staat eine stärkere Rolle als den weiteren möglichen Regulierungsträgern zugesprochen werden (Wendt 2003). Insbesondere dadurch, dass es für Allgemein- und Fachärzte keine Niederlassungsbeschränkung gibt, greift in diesem Bereich in erster Linie das Verhandlungssystem innerhalb der Sozialversicherung. Das gilt ebenso für die Festlegung der Vergütung der niedergelassenen Ärzte und durch die grundsätzlich freie Arztwahl auch für den Zugang von Patienten zur Leistungserbringung. Der Rahmen des Leistungspakets wird zwar traditionell durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgesteckt, doch wird über die Gesamtvergütung sowie über die Honorierung der erbrachten Leistungen innerhalb des System der sozialen Krankenversicherung entschieden (Wendt 2003; Österle 2006). Damit bleibt die gesellschaftliche Regulierung vorherrschend. Ebenso wie Deutschland ist Österreich somit nach wie vor dem gesellschaftlich geprägten Mischtypus zuzuordnen, allerdings mit einer höheren Privat- und Steuerfinanzierung sowie einem höheren Ausmaß an staatlicher Regulierung.

In den *Vereinigten Staaten* wurde weder ein nationales Gesundheitssystem noch ein umfassendes Sozialversicherungssystem eingeführt. Das Gesundheitssystem ist vielmehr durch eine hohe Bedeutung des privaten Krankenversicherungsmarktes gekennzeichnet. Entsprechend überwiegt bei der Finanzierung traditionell der private Anteil (durch private Krankenversicherungsbeiträge, private Selbst- und Zuzahlungen und weitere private Quellen). Während allerdings vor 1965 (also vor der Einführung des über Sozialversicherungsbeiträge finanzierten Medicare-Programms und des steuerfinanzierten Medicaid-Programms) über 77 Prozent aus privaten Quellen finanziert wurden, sank der private Finanzierungsanteil in den Folgejahren kontinuierlich. Heute beträgt der private Finanzierungsanteil etwa 55 Prozent (Cacace 2006; OECD Health Data 2005). Gesunken ist insbesondere der Finanzierungsanteil privater Selbst- und Zuzahlungen (Cacace 2006), eine Entwicklung, die der „Privatizing Risks“-These von Jacob Hacker (2004) widerspricht. Aufgrund der hohen Bedeutung von Steuerermäßigungen bei einer Absicherung über eine private Krankenversicherung wird allerdings der öffentlich finanzierte Anteil des US-amerikanischen Gesundheitssystems bei einer bloßen Betrachtung der von der OECD ausgewiesenen Finanzierungsanteile erheblich unterschätzt. Werden diese ‚tax exemptions‘ berücksichtigt, ergibt sich ein anderes Bild: Nach Berechnungen von Woolhandler und Himmelstein (2002) unterschreitet der private Finanzierungsanteil dann bereits Mitte der 1970er Jahre die 50 Prozent-Marke, und seit Mitte der 1990er Jahre übersteigt der Anteil der steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben (einschließlich Steuerermäßigung) den der privat finanzierten (siehe auch Adema und Ei-

nerhand 1998; Cacace 2006). Unter Berücksichtigung der Steuerermäßigungen stufen wir die Finanzierung des US-Systems heute als überwiegend staatlich ein. Bei der Leistungserbringung muss zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren differenziert werden. So gibt es im Krankenhaussektor nur einen kleinen (in Krankenhausbetten gemessenen) Marktanteil für private gewinnorientierte Anbieter, der allerdings von 5 Prozent im Jahr 1975 auf 11 Prozent im Jahr 2002 gestiegen ist. Dominiert wird dieser Sektor inzwischen vielmehr von privaten non-profit Anbietern, deren Marktanteil von 45 Prozent im Jahr 1975 auf 60 Prozent im Jahr 2002 gestiegen ist (Cacace 2006) – zulasten der staatlichen Krankenhausversorgung. Alle anderen Sektoren werden dagegen von privaten gewinnorientierten Anbietern dominiert. Da der in die Krankenhausversorgung fließende Ressourcenanteil zudem von 50 Prozent Anfang der 1980er Jahre auf inzwischen etwa 38 Prozent abgeschmolzen ist, hat sich die Dominanz der privaten Leistungserbringer insgesamt sogar noch verstärkt. Dieser Trend lässt sich ebenfalls an der Personalentwicklung ablesen. Der Staat spielt bei der Leistungserbringung demgegenüber aufgrund des niedrigen und weiter sinkenden Anteils an Krankenhausbetten in öffentlichen Krankenhäusern eine vergleichsweise geringe Rolle (siehe OECD Health Data 2002). Da die staatliche Regulierungsintensität in Bezug auf den privaten Krankenversicherungsmarkt sehr gering ist, und auch in die Leistungserbringung nur sehr begrenzt durch staatliche Akteure interveniert wird, kann das US-amerikanische Gesundheitssystem als weitgehend durch den Markt reguliert eingestuft werden (Cacace 2006). Allerdings hat die Form hierarchischer Koordinierung im Zug der ‚Managed Care-Revolution‘ an Bedeutung gewonnen – aber eben nicht als staatliche Hierarchie, sondern als hierarchische Koordinierung im Rahmen privatvertraglicher Regelungen. Zwar nimmt die Interventionsstärke des Staates in den öffentlichen Programmen Medicaid und Medicare zu. Dennoch dürfte in allen sechs Regulierungsbereichen die Marktregulierung gegenüber der staatlichen Regulierung weiterhin von deutlich höherer Bedeutung sein. Insgesamt ist aufgrund des heute dominierenden staatlichen Finanzierungsanteils ein ‚Wechsel im System‘ zu konstatieren, und das US-amerikanische Gesundheitssystem, das zuvor als privates Gesundheitssystem gelten konnte, ist nun als ‚privat geprägter Mischtyp‘ einzustufen.

Das Gesundheitssystem der *Schweiz* weist traditionell sowohl in der Finanzierung als auch der Leistungserbringung einen hohen privaten Anteil auf. Die Regulierung erfolgt vor allem innerhalb der Sozialversicherung, wobei Elemente staatlicher und privater Regulierung ebenfalls stark ausgeprägt sind (Rosenbrock und Gerlinger 2004: 262; siehe auch Bernardi-Schenkluhn 1992; Becker 2006). Folgt man den OECD Health Data (2005), dann wird das schweizerische Gesundheitssystem nach wie vor in erster Linie privat finanziert. Allerdings hat der private Finanzierungsanteil insbesondere seit Mitte der 1980er Jahre deutlich abgenommen. Seit diesem Zeitpunkt wurde die Finanzierung

über Sozialversicherungsbeiträge stark erhöht (von 32,2 Prozent im Jahr 1985 auf 40,5 Prozent im Jahr 2003), und heute hat die private Finanzierung mit einem Anteil an der Gesamtfinanzierung von 41,5 Prozent (2003) nur noch einen leichten Vorsprung vor der Sozialversicherungsfinanzierung. Bei der Leistungserbringung fließt fast die Hälfte der Mittel in die Krankenhausversorgung. Von dem Spitzenwert des Jahres 1993 (49,9 Prozent) ist dieser Wert leicht auf 47,3 Prozent im Jahr 2003 gesunken (OECD Health Data 2005). Etwa 15 Prozent der Krankenhäuser werden in der Schweiz privatwirtschaftlich betrieben (Rosenbrock und Gerlinger 2004: 278), so dass insgesamt die private Leistungserbringung (Leistungen aus dem privaten niedergelassenen Bereich zuzüglich Leistungen privater gewinnorientierter Krankenhäuser) einen leichten Vorsprung gegenüber der staatlichen Leistungserbringung hat. Im Bereich der Regulierung hat der Staat mit der Einführung einer Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung im Jahr 1996 das Sozialversicherungsprinzip gestärkt. In Bezug auf den Deckungsgrad ist somit die Sozialversicherung heute von höherer Bedeutung als vor 1996 (Becker 2006). Da die Verträge über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungsanbietern geschlossen werden (Rosenbrock und Gerlinger 2004) und außerdem bei der Bestimmung des Leistungskatalogs innerhalb der Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (ELK) die Ärzte- und Versichertenvertretern eine zentrale Rolle haben (Niebuhr et al. 2004), kann die Regulierung als ‚gesellschaftlich‘ dominiert eingestuft werden. Aufgrund des hohen Ausmaßes an Wahlfreiheiten für die Versicherten bzw. Patienten (freie Wahl der Krankenversicherung, Auswahl zwischen unterschiedlichen Versicherungsprämien, freie Arztwahl; siehe HiT 2000; Rosenbrock und Gerlinger 2004) ist allerdings der ‚privaten Regulierung‘ ebenfalls eine hohe Bedeutung zuzumessen. Insgesamt weist damit das Gesundheitssystem der Schweiz Merkmale eines ‚privat geprägten Mischtyps‘ auf, wobei im Zuge der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 1996 ein ‚Wechsel im System‘ stattgefunden hat.

Die *Übersicht 3* fasst die beschriebenen Veränderungen noch einmal schlaglichtartig zusammen. Wie der *Übersicht* zu entnehmen ist, sind in drei der sechs Systeme lediglich Niveaushiftungen zu beobachten, in zwei Ländern aber ein Wechsel im System und in einem Land sogar ein Systemwechsel. Die Anwendungsbeispiele illustrieren damit das Potenzial der vorgestellten Konzeption zur differenzierten Erfassung von Wandel in Gesundheitssystemen.

Übersicht 3: Wandel der Gesundheitssysteme in sechs Ländern

Land	Form des Wandels	Dimension und Richtung
Großbritannien	Niveauverschiebungen	Privatisierung in Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung
Dänemark	Systemwechsel (1972)	Finanzierung: von gesellschaftlich zu staatlich; Leistungserbringung: bleibt staatlich; Regulierung: von gemischt staatlich/gesellschaftlich zu staatlich
Deutschland	Niveauverschiebungen	Finanzierung: bleibt gesellschaftlich dominiert; Leistungserbringung: bleibt privat dominiert; Regulierung: Abschwächung der Dominanz gesellschaftlicher Regulierung
Österreich	Niveauverschiebungen	Finanzierung: Rückgang der immer noch dominierenden gesellschaftlichen Finanzierung; Leistungserbringung: privat mit deutlich steigender Tendenz; Regulierung: Dominanz gesellschaftlicher Regulierung mit höheren staatlichen Einfluss und einem geringern Ausmaß marktwirtschaftlicher Elemente als in Deutschland
USA	Wechsel im System	Finanzierung: kann heute aufgrund der hohen Bedeutung von Steuerermäßigungen als überwiegend staatlich eingestuft werden; Leistungserbringung: zusätzliche Stärkung des traditionell hohen privaten Anteils; Regulierung: weiterhin bestehende Dominanz der Regulierung durch den Markt
Schweiz	Wechsel im System	Finanzierung: noch leichter Vorsprung der privaten Finanzierung gegenüber der Sozialversicherungsfinanzierung; Leistungserbringung: ebenfalls leichter Vorsprung der privaten Leistungserbringung gegenüber der staatlichen Leistungserbringung; Regulierung: Seit dem KVG 1996 höhere Bedeutung der gesellschaftlichen Regulierung als die Regulierung über den Markt

Quelle: eigene Darstellung

6 FAZIT

Der Ausgangspunkt dieses Beitrags war die Beobachtung, dass zwar seit mehr als einem Jahrzehnt intensiv über eine Typologie von Wohlfahrtsstaaten diskutiert wird, eine theoretisch und empirisch fundierte Typologie von Gesundheitssystemen hingegen nicht existiert. In diesem Beitrag wurde daher versucht, eine solche Typologie deduktiv zu entwickeln. Ausgehend von den zentralen Funktionen eines jeden Gesundheitssystems, der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung, wurden die jeweiligen Ausprägungen bestimmt und aus der Kombination verschiedener Merkmalsausprägungen mögliche Typen gebildet. Damit entsteht ein differenziertes Schema, das es nicht nur erlaubt, bestehende Gesundheitssysteme einem Typ zuzuordnen, sondern auch in der Lage ist, den Wandel von Gesundheitssystemen zu konzeptionalisieren und dabei verschiedene Abstufungen von Wandel (Systemwechsel, Wechsel im System, Niveauverschiebungen) zu unterscheiden.

Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit dieses weitgehend deduktiv gewonnene Konzept in der Lage ist, die Empirie angemessen wiederzugeben. Um die Tauglichkeit dieser Konzeption zu überprüfen, wurde eine Klassifizierung von sechs Gesundheitssystemen und deren Entwicklung in den letzten vier Dekaden vorgenommen. Diese Diskussion hat vor allem illustrativen Charakter, da es nicht möglich ist, an dieser Stelle eine vertiefende Darstellung vorzunehmen. Allerdings zeigen auch bereits die kurzen Darstellungen, dass das vorgeschlagene Analyseschema sowohl in der Lage ist, eine differenzierte Klassifizierung von Gesundheitssystemen zu erlauben als auch den Wandel angemessen zu erfassen.

Gleichzeitig soll ein Hinweis auf die Grenzen und Limitationen dieser Konzeption nicht verschwiegen werden. Hierbei kann auf folgende Punkte eingegangen werden:

- die Auswahl der Beschreibungsdimensionen (Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung),
- die Achse, auf der Verschiebungen innerhalb der Dimensionen erfasst werden,
- die Kodierung der Merkmalsausprägungen (staatlich, gesellschaftlich, privat) und
- die Messkonzepte und Schwellenwerte.

Hinsichtlich der Beschreibungsdimensionen bezieht sich die hier vorgestellte Konzeption auf die institutionelle Verfasstheit des Gesundheitssystems. Diese dürfte mit den drei Dimensionen – Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung – angemessen erfasst sein. Allerdings könnten Gesundheitssysteme auch z.B. anhand ihres Outcomes (z.B. der Effektivität, Effizienz oder Qualität der Leistungserbringung), der Akteurskonstellationen in Bezug auf Wandlungsprozesse oder der Form der Leistungserbringung (z.B. Rolle von Hausärzten, Existenz Integrierter Versorgung, Schnittstellenmanagement etc.) charakterisiert werden. Dabei würden dann aber andere Aspekte in den Vordergrund geschoben.

Werden die Beschreibungsdimensionen als gegeben angenommen, stellt sich die Frage, auf welcher Achse Unterschiede zwischen und Wandlungsprozesse innerhalb von Gesundheitssystemen in Bezug auf die genannten Beschreibungsdimensionen erfasst werden. Die hier vorgestellte Konzeption fokussiert dabei implizit auf den Public-Private Mix, also auf das Verhältnis von öffentlicher und privater Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Auch hier wären andere Schwerpunktsetzungen denkbar – etwa die Konzentration auf Niveau- und nicht auf Struktureffekte. So könnte das Ausmaß der Gesundheitsausgaben, der Umfang der Leistungserbringung und die Stärke der Regulierung zur Typisierung herangezogen werden.

Drittens beinhaltet die *trichotome Kodierung* der drei Untersuchungsdimensionen ein Element der Willkür. So würde eine dichotome Unterscheidung in privat vs. öffentlich womöglich ein anderes Ergebnis erbringen, etwa wenn der private Finanzierungsanteil

als relativ gewichtigste Finanzierungsform als dominant angesehen wird, obwohl die ‚öffentliche‘ Finanzierung als Summe der Beitrags- und Steuerfinanzierung insgesamt die private Finanzierung überwiegt. So würde eine solche dichotome Kodierung dazu führen, dass das US-Gesundheitssystem hinsichtlich der Finanzierungsdimension schon ab Mitte der 1970er Jahre nicht mehr als privat angesehen werden kann.

Damit angesprochen ist auch bereits das *Schwellenwertproblem*. Solange eine Merkmalsausprägung mehrheitlich dominiert (etwa ein Finanzierungsanteil ein Anteil der Leistungserbringer von mehr als 50 Prozent), ist eine Zuordnung zu einem vorherrschenden Typus plausibel. Liegt der Anteil dagegen bei weniger als 50 Prozent ist die hier vorgenommene Zuordnung diskussionswürdig. Eine weitere Unterscheidung zwischen relativer und absoluter Dominanz, wäre eine Möglichkeit, hiermit umzugehen. Noch gravierender stellt sich das Problem bei der Regulierungsdimension. Die hier vorgenommene Zuordnung nach der in der Mehrheit der Regulierungsrelationen vorherrschenden Regulierungsform impliziert u.a., dass alle Relationen gleich wichtig in die Betrachtung eingehen – was keineswegs selbstverständlich ist.

Insgesamt zeigen sich damit Grenzen des gewählten Ansatzes, aber auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung bzw. Modifikation. Letztlich sind einige der Grenzen aber jeder Typologie eigen, die sich der idealtypischen Methode bedient. Notwendig ist es daher, sich der Grenzen dieses Ansatzes bewusst zu sein, ohne dessen Vorteile und Potenziale zu übersehen.

LITERATUR

- Abrahamson, P. (1999): The Welfare Modelling Business. In: *Social Policy & Administration* 33(4), 394-415.
- Adema, W. und Einerhand, M. (1998): Labour Market and Social Policy-Occasional Papers N° 32. The Growing Role of Private Social Benefits.
- Alber, J. (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Schmidt, M. G. (Hg.): *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen*. PVS, Sonderheft 19/1988, Opladen, Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, J. (1989): Die Steuerung des Gesundheitssystems in vergleichender Perspektive. In: *Journal für Sozialforschung*, 29(3), 259-284.
- Bambra, C. (2004): The worlds of welfare: illusory and gender blind? In: *Social Policy & Society* 3(3), 201-211.
- Bambra, C. (2005a): Cash Versus Services: 'Worlds of Welfare' and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. In: *Journal of Social Policy* 34(2), 195-213.
- Bambra, C. (2005b): Health Status and the Worlds of Welfare. In: *Social Policy & Society* 5(1), 53-62.
- Bambra, C. (2005c): Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy. In: *Social Policy & Society* 4(1), 31-41.
- Becker, K. (2006): The Swiss Health Care System: An Interplay of Competition and Regulation. In: Rothgang, H.; Cacace, M.; Grimmeisen, S.; Helmert, U.; Wendt, C. (Hg.): *Financing, Providing, and Regulating Health Care. The role of the state in twelve OECD health care systems from 1970 till today*, forthcoming.
- Bernardi-Schenkluhn, B. (1992): Schweiz. In: Alber, J.; Bernardi-Schenkluhn, B.: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*. Frankfurt a. M., Campus, 177-321.
- Cacace, M. (2006): The US Case: Coincidence of Markets and Hierarchies in a Private Health Care System. (Bremen: Universität Bremen, Sonderforschungsbereich »Staatlichkeit im Wandel«, AP), im Druck.
- Chinitz, D.; Preker, A.; Wasem, J. (1998): Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing. In: R. B. Saltman, J. Figueras; Sakellarides C. (Hg.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 55-77.
- Christiansen, T. (1993): Denmark. In: Doorslaer, E. v.; Wagstaff, A.; Rutten, F. (Hg.): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective*. Oxford, Oxford University Press, 101-116.
- Christoffersen, H. (1997): Social Policy in Denmark. In: Mullard, M.; Lee, S. (Hg.): *The Politics of Social Policy in Europe*. Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 170-187.
- Culyer, A. J. (1990): Cost containment in Europe. *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. OECD. Paris, OECD, 29-40.

- Esping-Andersen, G. (1987): The Comparison of Policy Regimes: An Introduction. In: Rein, Martin; Esping-Andersen, G.; Rainwater, L. (Hg.): Stagnation and Renewal in Social Policy. New York, M. E. Sharpe, 3-12.
- Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford, Oxford University Press.
- Evans, R. G. (1996): Marketing Markets, Regulating Regulators: Who Gains? Who Loses? What Hopes? What Scope? Health Care Reform. The Will to Change. OECD. Paris, OECD, 95-114.
- Figueras, J., R. B. Saltman, et al. (2004): Patterns and performance in social health insurance systems. In: Saltman, R. B.; Busse, R.; Figueras, J. (Hg.): Social Health Insurance Systems in Western Europe. New York, Open University Press, 81-140.
- Freeman, R. (2000): The politics of health in Europe. Manchester, Manchester University Press.
- Giaimo, S. und Manow, P. (1999): Adapting the Welfare State - The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. In: Comparative Political Studies 32(8), 967-1000.
- Grimmeisen, S. (2006): The Role of the State in the British Health Care System – between Marketisation and Statism. (Bremen: Universität Bremen, Sonderforschungsbereich »Staatlichkeit im Wandel«, AP), im Druck.
- Henke, K.-D. und Schreyögg, J. (2005): Towards Sustainable Health Care Systems. Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and The Netherlands. 2. Auflage. Genf, International Social Security Association.
- Hacker, J. S. (2004): Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States. In: American Political Science Review 98(2), 243-260.
- HiT (2000): Health Care Systems in Transition: Switzerland. Kopenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- HiT (2001): Health Care Systems in Transition: Denmark. Kopenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Hsiao, W. C. (1995): A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance. In: Dunlop, D. W.; Martins, J. M. (Hg.): An International Assessment of Health Care Financing. Lessons for Developing Countries. Washington D. C., The World Bank, 15-30.
- Jönsson, B. und P. Musgrove (1997): Government Financing of Health Care. Innovations in Health Care Financing. Washington D.C., 41-65.
- Kanavos, P. und McKee, M. (1998): Macroeconomic constraints and health challenges facing european health systems. In: R. B. Saltman, J. Figueras; Sakellarides C. (Hg.): Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 23-52.
- Klein, R. (1996): Self-inventing Institutions: Institutional Design and the U.K. Welfare State. In: R. E. Goodin (Hg.): The Theory of Institutional Design. Cambridge, Cambridge University Press, 240-255.
- Kohl, J. (1993): Der Wohlfahrtsstaat in vergleichender Perspektive. Anmerkungen zu Esping-Andersen's The Three Worlds of Welfare Capitalism. In: Zeitschrift für Sozialreform 39(2), 65-82.

- Kokko, S., P. Hava, et al. (1998): The Role of the State in Health Care Reform. In: R. B. Saltman, J. Figueras; Sakellarides C. (Hg.): *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 289-343.
- Korpi, W. (2001): Contentious Institutions. An Augmented Rational-Action Analysis of the Origins and Path Dependency of Welfare State Institutions in Western Countries. In: *Rationality and Society* 13(2), 235-283.
- Korpi, W. (2003): Welfare-State Regress in Western Europe: Politics, Institutions, Globalization, and Europeanization. In: *Annual Review of Sociology* 29, 589-609.
- Korpi, W. und Palme, J. (2003): New Politics and Class Politics in the Context of Austerity and Globalisation: Welfare State Regress in 18 Countries, 1975-95. In: *American Political Science Review* 97(3), 425-446.
- Leibfried, S. (1992): Towards a European Welfare State? In: Ferge, Z.; Kolberg, J. E. (Hg.): *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt a.M., Campus, 245-278.
- Marmor, T. R. und Okma, K. G. H. (1998): Cautionary Lessons from the West: What (not) to Learn from other Countries' Experience in the Financing and Delivery of Health Care. In: Flora, P.; de Jong, P. R.; Le Grand, J.; Kim, J.-Y. (Hg.): *The State of Social Welfare, 1997. International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care*. Aldershot, Ashgate, 327-350.
- Mayntz, R. (1990): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: *Staatswissenschaft und Staatspraxis* 1, 283-307.
- Mayntz, R. und Scharpf, F. W. (1995): *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt a. M., Campus.
- McPherson, K. (1990): International Differences in Medical Care Practices. *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. OECD. Paris, OECD, 17-28.
- Moran, M. (1999): *Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press.
- Moran, M. (2000): Understanding the welfare state: the case of health care. In: *British Journal of Politics and International Relations* 2(2), 135-160.
- Niebuhr, D.; Rothgang, H.; Wasem, J.; Greß, S. (2004): *Die Bestimmung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Band 2*. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- OECD (1995): *New Directions in Health Care Policy*. OECD Health Policy Studies No. 7. Paris, OECD.
- OECD (2002): *OECD Health Data 2002. A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris, OECD.
- OECD (2005): *OECD Health Data 2005. A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris, OECD.
- Österle, A. (2006): Austria. In: Rothgang, H.; Cacace, M.; Grimmeisen, S.; Helmert, U.; Wendt, C. (Hg.): *Financing, Providing, and Regulating Health Care. The role of the state in twelve OECD health care systems from 1970 till today*, forthcoming.

- Pierson, P. (2001): Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: Pierson, P. (Hg.): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford, Oxford University Press, 410-456.
- Rico, A.; Saltman, R. B., et al. (2003): Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. In: *Social Policy & Administration* 37(6), 592-608.
- Rieger, E. (1998): Soziologische Theorie und Sozialpolitik im entwickelten Wohlfahrtsstaat. In: Lesse-
nich, S.; Ostner, I. (Hg.): *Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Per-
spektive*. Frankfurt a. M./New York, Campus, 59-89.
- Ritter, G. A. (1983): *Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*. Mün-
chen, Oldenbourg.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2004): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern, Ver-
lag Hans Huber.
- Rothgang, H.; Cacace, M.; Grimmeisen, S.; Wendt, C. (2005): The changing role of the state in OECD
health care systems. In: *European Review* 13, 187-212.
- Rothgang, H.; Cacace, M.; Grimmeisen, S.; Wendt, C. (2006): Wandel der Staatlichkeit in Gesundheits-
systemen von OECD-Ländern. In: Leibfried, S. und Zürn, M. (Hg.): *Staatlichkeit im Wandel*. Frank-
furt a. M., Suhrkamp, 307-354.
- Scharpf, F. W. (1993): Positive und Negative Koordination in Verhandlungssystemen. S. 57-83. In: Hé-
ri-
tier, A. (Hg.): *Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung*. PVS Sonderheft 24/1993, Opladen: West-
deutscher Verlag.
- Schieber, G. J. und Poullier, J.-P. (1990): Overview of International Comparisons of Health Care Expen-
diture. *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. OECD. Paris, OECD, 9-15.
- Schmähl, W. (1982): Sozialausgaben. In: *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW)*, Bd. 6,
Stuttgart, 562-603.
- Schmähl, W. (1988): Ökonomische Grundlagen sozialer Sicherung. In: Maydell, B. B. v. und Ruland F.
(Hg.): *Sozialrechtshandbuch (SRH)*, Neuwied: Luchterhand, 151-202.
- Scruggs, L. und Allen, J. (2006): Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication
and revision. In: *Journal of European Social Policy* 16(1), 55-72.
- Statistisches Bundesamt (mehrere Jahrgänge): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Reha-
bilitationseinrichtungen*. Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden: Metzler Poeschl.
- Tuohy, C. (2003): Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health
Care Arena. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28(2-3), 195-215.
- Tuohy, C.; Flood, C. M. und Stabile, M. (2004): How does private finance affect public health care sys-
tems? Marshalling the evidence from OECD nations. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*
29, 359-396.
- Weber, M. (1922/1988): *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. 7. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Wendt, C. (2003): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*.
Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.

- Wendt, C. (2006): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ein Überblick über den Forschungsstand. In: *Das Gesundheitswesen* 68 (10), 593-599.
- Wendt, C.; Grimmeisen, S. und Rothgang, H. (2005): Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems? In: Cantillon, B. und Marx, I. (Hg.): *International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalization?* Antwerpen: Intersentia, 15–45.
- Wendt, C.; Rothgang, H. und Helmert, U. (2005): The self-regulated German health care system between growing competition and state hierarchy. (Bremen: Universität Bremen, Sonderforschungsbereich »Staatlichkeit im Wandel«, AP 32/2005).
- Woolhandler, S. and Himmelstein, D. U. (2002): Paying for National Health Insurance - and not getting it. In: *Health Affairs*, 21, 88-98.

BIOGRAPHISCHE ANMERKUNG

Claus Wendt ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Universität Mannheim

Telefon: +49 621 181-2819
Fax: +49 621 181-2803
E-Mail: claus.wendt@mzes.uni-mannheim.de
Anschrift: Universität Mannheim, MZES, D-68131 Mannheim

Heinz Rothgang ist Projektleiter im Sonderforschungsprogramm 597 “Staatlichkeit im Wandel“ an der Universität Bremen.

Telefon: + 49 421 218 4132
Fax: +49 421 218- 7540
E-Mail: heinz.rothgang@sfb597.uni-bremen.de
Anschrift: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Zes), Parkallee 39, Barkhof, 28209 Bremen