

3.1 Allgemeine Angaben zu Teilprojekt C 3

3.1.1 Thema

Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern

3.1.2 Fachgebiet und Arbeitsrichtung

Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften/Gesundheitssystemforschung

3.1.3 Leiter

Dr. Heinz *Rothgang*
geb. 12. Januar 1963
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421 218 4132
e-mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. Winfried *Schmähl*
geb. 31. Mai 1942
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421 218 4369
e-mail: schmaehl@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. Rainer *Müller*
geb. 19. Dezember 1941
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421 218 4369
e-mail: dkoch@zes.uni-bremen.de

Die Einstellung des Erstgenannten ist jedenfalls für die ganze erste Phase sichergestellt. Der zweit- und drittgenannte Projektleiter sind unbefristet eingestellt und werden für die erste Phase zur Verfügung stehen.

3.1.4 (entfällt)

3.1.5 Erklärung

In dem Teilprojekt sind keine Untersuchungen am Menschen, Studien im Bereich der somatischen Zell- und Gentherapie, Tierversuche oder gentechnologische Untersuchungen vorgesehen.

3.1.6 Beantragte Förderung des Teilprojektes (Ergänzungsausstattung)

Haushaltsjahr	Personalkosten	Sächliche Verwaltungsausgaben	Investitionen	Gesamt
2003	97,2	2,4	•	99,6
2004	97,2	8,4	•	105,6
2005	97,2	8,3	•	105,5
2006	97,2	2,6	•	99,8
Summe 2003-2006	388,8	21,7	•	410,5

(Beträge in Tausend €)

3.2 Zusammenfassung

Ausgelöst durch die Wirtschaftsrezession setzten Mitte der 1970er Jahre in den demokratischen Rechts- und Interventionsstaaten (DRIS) Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen ein. Seither – so die zu untersuchende Hypothese – ist in den Gesundheitssystemen der OECD-Staaten eine *Konvergenzbewegung* zu erkennen, die ausgehend von den Idealtypen Privatversicherung, Sozialversicherung und staatliches Gesundheitssystem in Richtung auf *Mischsysteme* führt. So haben im marktwirtschaftlichen amerikanischen Gesundheitssystem mit dem *managed care* Elemente der hierarchischen Steuerung Einzug gehalten. Umgekehrt wurde die vertikale Integration des im Kern hierarchischen englischen Nationalen Gesundheitsdienstes 1991 aufgebrochen und durch Quasimarkt-Strukturen teilweise ersetzt, während in Deutschland korporatistische Strukturen im Gesundheitswesen zunehmend mit Wettbewerbselementen angereichert werden.

In der *ersten Phase* des geplanten Projektes wird dieser wohlfahrtsstaatliche Wandel von Gesundheitssystemen in OECD-Staaten, der zu erheblichen Veränderungen in der *Interventionsdimension* der Staatlichkeit führt, für den Zeitraum ab 1970 *beschrieben*. Das erfolgt anhand von Makroindikatoren für alle OECD-Staaten und wird qualitativ und quantitativ in drei Fallstudien für Deutschland, England und die USA vertieft, die für die Idealtypen Sozialversicherung, nationaler Gesundheitsdienst und Privatversicherung stehen. In den Fallstudien wird dabei der Reformprozeß im einzelnen nachgezeichnet. Aufbauend auf der Deskription der Reformprozesse wird in einer *zweiten Phase* nach den *Ursachen des Wandels* sowie möglichen Varianzen in der Entwicklung gefragt. Als erklärende Variablen werden insbesondere Effizienzüberlegungen, die vermittelt durch Ländervergleiche Einfluß auf die Gestaltung der Gesundheitssysteme genommen haben, externe Herausforderungen, die sich aus dem demographischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben, sowie die – je nach Kontext unterschiedliche – Bedeutung der Europäisierung betrachtet, deren Einfluß durch die länderspezifischen institutionellen Gegebenheiten (intervenierende Variablen) gebrochen wird. In einer *dritten Phase* werden die *Effekte des Wandels* der Staatlichkeit im Gesundheitswesen im Hinblick auf dessen Performanz (Niveau der gesundheitlichen Versorgung und Verteilungswirkungen des Systems) und in bezug auf die Rückwirkungen etwaiger Veränderungen der wohlfahrtsstaatlichen Funktionserfüllung auf die Legitimation von Staatlichkeit untersucht.

1. Phase: Deskription (2003-2006)	2. Phase: Explanation (2007-2010)	3. Phase: Evaluation (2011-2014)
<ul style="list-style-type: none"> • 29 Länder: Makroindikatoren • 3 Fallstudien: D, GB, USA 	<ul style="list-style-type: none"> • 29 Länder: Makroindikatoren • 6 Fallstudien: D, E, USA und 3 weitere Länder 	<ul style="list-style-type: none"> • 29 Länder: Makroindikatoren • 6 Fallstudien: D, E, USA und 3 weitere Länder

3.3 Problemaufriß und Stand der Forschung

Seit der durch die erste Ölpreiskrise 1973/4 ausgelösten Rezession werden die Gesundheitsausgaben kritisch betrachtet. Dies hat zur Entstehung einer *international vergleichenden Gesundheitssystemforschung* geführt (Roemer 1977; Weissenböck 1977; Abel-Smith/Maynard 1979; Abel-Smith 1984, 1985), die noch intensiviert wurde, seit die OECD 1985 erstmals eine Sammlung von Statistiken zum Gesundheitswesen ihrer Mitgliedsstaaten veröffentlicht und damit eine Reihe weiterer Studien inspiriert hat (Alber 1988, 1989; Parkin 1989; Immergut 1990; Sigma 1993). Neben diesen Studien sind eine ganze Reihe von Arbeiten zu nennen, die die Gesundheitssysteme zu einem gegebenen Zeitpunkt systematisch vergleichen (Field 1989; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992; Immergut 1992; Hohmann 1998; Europäische Kommission 1999; Schneider 1999; Mossialos/Le Grand 1999; DIW 2001; Scott 2001; Böcken u.a. 2001; Dixon/Mossialos 2002) oder sich speziell auf Niveau (Leidl 1999; Schmidt 1999; Comas-Herera 1999) und Tragung (van Dorslaer/Wagstaff u.a. 1999; Wagstaff/van Dorslaer u.a. 1992, 1999) von Gesundheitsausgaben in komparatistischer Perspektive konzentrieren (s. als Überblick Mossialos u.a. 2002). Allerdings steht der Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen nicht im Zentrum dieser Arbeiten.

Ziel des Forschungsvorhabens ist es dagegen, den Wandel von Staatlichkeit in den Gesundheitssystemen von OECD-Staaten zu *beschreiben*, die *Ursachen für diesen Wandel* im Hinblick sowohl auf gemeinsame als auch länder- bzw. systemspezifische kausale Faktoren aufzudecken und schließlich die *Wirkungen dieser Veränderungsprozesse* für die Performanz der Gesundheitssysteme selbst, aber auch in bezug auf ihre Rückwirkungen für die Legitimität von Staatlichkeit zu untersuchen. Hierbei kann angeknüpft werden an Arbeiten, die sich mit der Typisierung, dem Wandel sowie der Performanz (Effektivität, Effizienz und Verteilungswirkungen) von Gesundheitssystemen beschäftigen. Im folgenden wird auf den Literaturstand in jedem dieser Bereiche kurz eingegangen, um den Kenntnisstand zu dokumentieren, von dem aus das Projekt starten kann. Zudem werden Arbeiten zur Legitimation von Staatlichkeit durch Gesundheitsleistungen referiert.

3.3.1 Typisierung von Gesundheitssystemen

Als erster staatlicher Impuls zur Institutionalisierung eines sozialstaatlichen Gesundheitswesens gilt die Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland im Jahre 1883. Zu diesem Zeitpunkt umfaßte die GKV nur einen geringen Teil der Bevölkerung (Alber 1992: 25ff.). Es folgte ein kontinuierlicher Inklusionsprozeß, der erst mit der Einbeziehung der selbständigen Künstler im Rahmen der Künstlersozialversicherung 1981 seinen vorläufigen Abschluß gefunden hat (Olk/Rothgang 1999). Ähnlich verlaufende Inklusionsprozesse sind auch in

anderen Ländern zu beobachten, die dem „Bismarck-Modell“ gefolgt sind.¹ Demgegenüber war der 1948 gegründete englische Nationale Gesundheitsdienst von Anfang an universalistisch auf die gesamte Bevölkerung bezogen (Abel-Smith 1985: 35). Das gilt auch für die Gesundheitsdienste anderer Staaten, die dem „Beveridge-Modell“ gefolgt sind. Selbst in den USA, die innerhalb der OECD-Welt insofern eine Sonderstellung einnehmen, als auch heute noch 30-40 Millionen US-Bürger keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz genießen (Erdmann 1995: 34)², ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen mit Einführung des staatlichen Gesundheitssystems für die Altenbevölkerung (*Medicare*) und die Sozialhilfeempfänger (*Medicaid*) in den 1960er Jahren erheblich ausgedehnt worden. Zu Beginn der 1970er Jahre hat sich in demokratischen Rechts- und Interventionsstaaten (DRIS) hinsichtlich der Gesundheitsversorgung somit ein wohlfahrtsstaatliches Arrangement herausgebildet, in dessen Rahmen der Staat eine weitgehende Versorgung mit Gesundheitsdiensten und -leistungen garantiert.

In ihrer konkreten Ausgestaltung unterscheiden sich die Gesundheitssysteme zu Beginn der 1970er Jahre jedoch erheblich. Das *Ausmaß* der Absicherung des Krankheitsrisikos ist in hohem Maße vom Reichtum des entsprechenden Landes abhängig. So zeigen alle Analysen eine positive Korrelation zwischen dem Brutto-sozialprodukt pro Kopf der Bevölkerung auf der einen und den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung sogar der Gesundheitsquote auf der anderen Seite (Alber 1989; Comas-Herrera 1999; Leidl 1999; Knappe 2001). Neben dem Niveau der Absicherung ist aber auch die *institutionelle Ausgestaltung* des Gesundheitssystems zu beachten. Auch innerhalb der entwickelten (OECD-)Länder sind hierbei erhebliche Unterschiede festzustellen. Im Hinblick auf die jeweilige Rolle des Staates, die ihren Ausdruck im je eigentümlichen *public-private mix* in bezug auf Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung findet, und das Leitprinzip lassen sich drei unterschiedliche *Idealtypen* ausmachen: den nationalen Gesundheitsdienst, das Sozialversicherungs- und das Privatversicherungssystem (Übersicht 1). Diese Idealtypen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Organisationsweise,

¹ In ihrer Grundkonstruktion ist die GKV dabei erwerbsarbeitszentriert und statusbezogen (vgl. Henke/Adam 1994). Auch dieses Element der Selektivität hat aber kontinuierlich an Bedeutung verloren. So wird zwar immer noch zwischen (beitragspflichtigen) Mitgliedern und (beitragsfrei) Mitversicherten unterschieden, jedoch ohne daß dies leistungsrechtliche Konsequenzen hätte. Unterschiede bestehen allerdings auf der Ebene der Repräsentation, etwa dadurch, daß die Mitversicherten kein Wahlrecht bei den Sozialwahlen genießen. Abgeschmolzen wurden auch die Leistungsunterschiede zwischen den Kassenarten, die den Leistungserbringern inzwischen fast ausschließlich „einheitlich und gemeinsam“ gegenüberstehen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde weiterhin eine weitgehend freie Kassenwahl eingeführt und damit das Prinzip der berufsständischen Zuweisung zu einer Kassenart aufgehoben. Manow-Borgwardt (1994) hält die GKV – trotz ihrer „rückschrittlichen“ Konstruktionsprinzipien – wegen ihrer Fähigkeit zur flexiblen Reaktion auf Problemlagen und der anhaltenden Inklusionstendenzen daher letztlich für „fortschrittlicher“ als das universalistische Prinzipien verpflichtete DDR-Gesundheitssystem.

² Nach Morone (1996: 53) waren sogar 60 Mio. Menschen in den letzten 18 Monaten zumindest kurzzeitig ohne Versicherungsschutz.

mit der die gesundheits- und verteilungspolitischen Ziele verfolgt werden sollen, sondern auch bereits im Hinblick auf diese Ziele selbst. So rangiert der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen und damit der Abbau sozialer Ungleichheiten bei Krankheit und Tod im nationalen Gesundheitsdienst britischer Prägung als oberstes Ziel noch vor der Sicherstellung einer effizienten und ausreichenden Versorgung (vgl. Barr 1998),³ während das Ziel einer „fairen Finanzierung“ von Gesundheitsleistungen im privaten Gesundheitswesen US-amerikanischer Provenienz risiko-äquivalente Prämien und eine (ungleiche) Leistungsgewährung in Abhängigkeit vom Versicherungsschutz impliziert (vgl. Morone 1996; Stone 1996). Dazwischen ist das Sozialversicherungssystem zu verorten, das die Leistungsgewährung zwar grundsätzlich von eigenen Vorleistungen (Beitragszahlung bzw. Mitversicherung) abhängig macht und insofern dem Privatversicherungssystem ähnelt, durch den umfassenden Versicherungsschutz mit einheitlichem Leistungskatalog aber die damit implizierte Selektivität der Leistungsgewährung de facto wieder aufhebt.

Übersicht 1: Idealtypen der Gesundheitssicherung im DRIS

Ideal-typus	Leit-prinzip	Vertei-lungspoli-tisches Ziel	Aufgabe des Staates	public-private mix			
				Finanzie-rung	Lei-stungs-erbrin-gung	Regulierung	
						Koordinie-rungsme-chanismus	Regulie-rungs-dichte
Private Kran-kenversi-cherung	Äquiva-lenz-prinzip	Gesund-heitsleistun-gen nur nach Zahlungs-fähigkeit	Armenfürsorge, Regulierung des Versicherungs-marktes	Privat: risikobe-zogene Prämien	privat	Markt	gering
Sozial-versiche-rung	Solidari-täts-prinzip	Gleicher Zu-gang zu Ge-sundheitslei-stungen	Rahmengesetz-gebung, Über-wachung der Vorgaben	öffentlich: einkom-mens-abhängige Beiträge	privat und öffentlich	Verhand-lungen	mittel
Staatli-cher Ge-sund-heits-dienst	Gleich-heits-prinzip	Gleicher Zu-gang zu Ge-sundheitslei-stungen	Organisatori-scher und finan-zieller Träger der Gesundheits-versorgung	öffentlich: (einkom-mensab-hängige) Steuern	öffentlich	Hierarchie	hoch

Quelle: eigene Darstellung; vgl. auch Neubauer/Birkner 1984: 36, sowie Schneider 1999: 208.

³ Nicholas Barr (1998: 290ff.) leitet gerade aus diesen Postulaten – gleicher Zugang zur Versorgung unabhängig von Einkommens- und Vermögenssituation bzw. Beseitigung von sozialer Ungleichheit bei Krankheit und Tod – sogar die Notwendigkeit oder zumindest die Sinnhaftigkeit eines staatlichen Gesundheitswesens ab.

Zwar existieren regelmäßig mehrere dieser Organisationstypen in einem Land nebeneinander, allerdings wird das Gesundheitswesen eines Landes in aller Regel von einem vorherrschenden Typus dominiert, so daß im folgenden England, Deutschland und die USA als Repräsentanten für diese Idealtypen verwendet werden.

Hinsichtlich der *Rolle der Staatlichkeit* beziehen sich Unterschiede der Idealtypen insbesondere auch auf das Verhältnis von privater und öffentlicher Sicherung, den *public-private mix*. Hierbei ist zwischen der Trägerschaft der Finanzierung (etwa öffentlich-rechtliche Krankenkassen vs. private Versicherungsunternehmen) und der Leistungserbringung (z.B. öffentliche vs. private Krankenhäuser) zu unterscheiden. Weiterhin muß auch bei privater Trägerschaft der Finanzierung und/oder Leistungserbringung nach dem Ausmaß der öffentlichen Regulierung (etwa bezüglich der Vorgaben für die Tarifgestaltung privater Krankenversicherungsunternehmen oder der Zulassungsbestimmungen für freiberufliche Leistungserbringer) differenziert werden.

Mit der hier entwickelten Unterscheidung von Finanzierungs-, Leistungserbringungs- und Regulierungsverantwortung steht somit ein dreidimensionales analytisches Raster bereit, das es grundsätzlich erlaubt, Veränderungen in Gesundheitssystemen gerade in bezug auf die Staatlichkeit systematisch zu erfassen, und das daher für die Beschreibung des Wandels von Staatlichkeit in OECD-Gesundheitssystemen genutzt werden kann. Allerdings hat es die Forschung bislang versäumt, Indikatoren für die Regulierungsdimension und ein Meßkonzept für die dreidimensionale Erfassung der Staatlichkeit im Gesundheitswesen zu entwickeln.

3.3.2 Beschreibung des Wandels von Gesundheitssystemen

Allerdings ist der Status quo der 1960er und 1970er Jahre, auf den in Übersicht 1 Bezug genommen wird, in den 1980er und 1990er Jahren in Bewegung geraten. Die dabei ausgelösten Wandlungsprozesse stehen teilweise sogar erst am Anfang, so daß mit einer weiteren, sich möglicherweise noch beschleunigenden Entwicklung auch in den nächsten Jahren zu rechnen ist, die in diesem Projekt begleitet werden kann.

Ausgelöst wurden diese Veränderungen insbesondere durch die Wirtschaftsrezession ab Mitte der 1970er Jahre, in deren Folge in allen OECD-Ländern Kostendämpfungsbemühungen gestartet wurden (Alber 1989). Diese Bemühungen haben zum einen zu einem Anstieg des Anteils der privaten Kofinanzierung (Einführung und Erhöhung von Selbstbeteiligungsregelungen sowie Leistungsausgrenzungen und deren private Finanzierung in Sozialversicherungssystemen) (vgl. z.B. Pfaff u.a. 1994 und Perschke-Hartmann 1994 für Deutschland) und insbesondere in Ländern mit einem staatlichem Gesundheitsdienst auf niedrigem Niveau wie England und Italien (vgl. Mossialos u.a. 1999; Propper 2000) zum Vordringen privater Krankenversicherungen geführt (vgl. Henke 1992). Zum anderen wurden jeweils die systemfremden Elemente zu Lasten der typischen Prinzipien des jeweiligen Sicherungstypus verstärkt, und zwar insbesondere hinsichtlich der Regulierungs- und

weniger im Hinblick auf die Finanzierungs- und Leistungserbringungsdimension (Übersicht 2).

So haben im marktwirtschaftlichen amerikanischen Gesundheitssystem mit den *Health Maintenance Organizations* (HMOs), den *Preferred Provider Organizations* und den *Point-of-Service Plans* etc. Elemente der *hierarchischen Steuerung* – wenn auch als *private government* – Einzug gehalten.⁴ Der Einfluß solcher vertikal integrierten Unternehmen ist inzwischen so groß, daß *managed care* der Begriff ist, mit dem das amerikanische Gesundheitswesen am besten beschrieben werden kann (Erdmann 1995; Arnold u.a. 1997; Pauly 1998; Altmann u. a. 1999; Haubrock u.a. 2000).

Umgekehrt wurden in dem – im Kern hierarchisch angelegten – englischen *National Health Service* (NHS) (Rothgang 1994) mit der Reform von 1991 *internal markets* eingeführt und damit die vertikale Integration zurückgefahren (Mohan 1995; OECD 1995b; Le Grand u.a. 1998; Paton 1998; Salter 1998; Smith 2000). Durch Auslagerung der bisher den Gesundheitsbehörden unterstellten Krankenhäuser (*directly managed units*) wurden (*Quasi-*) *Marktbeziehungen* zwischen den nunmehr als Nachfrager auftretenden Gesundheitsbehörden und den unabhängig gewordenen Leistungsanbietern geschaffen, die dem System bis dahin fremd waren. Der Rückzug des Staates aus der direkten Steuerung erfolgte allerdings, ohne daß die neu gegründeten Krankenhausstiftungen privatisiert werden mußten, betraf also nur eine Teildimension des *public-private mix*.

Übersicht 2: Von den Ideal- zu Mischtypen? Veränderungen im *public-private mix* ausgewählter Gesundheitssysteme

	Deutschland	England	USA
Regulierung	Einführung des GKV-Kassenwettbewerbs; Indienstnahme der PKV für soziale Zwecke	Einführung interner (Quasi-) Märkte	<i>private government</i> durch <i>managed care</i>
Finanzierung	Zuzahlungen / Selbstbeteiligung; Steigender PKV-Marktanteil	Stark steigender Marktanteil der Privatversicherung	Ausweitung öffentlicher Systeme (<i>Medicare</i> und <i>-aid</i>)
Leistungserbringung	Keine grundsätzlichen Veränderungen; öffentliche stationäre Einrichtungen werden zu (gemeinnützigen) GmbHs	Verselbständigung staatlicher stationärer Einrichtungen ohne Privatisierung; <i> purchaser-provider split</i>	nach wie vor privat, aber vertikale Integration durch HMOs

⁴ Während HMOs nur die Leistungen durch eigene Leistungsanbieter finanzieren, erlauben *Preferred Provider Organizations* und *Point-of-Service Plans* auch die Inanspruchnahme externer Leistungsanbieter – allerdings mit erheblicher Selbstbeteiligung.

Quelle: eigene Darstellung.

In Deutschland wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 der Kassenwettbewerb in der GKV als zentrales Koordinierungsinstrument eingeführt und durch einen Risikostrukturausgleich abgedeckt (Knappe 1999). Damit sollten marktliche *Wettbewerbsprinzipien* in ein politisches Teilsystem eingeführt werden, das bislang durch korporatistische Steuerung in Verhandlungssystemen gekennzeichnet war (Behrens u.a. 1996). Eine Einführung von Wettbewerbselementen als zentrales Koordinierungsinstrument war in den 1990er Jahren auch in den Niederlanden, Belgien, der Schweiz, Israel und Kolumbien zu beobachten (Buchner/Wasem 2000). Gleichzeitig wurde die private Krankenversicherung in Deutschland aber zunehmend für öffentliche Zwecke instrumentalisiert und ihr Institutionengefüge sozial überwölbt, so daß hier Tendenzen für eine Annäherung von Sozial- und Privatversicherung sichtbar werden (vgl. Wasem 1996).⁵

Wie die kurze Skizzierung der Entwicklung in drei Ländern zeigt, die gemeinhin als Repräsentanten der drei Idealtypen herangezogen werden, gibt es in der Regulierungsdimension Indizien für einen Wandel der Idealtypen „Markt“ (in der privaten Krankenversicherung), „Hierarchie“ (im nationalen Gesundheitsdienst) und „Verhandlungen“ (in der Sozialversicherung) zu *Mischtypen* (in diesem Sinne auch Saltman/Figueras 1997: 39ff.; Leidl 2001). Für England und Deutschland ist hierbei gleichzeitig ein Rückzug des Staates aus der direkten Leistungserbringung und Finanzierung bei steigender Regulierungsdichte für private Akteure zu beobachten (Saltmann 2002), so daß Veränderungen in allen Teildimensionen des *public-private mix* zu einer neuen Rolle des Staates führen. In den USA äußert sich die im Zuge der Verschiebung im Koordinierungsmechanismus ebenfalls zunehmende Regulierungsdichte dagegen zuvorderst als *private government* im Rahmen von HMOs und anderen Formen von *managed care*, während die Finanzierungs- und Leistungserbringungsdimension weniger betroffen sind.

Nicht zuletzt weil zugleich komparativ und längsschnittorientierte Darstellungen – mit wenigen Ausnahmen (Döhler 1990; OECD 1993; Giaimo/Manow 1999) – weitgehend fehlen, muß aber noch als unklar gelten, wie die skizzierten Veränderungen auf der Ebene von Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung (in jedem Land) zusammenwirken und wie sie mit weiteren Veränderungen der Staatlichkeit in diesem Land interagieren. Damit bleibt aber noch offen, ob es sich nur um singuläre Veränderungen in einzelnen Ländern oder wirklich um allgemeine Konvergenztendenzen in Richtung auf einen gemeinsamen Mischtyp handelt. Weiterhin ist noch nicht systematisch geprüft worden, ob sich diese Konvergenztendenzen – wenn es denn solche sind – auf die drei genannten Länder beschränken oder ob diese Entwicklungen repräsentativ für den jeweiligen Idealtypus

⁵ Noch deutlicher wird die Instrumentalisierung der Privatversicherung für öffentliche Zwecke bei der privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Wasem 2000), die sich damit sehr stark einer Sozialversicherung nähert (Wasem 1995).

sind und eine Generalisierung auf die Gesundheitssysteme der OECD-Länder möglich ist. Nicht untersucht ist schließlich auch, ob sich die verteilungspolitischen Ziele bei einer Veränderung des *public-private mix* ebenfalls verändern.

3.3.3 Ursachen des Wandels von Gesundheitssystemen

Die Ursachen für den skizzierten Wandel von Gesundheitssystemen sind vielfältig. Um diesen Wandel zu erklären, müssen in jedem Land die erfolgreichen und gescheiterten Reformbemühungen unter Berücksichtigung der Interessen der beteiligten Akteure (Rothgang 1994) sowie ihrer Machtressourcen zur Initiierung bzw. ihre Veto-Macht (Tsebelis 1995) zur Verhinderung von Veränderungen (Manow 1994; Döhler/Manow 1995) im Detail rekonstruiert werden. Hierbei verdienen zwei grundlegende Ursachenbündel besondere Beachtung: das *Streben nach höherer Effizienz durch Adaption ausländischer Erfahrungen* und – soweit es sich um europäische Länder handelt – die *Europäische Integration*.

Seit den 1970er Jahren sind die Gesundheitssysteme der OECD-Staaten Finanzierungsproblemen ausgesetzt, die aus dem Zusammentreffen eines – im Vergleich zu den 1950er und 1960er Jahren – rückläufigen Wirtschaftswachstums mit insbesondere aufgrund des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts steigenden Finanzbedarfen resultieren. Vor diesem Hintergrund wurden mit Einsetzen der international vergleichenden Gesundheitsforschung Überlegungen angestoßen, die Kostenkontrolle und/oder Effizienz der eigenen Gesundheitssysteme dadurch zu verbessern, daß erfolgreiche oder zumindest erfolgversprechende Elemente aus den Gesundheitssystemen anderer Länder übernommen werden sollen (Oxley/MacFarlan 1994; OECD 1990, 1992, 1995a). Obgleich ein derartiger „Import“ in einen anderen Kontext immer mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist (Henke 1990; Deppe 1996; Marmor 1996; Marmor/Okma 1998; Ros u.a. 2000), ist die *Strategie des institutionellen Lernens von anderen*, die derzeit vor allem unter den Stichworten *best practice* und *benchmarking* diskutiert wird, überaus populär (vgl. Perleth u.a. 2001). Besonders augenfällig wurde die reale Bedeutung dieser Strategie bei der NHS-Reform des Jahres 1991 (West 1997), die maßgeblich beeinflusst wurde durch die „Blaupausen“ von Alain Enthoven (1978, 1985, 1988; Enthoven/Kronick 1989), die wiederum durch Enthovens US-Erfahrungen geprägt waren. Über den Enthoven'schen Ansatz wurden die US-amerikanischen Diskussionen im Bereich *managed competition* auch für die niederländische Gesundheitsreform ausschlaggebend (Greß 2002). Neben diesem „positiven“ Einfluß hat die Internationalisierung die Entwicklung der Gesundheitssysteme auch dadurch beeinflusst, daß Fragen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit („Standortdebatte“, „Wettbewerb der Systeme“) (vgl. Sinn 1998; Kokot 1999) zu einem Mo-

tor der auf Kostenbegrenzung abzielenden Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen wurden.⁶

Allerdings sind diese Einflüsse der international vergleichenden Gesundheitssystemforschung auf die Gesundheitspolitik noch nicht systematisch komparativ untersucht worden. So begnügt sich die gesundheitsökonomische Literatur in der Regel damit, die (relative) Effizienz der Gesundheitssysteme theoretisch, durch Analyse der Anreizstrukturen, und/oder empirisch, durch einen Vergleich zentraler *outcomes* bzw. des Verhältnisses von *outcomes* zu *inputs* (s.u.), zu analysieren, ohne dabei den Transmissionsmechanismus zu betrachten, der diese Erkenntnisse in gesundheitspolitische Reformen übersetzt. Politikwissenschaftliche Studien von Reformprozessen dokumentieren zwar die Genese von Reformgesetzen im Einzelfall, ohne aber systematisch zu prüfen, welchen Einfluß aus internationalen Vergleichen gewonnene Einsichten über die Effizienz der verschiedenen Systeme dabei haben.

Neben und teilweise eng verbunden mit der Strategie des institutionellen Lernens im internationalen Vergleich kommt für die europäischen Länder die *Europäische Integration* als eine wesentliche Ursache für Wandlungsprozesse im Gesundheitssystem in Frage (Leidl 1998; Busse u.a. 2002) und zwar mittelbar über die ökonomischen Zwänge etwa der Maastricht-Kriterien und unmittelbar als positive und negative Integration (Leibfried 2000).⁷ Als ein Beispiel für die mittelbare Beeinflussung ist etwa die Gesundheitsreform in Italien zu nennen, die entscheidend durch die Zwänge der Maastricht-Kriterien vorangetrieben wurde (Gohr 2001). Da in den EU-Verträgen die nationale Zuständigkeit für Fragen der sozialen Sicherung grundsätzlich unangetastet blieb, auf eine Harmonisierung verzichtet und ausdrücklich die Gültigkeit des Subsidiaritätsprinzips betont wurde (vgl. Art. 152 Abs. 5 Satz 1 EGV), erscheint eine „positive Integration“ durch „Harmonisierung von oben“ zunächst ausgeschlossen. Allerdings wurde die „Methode der offenen Koordinierung“ (*open method of coordination*) mit dem Europäischen Rat von Göteborg im Juni 2001 auch auf den Gesundheitsbereich erstreckt. Diese Methode zielt aber im Ergebnis darauf ab, Leistungssysteme – durch einen Leistungsvergleich in bezug auf zuvor abgestimmte Kriterien und Indikatoren sowie anschließendes Lernen von der *best practice* – einander anzugleichen (vgl. Bankier/Schreyer 2002; Rische 2002; BMA/VDR/MPI 2002). Angesichts dieser jüngsten Entwicklung ist mit einer steigenden Bedeutung einer derart verbrämten Form der „positiven Integration“ und – zumindest für den EU-Bereich – für die nähere Zukunft mit einer steigenden Bedeutung des Einflusses effizienzorientierter internationaler Ver-

⁶ Diese Entwicklung ist eingebunden in eine breitere Debatte über das Ausmaß der verbleibenden Spielräume für nationale Sozialpolitik im Zeitalter der Globalisierung (vgl. Schmähl/Rische 1995; Aufderheide/Dabrowski 2000; Rieger/Leibfried 2001).

⁷ Die Begrenzung nationaler Spielräume durch den fortschreitenden Prozeß der europäischen Integration wird natürlich nicht nur für die Gesundheitspolitik, sondern auch für die Sozialpolitik im allgemeinen diskutiert (vgl. z.B. Schmähl/Rische 1997, Schmähl 2001).

gleiche für Reformen im Gesundheitswesen und mit dem Entstehen eines entsprechenden Forschungsbedarfs zu rechnen.

Zudem ist die nationale Souveränität zur Regelung der Fragen des Gesundheitswesens durch *negative Integration* zunehmend eingeschränkt worden, und weitere Einschränkungen sind hier für die Zukunft zu erwarten (vgl. Schaub 2001). Augenfällig wurde dies an einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) aus dem Jahre 1998, in dem eine Regelung des deutschen Pflege-Versicherungsgesetzes, die das Ruhen jeglicher Leistungsansprüche für die dauerhaft im Ausland lebenden Versicherten zum Inhalt hatte, für gemeinschaftsrechtswidrig und damit für nichtig erklärt wurde (Rechtssache Molenaar (C-160/96); vgl. Füßer 1998). Stand diese Entscheidung noch in der Tradition der Souveränitätsbegrenzung des Nationalstaates zur Sicherung der Arbeitnehmerfreizügigkeit (vgl. Leibfried 1994), basierten zwei weitere spektakuläre Entscheidungen aus dem Jahr 1998 in den Rechtssachen *Kohll* (C-158/95) und *Decker* (C-120/95) bereits auf der Sicherstellung der Waren- und Dienstleistungsfreiheit. Auch wenn die Konsequenzen dieser Judikate derzeit noch nicht endgültig absehbar sind, läßt die damit verbundene Grundsatzentscheidung des EuGH, daß diese Grundfreiheiten grundsätzlich auch im Gesundheitswesen gelten (vgl. Becker 1998; Kötter 1998, 2000), für die Zukunft noch größere Effekte erwarten. Allerdings haben die Entscheidungen in den Rechtssachen *Geraets-Smits/Peerbooms* (C-157/99) sowie *Vanbraekel* (C-368/98) insofern weitere Klarheit gebracht, als in ihnen die Geltung der Grundfreiheiten auch für Krankenhausleistungen grundsätzlich bejaht wurde (vgl. o.V. 2001). In diesen Urteilen hat der EuGH zudem festgelegt, daß die Bürger einen Anspruch auf Versorgung im europäischen Ausland haben, falls Versorgungsangebote im Inland mit unzumutbaren Wartezeiten verbunden sind. Als unmittelbare Reaktion auf dieses Urteil hat der britische Gesundheitsminister bekannt gegeben, daß britische Bürger in Zukunft unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten des NHS im Ausland behandelt werden dürfen.

Für die Zukunft ist daher damit zu rechnen, daß konstitutive Elemente etwa der deutschen Krankenversicherung wie Bedarfsplanungen und das Sachleistungsprinzip zunehmend unter Druck geraten werden (Rothgang 2000b). Ebenso ist davon auszugehen, daß die Investitionskostenfinanzierung von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc. ausgehend vom Beihilfeverbot der EU kritisch untersucht werden wird. Im Hinblick auf die Pflegeversicherung hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in seinem Urteil vom 19.8.1999 (Az. L5P 33/98) bereits entsprechend argumentiert (vgl. Rothgang 2000c). Schließlich haben mehrere deutsche Zivilgerichte bereits Regelungen zur Arzneimittelpreisbildung unter Hinweis darauf abgelehnt, daß die Krankenkassen dem funktionalen Unternehmensbegriff des Europäischen Wettbewerbsrechts unterliegen und ein gemeinsames Vorgehen der Krankenkassen dem Europäischen Wettbewerbsrecht widerspräche, da die Kassen gemeinsam über unzulässige Nachfragemacht verfügten (z.B. Urteil des OLG Düsseldorf vom 28.8.1998 und vom 27.7.1999; vgl. Behrens 2000 und Ebsen 2000).

Da das „gemeinsame und einheitliche“ Abschließen von Verträgen mit Leistungsanbietern geradezu konstitutiv für die gemeinsame Selbstverwaltung der GKV ist, hat dies weitreichende Implikationen (vgl. Hänlein/Kruse 1999).

Insgesamt stellt die Europäische Integration somit einen Faktor dar, der bereits auf den in den 1990er Jahren erfolgten Wandel von Gesundheitssystemen Einfluß genommen hat (Beispiel Italien), ohne daß die Bedingungen, unter denen eine solche Einflußnahme erfolgen kann, in der Literatur systematisch aufgearbeitet wurden. Entscheidender noch dürfte aber sein, daß (durch die offene Koordinierung und die negative Integration) von einer zunehmenden unmittelbaren Einflußnahme der EU auf den Wandel des Gesundheitswesens auszugehen ist, die während der Projektzeit wissenschaftlich begleitet werden kann.

3.3.4 Die Performanz von Gesundheitssystemen

Die Performanz von Gesundheitssystemen kann nur in bezug auf ihre Ziele angegeben werden, die selbst zwischen einzelnen Ländern – zumindest in ihrer Gewichtung – differieren. In ihrem *World Health Report 2000* legt die WHO folgende Ziele zugrunde, die auch die folgenden Ausführungen strukturieren:

- Gesundheitszustand der Bevölkerung (*level of health*),
- (Un-) Gleichheit des Gesundheitszustands und des Zugangs zu Gesundheitsleistungen⁸ und
- faire Verteilung der Finanzierungslasten.⁹

Dabei kann jeweils nach dem Zielerreichungsgrad (Effektivität) und nach dem Verhältnis von Aufwand an Ressourcen und Zielerreichung (Effizienz) gefragt werden.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Untersuchungen zur Beeinflussung der Volksgesundheit können auf der Mikro- und Mesoebene der Gesundheitsleistungen bzw. –leistungskomplexe ebenso ansetzen wie auf der Makroebene des Gesundheitssystems. Nach Schätzungen von Experten ist etwa die Wirksamkeit von Gesundheitsgütern und –leistungen nur bei rund einem Drittel der in Deutschland eingesetzten Therapien erwiesen. Im Rahmen der *evidence-based medicine* werden daher derzeit weltweit verstärkt Anstrengungen unternommen, auf der *Mikro- und Mesoebene* ein gesichertes wissenschaftliches Fundament zu schaffen (vgl. z.B. Lauterbach/Schrapppe 2001). Mit der Kosten-Wirksamkeits-, der Kosten-Nutzwert- und der Kosten-Nutzen-Analyse steht zudem inzwischen ein ausgearbeitetes gesundheitsökonomisches Instrumentarium bereit, um die Nützlichkeit medizinischer Interventionen in ein Verhältnis zu

⁸ Soziale Ungleichheit und Volksgesundheit sind nicht unabhängig voneinander. So konnte Wilkinson (1996) zeigen, daß für die Industrienation das relative Ausmaß der sozialen Ungleichheit einen bedeutsamen Effekt auf die Mortalitätsentwicklung hat. Breyer (2001) weist einen Einfluß des Umverteilungsumfangs auf die Gesundheitsausgaben nach.

⁹ Auf die von der WHO ebenfalls verwandte „*responsiveness*“ (Niveau und Selektivität) wird hier nicht weiter eingegangen.

ihren Kosten zu setzen (Schulenburg 1993; Leidl 1996; Schöffski/Schulenburg 1998). Dabei unterscheiden sich die genannten Instrumente danach, wie die „Nützlichkeit“ gemessen wird.¹⁰ Im Rahmen von *Health Technology Assessments* (Banta/Luce 1993) wird versucht, derartige ökonomische Evaluationsmethoden systematisch zur Prioritätensetzung in Gesundheitssystemen einzusetzen. Derartige Methoden sind zunächst in Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten entwickelt und eingesetzt worden, in denen die Notwendigkeit der Rationierung und Priorisierung deutlicher ist als in einem Sozialversicherungssystem wie dem der Bundesrepublik, das nach wie vor die Fiktion aufrecht erhält, daß für jeden Versicherten alle medizinisch sinnvollen Leistungen bereitgestellt werden können. Aber auch im Rahmen von *managed care* ist eine derartige Priorisierung von Bedeutung, allerdings nicht auf staatlicher Ebene wie beim britischen *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) (Hutton/Maynard 2000; Buxton 2001; Birch/Gafni 2002), sondern wiederum auf der Ebene der einzelnen HMOs, die so ein differenziertes Leistungsprofil anbieten können. International vergleichende Studien darüber, in welchen Ländern welche Therapien eingesetzt werden, liegen derzeit auf Ebene einzelner Indikationen vor (vgl. SVRKAiG 2001), nicht aber synthetisiert für ganze Gesundheitssysteme.

Auch aus diesem Grund wird die „Makro“effektivität und -effizienz von Gesundheitswesen bezogen auf die Volksgesundheit derzeit weniger auf der Ebene von Versorgungsprozessen als auf der Ebene von Morbiditäts- und Mortalitätsparametern verglichen. Hierbei gilt es zunächst, geeignete Indikatoren zu finden. Allerdings besteht bisher kein Konsens darüber, welche gesundheitsbezogenen Indikatoren und Parameter geeignet sind, Veränderungen in der Qualität der medizinischen Versorgung und der gesundheitlichen Lage problemadäquat widerzuspiegeln. In der vergleichenden internationalen Forschung werden sehr häufig folgende Gesundheitsmaße verwendet: mittlere Lebenserwartung, *years of healthy life*, *quality-adjusted life expectancy*, *disability-adjusted life years*, *health-adjusted life expectancy*, das Konzept der verlorenen Lebensjahre, altersstandardisierte Mortalitätsraten, Säuglingssterblichkeit, krankheitsspezifische Mortalitätsraten, Inzidenzen für spezifische Krankheiten, Prävalenzen für gesundheitliche Risikofaktoren sowie subjektive Bewertungen zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

¹⁰ Bei der Kosten-Wirksamkeits-Analyse wird die Wirksamkeit der Therapie zur Beeinflussung eines Surrogatparameters – etwa des Blutdrucks – gemessen. Vergleichbar sind damit nur die (Pharmako-) Therapien, die diesen Parameter beeinflussen. Bei der Kosten-Nützlichkeits-Analyse wird die Vergleichbarkeit dadurch erhöht, daß alle positiven Effekte in einer einheitlichen „Währung“ etwa in „qualitätsbereinigten Lebensjahren“ (QALYs) ausgedrückt werden, dadurch werden medizinische Interventionen in verschiedenen Bereichen vergleichbar gemacht. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse schließlich werden alle Nutzen in Geldeinheiten umgerechnet, so daß medizinische Interventionen auch mit allen anderen Wirtschaftsbereichen verglichen werden können. Mit steigendem Anwendungsbereich dieser Instrumente steigen allerdings auch die methodischen und methodologischen Anwendungsprobleme.

(Bowling 1991; Zweifel/Zysset-Pedroni 1992; Bloomfield 1996; Murray/Lopez 1996; Radoschewsky 2000; Schwarze u.a. 2000).

Trotz dieser konzeptionellen Schwierigkeiten und obwohl anerkannt ist, daß das jeweilige Gesundheitssystem nur *ein* kausaler Faktor für die Volksgesundheit ist, sind insbesondere in jüngster Vergangenheit eine Reihe von Studien vorgelegt worden, die die Effektivität und Effizienz von Gesundheitssystemen in bezug auf die Volksgesundheit international vergleichen. Hervorzuheben sind hierbei die Arbeiten der OECD (Jee/Or 1999; Hurst/Jee-Huges 2001; Or 2001, 2002) und der WHO (Evans u.a. 2000; Tandon u.a. 2000; Mathers u.a. 2001), deren *World Health Report 2000* in Deutschland insbesondere deshalb besondere Beachtung gefunden hat, weil er dem deutschen Gesundheitssystem eine geringe Effizienz bescheinigt: Obwohl nur in den USA pro Kopf mehr Ressourcen für das Gesundheitssystem verwendet werden, liegt Deutschland beim *level of health* nur auf Rang 22. In Relation zum *input* ergibt sich für die Performanz bezogen auf den *level of health* damit nur Rang 41 (WHO 2000: 153).¹¹ Als Erklärung für diese unbefriedigende Bilanz hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Band III seines Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ auf das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung hingewiesen (SVRKAiG 2001).

Hinsichtlich der Wirkungen des Wandels von Gesundheitssystemen auf die Volksgesundheit liegen nur punktuelle Arbeiten vor, die sich auf einzelne Reformelemente oder bestenfalls auf eine Gesundheitsreform beziehen. So zeigt etwa die Arbeit von Pfaff u.a. (1994), daß die privaten Finanzierungsanteile in Deutschland durch die Gesundheitsreform der Jahre 1989 und 1992 gestiegen sind. Theoretische (z.B. Schulenburg 1987) und empirische Untersuchungen (Manning u.a. 1987, Newhouse u.a. 1993) weisen zudem einen nachfragesenkenden Effekt von (steigenden) Selbstbeteiligungen nach,¹² der allerdings – so die von Manning, Newhouse u.a. referierten Ergebnisse der RAND-Studie – keine signifikanten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen hat.

¹¹ Hinsichtlich der Effizienz bezüglich aller berücksichtigten Ziele der Gesundheitssysteme liegt Deutschland dann auf Rang 25 (WHO 2000: 153). In dem hierbei verwendeten gewichteten Index für die „*overall health system performance*“ gehen die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (Ausmaß und Gleichheit), Responsivität in bezug auf Präferenzen der Bevölkerung, und die faire Verteilung der Finanzierungslast ein. Der bessere Rang bezüglich dieses Indikators ist darauf zurückzuführen, daß Deutschland in bezug auf die „faire Verteilung der Finanzierungslast“ nach dem OECD-Maßstab deutlich positiver abschneidet.

¹² Die empirische Messung der Veränderungen der Nachfrage wirft erhebliche methodische Probleme auf, die insbesondere darin bestehen, daß bereits die (freiwillige) Wahl eines Selbstbeteiligungstarifs seitens des Versicherten zu einer Selbstselektion führt, die alle Vergleiche zwischen Personen mit verschiedenen Selbstbeteiligungstarifen verzerrt (vgl. z.B. Felder 2002). Letztlich hat daher nur das hier angeführte „Experiment“ der RAND-Corporation, bei dem die Bürger per Zufallsprinzip auf Tarife mit unterschiedlichen Selbstbehalten verwiesen wurden, zu validen und reliablen Ergebnissen geführt.

Insgesamt liegen damit Querschnittsvergleiche zur (Makro-) Effektivität und Effizienz von Gesundheitssystemen vor, die grundsätzlich zu Zeitreihen verknüpft werden und dann im Hinblick auf den Einfluß ausgewertet werden können, den der Typ des Gesundheitssystems und die Rolle des Staates in diesem System auf diese Größen hat. Umfassende und systematische Erkenntnisse darüber, wie der *level of health* durch Reformen der jeweiligen Gesundheitssysteme verändert wurde und insbesondere welche Effekte hierbei Veränderungen der Staatlichkeit im Gesundheitswesen hatten und haben, liegen derzeit dagegen noch nicht vor.

(Un-) Gleichheit des Gesundheitszustands und des Zugangs zu Gesundheitsleistungen

In Deutschland gibt es vergleichsweise wenige Untersuchungen über das Ausmaß der *sozialen Ungleichheit der Sterblichkeit* (Statistisches Bundesamt 1998: 105ff.; SVRKAiG 1996: 109). Durch die wenigen aussagekräftigen Kohortenstudien mit ausreichendem *follow-up*-Zeitraum, die es ermöglichen, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Mortalitätsentwicklung zu untersuchen, konnte in den letzten Jahren allerdings nachgewiesen werden, daß in Deutschland – trotz des Ausbaus des Sozial- und Wohlfahrtsstaates – nach wie vor eine erhebliche sozial differentielle Sterblichkeitsentwicklung zu beobachten ist (Klein 1993; Voges 1996; Geyer/Peter 1999; Mielck 2000; Klein/Unger 2001; Klein u.a. 2001; Helmert u.a. 2000; Helmert u.a. 2002). Jedoch kann auf Grund dieser Studien nicht abgeschätzt werden, ob sich der soziale Gradient der Mortalitätsentwicklung im Verlaufe der letzten Jahrzehnte gravierend verändert hat.

Internationale Studien ergeben einen ähnlichen Befund. Ein Vergleich der „*subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands*“ in Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Italien und Spanien in den 1980er Jahre ergab für alle beteiligten Länder signifikante soziale Gradienten für die subjektive Morbidität (Mackenbach u.a. 1997; Cavelaars u.a. 1998). Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichnet, war bei Befragten mit niedrigem Bildungsgrad und/oder geringem Einkommen um etwa das Zwei- bis Vierfache höher als bei Personen mit hohem Bildungsgrad bzw. Einkommen. Insgesamt waren diese sozialschichtspezifischen Unterschiede in Schweden und Norwegen am stärksten und in der Schweiz und in Deutschland am geringsten ausgeprägt. Ein Nachfolgeprojekt zeigte in den meisten Ländern eine relative Konstanz dieser Gradienten. In Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland verschärfen sich die sozialschichtspezifischen Differenzen der subjektiven Morbidität sogar. Ob und inwieweit dies auf Reformen des Gesundheitswesens zurückgeführt werden kann, wurde allerdings nicht untersucht.

Daß der *soziale Gradient der Mortalitätsentwicklung* nicht rückläufig ist, zeigen auch Gerdtham und Johannesson (2000). Verschiedene neuere Studien liefern sogar Belege dafür, daß sich die sozialen Gradienten der Mortalitätsentwicklung in

den USA (Kühn 1993; Pappas u.a. 1993; Daly u.a. 1998), in England (Phillimore u.a. 1994; Dreyer/Whitehead 1997; Shaw u.a. 1999) und in den skandinavischen Ländern (Pekkanen u.a. 1995; Hallqvist u.a. 1998) seit etwa 1980 ausgeweitet haben. Analog dazu berichtete Valkonen (1998) in einer umfassenden *review*, daß die sozio-ökonomisch bedingten Sterblichkeitsunterschiede bei Männern im erwerbsfähigen Alter in England, Finnland, Schweden, Norwegen, Dänemark und den Vereinigten Staaten in den 1980er Jahren deutlich zugenommen haben.¹³

Über soziale Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen legt das Schrifttum drei Aussagen nahe (Siegrist 1995):

1. Je höher der Anteil der Zugangsberechtigten (Versicherte; Wohnbürger) in einem Land ist, desto höher ist die Inanspruchnahme des Medizinsystems.
2. Je höher die Selbstbeteiligung der Versicherten, desto geringer ist die Inanspruchnahme.¹⁴
3. Auch bei gleicher Chancenstruktur der Inanspruchnahme zeigt sich eine soziale Differenzierung der Inanspruchnahme des Medizinsystems. Dies gilt für alle bekannten gesundheitlichen Versorgungssysteme.¹⁵

Gerade die beiden erstgenannten Punkte weisen darauf hin, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in selektiven Privatversicherungssystemen, bei denen der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht als eigenes Ziel gelten kann, sozial ungleicher ist als in universalistischen nationalen Gesundheitsdiensten oder Sozialversicherungssystemen.

Darüber hinaus gibt es auch Hinweise darauf, daß Angehörige unterer Sozialschichten eine Gesundheitsversorgung erfahren, die eher auf eine Behandlung der schon ausgebrochenen Krankheit als auf Primärprävention gerichtet ist. Zudem können Ungleichheiten im Bildungsniveau das Wissen hinsichtlich der Gesundheitsrelevanz präventiver Maßnahmen und das Befolgen ärztlicher Anweisungen beeinflussen (Cooper/Sosna 1978).

Wenn damit auch eine Vielzahl von partiellen Erkenntnissen über das Ausmaß sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich vorliegt, fehlen doch entsprechende international vergleichende längsschnittorientierte Arbeiten darüber, wie sich Ver-

¹³ Eine qualifizierte Aussage über die Veränderung der sozio-ökonomischen Unterschiede der Sterblichkeit für Frauen war wegen einer Vielzahl methodischer Probleme dabei nicht möglich.

¹⁴ Dieses Ergebnis konnte durch eine randomisierte Interventionsstudie, der sog. „RAND-Studie“, in den USA, belegt werden (Manning u.a. 1987, Newhouse u.a. 1993). Bei Kontrolle des gesundheitlichen Bedarfs lag die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte und der Krankenhausaufnahmen bei den Personen mit niedriger Selbstbeteiligung signifikant höher als bei den Personen mit hoher Selbstbeteiligung.

¹⁵ So wurde für die USA eine inverse Beziehung zwischen der Einkommenshöhe und der Häufigkeit der Inanspruchnahme öffentlicher Notfalleinrichtungen sowie eine positive Beziehung zwischen der Einkommenshöhe und der Inanspruchnahme von Fachärzten berichtet (Cockerham 1992). Für Großbritannien konnte gezeigt werden, daß der Zugang zu Spezialisten, die ein Recht haben, ambulant und stationär privat zu behandeln, durch sozio-ökonomische Filter stark begrenzt ist (Townsend 1988).

änderungen von Gesundheitswesen (u.a. Wandel der Staatlichkeit) auf soziale Ungleichheit auswirken.

Faire Verteilung der Finanzierungslasten

Wie in Abschnitt 3.3.1 ausgeführt, gehen bereits die Ansichten darüber auseinander, wie die Finanzierungslasten verteilt werden sollen: Während nationale Gesundheitsdienste und Sozialversicherungssysteme das Ziel verfolgen, die Finanzierungslasten – bei gleichem Leistungszugang der abgesicherten Bevölkerung – nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Bürger/Versicherten aufzubringen,¹⁶ gehen die *Fairness*vorstellungen in Privatversicherungssystemen auf das Äquivalenzprinzip zurück, demzufolge die individuellen Finanzierungslasten dem individuellen Erwartungsschaden entsprechen sollen. Insofern sind Wertungen, wie sie etwa von der WHO im *World Health Report 2000* in bezug auf „faire Verteilung von Finanzierungslasten“ vorgenommen werden, nicht unproblematisch.

Allerdings kann die Verteilung der Finanzierungslasten für ein Gesundheitssystem zunächst wertfrei beschrieben werden. Hierzu kann insbesondere auf die Arbeiten zurückgegriffen werden, die im von der EU geförderten sogenannten *ECuity project* unter der Leitung von Adam Wagstaff und Eddy van Doorslaer durchgeführt wurden (van Doorslaer/Wagstaff 1998). Im Ergebnis zeigt die Querschnittsanalyse von 20 (Wagstaff/van Doorslaer u.a. 1992) bzw. 23 Ländern (Wagstaff/van Doorslaer u.a. 1999), daß eine Umverteilung von oben nach unten dann erfolgt, wenn die Gesundheitsausgaben überwiegend durch direkte Steuern finanziert werden, während indirekte Steuern mehr oder weniger regressiv wirken und dies auch für eine Beitragsfinanzierung immer dann gilt, wenn eine Beitragsbemessungsgrenze (wie in Deutschland) vorliegt. Privatversicherungssysteme wirken – wenn sie substitutiv und nicht additiv zu staatlichen Grundsicherungssystemen sind – sehr stark regressiv. Insbesondere der letztgenannte Effekt wird durch eine vertiefende Analyse für 12 OECD-Staaten noch unterstrichen (van Doorslaer/Wagstaff u.a. 1999).

Wenn die Forschergruppe damit auch interessante Querschnittsergebnisse vorgelegt hat, so fehlen entsprechende Resultate weitgehend für Veränderungen im Zeitablauf. Zwar wird über Veränderungen in der Progressivität einzelner Finanzierungsinstrumente berichtet, nicht aber über die Effekte einer Veränderung des Finanzierungsmixes für Gesundheitsleistungen infolge von Gesundheitsreformen. Insbesondere wird der Zusammenhang zwischen dem Wandel von Gesundheitssystemen und daraus resultierenden Veränderungen des Finanzierungsmixes auf der

¹⁶ Dabei kommt der Leistungsfähigkeitsgedanke im nationalen Gesundheitsdienst in Reinform zum Einsatz, und alle Einkommen der (Wohn-)Bürger werden – nach Maßgabe des jeweiligen Steuersystems – in unbegrenzter Höhe zur Tragung der Finanzierungslast herangezogen. Etwa im deutschen Sozialversicherungssystem wird hingegen nur das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen, um so einen Restbestand des Äquivalenzprinzips zur Geltung zu bringen.

einen und Veränderungen der Verteilungswirkungen des Gesundheitswesens auf der anderen Seite nicht nachgegangen, so daß gerade hinsichtlich der interessierenden Frage nach den Effekten des Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen auf die personelle Einkommensverteilung keine Ergebnisse vorliegen.¹⁷

3.3.5 Der Beitrag der Gesundheitsversorgung zur Schaffung von Legitimität von Staatlichkeit

Die Legitimität von Staatlichkeit läßt sich grundsätzlich von der *input*- und von der *output*-Seite begründen (Scharpf 1992). *Input*-orientierte „Legitimation durch Verfahren“ vertraut darauf, daß Politikentscheidungen deshalb als legitim anerkannt werden, weil sie im Rahmen eines demokratischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesses zustande gekommen sind. Daneben kann Legitimation auch durch den *output*, d.h. durch die Leistung des Staates erfolgen. Legitimation hängt dann davon ab, daß die Performanz der Staatstätigkeit von den Bürgern als zumindest ausreichend angesehen wird.

Im Sinne einer politischen Legitimation durch *output* belegen wohlfahrtsstaatliche Sicherungssysteme in allen Staaten der Europäischen Union einen hohen, meist den ersten Rang (Greiffenhagen 1998: 1236). Diese soziale Akzeptanz ist in hohem Maße unabhängig davon, ob die Befragten Nettonutzer oder -zahler dieser Systeme sind (Ullrich 1996; Karl u.a. 1998; Propper 2000).¹⁸ Das Gesundheitswesen ist dabei für die Schaffung von Legitimation besonders wichtig. Inwieweit Umbauten des Gesundheitssystems, die in den letzten Dekaden vielfach mit einer Rücknahme staatlicher Leistungsversprechungen und einem stärkeren Rückgriff auf Eigenverantwortung verbunden waren,¹⁹ die Legitimität der Nationalstaaten unterhöhlt, wurde bislang allerdings noch nicht systematisch und international vergleichend untersucht.

3.4 Eigene Vorarbeiten

Für die Arbeiten im vorgeschlagenen Forschungsprojekt kann Heinz *Rothgang* aufbauen auf: einem Vergleich des englischen und deutschen Gesundheitswesens (1994), den derzeit laufenden Arbeiten zu einem Lehrbuch zur Gesundheitsökonomie, einem Anfang 2003 abzuschließenden Drittmittelprojekt über Verfahren und Kriterien der Bestimmung des Leistungskatalogs in den Gesundheitssystemen Deutschlands, Englands, der USA und der Schweiz und auf einem internationalen Kooperationsprojekt zur Finanzentwicklung in der Langzeitpflege im internationa-

¹⁷ Hierzu kann allerdings zum Teil auf Arbeiten aus den nationalen Kontexten zurückgegriffen werden (z.B. Pfaff u.a. 1994), die aber häufig nur einzelne Reformmaßnahmen betreffen und zudem erst noch für den internationalen Vergleich aufgearbeitet werden müssen.

¹⁸ Offene Kürzungen von Sozialleistungen werden von der Mehrheit der Bürger daher auch sehr kritisch bewertet (Roller 1996).

¹⁹ Vgl. exemplarisch für Deutschland Perschke-Hartmann (1994) und Pfaff u.a. (1994).

len Vergleich (Rothgang 2002a, b). Der Antragsteller hat zudem zu Fragen der Effizienz von Krankenversicherungssystemen (Rothgang 1996), zur Bedeutung der Europäisierung (Rothgang 1998, 2000) und zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf soziale Sicherungssysteme im allgemeinen (Fachinger/Rothgang 1997) sowie in Gesundheits- (Rothgang 1999) und Pflegesicherungssystemen im besonderen (Schmähl/Rothgang 1996, Rothgang 2002c) gearbeitet.

Winfried *Schmähl* hat sich einschlägig insbesondere mit den Auswirkungen des demographischen Wandels (Schmähl 1989, 1995, 2000a) und der Europäischen Integration (1997a) auf die Krankenversicherung und die soziale Sicherung insgesamt sowie dem Verhältnis von Markt und Staat in der Sozialpolitik (Schmähl 2000b) beschäftigt. Zudem hat er langjährige Erfahrungen in der international vergleichenden Analyse sozialer Sicherungssysteme (Schmähl/Horstmann 2002). Fragen des *public-private mix* hat er insbesondere für die Alterssicherung (Schmähl 1997b, 2001) und die Pflegeversicherung (Schmähl 1996) untersucht.

Rainer *Müller* hat sich einschlägig vor allem intensiv mit den Wandlungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen und speziell in der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt (Müller 1999). Zudem ist er seit Jahren mit Fragen der Gesundheitssystemforschung und der Ungleichheitsforschung (Müller 1996, 2002a, b) befaßt.

Uwe *Helmert* – der an diesem Projekt im Rahmen der Grundausrüstung aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht mitarbeiten wird – war in den vergangenen Jahren als deutscher Vertreter an verschiedenen gesundheitsbezogenen EU-Projekten beteiligt: Zu erwähnen sind hierbei zunächst zwei international vergleichende Studien zu *Social Inequities and Health in Europe* (Projektleiter: Prof. Johan Mackenbach, Erasmus University Rotterdam) aus den Jahren 1995 bis 2001 (Cavelaars u.a. 1998, Mackenbach u.a. 1997). Seit Anfang 2002 ist er an einer international vergleichenden Studie zu *Power Relations, Income Inequalities and Health* (Projektleiter: Prof. Vicente Navarro, University Pompeu Fabre, Barcelona) beteiligt. Darüber hinaus hat sich Uwe Helmert intensiv mit dem Thema „Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in Deutschland“ beschäftigt, indem er sozial-epidemiologisch und medizinsoziologisch orientierte Längsschnitts- und Querschnittsanalysen durchgeführt hat (Helmert u.a. 1997, 2000, 2002; Helmert 2000, 2001).

Literaturangaben zu den eigenen Vorarbeiten

- Fachinger, Uwe & Heinz Rothgang (1997) „Zerstört der demographische Wandel die Grundlagen der sozialen Sicherung? Auswirkungen auf die Einnahmen und Ausgaben der Sicherungssysteme im Vergleich“ *Zeitschrift für Sozialreform* 43:11/12 814-838
- Helmert, Uwe (2000) „Armutbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: Status Quo, Konzepte und empirische Befunde“ in: Ulrich Laaser, Karsten Gebhardt & Peter Kemper, Hg. *Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen* Lage: Hans Jacobs 83-94

Rothgang/Schmähl/Müller

- (2001) „Sozialschichtspezifische Unterschiede bei somatischen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten“ in: Andreas Mielck & Kim Bloomfield, Hg. *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten* Weinheim: Juventa 175-183
- & Karin Bammann, Wolfgang Voges & Rainer Müller (2000) *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland* Weinheim: Juventa
- & Andreas Mielck & Steven Shea (1997) „Poverty and Health in West Germany“ *Social and Preventive Medicine* **42**:5 276-285
- & Wolfgang Voges & Torsten Sommer (2002) „Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. Eine Kohortenstudie der Geburtsjahrgänge 1940 bis 1949 der Gmünder Ersatzkasse“ *Das Gesundheitswesen* **64**:1 3-10
- Müller, Rainer (1985) „Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod“ in: Dietrich Milles & Rainer Müller, Hg. *Berufsarbeit und Krankheit* Frankfurt a. M.: Campus 224-233
- (1996) „Primary Health Care im Rahmen der Gesundheitspolitik und Planung von Gesundheitsdiensten“ in: Stefan Görres, Dagmar Koch-Zadi, Hanneke van Maanen & Mechthild Schöller-Stundt, Hg. *Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland* Bremen: Universität 1996 144-150 (Reihe Forum Pflegewissenschaft 2)
- (1999) „Lebenslaufpolitik der Krankenkassen zwischen Arbeit und Gesundheit“ in: Gerd Marstedt, Dietrich Milles & Rainer Müller, Hg. *Gesundheitskonzepte im Umbruch* Bremerhaven: Wirtschafts-verlag NW 10-26
- (2002a) „Gesundheitspolitik“ in: Petra Kolip, Hg. *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung* Weinheim und München: Juventa 149-172
- Hg. (2002b) *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung* Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe Gesundheit – Arbeit – Medizin)
- Rothgang, Heinz (1994) Der Einfluß der Finanzierungssysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina in englischen und deutschen Krankenhäusern, Diss. rer. pol.: Universität Köln
- (1996) „Auf dem Weg zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung? Der ‚Umbau des Sozialstaats‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung“ *Zeitschrift für Sozialreform* **42**:11/12 725-754
- (1998) „Pflegeversicherung und Leistungsexport. Erste Überlegungen aus ökonomischer Sicht“, in: Sieveking, Klaus (Hg.): *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union*. Studien aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht. Baden-Baden: Nomos: 219-247.
- (1999) „Demographische Entwicklung und sozialstruktureller Wandel: Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheits- und Pflegewesens“, in: Stefan Görres, Wolfgang Hoffmann, & Claudia Terschüren, Claudia (Hg.): *Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahr 2020. Trends und Einflußfaktoren*. Expertenpapier im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Bremen: Zentrum für Public Health: 2-1 – 2-37.
- (2000) „Die Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens im vereinten Europa“ *ZeS-Report* **5**:2 8-10
- (2002a) „Providing Long-Term Care for the Elderly in Germany. Projections on Public Long-Term Care Insurance Financing“ in: Gert Hullen, Hg. *Living Arrangements and Households – Methods and Results of Demographic Projections* Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 95-112 (Materialien zur Bevölkerungswissenschaft) (im Erscheinen)
- (2002b) „Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte,“ in: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des

- Deutschen Bundestags, Hg. *Herausforderungen für den einzelnen und die Gesellschaft*. Studienbuch Heidelberg: R.v. Decker (i.E.)
- (2002c) „Projections on Public Long-Term Care Insurance Financing“ in: Harald Conrad & Ralph Lützel (Hg.): *Aging and Social Policy – A German-Japanese Comparison*, München: Iudicum, forthcoming (i.E.)
- Schmähl, Winfried (1989) „Demographischer Wandel und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen und Finanzierungsalternativen –“ in: Christian von Ferber, Hartmut Ratebold & J.-Mathias Graf von der Schulenburg, Hg. *Die demographische Herausforderung – das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur* – Gerlingen: Bleicher 281-333 (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 23, hrsg. von der Robert Bosch-Stiftung)
- (1995) „Migration und soziale Sicherung – Über die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung: das Beispiel der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung“ *Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik* 40 247-271
 - (1996) „Der ‚public-private mix‘ in der Finanzierung der Absicherung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland“ in: Johann Behrens, Bernard Braun, James Morone & Deborah Stone, Hg. *Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs* Baden-Baden: Nomos 107-120
 - (1997a) „Europäische Sozialpolitik und die sozialpolitische Bedeutung der europäischen Integration“ in: Winfried Schmähl & Herbert Rische, Hg. *Europäische Sozialpolitik – Stand und Perspektiven* Baden-Baden: Nomos 9-37
 - (1997b) „Changing Working Patterns and the Public-Private Mix in Old-age Security: The Example of Germany“, in: Victor W. Marshall, Walter R. Heinz, Helga Krüger & Anil Verma, *Restructuring Work and the Life Course* Toronto: University of Toronto Press 323-347
 - (2000a) „Steigende Lebenserwartung und soziale Sicherung“ in: Bernd Baron von Maydell, Takeshi Shimomura & Kazuaki Tezuka, Hg. *Entwicklungen der Systeme sozialer Sicherheit in Japan und Europa* Duncker & Humblot: Berlin 95-125
 - Hg. (2000b) *Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat*. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 275 Berlin: Duncker & Humblot
 - (2002) „The Public-private Mix in Pension Provision in Germany: The Role of Employer-based Pension Arrangements and the Influence of Public Activities“, in: Martin Rein & Eskil Wadensjö (Hg.), *Enterprise and the Welfare State* Cheltenham, UK; Lyme, US: Edward Elgar 99-148
 - & Sabine Horstmann, Hg. (2002) *Transformation of Pension Systems in Central and Eastern Europe* Edward Elgar Publishing Ltd.
 - & Heinz Rothgang (1996) „The Long-Term Costs of Public Long-Term Care Insurance. Some Guesstimates“, in: Roland Eisen & Frank A. Sloan (Hg.): *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions* Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers 181-222.

3.5 Arbeitsprogramm (Ziele, Methoden, Arbeits- und Zeitplan)

3.5.1 Forschungsziele

Ziel des Forschungsvorhabens ist es, den Wandel von Staatlichkeit in den Gesundheitssystemen von OECD-Staaten zu beschreiben, die Ursachen für diesen Wandel im Hinblick sowohl auf gemeinsame als auch länder- bzw. systemspezifische kausale Faktoren aufzudecken und schließlich die Wirkungen dieser Veränderungspro-

zesse für die Performanz der Gesundheitssysteme selbst, aber auch in bezug auf ihre Rückwirkungen für die Legitimität von Staatlichkeit zu untersuchen.

Hinsichtlich der *Deskription* ist zunächst zu erkunden, welche Veränderungen in der sozialen Sicherung bei Krankheit im Verhältnis von öffentlich und privat erkennbar sind. Staatlichkeit wird dabei dreidimensional, bezogen auf die Kompetenz zur Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung konzeptionalisiert. Die zugrunde gelegte Hypothese lautet: *Die länderspezifischen Unterschiede im Gesundheitswesen, die sich in drei Idealtypen abbilden lassen* (s. Abschnitt 3.3.1), *haben sich in den letzten beiden Dekaden zunehmend verringert*. Es scheint sich somit ein Wandel von den Idealtypen „private Krankenversicherung“, „nationaler Gesundheitsdienst“ und „Sozialversicherung“ hin zu *Mischtypen* zu vollziehen, der insbesondere durch Veränderungen in der Regulierungsdimension der Staatlichkeit vorangetrieben wird. Die zu untersuchende Hypothese unterstellt damit, *daß sich der Korridor verengt, innerhalb dessen die Gesundheitssysteme der demokratischen Rechts- und Interventionsstaaten verortet werden können*. Für die Staatlichkeit folgt hieraus, daß sich die im Ausgangspunkt der 1960er Jahre zwischen den Ländern divergierende Rolle des Staates zunehmend angenähert hat. Diese Hypothese wäre gegen die Nullhypothese einer nach wie vor divergenten Rolle des Staates im Gesundheitswesen zu testen.

Sollte sich die Hypothese bestätigen, ist in bezug auf die *Explanation* zu fragen: Welche Faktoren haben die Konvergenz der Systeme gefördert und welche haben sie gehemmt? Gemäß der hier zugrunde gelegten „Problemdruckhypothese“ wären Reformen grundsätzlich vor allem dann zu erwarten, wenn der Problemdruck *und* die angenommenen Chancen für Effizienzgewinne durch Reformen²⁰ gleichzeitig besonders groß sind. Als „Problemdruck“ werden hierbei zum ersten Finanzierungs- und Effizienzprobleme konzeptionalisiert (vgl. hierzu auch Saltmann/Figueras 1997, 13ff.). Finanzierungsprobleme ergeben sich aus dem Aufeinandertreffen steigender Finanzbedarfe (insbesondere wegen des medizinisch-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels sowie der Wechselwirkungen zwischen beiden (vgl. Breyer/Ulrich 2000; Ulrich 2001) und nur moderat wachsender Finanzierungsquellen, was sich aus dem Zusammenwirken von einem im Vergleich zu den „goldenen“ 1950er und 1960er Jahren geringeren Wirtschaftswachstum mit einer – zumindest im deutschen Sozialversicherungssystem – unterproportional wachsenden Beitragsbemessungsgrundlage²¹ ergibt. Effizienzprobleme sind demgegenüber vor allem in der institutionellen Ausgestaltung des je-

²⁰ Die These einer Effizienzsteigerung durch Systemmischung wird auch von der politikwissenschaftlichen Steuerungstheorie genährt, die postuliert, daß gerade die Kombination verschiedener *governance*-Strukturen (etwa „Verhandlungen im Schatten der Hierarchie“) in besonderem Maße in der Lage ist, gewünschte Ziele zu realisieren (vgl. Scharpf 2000: 323ff.).

²¹ Daß die Bemessungsgrundlage der GKV in den beiden letzten Dekaden deutlich langsamer gewachsen ist als das Bruttosozial- bzw. das Bruttoinlandsprodukt, ist darauf zurückzuführen, daß die Lohnquote gesunken ist und gleichzeitig durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen andere Sozialversicherungsweige auf Kosten der GKV entlastet wurden (GKV als „Verschiebebahnhof“).

weiligen Gesundheitssystem und den dabei entstehenden Fehlanreizen geschuldet: ihr Ausmaß wird aber erst durch internationale Vergleiche sichtbar. Zum zweiten ist der Druck zu berücksichtigen, der sich aus der (perzipierten) Notwendigkeit ergibt, die Gesundheitsausgabenquote aus Gründen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit zu senken. Der Problemdruck kann aber zum dritten auch aus der Europäisierung herrühren, von der mittelbare und/oder unmittelbare Anpassungszwänge ausgehen.

Diese einfache Problemdruckhypothese ist allerdings in zweifacher Hinsicht zu modifizieren. Erstens kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die subjektive Wahrnehmung (der handelnden Akteure) von potentiellen Problemen und Effizienzgewinnen immer mit objektiven Tatbeständen übereinstimmt. In diesem Kontext ist daher wissenspolitologisch (Nullmeier 1993a; Nullmeier/Rüb 1993b) zu prüfen, welche Vorstellungen über Problemlagen und etwaige Effizienzgewinne bei den handelnden Akteuren vorgeherrscht haben, und welche Rolle die sich in den letzten beiden Jahrzehnten entwickelnde Gesundheitssystemforschung und der systematische Transfer von Erkenntnissen über die Steuerungsfähigkeit der Gesundheitssysteme anderer Länder somit beim Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Staaten gespielt haben. Zweitens sind die Widerstände gegen Reformen in den einzelnen Gesundheitssystemen unterschiedlich ausgeprägt. Neben den Faktoren, die eine gemeinsame Entwicklung befördert haben, sind daher auch diejenigen zu untersuchen, die für nach wie vor bestehenden Unterschiede zwischen den Ländern verantwortlich sind und die damit die Pfadabhängigkeit sozialpolitischer Entscheidungen der Gesundheitssystemgestaltung begründen. Hierbei kommen die institutionellen Faktoren der Gesundheitssysteme – etwa die unterschiedlichen Wandlungsspielräume, Steuerungspotentiale und Sperrklinkeneffekte der drei Idealtypen in ihrer jeweiligen Ausprägung – und der sie umgebenden (Sozial-) Staatlichkeit (etwa die institutionalisierten Veto-Potentiale) in den Blick.²² In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, warum die Europäische Integration in den verschiedenen Ländern in unterschiedlicher Weise wirkt und welche alternativen Ursachen eine gleichartige Wirkung haben, sich also als funktionale Äquivalente darstellen. Die Erklärungskraft der Europäisierung dürfte – so die bereits in 3.3.3 begründete Vermutung – noch zunehmen, wenn der Wandel in den Gesundheitssystemen betrachtet wird, der sich während der Projektlaufzeit ergeben wird.

Das idealtypische Phasenmodell des Sfb sieht nicht nur die Deskription und Explanatation, sondern auch die *Bewertung* der Konsequenzen der beobachteten Entwicklung als Projektaufgabe an. Insbesondere falls sich herausstellen sollte, daß Effizienzüberlegungen eine der Ursachen für Veränderungen des *public-private mix*

²² So haben Rosewitz und Weber (1990) überzeugend erklärt, aufgrund welcher Veto-Potentiale Reformen im deutschen Gesundheitswesen nicht möglich sind – nur um kurz nach Erscheinen des Buches durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, das gravierende Reformen mit sich brachte, empirisch widerlegt zu werden.

im Gesundheitswesen waren, ist eine Bewertung der eingetretenen Entwicklung für das hier skizzierte Projekt von besonderem Interesse. In diesem Teil des Projektes ist daher zu fragen, ob die Veränderungen der Staatlichkeit im Gesundheitswesen zu einer besseren, zu einer schlechteren oder zu einer nur veränderten Funktionserfüllung geführt haben. Als normative Maßstäbe für die Beurteilung der „Performanz“ von Gesundheitssystemen bieten sich zunächst die Effekte auf die gesundheitliche Lage (*level of health*) und die Qualität der medizinischen Versorgung an. Zugleich sind aber auch Auswirkungen auf die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod sowie im Zugang zu medizinischen Gütern und Leistungen zu erheben. Weiterhin werden die Auswirkungen veränderter Finanzierungsmixe auf die personelle Einkommensverteilung untersucht und schließlich ist auch zu prüfen, ob aus einer veränderten Performanz Rückwirkungen auf die Legitimität der Staatlichkeit ausgehen, die nicht zuletzt darauf beruhen, daß der Staat in der Lage ist, bestimmte Funktionen zu erfüllen, zu denen an prominenter Stelle die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung gehört. In diesem Teil der Studie wird auch der Frage nachgegangen, ob der Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen auch zu einer Verschiebung der Ziele der Gesundheitssysteme geführt hat – haben doch die Idealtypen insbesondere hinsichtlich der „fairen“ Verteilung von Finanzierungslasten ganz unterschiedliche normative Grundlagen (s. Abschnitt 3.3.1).

3.5.2 *Untersuchungsmethode*

Länderauswahl

Um die vermuteten Veränderungen der Staatlichkeit im Gesundheitswesen in ganzer Breite und Tiefe zu erfassen, soll durchgängig eine *Doppelstrategie* verfolgt werden. Zunächst sollen in der ersten Phase (s.u.) die Verschiebungen im *public-private mix* anhand verfügbarer Makro-Daten von OECD, WHO und Europäischer Kommission (MISSOC) für alle OECD-Länder untersucht werden, die wenn möglich und nötig durch nationale Quellen ergänzt werden. Daneben sollen vertiefte – komparativ angelegte – institutionalistisch ausgerichtete Länderstudien für systematisch ausgewählte Länder stehen. In der ersten, deskriptiven Phase geht es dabei um die Erhebung von Indikatoren zum Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen und das Nachvollziehen der Reformschritte im einzelnen. Als Untersuchungsländer für diese vertiefende Untersuchung bieten sich zunächst solche an, in denen jeweils ein Grundtypus der Sicherung gegen Krankheit zu Beginn des Untersuchungszeitraums dominiert. Hierbei wird auf *England* (nationaler Gesundheitsdienst), *Deutschland* (Sozialversicherung) und auf die *USA* (Privatversicherungssystem) als die klassischen Vertreter der jeweiligen Sicherungssysteme zurückgegriffen.

Die Strategie, auf der Ebene verfügbarer Makrodaten alle OECD-Länder zu betrachten und zugleich durch Länderstudien vertiefende Einsichten zu gewinnen, wird auch für die zweite und dritte Phase beibehalten. Allerdings sollen in der

zweite Phase (mindestens) drei weitere Länder herangezogen werden,²³ um so mehr Material für die Spezifizierung der Erklärung zu gewinnen. Um die Erklärungskraft der erweiterten Problemdruckhypothese zu überprüfen, sollen dabei jeweils Länder hinzugezogen werden, bei denen

- a) kein (oder nur ein geringer) bzw. ein anderer Problemdruck dennoch zu einer Reform geführt hat und/oder
- b) trotz vergleichbarem Problemdruck keine (oder nur eine weniger weitreichende oder eine andere) Reform stattgefunden hat.

Durch einen Paarvergleich kann dann versucht werden, die Bedeutung der intervenierenden Variablen – institutionelle Regelungen und kognitive Wahrnehmungsmuster und Traditionen – herauszuarbeiten.

Ein Beispiel für den erstgenannten Fall ist womöglich der Vergleich der italienischen und schweizerischen Gesundheitsreform in den neunziger Jahren. Während die italienische Gesundheitsreform stark durch die Zwänge angestoßen wurde, die sich aus den Maastricht-Kriterien ergeben haben (Gohr 2001), wurde in der Schweiz ohne einen solchen Anstoß eine ebenfalls stärker auf Markt und Wettbewerb abzielende grundlegende Reform des Gesundheitswesens durchgesetzt (Zweifel 1997, 2000; Colombo 2001).²⁴ Damit können funktionale Äquivalente auf Seiten der Problemdruck erzeugenden Variablen ausgemacht werden. Ein Vergleich der Schweiz mit der Bundesrepublik wäre insofern instruktiv, als sich dort bei sonst vielfach gleichen Voraussetzungen (beide Länder verfügen über Sozialversicherungssysteme) und womöglich ähnlichem Problemdruck andere Reformen ergeben haben. Dieser Vergleich gewinnt noch an Charme, weil die Schweizer Reform derzeit auch als Vorbild für eine Weiterentwicklung der deutschen GKV diskutiert wird, so daß hier möglicherweise nur unterschiedliche *time lags* zu verzeichnen sind. Sollte sich ein zunehmender Einfluß der Europäischen Integration auf dem Weg der negativen Integration ergeben, wäre schließlich auch ein Vergleich von Deutschland und den Niederlanden instruktiv, da das ‚reinere‘ Sachleistungsprinzip in den Niederlanden weniger Anknüpfungspunkte für eine Anwendung der Waren- und Dienstleistungsfreiheit zu bieten scheint als das deutsche, so daß es dieser Paarvergleich erlaubt, die Wirkung dieser institutionellen Variable zu studieren.

Die endgültige Auswahl der in der zweiten Phase neu zu integrierenden Untersuchungsländer kann allerdings letztlich erst mit der Antragstellung für die zweite

²³ Da die konzeptionelle Arbeit für die Beschreibung des Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Staaten zu Beginn der zweiten Phase bereits abgeschlossen ist und auch bereits eine Datenerhebung für alle OECD-Staaten auf der Ebene international vergleichender Makro-Daten vorliegt, kann die Deskription des Wandels von Staatlichkeit für diese Länder deutlich schneller erfolgen als für die Länder der ersten Phase, so daß die Aufnahme neuer Länder arbeitstechnisch unproblematisch erscheint.

²⁴ Der italienische Fall ist weiterhin deshalb von besonderem Interesse, weil hier zunächst 1978 ein Sozialversicherungssystem durch einen nationalen Gesundheitsdienst ersetzt wurde, in diesem 1992/3 dann aber – analog dem englischen Beispiel – Quasimärkte eingeführt wurden (Donatini u.a.), so daß nach und nach alle drei Koordinationsmechanismen eingesetzt wurden.

Phase erfolgen, und zwar vor dem Hintergrund der bis dahin vorliegenden Ergebnisse und der Zuspitzung der Fragestellung für diese Antragsphase. Gleiches gilt auch für die dritte Phase: Vieles spricht dafür, die sechs Länder der zweiten Phase auch in der dritten vertiefend zu untersuchen. Andererseits ist es womöglich sinnvoll, dafür Sorge zu tragen, daß jeder der ursprünglichen Idealtypen hinreichend vertreten ist, um so die Wirkung des Wandels von Staatlichkeit für jeden dieser Idealtypen mit hinreichender Gewißheit erheben zu können.

Exkurs: Kooperationspartner

Um die vertiefenden Länderstudien über ausländische Gesundheitssysteme anfertigen zu können, ist es unerlässlich, in den jeweiligen Ländern Kooperationspartner zu gewinnen. Potentielle Kooperationspartner, zu denen bereits Kontakt besteht, sind²⁵:

- *England*: Julian Le Grand, Elias Mossialos, Anna Dixon, Joseph Kutzin, Bledwyn Davies, Adelina Comas-Herrera, alle bei LSE Health and Social Care, London School of Economics;
- *USA*: Theodore Marmor (Yale University), James Morone (Brown University Providence, Rhode Island), Uwe Reinhard (Princeton University);
- *Italien*: Christiano Gori, Institute for Social Research, Milan; Giovanni Lamura, INRCA Dipartimento Ricerche Economico-Sociali, Ancona;
- *Niederlande*: Peter Groenewegen, Netherlands Institute of Health Service Research, Utrecht; Johan P. Mackenbach und Anton Kunst (Erasmus Universität Rotterdam)
- *Schweiz*: Peter Zweifel, Universität Zürich .

Mit den englischen und italienischen Kollegen kooperieren wir derzeit im Rahmen mehrerer EU-Projekte. Mit den übrigen Kollegen bestehen bereits langjährigen Kooperationsbeziehungen, die sich in gemeinsamen Konferenzen und Publikationen niedergeschlagen haben.

Um den europäischen Kontext angemessen zu erfassen, werden Kooperationsbeziehungen zu Bernd Baron von Maydell bzw. seinem Nachfolger Ulrich Becker (derzeit Universität Regensburg), Bernd Schulte und anderen Wissenschaftlern am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht angestrebt, zu denen ebenfalls langjährige Kooperationsbeziehungen bestehen.

Untersuchungszeitraum

Als wesentlicher Impuls für Reformbestrebungen im Gesundheitswesen ist der erste Ölpreisschock von 1973/74 anzusehen, der zu einer weltweiten wirtschaftlichen Stagnation und zu einer Austeritätspolitik im Sozialbereich geführt hat. Um diesen

²⁵ Hier werden zunächst nur beispielhaft die Partner für Italien, die Niederlande und die Schweiz genannt. Wie bereits ausgeführt, erfolgt die Länderauswahl für die zweite Phase erst mit Antragstellung für diese Phase. Bei einer anderen Länderauswahl wären die Kooperationspartner dann entsprechend zu ergänzen.

Politikwechsel, der möglicherweise zu Veränderungen im *public-private mix* im Gesundheitswesen geführt hat, erfassen zu können, sollte der Beobachtungszeitraum mindestens die letzten drei Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts umfassen und bis zur jeweiligen Gegenwart reichen. Die Verlängerung des Untersuchungszeitraums in die Zukunft ist insbesondere deshalb zentral, weil vermutet werden kann, daß sich die Wirkungen der Europäisierung in Zukunft noch deutlicher zeigen werden. Falls entsprechende Daten vorhanden sind, ist es – im Sinne der Einheitlichkeit der Sfb-Projekte – möglich, den Betrachtungszeitraum bis zu Beginn der 1960er Jahre zurückzuverlängern.

Methodische Vorgehensweise

Das Forschungsvorhaben bezieht sich auf Deskription, Explanat ion und Wirkungsanalyse. Für jede dieser drei Phasen sind je spezifische methodische Vorgehensweisen zu konkretisieren.

Die *Beschreibung* des Wandels von Staatlichkeit erfolgt für alle OECD-Staaten mittels geeigneter Indikatoren zum Anteil des Staates an Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Für die ersten beiden Dimensionen sind Indikatoren vergleichsweise leicht zu bestimmen (Anteil der öffentlichen und privaten Finanzierung von Gesundheitsausgaben, Anteil staatlicher Leistungserbringer usw.). Für die Regulierungsdimension müssen hingegen bereits erhebliche konzeptionelle Anstrengungen unternommen werden, um so unterschiedliche Bereiche wie die Bestimmung des Leistungskatalogs, die Zulassung von Leistungsanbietern, die Bestimmung von Vergütungen etc. zu integrieren. Entsprechende Meßkonzepte sind daher zum großen Teil erst noch zu entwickeln (vgl. z.B. Kutzin 2001). Dabei soll auch ein Index für das Ausmaß der staatlichen Penetration von Gesundheitssystemen konstruiert werden, der alle drei Dimensionen der Staatlichkeit im Gesundheitswesen berücksichtigt.

Bei der Messung in den ersten beiden Dimensionen kann zunächst auf die verfügbaren international vergleichenden Daten insbesondere der OECD und der WHO abgestellt werden. Allerdings handelt es sich hierbei zu Teilen lediglich um ein Kompendium nationaler Statistiken, deren Vergleichbarkeit trotz aller Anstrengungen in den 1990er Jahren immer noch begrenzt ist. Es wird daher notwendig sein, zum Teil auch auf nationale Statistiken zurückzugreifen und diese durch Redefinitionen vergleichbar zu machen. Dies wird insbesondere auch deshalb notwendig sein, weil Quer- und Längsschnitte verknüpft werden sollen und eine retrospektive Verlängerung von Zeitreihen nach hinten für einen erheblichen Teil der Daten auf Basis internationaler Datensammlungen nicht möglich ist. Schließlich werden bestimmte Bereiche wie die Selbstmedikation in den einschlägigen Datensammlungen nicht erhoben. Ohne diese Größen zumindest abzuschätzen, sind verläßliche Aussagen etwa zur Veränderung der Staatsquote im Gesundheitsbereich nicht möglich. Auch dies legt den Rückgriff auf nationale Statistiken nahe.

In den Länderstudien sollen zudem die Reformprozesse in bezug auf die Veränderung der Staatlichkeit im Gesundheitswesen rekonstruiert werden. Die detaillierten Studien der Politikprozesse schaffen die notwendige Voraussetzung dafür, in der zweiten Phase Erklärungsmodelle zu entwickeln und die relative Bedeutung der ins Auge gefaßten unabhängigen und intervenierenden Variablen auszuloten. Entsprechende Arbeiten werden sich insbesondere auf Dokumentenanalysen und Experteninterviews in den jeweiligen Ländern stützen. Gerade das Zusammenspiel von quantitativer Analyse in bezug auf alle OECD-Länder und vertiefenden qualitativen Länderstudien erscheint für die Fragestellung des Projektes vielversprechend.

Bei der *Erklärung* des Wandels der Staatlichkeit geht es um die erklärende Rekonstruktion der Reformprozesse in den Ländern, zu denen Fallstudien durchgeführt werden. Das zu konkretisierende Erklärungsmodell geht dabei von folgendem Variablensatz aus:

- *unabhängige* (erklärende) *Variablen* („Problemdruck“):
 - ⇒ steigender Finanzbedarf des Gesundheitswesens,
 - ⇒ (relativ) sinkende Finanzierungsbasis,
 - ⇒ perzipierter Zwang zur Senkung der öffentlichen Gesundheitskosten zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung internationaler Wettbewerbsfähigkeit des Standorts,
 - ⇒ Anpassungsanforderungen durch Europäische Integration, und
 - ⇒ perzipierte Chancen auf Effizienzsteigerung durch institutionelles Lernen im internationalen Gesundheitssystemvergleich;
- *abhängige Variablen*:
 - ⇒ Ausmaß und Richtung des Wandels von Gesundheitssystemen bzw. des Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen;
- *intervenierende Variablen*:
 - ⇒ institutionelle Ausgestaltung der Staatlichkeit im allgemeinen (u.a. Zahl der Veto-Spieler),
 - ⇒ institutionelle Ausgestaltung des jeweiligen Gesundheitswesens (u.a. Zugehörigkeit zu einem Idealtypus, Handlungsspielraum staatlicher Akteure, Ausgestaltung des sektoralen Policy-Netzwerks) und
 - ⇒ kognitive Wahrnehmungsstrukturen der handelnden Akteure.

Die Erklärung greift dabei auf Ansätze der neuen politischen Ökonomie (Frey 1977) bzw. der neuen Institutionenökonomie (Richter/Furubotn 1996) zurück, die ihre politikwissenschaftliche Entsprechung im akteurszentrierten Institutionalismus der „Kölner Schule“ (Mayntz/Scharpf 1995) und ihr soziologisches Pendant in der *rational choice* Theorie bzw. dem Programm der erklärenden Soziologie (Coleman 1990; Esser 1993; vgl. auch Lüdemann/Rothgang 1996) finden. Mit der Integration

ökonomischer und politikwissenschaftlicher Ansätze soll so auch ein Beitrag zur allgemeinen Theoriebildung geleistet werden.²⁶

In bezug auf die *Wirkungen* des Wandels der Staatlichkeit werden zunächst Daten für alle OECD-Länder zur Performanz herangezogen. Indem diese Daten mit den in der ersten Phase erhobenen (und im Projekt kontinuierlich fortgeschriebenen) Daten zum Wandel der Gesundheitssysteme korreliert werden, können Hypothesen über kausale Zusammenhänge abgeleitet werden. Für die 6 Länder, zu denen vertiefende Fallstudien zu den Reformprozessen vorliegen werden und über die verlässliche (retrospektiv verlängerte) Zeitreihen zur Entwicklung der Indikatoren von Effektivität und Effizienz erhoben werden, wird zudem versucht, etwaige Performanzveränderungen kausal auf einen Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen zurückzuführen.

Insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf soziale Ungleichheit sind – zumindest für Deutschland – weiterhin eigene Primäranalysen geplant, und zwar mit (GEK-) Kassendaten, die den Antragstellern vorliegen und die vertraglich abgesichert über einen Zeitraum von 10 Jahren fortgeschrieben werden, mit dem Gesundheits*survey*²⁷ und mit Daten des SOEP, der derzeit gerade um Angaben zum Austrittsgrund ergänzt und damit auch für Analysen der Mortalitätsentwicklung nutzbar wird.

3.5.3 *Arbeitsprogramm und Zeitplan*

Phasen

Das Projekt bezieht sich auf Deskription, Explanat ion und Bewertung. Diese unterschiedlichen Aufgabenstellungen können auch zur zeitlichen Strukturierung verwendet werden. Dabei sind folgende drei Phasen vorgesehen:

²⁶ „Klassische“ ökonomische Ansätze – auch in der Gesundheitssystemforschung – konzentrieren sich häufig allein darauf, die *effiziente* Lösung zu finden. In Wettbewerbsmärkten kann dann darauf vertraut werden, daß sich diese effiziente Lösung evolutionär durchsetzt. Dies gilt aber nicht, wenn es sich um gesellschaftliche Teilbereiche handelt. Ein – zum Marktwettbewerb analog konzipierter – „Wettbewerb der Systeme“ bezieht sich nämlich immer auf ganze Gesellschafts- und Wirtschaftsordnungen. Insofern dürfte ein Staat auch mit suboptimalem Gesundheitssystem gute „Überlebenschancen“ haben, wenn andere gesellschaftliche Teilbereiche gut organisiert sind. Der Abwanderungsmechanismus (*exit*) kann (für beide Produktionsfaktoren) daher nur partiell Wirkung zeigen. Effiziente Lösungen werden in Gesundheitssystemen daher nur dann realisiert, wenn sie von durchsetzungsstarken Akteuren vorangetrieben werden. Somit gilt es immer – wie in der Neuen Politischen Ökonomie (NPÖ) gefordert –, die einzelnen Akteure und deren Interessenlagen und Machtressourcen in den Blick zu nehmen. Hierbei ist es aber ebenfalls notwendig – und dies wird auch bei Ansätzen der NPÖ zum Teil vernachlässigt –, deren kognitive Wahrnehmungsprozesse (etwa die Rezeption international vergleichender Gesundheitssystemforschung) zu thematisieren. Durch eine Integration derartiger wissenspolitologischer Ansätze in ökonomische Erklärungsmodelle können diese verbessert werden.

²⁷ Der Gesundheits*survey* wurde bislang vom Robert Koch Institut in Zusammenarbeit mit Infratest durchgeführt.

In der *ersten Phase* (1.-4. Jahr) sollen Indikatoren zur Beschreibung der Veränderung erarbeitet und die dazugehörigen Daten erhoben werden. In den vertiefenden Länderstudien zur Entwicklung des *public-private mix* in den Gesundheitssystemen wird darüber hinaus nicht nur ein weiterer Satz von Indikatoren erhoben, sondern zudem auch der Reformprozess rekonstruiert.

In der *zweiten Phase* (5.-8. Jahr) sollen die zuvor beobachteten Veränderungen erklärt werden. Die Erarbeitung von Erklärungsmodellen soll sich insbesondere auf die vertiefenden Länderstudien stützen und – soweit möglich – mit den Daten für die Gesundheitssysteme aller OECD-Länder getestet werden. Die Erklärungsmodelle sollen sich dabei auf die allgemeinen Trends und auf die divergierenden Entwicklungen beziehen.

Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung der Konsequenzen des Wandels der Staatlichkeit im Gesundheitswesen ist, ob die beschriebenen und erklärten Entwicklungen zu einer besseren oder schlechteren Erfüllung der Ziele der Gesundheitssysteme geführt haben. Um zu diesbezüglichen Aussagen zu gelangen, ist es in der *dritten Phase* (9.-12. Jahr) insbesondere notwendig, Bewertungsmaßstäbe zu entwickeln und die Entwicklung an diesen Wertmaßstäben zu messen. Entsprechend dem aktuellen Diskussionsstand geht es dabei – soweit die Gesundheitspolitik im engeren Sinne betroffen ist – vor allem um Mortalität und Morbidität (*level of health*) sowie um den Abbau sozialer Ungleichheit in der medizinischen Versorgung und um Verteilungswirkungen bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Des Weiteren sollen Rückwirkungen auf die Legitimität von Staatlichkeit untersucht werden. Hierbei ist verstärkt die Zusammenarbeit mit anderen Sfb-Projekten (insbesondere in der Interventionsdimension) erforderlich, die – soweit sie sich mit der normativen Bewertung beschäftigen – vor ähnlichen Aufgaben stehen.

Arbeitsschritte für die erste Phase

Die erste Phase ist der Deskription gewidmet. Hierbei sind zwei Ebenen zu unterscheiden: die indikatorengestützte Beschreibung des Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen für alle OECD-Staaten und die vertiefende Analyse für die *drei Länderstudien*, die zum einen die Erhebung weiterer Indikatoren insbesondere zur Regulierung und zum anderen die Rekonstruktion der Reformprozesse enthält.

Im ersten Schritt sind zunächst jeweils die Indikatoren zur Staatlichkeit in bezug auf Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung zu erarbeiten. Während dies für die beiden erstgenannten Dimensionen vergleichsweise unproblematisch ist, erfordert die Abbildung der Regulierung größeren konzeptionellen Aufwand. Aus diesem Grund wird das Indikatorenset für alle OECD-Länder weniger tief gestaffelt sein als das für die Länder, für die vertiefende Länderstudien durchgeführt werden. Als nächstes sind dann die dazugehörigen Daten zu erheben. Für alle OECD-Länder wird dabei auf internationale Datensammlungen zurückgegriffen, die Informationen zu den beiden erstgenannten Dimensionen enthalten.

Soweit möglich und nötig werden zudem nationale Statistiken zur Komplettierung und Validierung herangezogen. Die Regulierungsdimension wird – in Abhängigkeit von der Datenlage – womöglich nicht für alle OECD-Länder, jedenfalls aber für die Länder, zu denen Fallstudien angefertigt werden, vertiefend untersucht werden können. Auf Basis dieser Informationen kann der Wandel der Staatlichkeit beschrieben und die Ausgangshypothese der Konvergenz der Systeme überprüft werden. Hierzu wird ein Index gebildet, der auf Basis der drei Dimensionen der Staatlichkeit im Gesundheitswesen das Ausmaß der staatlichen Penetration abbildet.

Bereits im Vorgriff auf die in der zweiten Phase zu leistende Explanation werden dann in drei Untersuchungsländern Fallstudien durchgeführt, deren Ziel es ist, den Ablauf der Reformprozesse im einzelnen zu dokumentieren.

Zeitplan

Für die ersten vier Jahre ergibt sich somit folgende Arbeitsabfolge:

Arbeitsschritte	2003	2004	2005	2006
<i>Analyse des Wandels der Gesundheitssysteme in allen OECD-Staaten</i>				
Erarbeitung von Indikatoren zur Staatlichkeit in bezug auf Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung				
Erhebung vergleichbarer Daten				
Beschreibung des Wandels von Staatlichkeit anhand der erarbeiteten Indikatoren; Überprüfung der Ausgangshypothese				
<i>Vertiefende Länderstudien</i>				
Erarbeitung vertiefender Indikatoren zum Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen				
Erhebung weiterer quantitativer Daten aus nationalen Statistiken				
Beschreibung des Wandels von Staatlichkeit anhand der erarbeiteten Indikatoren; Überprüfung der Ausgangshypothese				
Chronologische Deskription der Reformschritte von 1960 bis heute in den ausgewählten Ländern				
Identifikation und Deskription der für den Wandel von Staatlichkeit zentralen Reformschritte				
<i>Synopse</i>				
Edition einer zusammenfassenden Monographie				

3.6 Stellung innerhalb des Programms des Sonderforschungsbereichs und Entwicklungsperspektive des Teilprojektes

Das Teilprojekt beschäftigt sich mit dem Wandel der Wohlfahrtsdimension von Staatlichkeit am Beispiel der Gesundheitswesen von OECD-Ländern. Die Ausgangsthese ist hierbei, daß sich ein Wandel von den Idealtypen „private Kranken-

versicherung, „nationaler Gesundheitsdienst“ und „Sozialversicherung“ hin zu Mischtypen vollzieht. Staatlichkeit wird durch die so skizzierten Prozesse zweifach berührt: Zum einen wird mit dem Vordringen des privaten Sektors in ein zuvor durch einen nationalen Gesundheitsdienst geprägtes Gesundheitssystem (England) das Ausmaß direkt verändert, in dem der Staat selbst die Gesundheitsversorgung bereitstellt. Zum anderen führt die „Beimischung“ der jeweils anderen Koordinierungsmechanismen („Markt“, „Hierarchie“ und „Verhandlungen“) zu grundlegenden Verschiebungen in den Methoden, mit denen der Staat seine gleichbleibenden Steuerungsziele zu erreichen sucht oder neue Steuerungsziele aufgreift.²⁸

Bestätigt sich die Ausgangsthese einer (Teil-) Konvergenz der Gesundheitssysteme, so hätte sich damit der *Korridor* deutlich verengt, in dem sich bislang das wohlfahrtsstaatliche Arrangement des DRIS realisieren konnte. Allerdings mag es zunächst nur um starke *Turbulenzeffekte* gehen, also um eine im DRIS verallgemeinerte Regimeinstabilität und eine verbreitete Neigung zur Regimeflucht „in die [sicher erscheinende] Mitte“, die aber eine Verengung des Korridors vorbereiten mag.

Abbildung 1: Die zwei Achsen interventionsstaatlichen Wandels



In bezug auf die im Konzeptpapier beschriebenen beiden Achsen der (potentiellen) Veränderungen (vgl. Abbildung 1) steht bei der Beschreibung damit die horizontal gezeichnete *organisatorische Perspektive* im Vordergrund. Dagegen sind Verschiebungen der Regelungskompetenz entlang der *territorialen Perspektive* der Staatlichkeit derzeit noch wenig erkennbar. Im Ausgangspunkt ist zwischen zentralstaatlichen Systemen mit strengem Dirigismus von oben nach unten (etwa der englische NHS), Systemen mit erheblicher Regelungskompetenz auf der föderalen Ebene (etwa das deutsche System mit Finanzierungszuständigkeiten der Bundesländer und einer Vielzahl von Verhandlungsprozessen auf Landesebene) und stärker kommunal ausgerichteten Systemen (etwa in Skandinavien) zu unterscheiden. Bei dieser territorialen Zuständigkeit ist es im wesentlichen geblieben, auch wenn etwa die

²⁸ Selbst wenn die Steuerungsziele zunächst unverändert bleiben sollen, ist nicht auszuschließen, daß die Verschiebungen in den Koordinierungsmechanismen mittel- und langfristig Zielverschiebungen – etwa im Verhältnis von Effizienz und Verteilungszielen – nach sich ziehen.

Einführung interner Märkte zwangsläufig zu einer Stärkung der Steuerungsfähigkeit der lokalen zu Lasten der zentralstaatlichen Ebene führt. Allerdings ist zu erwarten, daß die europäische Integration über den Weg der negativen Integration und über die offene Koordinierung in Zukunft verstärkt Einfluß auf die Gesundheitssystemgestaltung nimmt und somit zunehmend auch Veränderungen in territorialer Perspektive zu beobachten sein werden.

Bei der *Erklärung* des Wandels spielt dagegen auch die territoriale Perspektive insofern eine zentrale Rolle, als die Europäische Integration als ein wesentlicher Erklärungsfaktor in Frage kommt. Von größtem Interesse ist hierbei, daß der zunehmende Einfluß der europäischen Ebene nicht ohne Rückwirkungen auf den *public-private mix* bleiben dürfte. Die vom Wettbewerbsgedanken ausgehende Einflußnahme der Europäischen Kommission und des Europäischen Gerichtshofs dürfte generell die Marktlogik stärken und staatliche Steuerungsversuche in diesem Feld weiter zurückdrängen (Rothgang 2000b). Gleichzeitig gerät das Gesundheitswesen aber mit jeder Stärkung der Markt- und Wettbewerbsorientierung stärker in den Geltungsbereich der europäischen Waren- und Dienstleistungsfreiheit, so daß eine sich selbst verstärkende Spirale ausgelöst werden könnte, die – in der Terminologie des Konzeptpapiers – auf eine weitere Vergesellschaftung (Deregulierung) abzielt. Damit gilt es nicht nur, isolierte Bewegungen auf der organisatorischen (*public-private*) und der territorialen (regional-national-supranational) Achse zu untersuchen, sondern zugleich diese in ihren *Wechselwirkungen* zu betrachten. Gerade in diesem Punkt wird das Projekt Neuland betreten.

Konsequenzen haben die skizzierten Veränderungen nicht nur im Hinblick auf die Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems. Vielmehr ist davon auszugehen, daß die am Beispiel der Gesundheitspolitik untersuchten Veränderungen in der Interventionsdimension auf andere Dimensionen der Staatlichkeit zurückwirken („konfigurative Wirkung“): So wird die Identifikation der Bürger mit ihrem Staat im DRIS nicht zuletzt dadurch gewährleistet, daß dieser wohlfahrtsstaatliche Funktionen erfüllt, wobei dem Gesundheitswesen dabei in der OECD-Welt eine zentrale Bedeutung zukommt. Wird aber etwa durch eine Teilprivatisierung von Gesundheitsleistungen die soziale Ungleichheit erhöht, sind Rückwirkungen in bezug auf die Legitimationsdimension der Staatlichkeit zu erwarten.

Innerhalb des Sfb ist das Projekt C3 das einzige, das sich mit Gesundheitssystemen beschäftigt. Lediglich in C1 („Sozialpolitik in offenen Volkswirtschaften“) wird das Gesundheitswesen über einen umfassenden „Sozialbudget“ zugriff indirekt miteinfaßt. Thematische Abgrenzungsnotwendigkeiten ergeben sich daher nicht. Allerdings ergeben sich vielfältige Berührungspunkte mit anderen Sfb-Projekten, die erhebliche Synergieeffekte erhoffen lassen. Dies gilt zunächst für die übrigen Projekte zur „Zukunft des Interventionsstaats“, die vergleichbaren Fragestellungen (C1 „Sozialpolitik in offenen Volkswirtschaften“ und C2 „Arbeitsmarktpolitik“) bzw. sogar gleichen Entwicklungen (etwa die Einführung von Quasi-Märkten, C4 „Bildungspolitik“) in anderen Bereichen des Interventionsstaates nachgehen. Die

Kontrastierung dieser verschiedenen Politikfelder ermöglicht es zu prüfen, inwieweit die Befunde der einzelnen Projekte generalisiert werden können. So ist bereits für die erste Phase ein gemeinsamer workshop mit dem Projekt C2 („Arbeitsmarktpolitik“) geplant, der dem internationalen und intersektoralen Vergleich des Wandels von Wohlfahrtsstaatlichkeit gewidmet ist. Dieser workshop bietet die Möglichkeit, der Frage nachzugehen, inwieweit nationalstaatliche oder sektorspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede für konvergente/divergente Entwicklungen entscheidend sind.

Insoweit Wettbewerbsmechanismen im Gesundheitswesen eine stärkere Bedeutung erlangt haben, ergeben sich Anknüpfungspunkte mit C5 („Postdienste“) – zumal oft europarechtliche Prinzipien (Dienstleistungsfreiheit), die zunächst im Bereich der Daseinsvorsorge erprobt wurden, später auf den Gesundheitssektor angewandt worden sind. Darüber hinaus bieten sich hinsichtlich der Auswirkungen der EU-Integration Kooperationen mit dem Projekt A1 („Sozialregulierung und Welthandel“) an. Bei den Auswirkungen von Wandlungen in der Interventionsdimension auf die Legitimationsdimension ist zudem an eine Zusammenarbeit mit Projekt B1 („Wandel demokratischer Legitimation“) gedacht.

Insgesamt richtet sich das geplante Projekt somit zum einen auf die Gesundheitssystemforschung im engeren Sinne. Hier soll ein Beitrag zum Verständnis und zur Erklärung von Veränderungen von Gesundheitssystemen im Zeitverlauf und zur Suche nach der „besten“ Lösung geliefert werden. Gleichzeitig leistet das Projekt aber einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung der generellen Frage nach dem „Wandel der Staatlichkeit“. Während im Sfb vielfach – ausgehend vom der Figur des DRIS – divergente Entwicklungen erwartet werden, wird in diesem Projekt eine Konvergenz zuvor unterschiedlich hoher Staatstätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung auf ein mittleres Niveau postuliert. Sollte sich beides bestätigen lassen und gleichzeitig Konvergenz- und Divergenztendenzen für die Staatlichkeit erkennbar sein, ergibt sich für den Sfb insgesamt hieraus eine neue Erklärungsfrage für sektorale Unterschiede, deren Beantwortung für alle Projekte produktive Zusatzkenntnisse erbringen kann.

3.7 Abgrenzung gegenüber anderen geförderten Projekten

Von den Antragstellern betriebene Projekte verwandten Zuschnitts werden von der DFG und anderen Zuwendungsgebern nicht gefördert.

Literatur

- Abel-Smith, Brian (1984) *Cost Containment in Health Care: The Experience of 12 European Countries 1977-83* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- (1985) *Eurocare, European Health Care Analysis: Germany, France, Netherlands, Switzerland, United Kingdom* Basel: Health Service Consultants
- & Alayn Maynard (1979) *Die Organisation, Finanzierung und Kosten des Gesundheitswesens in der Europäischen Gemeinschaft* Brüssel, Luxemburg: Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Sammlung Studien, Reihe Sozialpolitik Nr. 36)
- Alber, Jens (1988) „Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich“ in: Manfred G. Schmidt, Hg. *Staatstätigkeit* Opladen: Westdeutscher Verlag 116-150 (*Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19*)
- (1989) „Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive“ *Journal für Sozialforschung* 29:3 259-284
- (1992) *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise* Frankfurt a.M.: Campus
- & Brigitte Bernardi-Schenkluhn (1992) *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien* Frankfurt a.M.: Campus
- Adam, Hans & Klaus-Dirk Henke (1994) „Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung“, in Bernd Schulin, Hg. *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1: Krankenversicherungsrecht*. München: C.H. Beck 113-144
- Altman, Stuart H., Uwe Reinhardt, David Shactman, Hg. *Regulating Managed Care: Theory, Practice and Future Options* San Francisco : Jossey-Bass Publishers
- Arnold, Michael, Karl W. Lauterbach & Klaus-Jürgen Preuß (1997) *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte* Stuttgart: Schattauer
- Aufderheide, Detlef & Martin Dabrowski (2000): *Internationaler Wettbewerb – nationale Sozialpolitik? Wirtschaftsethische Perspektiven der Globalisierung* Berlin: Duncker & Humblot
- Bankier, Daniela & Michaela Schreyer (2002) „Demographischer Wandel und Alterssicherung aus europäischer Sicht“ in: Uwe Fachinger, Heinz Rothgang & Holger Viebrok, Hg. *Die Konzeption sozialer Sicherung. Festschrift für Prof. Dr. Winfried Schmähl zum 60. Geburtstag*: Baden-Baden: Nomos 123-134
- Banta, H. David & Bryan R. Luce (1993) *Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective* Oxford: Oxford University Press
- Barr, Nicholas (1998³) *The Economics of the Welfare State* Oxford: Oxford University Press (1987¹)
- Becker, Ulrich (1998) „Brillen aus Luxemburg und Zahnbehandlung in Brüssel – Gesetzliche Krankenversicherung im europäischen Binnenmarkt“ *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*. 7:8: 359-364
- Behrens, Johann, Bernard Braun, James Morone & Deborah Stone Hg. (1996) *Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs* Baden-Baden: Nomos
- Behrens, Peter (2000) „Rechtliche Grundlagen der europäischen und deutschen Wettbewerbsordnung“ in: *Igl 2000* 8-21
- Birch, Stephen & Amiram Gafni (2002): “On Being NICE in the UK: guidelines for technology appraisal for the NHS in England and Wales” *Health Economics* 11 185-191
- Bloomfield, Kim (1996) Ein Wegweiser zur Anwendung ausgewählter Messinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Berlin: BZPH (Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums für Public Health, Nr. 96-3)

- BMA (=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) & VDR (=Verband Deutscher Rentenversicherungsträger & MPI (=Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht Hg. (2002): *Open Coordination of Old-Age Security in the European Union. International Conference in Berlin on 9 and 10 November 2001*. DRV-Schriften Band 35. Frankfurt: DRV
- Böcken, Jan, Martin Butzlaff & Andreas Essche, Hg. (2001²) *Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche* Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung (2000¹)
- Bowling, Ann (1991) *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales* Milton Keynes: Open University Press
- Breyer, Friedrich (2001) *Income Redistribution and the Political Economy of Social Health Insurance: Comparing Germany and Switzerland*, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Discussion Paper No. 253)
- & Volker Ulrich (2000): „Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik **22** 1-17
- Buchner, Florian & Jürgen Wasem (2000) „Wettbewerb zwischen Krankenversicherungsträgern als Steuerungsinstrument der Gesundheitsvorsorge – eine internationale Perspektive“ in: *Igl 2000* 77-88
- Busse, Reinhard, Mathias Wismar & Philip C. Berman, Hg. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member states*. Amsterdam: IOS Press
- Buxton, Martin J. (2001) “Implications of the Appraisal Function of the National Institute for Clinical Excellence (NICE)” *Value in Health* **4**:3 212-216
- Cavelaars, Adrienne E.J.M., Anton E Kunst, José J.M. Geurts, Roberta Cialesi, Liv Grötvedt, Uwe Helmert, Eero Lahelma, Olle Lundberg, Jil Matheson, Andreas Mielck, Andréé Mizrahi, Arié Mizrahi, Nils Rasmussen, Enrique Regidor, Thomas Spuhler & Johan P. Mackenbach (1998) „Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries“ *Journal of Epidemiology and Community Health* **52**: 2 219-227
- Cockerham, William C. (1992) *Medical Sociology* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Coleman, James S. (1990) *Foundations of Social Theory* Cambridge, MA/London: Belknap Press of Harvard University Press
- Colombo, Francesca (2001) *Towards more choice in social Protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland*. Labour Market and Social Policy, Paris: OECD (Occasional Papers Nr. 53)
- Comas-Herrera, Adelina (1999) „Is there convergence in health expenditures of the EU member states?“ in: Elias Mossialos & Julian Le Grand, Hg. *Health Care and Cost Containment in the European Union* Aldershot: Ashgate 197-218
- Cooper, Barbara & Ute Sosna (1978) „Der Einfluß der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten“ *Mensch, Medizin, Gesellschaft* **1**:2 128-135
- Daly, Mary C., Gregor J. Duncan, George A. Kaplan & John W. Lynch (1998) „Macro-to-micro links in the relationship between income inequality and mortality“ *Milbank Quarterly* **76**:3 315-339
- Deppe, Ulrich (1996) „Thesen zum internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen“ in: *Behrens u.a. 1996* 75-77
- DIW (=Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2001) *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union*. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin: DIW
- Dixon, Anna & Elias Mossialos, Hg. (2002): *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. Copenhagen/London: European Observatory on Health Care Systems

Rothgang/Schmähl/Müller

- Döhler, Marian (1990) *Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland* Berlin: edition sigma
- & Philip Manow (1995) „Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor“ in: Renate Mayntz & Fritz W. Scharpf, Hg. *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung* Frankfurt a.M.: Campus 140-168
- van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, Han Bleichrodt, Samuel Calonge, Ulf-G. Gerdtham, Michael Gerfin, José Geurts, Lorna Gross, Unto Häkkinen, Rober E. Leu, Owen O'Donnell, Carol Propper, Marisol Rodriguez, Gun Sundberg & Olaf Winkelhake (1997) „Income-related inequalities in health: some international comparisons“ *Journal of Health Economics* **16**:1 93-112
- & Adam Wagstaff, Hattem van der Burg, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Rita Di Biase, Ulf-G. Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross, Unto Häkkinen, Jürgen John, Paul Johnson, Jan Klavus, Claire Lachaud, Jorgen Lauritsen, Robert Leu, Brian Nolan, Joao Pereira, Carol Propper, Frank Puffer, Lise Rochaix, Martin Schellhorn, Gun Sundberg & Olaf Winkelhake (1999) „The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries“ *Journal of Health Economics* **18**:3 291-313
- Donatini, Andrea, Ana Rico, Maria Giuseppina D'Ambrosio, Alessandra Lo Scalzo, Letizia Orzello, Americo Cicchetti & Silvia Profili (2001): *Health Care Systems in Transition: Italy*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Dreyer, Frances & Margaret Whitehead (1997) *Health Inequalities: Decennial Supplement* London: Office for National Statistics
- Ebsen, Ingwer (2000) „Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts? Probleme materiell-rechtlicher und kompetenzrechtlicher Koordinierung“ in: *Igl 2000* 22-38
- Enthoven, Alain (1978) „Consumer-Choice-Health Plan: A national health –insurance proposal on regulated competition in the private sector“ *New England Journal of Medicine* **298** 709-720
- (1985) *Reflections on the Management of the National Health Service* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- (1988) *Theory and practice of managed competition in health care finance* Amsterdam: North Holland
- & R. Kronick (1989) A consumer-choice health plan for the 1990's“ *New England Journal of Medicine* **320**:29-37, 94-101
- Erdmann, Yvonne (1995) *Managed Care. Veränderungen im Gesundheitswesen der USA in den letzten 30 Jahren* Baden-Baden: Nomos
- Esser, Hartmut (1993) *Soziologie. Allgemeine Grundlagen* Frankfurt: Campus
- Europäische Kommission (1999) MISSOC (= Gemeinschaftliches Informationssystem zur sozialen Sicherheit) *Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Stand am 1. Januar 1998 und Entwicklung*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
- Evans, David B., Ajay Tandon, Jeremy A. Lauer & Christopher J.L. Murray (2000) The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries, Geneva: World Health Organisation (GPE Discussion Paper Series: No. 29)
- Werblow, Andreas & Stefan Felder (2002) „Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz“ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-Gericke-Universität Magdeburg
- Field, Mark G. (1989) *Success and Crisis in National Health Systems: A comparative approach* New York: Routledge

- Frey, Bruno S. (1977) *Moderne Politische Ökonomie. Die Beziehung zwischen Wirtschaft und Politik* München: R. Piper & Co.
- Füßer, Klaus (1998) „Die Vereinigung Europas und das Sozialversicherungsrecht: Konsequenzen der Molenaar-Entscheidung des EuGH“ *Neue Juristische Wochenschrift* **51**:24 1762-1765
- Geyer, Siegfried & Richard Peter (1999) „Occupational status and all-cause mortality: A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany“ *European Journal of Public Health* **9**:2 114-118
- Gohr, Antonia (2001) Maastricht als Herausforderung und Chance – Die Auswirkungen der europäischen Integration auf den italienischen Wohlfahrtsstaat, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (ZeS-Arbeitspapier Nr. 8/2001)
- Greiffenhagen, Martin (1998) „Soziale Sicherheit und politische Legitimität“ *Blätter für deutsche und internationale Politik* **43**:10 1236-1246
- Greß, Stefan (2002) *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande* Frankfurt a.M.: Campus (Schriften des Zentrums für Sozialpolitik Bd. 13)
- Ros, Corina C., Peter P. Groenewegen, Diana M.J. Delnoij (2000): „All rights reserved or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems“ *Health Policy* **52**:1 1-13
- Häfner, Heinz, Hg. (1999) *Gesundheit - unser höchstes Gut?* Berlin: Springer
- Hänlein, Andreas, Jürgen Kruse (1999): „Einflüsse des Europäischen Wettbewerbsrechts auf die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung“, in: Manfred Löwisch, Hg. *Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos 215-242.
- Hallqvist, Johan, M. Lundberg, Finn Diderichsen & Anders Ahlboom (1998) „Socioeconomic differences in risk of myocardial infarction 1971-1994 in Sweden: time trends, relative risks and population attributable risks“ *International Journal of Epidemiology* **27**:3 410-415
- Haubrock, Manfred, Hartmut Hagemann, Thomas Nerlinger (2000): *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Helmert, Uwe, Karin Bammann, Wolfgang Voges & Rainer Müller (2000) *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland* Weinheim: Juventa
- & Wolfgang Voges & Torsten Sommer (2002) „Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. Eine Kohortenstudie der Geburtsjahrgänge 1940 bis 1949 der Gmünder Ersatzkasse“ *Das Gesundheitswesen* **64**:1 3-10
- Henke, Klaus-Dirk (1990) „International comparisons of health care systems – A comment on Bengt Jönsson’s paper ‚What can Americans learn from Europeans?‘“ in: OECD, Hg. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (Social Policy Studies No. 7) 101-104
- (1992) „Cost-Containment in Health Care – Justification and Consequences“, in: Peter Zweifel, H.E. Frech III, Hg. *Health Economics Worldwide*. Dordrecht: Kluwer 245-265
- Hohmann, Jürgen (1998) *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand*. Bern: Hans Huber
- Hurst, Jeremy & Melissa Jee-Huges (2001) Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy, Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (Occasional Papers No. 47)
- Hutton, John & Alan Maynard (2000): „A NICE challenge for health economics“ *Health Economics* **9** 89-93
- Igl, Gerhard, Hg. (2000) *Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung* Wiesbaden: Chmielorz (= *Zeitschrift für Sozialreform* **46**:4)

Rothgang/Schmähl/Müller

- Immergut, Ellen M. (1990) *Health Care: The Politics of Collective Choice. A Report on Current Health Reforms in Canada, the Netherlands, France, the Federal Republic of Germany, Great Britain, Italy and Sweden*, Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (Working Paper 1990/5)
- (1992) *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe* Cambridge: Cambridge University Press
- Jee-Huges, Melissa & Zeynep Or (1999) *Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking. Labour Market and Social Policy*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Occasional Papers No. 36)
- Karl, Astrid, Carsten G. Ullrich & Ulrike Wössner (1998) „Akzeptanz und Akzeptabilität wohlfahrtsstaatlicher Institutionen. Überlegungen zur systembedingten Akzeptanz von Leistungssystemen bei Arbeitslosigkeit“ *Zeitschrift für Soziologie* 27:6 454-469
- Klein, Thomas (1993) „Soziale Determinanten der Lebenserwartung“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 45:4 712-730
- & Schneider, Sven & Hannelore Löwel (2001) „Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils“ *Zeitschrift für Soziologie* 30:5 384-400
- & Unger, Rainer (2001) „Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53:1 96-110
- Knappe, Eckhard, Hg. (1999) *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Baden-Baden: Nomos
- (2001) „Öffnung des deutschen Gesundheitssystems zum gemeinsamen Markt“ in: Winfried Schmähl, Hg. *Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union* Berlin: Duncker & Humblot, 137-176 (*Schriften des Vereins für Socialpolitik* Bd. 281)
- Kokot, Stefan (1999) „Soziale Sicherung in Europa: Konvergenz oder ruinöse Konkurrenz“ in: Roland Eisen & Hans-Christian Mager, Hg. *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern* Opladen: Leske + Budrich 171-203
- Kötter, Ute (1998) „Die Urteile des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften in den Rechtssachen Decker und Kohll: Der Vorhang zu und alle Fragen offen?“ *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, 233-252
- (2000) „Marktsteuerung im Gesundheitswesen und europäische Markt und Wettbewerbsordnung“ *Sozialer Fortschritt* 49:2/3 27-31
- Kühn, Hagen (1993) *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA* Berlin: Edition Sigma
- Kunst, Anton & Johan Mackenbach (1995): *Measuring socioeconomic inequalities in health*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Kutzin, Joseph (2001) „A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements“ *Health Policy* 56:3 171-204
- Lauterbach, Karl W., Matthias Schrappe, Hg. (2001) *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer
- Le Grand, Julian, Nicholas Mays & Jo-Ann Mulligan (1998) *Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence* London: King's Fund
- Leibfried, Stephan (1994) „Grenzen deutscher Sozialstaatlichkeit. Vom gemeinsamen Arbeitsmarkt zu erzwungener europäischer Sozialreform“ in: Barbara Riedmüller & Thomas Olk, Hg. *Grenzen des Sozialversicherungsstaates* Opladen: Westdeutscher Verlag 313-323 (= *Leviathan*-Sonderheft 14)
- (2000) „National Welfare States, European Integration and Globalization: A Perspective for the Next Century“ *Social Policy & Administration* 34:1 44-63

- Leidl, Reiner (1996) „Ökonomische Evaluationsstudien: Ziele, Anforderungen, Management“ in: Peter Oberender, Hg. *Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Evaluation im Gesundheitswesen* Baden-Baden: Nomos 43-48
- Hg. (1998) *Health Care and its Financing in the Single European Market* Amsterdam: IOS Press
 - (1999) „Europäische Integration und Entwicklung der Gesundheitsausgaben“ in: Eberhard Wille, Hg. *Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung. Beiträge zum ZEW-Symposium: Ansätze zur Reform des Steuer- und Sozialversicherungssystem am 10. und 11. März 1997 in Mannheim* Baden-Baden: Nomos 147-171
 - (2001) „Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“ *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 6:2 44-53
 - Lüdemann, Christian & Heinz Rothgang (1996) „Der ‚eindimensionale Akteur‘. Eine Kritik der Framing-Modelle von Siegwart Lindenberg und Hartmut Esser“ *Zeitschrift für Soziologie* 25:4 278-288
- Mackenbach, Johan P., Aanton E. Kunst, Adrienne E.J.M. Cavalaars, Feikje Groenhof, José J.M. Geurts & the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997) „Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe“ *Lancet* 349: 1655-1659
- Manning, Williard G. Jr., Rae W. Archibald, Howard L. Bailit, Robert H. Brook, Marie Brown, Allyson R. Davies, Naihua Duan, George A. Goldberg, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz, Kathleen N. Lohr, Kent H. Marquis, M. Susan Marquis, Carl N. Morris, Joseph P. Newhouse, Charles E. Phelps, William H. Rogers, Cathy D. Sherbourne, R. Burciaga Valdez, John E. Ware, Jr. & Kenneth B. Wells (1987) „Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomised Experiment“ *American Economic Review* 77:3 251-277
- Manow, Philip (1994) *Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger*, Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (MPIFG Discussion Paper 94/5)
- & Susan Giaimo (1999) „Adapting the Welfare State. The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States“ *Comparative Political Studies* 32:8 967-1000
- Manow-Borgwardt, Philip (1994) „Die Sozialversicherung in der DDR und der BRD, 1945-1990: Über die Fortschrittlichkeit rückschrittlicher Institutionen“ *Politische Vierteljahresschrift* 35:1 40-61
- Marmor, Theodore R. (1996) „Die Reform des Gesundheitswesens in hochentwickelten Wohlfahrtsstaaten: Fakten, Fiktionen und Torheiten bei der Übermittlung von Ideen“ in: *Behrens u.a. 1996* 67-74
- & Kieke G.H. Okma (1998) „Cautionary lessons from the West: What (not) to learn from other countries' experiences in the financing and delivery of health care“ in: Peter Flora, Philip R. de Jong, Julian Le Grand & Jun-Young Kim, Hg. *The State of Social Welfare, 1997* Aldershot: Ashgate 327-350
- Mathers, Colin D., Christopher J.J. Murray, Alan D. Lopez, Joshua A. Salomon, Ritu Sadana, Ajay Tandon, Bedirhan L. Ustün & Chatterj Somnath (2001) *Estimates of Healthy Life Expectancy for 191 Countries in the Year 2000: Methods and Results* Geneva: World Health Organisation
- Mayntz, Renate & Fritz W. Scharpf (1995): „Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus“ in: dies., Hg. *Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung* Frankfurt a.M.: Campus 39-72
- Mielck, Andreas (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze. Interventionsmöglichkeiten* Bern: Hans Huber
- Mohan, John (1995) *A National Health Service? The Restructuring of Health Care in Britain since 1979* New York: St. Martin's Press
- Morone, James (1996) „Politik, Märkte und Gesundheitsreform: Amerikanische Gesundheitsvorsorge in Deutschland?“ in: *Behrens u.a. 1996* 49-63

Rothgang/Schmähl/Müller

- Mossialos, Elias & Julian Le Grand, Hg. (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union* Aldershot: Ashgate
- Mossialos, Elias, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, Hg. (2002) *Funding Health Care: Options for Europe*. Milton Keynes: Open University Press
- Murray, Christopher J.L. & Alan D. Lopez, Hg. (1996) *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* Boston, MA: Harvard University Press
- Neubauer, Günter & Barbara Birkner (1984) „Alternativen der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens – Zusammenfassung und Überblick“ in: Günter Neubauer, Hg. *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft* Gerlingen: Bleicher 13-70 (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 13 herausgegeben von der Robert Bosch-Stiftung)
- Newhouse, Joseph P., Rae W. Archibald, Howard L. Bailit, Robert H. Brook, Marie Brown, Allyson R. Davies, Naihua Duan, George A. Goldberg, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz, Kathleen N. Lohr, Willard G. Manning Jr., Kent H. Marquis, M. Susan Marquis, Carl N. Morris, Charles E. Phelps, William H. Rogers, Cathy D. Sherbourne, R. Burciaga Valdez, John E. Ware Jr. & Kenneth B. Wells (1993): *Free or All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press
- Nullmeier, Frank (1993) „Wissen und Policy-Forschung. Wissenspolitologie und rhetorisch-dialektisches Handlungsmodell“, in Adrienne Héritier, Hg., *Policy Analyse. Kritik und Neubestimmung* Opladen: Westdeutscher Verlag (= PVS Sonderheft 24), 175-196
- & Friedbert Rüb (1993) *Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat* Frankfurt a.M.: Campus
- o.V. (2001) „Notbremse gezogen. EuGH-Entscheidung zur grenzüberschreitenden stationären Versorgung“ *Gesundheitsinformationsdienst* 6:24 2-7
- OECD (1990) *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (*Social Policy Studies* No. 7)
- (1992) *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (*Health Policy Studies* Nr. 2)
- (1993) *OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (*Health Policy Studies* Nr. 3)
- (1995a) *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (*Health Policy Studies* Nr. 5)
- (1995b) *Internal Markets in the Making. Health Care Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (*Health Policy Studies* Nr. 6)
- Olk, Thomas & Heinz Rothgang (1999) „Demographie und Sozialpolitik“ in: Thomas Ellwein & Everhard Holtmann, Hg. *50 Jahre Bundesrepublik Deutschland. Rahmenbedingungen – Entwicklungen – Perspektiven* Opladen: Westdeutscher Verlag 258-278 (*PVS-Sonderheft* 30)
- Or, Zeynep (2001) Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries. Labour Market and Social Policy, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Occasional Papers Nr. 46)
- (2002) Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action. (A Review of Experiences in four OECD Countries.) Labour Market and Social Policy, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Occasional Papers Nr. 57)
- Oxley, Howard & Matiland MacFarlan (1994) Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Economics Department Working Papers No. 149)

- Pappas, Gregory, Susan Queen, Wibur Hadden & Gail Fisher (1993) „The increased disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986“ *New England Journal of Medicine* **329** 103-109
- Parkin, David (1989) „Comparing Health Service Efficiency Across Countries“ *Oxford Review of Economic Policy* **5**:1 75-88
- Paton, Calum (1998) *Competition and Planning in the NHS. The Consequences of the NHS Reforms* Cheltenham: Stanley Thornes
- Pauly, Mark (1998): „Competition in the Market for Health Services and Insurance, with Special Reference to the United States“, in: Herbert Giersch, Hg. *Merits and Limits of Markets* Berlin: Springer 141-160
- Pekkanen, Juha, Jaako Tuomilehto, Antti Uutela, Erkki Vartiainen, & Aulikki Nissinen (1995) „Social class, health behavior, and mortality among men and women in Eastern Finland“ *British Medical Journal* **311**: 589-593
- Perleth, Matthias, Elke Jakubowski & Reinhard Busse (2001) „What is ‚best practice‘ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems“ *Health Policy* **56**:3 235-250
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994) *Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer* Opladen: Leske+Budrich
- Pfaff, Anita B., Susanne Busch & Christian Rindsfüßer (1994) *Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten* Frankfurt a.M.: Campus.
- Phillimore, Peter, Alastair Beattie & Peter Townsend (1994) „Widening inequality of health in northern England 1981-1991“ *British Medical Journal* **308** 1125-1128
- Propper, Carol (2000) „The demand for private health care in the UK“ *Journal of Health Economics* **19**:6 855-876
- Radoschewsky, Martin (2000) „Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick“ *Bundesgesundheitsblatt* **43**:3 165-189
- Richter, Rudolf & Eirik Furubotn (1996) *Neue Institutionenökonomik: eine Einführung und kritische Würdigung* Tübingen: Mohr Siebeck
- Rieger, Elmar, Stephan Leibfried (2001): *Grundlagen der Globalisierung. Perspektiven des Wohlfahrtsstaates* Frankfurt: edition suhrkamp
- Roemer, Milton I. (1977) *Comparing National Policies on Health Care* New York: Marcek Dekker
- Roller, Edeltraud (1996): *Abbau des Sozialstaats. Einstellungen der Bundesbürger zu Kürzungen von Sozialleistungen in den neunziger Jahren*, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB-Forschungsschwerpunkt Sozialer Wandel, Institutionen und Vermittlungsprozesse FS III 96-205)
- Rosewitz, Bernd & Douglas Webber (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt: Campus
- Rothgang, Heinz (1994) *Der Einfluß der Finanzierungssysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina in englischen und deutschen Krankenhäusern*, Diss. rer. pol. Köln
- (1996) „Auf dem Weg zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung? Der ‚Umbau des Sozialstaats‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung“ *Zeitschrift für Sozialreform* **42**:11/12 725-754
- (2000) „Gesundheitsökonomie: Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik erleichtern“ *Bremer Arztejournal* **53**:12 6-9
- (2000b) „Die Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens im vereinten Europa“ *ZeS-Report* **5**:2 8-10
- (2000c) „Wettbewerb in der Pflegeversicherung“ in: *Igl 2000* 147-172

Rothgang/Schmähl/Müller

- Salter, Brian (1998): *The Politics of Change in the Health Service* Houndmills: Macmillan
- Saltmann, Richard B (2002): „Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems“ *Social Science & Medicine* **54**:11 1677-1684.
- & Josep Figueras (1997): *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies* Copenhagen WHO Regional Office for Europe.
- Scharpf, Fritz W. (1992) Versuch über Demokratie in Verhandlungssystemen, Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (MPIFG Discussion Paper 92/9)
- (2000) *Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske + Budrich
- Schaub, Vanessa Elisabeth (2001) *Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb* Baden-Baden: Nomos
- Schmähl, Winfried, Hg. (2001): *Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union* Berlin: Duncker & Humblot
- Schmähl, Winfried & Herbert Rische, Hg. (1995): *Internationalisierung von Wirtschaft und Politik – Handlungsspielräume der nationalen Sozialpolitik* Baden-Baden: Nomos
- Schmähl, Winfried & Herbert Rische, Hg. (1997): *Europäische Sozialpolitik* Baden-Baden: Nomos.
- Schmidt, Manfred G. (1999) „Die Gesundheitsausgaben und die Staatsquote. Befunde des Vergleichs demokratisch verfaßter Länder“ in: *Häfner 1999* 287-325
- Schneider, Markus (1999) „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Trends und Strukturen“ in: *Häfner 1999* 205-223
- Schöffski, Oliver & Johann-Matthias Graf von der Schulenburg, Hg. (2000²) *Gesundheitsökonomische Evaluationen* Berlin u.a.: Springer (1998¹)
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (1987) *Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen* Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck)
- (1993) „Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen“ in: Eckhard Nagel & Christoph Fuchs, Hg. *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin* Berlin: Springer 168-185
- Schwarze, Johannes, Hanfried H. Andersen & Silke Anger (2000) Self-rated health and changes in self-rated health as predictors of mortality. First evidence from German panel data, Berlin: DIW (DIW-Discussion Paper No. 203)
- Scott, Claudia (2001) *Public and Private Roles in Health Care Systems* Buckingham: Open University Press
- Shaw, Mara, Daniel Dorling, David Gordon & George Davey Smith (1999) *The Widening Gap. Health Inequalities and Policy in Britain* London: Policy Press
- Siegrist, Johannes (1995⁵) *Medizinische Soziologie* München: Urban und Schwarzenberg (1974¹)
- Sigma (1993) *Gesundheitssysteme in 8 Ländern: Ausgabenwachstum als Problem für Sozialversicherungssysteme und Privatversicherer* Zürich: Schweizer Rückversicherungs-Gesellschaft
- Sinn, Hans-Werner (1998) „European Integration and the Future of the Welfare State“ *Swedish Economic Policy Review* **5**:1 113-132
- Smith, Peter C. Hg. (2000) *Reforming Markets in Health Care. An Economic Perspective* Buckingham: Open University Press
- Statistisches Bundesamt, Hg. (1998) *Gesundheitsbericht für Deutschland* Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Stone, Deborah (1996) „Das strategische Verhalten der Versicherer unter der Marktreform: die politischen und kulturellen Auswirkungen von Wettbewerb“ in: *Behrens u.a. 1996* 35-48

- SVRKAiG (=Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1996) *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche* Bd. I: *Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Sondergutachten 1996* Baden-Baden: Nomos
- (2001) *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit* Bd. III: *Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/01* Baden-Baden: Nomos
- Tandon, Ajay, Christopher J.L. Murray, Jeremy A. Lauer & David B. Evans (2000) *Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries*, Geneva: World Health Organisation (GPE Discussion Paper Series Nr. 30)
- Townsend Peter, Nick Davidson & Margaret Whitehead (1988) *Inequalities in Health* London: Penguin Books
- Tsebelis, George (1995) „Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism“ *British Journal of Political Science* **25**:3 289-325
- Ulrich, Volker (2001): „Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt – Mehr als ein potentieller Sprengsatz für die GKV?“, in: Winfried Schmähl & Volker Ulrich, Hg. *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen* Tübingen: Mohr Siebeck **5** 23-43
- Ullrich, Carsten G. (1996) „Solidaritätsbereitschaft und Sicherheitsbedürfnis. Ergebnisse einer Untersuchung zur sozialpolitischen Kultur der GKV“ *Zeitschrift für Soziologie* **25**:3 171-189
- Valkonen, Tapi (1998) „Die Vergrößerung der sozioökonomischen Unterschiede in der Erwachsenenmortalität durch Status und deren Ursachen“ *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* **23**:3 263-292
- Voges, Wolfgang (1996) „Ungleiche Voraussetzungen der Langlebigkeit. Bestimmungsgründe für Mortalität im zeitlichen Verlauf“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* **29**:1 1-5
- Wagstaff, Adam & Eddy van Doorslaer (1992) „Equity in the finance of health care: some international comparisons“ *Journal of Health Economics* **11**:4 361-387
- (1998) „Equity in the finance and delivery of health care: an introduction to the ECuity Project“, in: Morris L. Barer, Thomas E. Getzen & Greg L. Stoddart *Health, Health Care and Health Economics. Perspectives on Distribution* Chichester: John Wiley & Sons 179-207
- & Eddy van Doorslaer, Hattern van der Burg, Samuel Calonge, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Ulf-G. Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross, Unto Häkkinen, Paul Johnson, Jürgen John, Jan Klavus, Claire Lachaud, Jorgen Lauritsen, Robert Leu, Brian Nolan, Encarna Perán, Joao Pereira, Carol Propper, Frank Puffer, Lise Rochaix, Marisol Rodriguez, Martin Schellhorn, Gun Sundberg & Olaf Winkelhake (1999) „Equity in the finance of health care: some further international comparisons“ *Journal of Health Economics* **18**:3 263-290
- Wasem, Jürgen (1995) „Zwischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz – Die private Krankenversicherung und die Pflege-Pflichtversicherung“ in: Uwe Fachinger & Heinz Rothgang, Hg. *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes* Berlin: Duncker & Humblot 263-278
- (1995) „Gesetzliche und private Krankenversicherung – auf dem Weg in die Konvergenz?“ *Sozialer Fortschritt* **44**:4 89-95
- (2000) „Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?“ in: Winfried Schmähl, Hg. *Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat* Berlin: Duncker & Humblot 79-110 (*Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F.* 275)
- Weissenböck, Herbert (1977) „Effizienz-Beurteilung von Gesundheitssystemen durch Systemvergleich“ *Fortschritte der Medizin* **95**:34: 2088-2094
- West, Peter A. (1997) *Understanding the National Health Service: The Creation of Incentives?* Buckingham: Open University Press

- WHO (2000) *World Health Report 2000* (<http://www.who.int/whr/2000/en/report.htm> [February 2002]).hh
- Wilkinson, Richard G. (1996) *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality* London: Routledge
- Williams, Alan (1998) „Inter-generational equity: The concept of a ‚fair innings‘“ in: Peter Flora, Philip R. de Jong, Julian Le Grand & Jun-Young Kim, Hg. *The State of Social Welfare, 1997*. Aldershot: Ashgate 351-364
- Zweifel, Peter (1997): „Swiss Health Policy“, in: Philippe Bacchetta & Walter. Wasserfallen, Hg. *Economic Policy in Switzerland* London: Macmillan 152-179
- (2000): “Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets – Switzerland” *Journal of Health Politics, Policy and Law* **25**:5 936-944
- & Gabriella Zysset-Pedroni (1992) „Was ist Gesundheit und wie läßt sie sich messen?“ in: Hanfried H. Andersen, Hg. *Basiswissen Gesundheitsökonomie* Berlin: Edition Sigma 39-62