

Teilprojekt C3

**Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen
von OECD-Ländern**

3.1 Allgemeine Angaben zu Teilprojekt C3

3.1.1 Titel

Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern

3.1.2 Fachgebiet und Arbeitsrichtung

Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitswissenschaften

3.1.3 Leiter

Prof. 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

Der Teilprojektleiter ist unbefristet eingestellt.

3.1.4 Erklärung

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

3.1.5 Bisherige und beantragte Förderung des Teilprojektes im Rahmen des Sonderforschungsbereichs (Ergänzungsausstattung)

Das Teilprojekt wird seit Januar 2003 im Sonderforschungsbereich gefördert.

Haushaltsjahr		Personalmittel	Sachmittel	Investitionsmittel	Gesamt
Bisherige Förderung	2003	97,2	2	–	99,6
	2004	97,2	8,4	–	105,6
	2005	97,2	8,3	–	105,5
	2006	97,2	2,6	–	99,8
	Σ 2003-2006	388,8	21,7	–	410,5
Beantragte Förderung	2007	112,2	3,4	–	115,6
	2008	112,2	12,4	–	124,6
	2009	112,2	16,9	–	129,1
	2010	112,2	3,4	–	115,6
	Σ 2007-2010	448,8	36,1	–	484,9

(Beträge in 1000 €)

3.2 Zusammenfassung

Kurzfassung

Das Teilprojekt hat in der ersten Projektphase insbesondere Konvergenztendenzen zwischen vormals deutlich unterscheidbaren Gesundheitssystemtypen festgestellt. In der zweiten Projektphase soll dieser Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen erklärt werden. Untersucht wird, inwieweit gemeinsame Antriebskräfte, wie Globalisierung, medizinisch-technischer Fortschritt und demographischer Wandel, durch die besonderen Charakteristika von Gesundheitssystemen und allgemeine Charakteristika der jeweiligen politischen Systeme so transformiert werden, dass eine deutliche Annäherung der Systeme ergibt.

Langfassung

In Teilprojekt C3 wird der Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern in den Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung untersucht. In der ersten Projektphase (2003-2006) wurden Veränderungen in der Rolle des Nationalstaats seit dem „Goldenen Zeitalter“ bis heute sowohl hinsichtlich der modalen als auch der räumlichen Achse erfasst. Zum Ausgangszeitpunkt zu Beginn der 1970er Jahre werden drei Gesundheitssystemtypen unterschieden: der nationale Gesundheitsdienst, das Sozialversicherungssystem und das Privatversicherungssystem. Zentraler Befund der ersten Phase ist, dass sich – neben einem partiellen Rückzug des Staates aus Finanzierung und Leistungserbringung – die Unterschiede zwischen diesen Systemen in Bezug auf die Rolle des Staates in den letzten 40 Jahren abgeschliffen haben.

Ziel der zweiten Projektphase (2007-2010) ist es, insbesondere diesen Befund der mehrfachen Konvergenz und partiellen Privatisierung zu erklären. Hierbei wird untersucht, inwieweit weitgehend gemeinsame Antriebskräfte wie medizinisch-technischer Fortschritt, demographischer Wandel, Europäisierung, Individualisierung und gestiegener internationaler Konkurrenzdruck als wahrgenommene Folge der Globalisierung so transformiert werden, dass sich daraus eine Annäherung der Systeme ergibt. Als Weichensteller werden die Charakteristika der jeweiligen Gesundheitssysteme sowie die Problemwahrnehmung ihrer Akteure betrachtet. Auch das politisch-administrative System (Vetopunkte) wird als Erklärungsfaktor herangezogen. Methodisch wird dabei an einem *nested design* festgehalten, das sich in der ersten Projektphase bewährt hat. Dabei werden vertiefende Fallstudien eingebunden in eine statistische Analyse für 23 OECD-Länder. Zusätzlich werden weitere Fallstudien im Rahmen eines Netzwerkes junger Gesundheitssystemforscher (Young Researchers' Network on Health Care Systems) durchgeführt, das in der ersten Projektphase aufgebaut werden konnte.

In der dritten Projektphase (2011-2014) soll analysiert werden, welche Auswirkungen der festgestellte Wandel auf die gesundheitliche Versorgung hat.

Erste Phase (2003-2006)	Zweite Phase (2007-2010)	Dritte Phase (2011-2014)
Analyse des Wandels von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen in den Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. <i>Hauptergebnisse:</i> Relativer Rückzug des Staates in Finanzierungs- und Leistungsdimension bei zunehmender staatlicher Regulierung. Teilkonvergenz der Systemtypen durch Aufnahme systemfremder Regulierungsformen: Wandel vom reinen Systemtyp zum Mischtyp.	<i>Erklärung</i> der mehrfachen Konvergenz durch quantitative Analysen der 23 OECD-Länder und vertiefende Fallstudien (nested design). <i>Vertiefung und Verbreiterung der empirischen Basis</i> durch die Weiterführung der in der ersten Phase begonnen Fallstudien und durch die Gegenüberstellung von drei weiteren, vertiefenden Fallstudien. Weitere 8 Länder-Fallstudien durch Fortsetzung des Young Researchers' Network.	Analyse der Auswirkungen des Wandels der Staatlichkeit im Gesundheitswesen auf die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens.

3.3 Bericht über die bisherige Entwicklung des Teilprojekts

3.3.1 Bericht

Bei der Untersuchung der Rolle des Staates im Gesundheitswesen wird häufig nur auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen abgestellt und die Staatlichkeit entsprechend als Anteil der öffentlichen Finanzierung an allen Gesundheitsausgaben gemessen (vgl. z.B. Comas-Herrera 1999; Castles 2004; sowie vielfältige Veröffentlichungen der OECD). Allerdings ist bei einer umfassenden Analyse der Rolle des Staates ebenso auf dessen Rolle als Anbieter von Gesundheitsgütern und Gesundheitsdienstleistungen sowie als möglicher Regulierer des Gesundheitssystems einzugehen (vgl. Henke & Schreyögg 2005). Ein erstes wichtiges Ergebnis des Teilprojekts liegt daher in der Erarbeitung eines *differenzierten Analyserasters* zur Rolle des Staates im Gesundheitswesen, das sich für die weitere Deskription als tragend erwiesen hat (Rothgang u.a. **2005**¹ [36], **2006** [33], **2006** [12] sowie **2006** [13]; Wendt u.a. **2005** [17]). Abbildung 1 verdeutlicht die verwendete dreidimensionale Konzeption, die auf die quantitativen „Säulen“ der Finanzierung und Leistungserbringung sowie das qualitative Dach der „Regulierung“ des Verhältnisses von Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und (potenziellen) Konsumenten der Gesundheitsleistungen abstellt. Für jede dieser Dimensionen wurden Verlagerungen sowohl auf der modalen wie auf der räumlichen Achse untersucht.

¹ Zitierte Literatur mit **fett** gesetzter Jahreszahl findet sich nur unter 3.3.2 und nicht am Ende des Antrags im Literaturverzeichnis. Um das Auffinden zu vereinfachen, sind die Nummern aus 3.3.2 jeweils beim Zitat in [eckigen] Klammern angefügt.

Anhand dieser Analysedimensionen lassen sich drei Systemtypen unterscheiden, die im „goldenen Zeitalter“ noch vergleichsweise klar abgegrenzt sind (Tabelle 1, vgl. Mühlbacher u.a. 2004). Unter Bezugnahme auf diese Typologie wurden in der ersten Phase nicht nur Verlagerungsprozess für die OECD-Welt insgesamt untersucht, sondern insbesondere auch *Korridoreffekte* (Rothgang, Obinger & Leibfried 2006 [1]) analysiert und geprüft, ob sich die Systemtypen annähern (Konvergenz), entfernen (Divergenz) oder ob die Unterschiedlichkeit der Typen konstant geblieben ist. Dabei haben sich die nachstehenden Befunde ergeben.

Tabelle 1: Gesundheitssystemtypen im „goldenen Zeitalter“ des DRIS

Systemtyp	Finanzierung	Leistungserbringung	Regulierung (dominanter Mechanismus)
Nationaler Gesundheitsdienst	Öffentlich: Steuern	Öffentliche Anbieter	Hierarchie: umfassende Planung, strikte Kontrolle durch den Staat
Sozialversicherung	Öffentlich: einkommensabhängige (Sozialversicherungs-) Beiträge	Private und öffentliche Anbieter	Kollektivverhandlungen: gesetzlicher Rahmen und begrenzte Kontrolle durch den Staat
Private Krankenversicherung	Privat: risikoabhängiger Versicherungsbeitrag	Private Anbieter	Wettbewerb: begrenzte staatliche Kontrolle der Versicherung und Leistungserbringung

Finanzierung

Das Niveau der Gesundheitsausgaben gemessen als Anteil am BIP hat sich in den OECD-Ländern angenähert. Länder, die zu Beginn der Beobachtungsperiode eine geringe Ausgabenquote hatten, haben diese im Zeitverlauf erhöht. Die größte Annäherung ist dabei innerhalb der EU zu verzeichnen (Wendt u.a. 2005 [17]). Bezüglich dieses Parameters ergibt sich demnach ein *Konvergenzbefund*.

Im OECD-Durchschnitt ist der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP bis Mitte der 1970er stark und danach schwach gewachsen. Insofern ist *kein absoluter Rückzug* des Staates aus der Finanzierung erkennbar. Allerdings sind die privaten Gesundheitsausgaben seit Mitte der 1970er Jahre stärker gewachsen als die öffentlichen. Insofern ist der Anteil der öffentlichen an der gesamten Finanzierung gesunken und ein (moderater) *relativer Rückzug* des Staates aus der Finanzierung von Gesundheitsleistungen sichtbar. In der Terminologie des Sfb handelt es sich also um eine (schwache) *Privatisierung* (Rothgang u.a. 2005 [36], 2006 [33]).

In Bezug auf die Systemtypen ist ein Rückgang des öffentlichen Finanzierungsanteils für die Länder mit öffentlichem Gesundheitsdienst zu erkennen, während der öffentliche Anteil in den Privatversicherungssystemen gestiegen und in Sozialver-

sicherungssystemen im Wesentlichen unverändert geblieben ist. Da zum Ausgangszeitpunkt 1970 der öffentliche Finanzierungsanteil in NHS-Systemen am größten und in Privatversicherungssystemen am kleinsten war, führt dies zu einer Annäherung der Systemtypen (*Konvergenz*). Insgesamt ergibt sich hinsichtlich der Finanzierung damit der Befund einer *konvergenten Privatisierung*.

Auf der räumlichen Achse gibt es in NHS-Systemen schwache Verlagerungstendenzen auf die subnationale Ebene in den Ländern, in denen eine Devolution der Staatsaufgaben auch in anderen Politikbereichen stattgefunden hat. In allen Systemen ist in Bezug auf private Versicherungsunternehmen als Finanzierungsträger dagegen eine Inter- und Transnationalisierung erkennbar. Auf der räumlichen Achse hat sich der Korridor, innerhalb derer die Gesundheitssysteme operieren, damit erweitert (*Divergenz*) (Rothgang u.a. 2006 [12]).

Leistungserbringung

Im OECD-Durchschnitt ist der öffentliche Anteil der Leistungserbringung insgesamt leicht rückläufig, ohne dass sich die Unterschiede zwischen den Systemtypen entscheidend verändern. Hier ist also am ehesten eine *Privatisierung*, aber keine Konvergenz erkennbar. Wenn auch nicht im *public-private mix*, so sind *Konvergenztendenzen* allerdings hinsichtlich des Niveaus der Versorgungskapazitäten, und zwar gemessen an der Zahl der im Gesundheitssystem Beschäftigten, erkennbar. Insbesondere in der EU hat eine Annäherung der Versorgungskapazitäten stattgefunden (Cacace, Helmert & Schmid 2006 [29]). Auf der räumlichen Achse ist eine deutliche *Aufwärtsverlagerung* erkennbar, insbesondere insofern der private Sektor betroffen ist. Ehemals rein lokale Krankenhäuser werden in nationalen Ketten zusammengefasst, während gleichzeitig eine Internationalisierung nationaler Anbieter erkennbar ist.

Regulierung

Werden die an der Regulierung beteiligten Akteure und die Koordinationsformen kreuztabelliert, ergibt sich das in Tabelle 2 enthaltene Schema. Zu Beginn des Untersuchungszeitraums lassen sich die Länder der drei Fallstudien dabei auf der Hauptdiagonalen einordnen, die „reine“ Regulierungsformen enthalten.

Tabelle 2: Regulierungstypen zu Beginn der 1970er Jahre

Akteure Koordinationsformen	Staat	Selbstverwaltungs- akteure	Marktteilnehmer
Hierarchie	Großbritannien		
Kollektivverhandlung		Deutschland	
Wettbewerb			USA

In der Regulierungsdimension zeigt sich in den letzten drei Dekaden eine deutliche Konvergenz. In allen Systemtypen werden Regulierungselemente aufgenommen, die ursprünglich systemfremd sind.

So wird im Sozialversicherungsland *Deutschland* mit der Einführung des Kassenwettbewerbs durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 erstmals Wettbewerb als zentraler Koordinierungsmechanismus eingesetzt. Rückblickend muss diese Reform als Weichenstellung angesehen werden, die die gesamte weitere Gesundheitspolitik geprägt hat. Gleichzeitig wird die staatliche hierarchische Regulierung verstärkt, so dass das ehemals korporatistische, selbstverwaltete deutsche Gesundheitssystem zunehmend von staatlicher Hierarchie und wachsendem Wettbewerb in die Zange genommen wird (Wendt u.a. **2005** [21]).

Während *Großbritannien* bis in die 1980er Jahre als Paradebeispiel für ein zentralistisch und hierarchisch gesteuertes Gesundheitssystem gelten kann, zeichnet sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein interessantes Mischverhältnis zwischen Marktelementen auf der einen und staatlichen bzw. semi-staatlichen Steuerungsanstrengungen auf der anderen Seite ab (Walshe 2003; Grimmeisen **2006** [30]). Die Zunahme wettbewerblicher Steuerungselemente bei konstanter bzw. teilweise sogar ansteigender staatlicher Regulierungstätigkeit wird von einem weitgreifenden Wandel auf der räumlichen Achse ergänzt. Dort werden im Zuge der politischen und organisatorischen Devolution zunehmend Kompetenzen auf die subnationale Ebene verlagert, also sowohl auf Ebene der Gliedstaaten als auch auf die lokale Ebene (Greer 2004).

Ausgehend von einem privaten, auf Wettbewerb fokussierten Gesundheitssystem in den *USA*, geht mit der Einführung der öffentlichen Programme Medicare und Medicaid im Jahr 1965 ein deutlicher Anstieg an staatlicher Regulierungstätigkeit auf der Finanzierungsseite einher (z.B. Ruggie 1992; Marmor 2000; Patel & Rushefsky 1999). In der Situation einer weitgehend unregulierten Leistungserbringungsseite sind es private Marktteilnehmer, die Managed Care als Steuerungsinstrument hervorbringen. Damit handelt es sich um den besonderen Fall hierarchischer Koordination, die nicht staatlicher Regulierung entspringt (Cacace **2006** [28]). Allerdings wird Managed Care in seiner rigiden Form in der letzten Dekade zunehmend durch weniger hierarchische Formen ersetzt.

Diese Befunde aus den Fallstudien bestätigen sich im Wesentlichen auch für andere NHS- und Sozialversicherungsländer (Grimmeisen & Wendt **2006** [31]). So ist zu erkennen, dass sich auch weitere Sozialversicherungssysteme in einer „Umklammerung“ aus staatlich-hierarchischer Regulierung einerseits und marktlichem Wettbewerb andererseits befinden. Demgegenüber wurden in Nationalen Gesundheitssystemen Verhandlungsarenen im Rahmen eines *purchaser-provider-split* eingeführt. Gleichzeitig ist in einigen NHS-Ländern ein Prozess der Devolution zu erkennen.

Insgesamt

Damit zeigt sich Konvergenz, Privatisierung und konvergente Privatisierung – allerdings jeweils in begrenztem Ausmaß (vgl. Leidl 1999). So ist in der Finanzierungsdimension lediglich ein relativer, aber kein absoluter Rückzug des Staates zu erkennen, und auch in der Leistungserbringungsdimension sind die Bewegungen eher schwach. Tatsächlich geht ein Teilrückzug des Staates aus der Finanzierung und Leistungserbringung regelmäßig mit einer zunehmenden Regulierung oder Re-Regulierung einher, wie dies in Bezug auf andere Politikfelder bereits von Majone (1994), Schneider und Tenbücken (2004) oder Leisering und Berner (2001) postuliert wurde.

Tabelle 3: Der Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitssystem von OECD-Ländern

System-typen	Finanzierung (alle Länder)	Leistungser-bringung (alle Länder)	Regulierung (Großbritannien, Deutschland und USA als Repräsentanten der Systemtypen)
Nationaler Gesundheitsdienst	Rückläufiger Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben	Systemunterschiede bleiben erhalten bei tendenziell rückläufiger Bedeutung staatlicher Anbieter	Verbleibende starke staatliche Kontrolle, die aber durch Wettbewerbselemente (interne Märkte) angereichert wird
Sozialversicherung	Konstanter Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben		Verbleibende Vorherrschaft korporatistischer Verhandlungsstrukturen, aber zunehmend im „Schatten der Hierarchie“ und angereichert durch Wettbewerbselemente
Privatversicherung	Steigender Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben		Einführung und Ausbau hierarchischer Regulierungselemente durch Managed Care im Privatversicherungsbereich; höheres staatliches Steuerungspotential durch Einbeziehung weiterer Bevölkerungsteile in öffentliche Leistungssysteme
Alle Länder und Systeme	Leicht rückläufiger Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben seit 1980; Konvergenztendenzen zwischen den Systemen		Konvergenztendenzen: von reinen zu gemischten Regulierungsarrangements

Der augenfälligste Befund ist aber die Teilkonvergenz der Systemtypen auf der modalen Achse, die mit einer Erhöhung der Varianz auf der räumlichen Achse einhergeht (vgl. für derartige Korridoreffekte auch Rothgang, Obinger & Leibfried 2006 [1]). Auch wenn die Systemunterschiede zwischen NHS-, Sozialversicherungs- und Privatversicherungsländern nach wie vor erkennbar sind, wurden die reinen Typen durch die geschilderten Entwicklungen deutlich abgeschliffen, so dass diese Konvergenz den Hauptgegenstand der Erklärungssuche in der zweiten Pro-

jektphase bildet. Tabelle 3 fasst diese Befunde noch einmal schlaglichtartig zusammen.

3.3.2 Liste der aus dem Teilprojekt seit der letzten Antragstellung entstandenen Publikationen

(I.) Referierte Beiträge für

(a) wissenschaftliche Zeitschriften

1. Rothgang, Heinz, Herbert Obinger & Stephan Leibfried (2006) The State and its Welfare State: How Do Welfare State Changes Affect the Make-up of the Nation State?, in: *Social Policy & Administration* **40**:3, 250-266
2. Greß, Stefan, Dea Niebuhr Heinz Rothgang & Jürgen Wasem (2005) Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care – A Comparative Perspective, in: *Health Policy* **73**:1, 78-91
3. Greß, Stefan, Dea Niebuhr, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem (2004) Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Journal of Public Health – Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* **12**:1, 32-42
4. Helmert, Uwe, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Claus Wendt & Heinz Rothgang (2004) Der Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern – Fragestellungen, Untersuchungsdesign und erste Ergebnisse, in: *Das Gesundheitswesen* **66**:2, 89-95
5. Niebuhr, Dea, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem & Stefan Greß (2004) Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs in Deutschland, England und der Schweiz, in: *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* **53**:8/9, 196-202
6. Rothgang, Heinz (2004) Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung – Darstellung und Bewertung, in: *Zeitschrift für Sozialreform* **50**:6, 584-616
7. Rothgang, Heinz, Stefan Greß, Dea Niebuhr & Jürgen Wasem (2004) Der Oregon Health Plan – ein Beispiel für „rationale Rationierung“?, in: *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* **53**:8/9, 206-219
8. Rothgang, Heinz, Dea Niebuhr, Jürgen Wasem & Stefan Greß (2004) Das National Institute for Clinical Excellence – Staatsmedizinisches Rationierungsinstrument oder Vorbild für die evidenzbasierte Bewertung medizinischer Leistungen, in: *Das Gesundheitswesen* **66**:5, 303-310
9. Wendt, Claus & Theresa Thompson (2004) The Need for Social Austerity versus Structural Reform in European Health Systems: A Four-Country Comparison of Health Reforms, in: *International Journal of Health Services* **34**: 3, 415-433
10. Wendt, Claus (2003) Vertrauen in Gesundheitssysteme, in: *Berliner Journal für Soziologie* **13**:3, 371-393

(b) monographische Reihen (einschließlich book proposals)

11. Dingeldey, Irene & Heinz Rothgang, Hg. (2007) *Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies* (book proposal angenommen bei Edward Elgar)
12. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen & Claus Wendt (2006) *The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems. From Heterogeneity to Homogeneity?* (book proposal von Palgrave angenommen)
13. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen & Claus Wendt, Hg. (2006) *Financing, Service Provision and Regulation in OECD Health Care Systems. A Comparison of 12 OECD Countries* (book proposal im Review-Verfahren bei der Open University Press)
14. Wendt, Claus & Christof Wolf, Hg. (2006) *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: VS-Verlag (*Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46) (Exposé von den Herausgebern der *KZfSS* angenommen)

(c) Sammelbandbeiträge

15. Greß, Stefan, Dea Niebuhr, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem (2005) Benefit Decisions in German Social Health Insurance, in: Timothy Stolzfuss Jost, Hg., *Health Care Coverage Determinations. An International Comparative Study*, Maidenhead: Open University Press, 115-131
16. Rothgang, Heinz, Stefan Greß, Dea Niebuhr & Jürgen Wasem (2005) Determining Benefit Packages in Health Care. A Comparative Perspective, in: John N. Yfantopoulos, Hg., *The Economics of Health Reform*, Athens: ATINER, 661-682
17. Wendt, Claus, Simone Grimmeisen & Heinz Rothgang (2005) Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems?, in: Bea Cantillon, Peter A. Kemp & Ive Marx, Hg., *International Co-operation in Social Security: How to Cope with Globalization?*, Antwerpen: Intersentia, 15-45
18. Kohl, Jürgen & Claus Wendt (2004) Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries, in: Wolfgang Glatzer, Susanne von Below & Matthias Stofregen, Hg., *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 311-331

(d) wesentliche Fachkongresse

- Rothgang, Heinz, zusammen mit Mirella Cacace, 4th annual ESPAnet conference, Vortrag und Papier: "Blurring Regimes" in *Healthcare: Convergence in Financing, Provision and Regulation of Health Care?* Bremen, Deutschland, 21.-23. September 2006
- Rothgang, Heinz, International Health Economics Association (iHEA), 6th European Conference on Health Economics, Vortrag: *The Impact of EU Anti Discrimination Regulation on Private Health Insurance in Germany. Will Unisex Tariffs Become Mandatory?* Budapest, Ungarn, 6.-9. Juli 2006
- Rothgang, Heinz, zusammen mit Achim Schmid, Political Studies Association (PSA), Annual Conference, Vortrag und Papier: *Convergence in Health Care Systems: Blurring of Regimes in Germany and Britain*, Reading, Großbritannien, 4.-6. April 2006
- Cacace, Mirella zusammen mit Heinz Rothgang, Graduate School of Social Sciences (GSSS), International Conference on Social Justice, Panel „Just Health Care“, Vortrag

- und Papier: *Fair Financing in Germany's Public Health Insurance: Income-related Contributions or Flat Premiums?* Bremen, Deutschland, 10.-12. März 2005
- Wendt, Claus, Graduate School of Social Sciences (GSSS), International Conference on Social Justice, Vortrag und Papier: *Trust in Just Health Care Systems?* Bremen, Deutschland, 10.-12. März 2005
 - Wendt, Claus, Alexander von Humboldt-Stiftung, Japanese Society for the Promotion of Science, Vortrag: *Social Inequality and Health. Japanese-German Frontiers of Science Symposia*. Shonan Village Center/Tokio, Japan, 2.-11. November 2005
 - Grimmeisen, Simone & Heinz Rothgang (2004) 2nd annual ESPAnet conference, Vortrag und Papier: *The Changing Role of the State in Europe's Health Care Systems*. Oxford, Großbritannien, 9.-11. September 2004
 - Helmert, Uwe, zusammen mit Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Heinz Rothgang & Claus Wendt, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Vortrag: *Der Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern*. Magdeburg, Deutschland, 22.-24. September 2004
 - Rothgang, Heinz, zusammen mit Mirella Cacace & Theresa Thompson, 16th Annual Meeting of the Society for the Advancement of Socio-Economics (SASE), Vortrag und Papier: *Harnessing Competition, Protecting Solidarity: A Comparison of Health Care Markets in Germany, Great Britain, and the United States*. Washington DC, USA, 8.-11. Juli 2004
 - Rothgang, Heinz, 8th International Conference on System Science in Health Care, Vortrag und Papier: *Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care. A Comparative Perspective on Germany, England, and Switzerland*. Genf, Schweiz, 1.-3. Juni 2004
 - Rothgang, Heinz, 3rd International Conference on Health Economics, Management & Policy, Vortrag und Papier: *Determining Benefit Packages in Health Care: A Comparative Perspective*. Athen, Griechenland, 3.-5. Juni 2004
 - Wendt, Claus, zusammen mit Simone Grimmeisen & Heinz Rothgang, 11th International Research Seminar on "Issues in Social Security – International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalization". The Foundation for International Studies of Social Security (FISS), Vortrag und Papier: *Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems*. Sigtuna, Schweden, 19.-21. Juni 2004
 - Wendt, Claus, zusammen mit Jürgen Kohl, Annual Conference of Research Committee 19 of the International Sociological Association "Welfare State Restructuring: Processes and Social Outcomes", Vortrag und Papier: *Regulation, Financing and Service Provision in OECD Health Care Systems*, Paris, Frankreich, 2.-4. September 2004
- (e) *Arbeitspapiere*
19. Rothgang, Heinz & Mirella Cacace (2005) *Fair Financing in Germany's Public Health Insurance: Income-related Contributions or Flat Premiums?*, Bremen: Universität, Sfb 597 (TranState Working Paper Nr. 26)
 20. Wendt, Claus (2005) *Der Gesundheitssystemvergleich. Konzepte und Perspektiven*, Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES-Arbeitspapiere Nr. 88)

21. Wendt, Claus, Heinz Rothgang & Uwe Helmert (2005) *The Self-regulated German Health Insurance System Between Growing Competition and State Hierarchy*, Bremen: Universität, Sfb 597 (TranState Working Paper Nr. 32)
22. Wendt, Claus, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Heinz Rothgang (2004) *Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems?*, Bremen: Universität, Sfb 597 (TranState Working Paper Nr. 9)

(II.) *Nicht-referierte Beiträge für*

(a) *wissenschaftliche Zeitschriften*

23. Rothgang, Heinz (2003) *Markt und Wettbewerb bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen: Die Finanzierung der Behindertenhilfe vor dem Hintergrund von Wettbewerb in Kranken- und Pflegeversicherung*, *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)* 52, 38-59

(b) *monographische Reihen (einschließlich book proposals)*

24. Rothgang, Heinz, Karin Höppner, Lars Borchert, Roland Becker & Gerd Glaeske (2006) *Unisexstarife in der Privaten Krankenversicherung? Auswirkungen der EU-Antidiskriminierungsrichtlinien auf die Tarifgestaltung in der privaten Krankenversicherung*, Baden-Baden: Nomos, i.E.
25. Niebuhr, Dea, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem & Stefan Greß (2004) *Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung – zwischen Solidarität, Effizienz und Finanzierbarkeit*, Band 2: *Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen*, Düsseldorf: Edition Boeckler
26. Helmert, Uwe (2003) *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*, Augsburg: Maro (Beiträge zur Sozialpolitikforschung, Bd. 13)
27. Wendt, Claus (2003) *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

(c) *Sammelbandbeiträge*

28. Cacace, Mirella (2006) *United States: The Coincidence of Markets and Hierarchies in a Private Health Care System*, in: Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt, Hg., *Financing, Providing and Regulating Health Care. A Comparison of 12 OECD Countries* (in Vorbereitung)
29. Cacace, Mirella, Uwe Helmert & Achim Schmid (2006) *Financing and Service Provision in 12 OECD Health Care Systems*, in: Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt, Hg., *Financing, Providing, and Regulating Health Care. A Comparison of 12 OECD Countries* (in Vorbereitung)
30. Grimmeisen, Simone (2006) *United Kingdom: Persistently Strong State, Increasingly Strong Market?*, in: Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt, Hg., *Financing, Providing, and Regulating Health Care. A Comparison of 12 OECD Countries* (in Vorbereitung)
31. Grimmeisen, Simone & Claus Wendt (2006) *Regulation by State Hierarchy, Selfgovernance or Competition?*, in: Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen,

- Uwe Helmert & Claus Wendt, Hg., *Financing, Providing and Regulating Health Care. A Comparison of 12 OECD Countries* (in Vorbereitung)
32. Rothgang, Heinz (2006) Long-Term Care in Germany, in: Naoki Ikegami, Hg., *Reforming Health Social Security*, Washington DC: The World Bank (im Druck)
 33. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt (2006) *Staatlichkeit im Wandel in OECD-Gesundheitssystemen*, in: Michael Zürn & Stephan Leibfried, Hg., *Vom Wandel des Staates zur Staatlichkeit im Wandel* Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 309-355
 34. Langer, Bernhard, Anita B. Pfaff, Florian Freund & Heinz Rothgang (2005) Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz, in Stefan Greß, Anita B. Pfaff & Gert G. Wagner, Hg., *Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertisen zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung* Düsseldorf: edition Böckler, 187-208
 35. Rothgang, Heinz (2005) Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: Judith Kerschbaumer & Wolfgang Schröder, Hg., *Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung*, Wiesbaden: VS Verlag, 119-146
 36. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen & Claus Wendt (2005) The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems, in: Stephan Leibfried & Michael Zürn, Hg., *Transformations of the State*, Cambridge: Cambridge University Press, 187-212 (zugleich *European Review* **13**, Suppl. 1)
 37. Wasem, Jürgen, Stefan Greß & Heinz Rothgang (2005) Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel?, in: Stefan Greß, Anita B. Pfaff & Gert G. Wagner, Hg., *Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertisen zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Düsseldorf: edition Böckler, 21-132
 38. Helmert, Uwe, Dieter Borgers & Waldemar Streich (2004) Regional Differences in Trends in Life Expectancy and the Influence of the Political and Socioeconomic Context in Germany, in: Vicente Navarro, Hg., *The Political and Social Contexts of Health*, Amityville, NY: Baywood, 147-163
- (d) wesentliche Fachkongresse
- Rothgang, Heinz, Workshop „health care systems between centralisation and decentralisation der Universität Bielefeld, Vortrag: *The changing role of the state in health care systems*, Bielefeld, Deutschland, 12. Mai 2005
 - Rothgang, Heinz, 3. Jahrestagung der Dutch Society for Health Care System Research, Vortrag: *The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems*, Münster, Deutschland, 22. April 2005
 - Rothgang, Heinz, International Seminar on Reforming Health Social Security des Ministry of Education & Science Japan, Keio University und Weltbank, Vortrag und Papier: *Long-term Care in Germany*, Tokio, Japan, 27.-29. Juni 2005
 - Wendt, Claus, MZES-Kolloquium, Arbeitsbereich A, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Vortrag: *Der Gesundheitssystemvergleich. Konzepte und Perspektiven*, Mannheim, Deutschland, 6. Dezember 2005

- Grimmeisen, Simone, 44th Jung-Königswinterkonferenz, Vortrag: *From State Responsibility and Ownership to Privatisation*, Berlin, Deutschland, 20.-25. August 2004
 - Rothgang, Heinz, Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung (Deutschland), Fondazione die Vittorio (Italien), Fundacion Alternativas (Spanien), Vortrag: *Reformen in der deutschen Krankenversicherung*, Rom, Italien, 12. November 2004
 - Rothgang, Heinz, Tagung des Kocheler Kreises „Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand“ der Friedrich-Ebert Stiftung, Vortrag: *Finanzierungsalternativen des Gesundheitssystems*, Berlin, Deutschland, 13./14. Juni 2003
- (e) *Arbeitspapiere*

(III.) *Eingereichte Beiträge*

(a) *wissenschaftliche Zeitschriften*

(b) *monographische Reihen (einschließlich book proposals)*

(c) *Sammelbandbeiträge*

39. Rothgang, Heinz (2006) Die Rolle des Staates in OECD-Gesundheitssystemen, in: Claus Wendt & Christof Wolf, Hg., *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: VS-Verlag, vv. Man. (*Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46)
 40. Wendt, Claus (2006) Theoretische Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich, in Claus Wendt & Christof Wolf, Hg., *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: VS-Verlag, vv. Man. (*Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46)
- (d) *wesentliche Fachkongresse*
41. Wendt, Claus, Panel 9/RC 19, XVI. ISA World Congress of Sociology, Abstract eingereicht: *Attitudes towards Welfare State Institutions*. Durban, Südafrika
 42. Wendt, Claus, 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Abstract eingereicht: *Institutionentheorie und Wohlfahrtsstaatsanalyse*. Kassel, Deutschland
- (e) *Arbeitspapiere*

(IV.) *Einschlägige Parallelveröffentlichungen von Teilprojektmitgliedern*

(a) *wissenschaftliche Zeitschriften*

43. Comas-Herrera, Adelina, Raphael Wittenberg, Joan Costa-Font, Cristiano Gori, Alessandra di Maio, Concepcio Patxot, Linda Pickard, Alessandro Pozzi & Heinz Rothgang (2006) Future Long-term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom, in: *Ageing & Society* 26:2, 285-302
44. Döhner, Hanneli & Heinz Rothgang (2006) Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: *Bundesgesundheitsblatt* (i.E.)
45. Pickard, Linda, Adelina Comas-Herrera, Joan Costa-Font, Cristiano Gori, Alessandra di Maio, Concepció Patxot, Alessandro Pozzi, Heinz Rothgang & Raphael Wittenberg (2006) Modelling an Entitlement to Long-term Care Services for Older People in Europe: Projections for Long-term Care Expenditure to 2050, in: *Journal of European Social Policy* (im Druck)

46. Rothgang, Heinz & Lars Borchert (2005) Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten, in: *Pflege und Gesellschaft* **10**:1, 34-37
47. Helmert, Uwe, Waldemar Streich & Dieter Borgers (2003) Regional differences in trends in life expectancy and the influence of the political and socioeconomic contexts in Germany, in: *International Journal of Health Services* **33**:4, 669-686
(b) *monographische Reihen (einschließlich book proposals)*
48. Rothgang, Heinz (2006) *Theorie und Empirie der Pflegesicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland*, Münster: Lit-Verlag (i.E.)
49. Rothgang, Heinz (2005) Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, URL: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf.
(c) *Sammelbandbeiträge*
50. Schmähl, Winfried (2005) Verteilung und Umverteilung, in: Klaus Schubert, Hg., *Handwörterbuch des ökonomischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden: VS Verlag, 399-407
(d) *wesentliche Fachkongresse*
 - Helmert, Uwe, Nationale Armutskonferenz (NAK), European Anti Poverty Network, Vortrag: *Konsequenzen von Einkommensarmut für die Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland*, Frankfurt a.M., 16. Juni 2004
51. Rothgang, Heinz, Jürgen Wasem & Stefan Greß (2005) Vergütungsfindung auf dem stationären Pflegemarkt in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Alternativen, Essen: Universität Duisburg-Essen (Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Nr. 144)

3.3.3 Vom Teilprojekt veranstaltete Tagungen und Workshops

- „Changing Health Care Systems in a Changing World,” Panel 13 des RC 19 auf dem XVI. ISA World Congress of Sociology in Durban (Südafrika) am 23.-29. Juli 2006, geleitet von Claus Wendt und Jürgen Kohl
- „Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies,“ Internationaler Workshop des Teilprojektes C3 in Zusammenarbeit mit dem Projekt: Neue Steuerungsformen in der Arbeitsmarktpolitik? Ein Vergleich zur Koordination von Arbeitsmarkt- und Familienpolitik in ausgewählten EU-Ländern (ehemals C2, assoziiertes Teilprojekt) am 16.-17. Dezember 2005 in Bremen (Buchpublikation in Vorbereitung).
- „German Health Reforms in the Last Three Decades of the 20th Century: an International Perspective,“ Internationaler Workshop am 14.-15. November 2005 in Bremen.
- „Ideas, Actors and Institution in Health Care Systems.” Stream 15 auf der 3. Espanet-Konferenz 2005 in Fribourg, geleitet von Claus Wendt und Heinz Rothgang.

- „The changing role of the state in health care systems,“ Internationaler Workshop des Netzwerks Gesundheitssystemforschung am 9.-11. Dezember 2004 in Bremen (Buchpublikation in Arbeit)

3.3.4 Im Teilprojekt entstandene Qualifizierungsarbeiten

(a) Dissertationen

52. Grimmeisen, Simone (Dr. rer. pol.) *Governancewandel in europäischen Gesundheitssystemen. Der britische Fall* (ab 2003) – soll 2007 in der Campus-Reihe veröffentlicht werden
53. Cacace, Mirella (Dr. rer. pol.) *Der Beitrag der Neuen Institutionenökonomie zur Erklärung des public-private mix in Gesundheitssystemen am Beispiel der USA* (ab 2003) – soll 2007 in der Campus-Reihe veröffentlicht werden
54. Jordan, Claudia (Dr. rer. pol.) *Die Rolle von Health Technology Assessment bei der Festlegung und Umsetzung des Leistungskatalogs von Gesundheitssystemen im internationalen Vergleich* (ab 2005)
55. Krause, Ulla (Dr. rer. pol.) *Hausarztzentrierte Versorgung aus der Nutzer/innen-Perspektive im Ländervergleich Deutschland, Großbritannien, Niederlande* (ab 2006)

(b) Diplomarbeiten

56. Frels, Kristina (Politikwissenschaft) *Europäisierung nationaler Gesundheitssysteme durch Dienstleistungsfreiheit. Rechtliche Rahmenbedingungen der Patientenmobilität innerhalb der Europäischen Union und ihre Auswirkungen auf die verschiedenen Gesundheitssystemtypen*, abgeschlossen im Januar 2005
57. Krause, Ulla (Politikwissenschaft) *Integrierte Versorgung in Deutschland. Gesetzgebung, Umsetzung, Probleme und die Bedeutung für Segmentierung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, abgeschlossen im August 2005
58. Preuss, Maike (Ökonomie) *Policy Transfer im Gesundheitswesen: Die internationale Verbreitung von DRGs aus ökonomischer Sicht*, abgeschlossen im Januar 2006

3.4 Geplante Weiterführung des Teilprojekts - (Ziele, Methoden, Arbeitsprogramm)

3.4.1 Forschungsziele

Ziel des Teilprojektes ist es, den Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen zu beschreiben (1. Projektphase), zu erklären (2. Projektphase) und die Wirkungen dieses Wandels zu ermitteln (3. Projektphase). Nachstehend werden zunächst die forschungsleitende Hypothese für die 2. Phase und das zugehörige Erklärungsmodell ausführlicher dargestellt, bevor ein Ausblick auf die dritte Phase gegeben wird.

Zweite Phase (2007-2010)	Dritte Phase (2011-2014)
<p>Erklärung der zentralen Ergebnisse der ersten Phase: Hierzu werden statistische Analysen für 23 Länder mit 6 Fallstudien verknüpft (<i>nested design</i>). Die drei zusätzlichen Fallstudien werden zur Verbreiterung der empirischen Basis und als Kontrast für die bisherigen Fälle durchgeführt. Daher dient als ein Auswahlkriterium eine vom jeweiligen Vergleichsfall divergierende Entwicklung. Dadurch kann geprüft werden, inwieweit sich Aussagen über Wandel von Staatlichkeit und dessen Erklärung über den Einzelfall hinaus auf den Gesundheitssystemtyp verallgemeinern lassen. Zusätzlich werden bis zu 10 weitere Fallstudien durch ein Netzwerk Gesundheits-systemforscher beigesteuert, das in der ersten Projektphase aufgebaut wurde.</p>	<p>Analyse der Auswirkungen des Wandels der Staatlichkeit im Gesundheitswesen auf die Ziele des Gesundheitswesens: Hierbei wird – unter Rückgriff u.a. auf die Kategorien des World Health Report 2000 der WHO – abgestellt auf</p> <ul style="list-style-type: none"> – epidemiologische Kennziffern (u.a. Lebenserwartung, Gleichheit-Ungleichheit der gesundheitlichen Lage), – Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und – Faire Finanzierung. <p>Globale Indikatoren werden für 23 OECD-Länder erhoben, vertiefende für die 6 Fallstudienländer sowie weitere Länderstudien, die im Rahmen des Young Researchers' Network behandelt werden.</p>

Forschungsleitende Hypothese und Erklärungsmodell der zweiten Phase

Ziel der zweiten Projektphase ist es, die zentralen deskriptiven Befunde der ersten Projektphase zu erklären. Als wichtigster Befund auf der Ebene des Systemvergleichs ist dabei im Ergebnisteil die Konvergenz bzw. die konvergente Privatisierung benannt worden. Auf der Ebene einzelner Länderstudien entsprechen dem eine je nach Gesundheitstyp unterschiedliche Bewegung auf der modalen Achse bei der Finanzierung und Leistungserbringung sowie Verschiebungen in der Regulierungsdimension.

Ausgangspunkt des Erklärungsansatzes ist eine „modifizierte Problemdruckhypothese“. Dieser These zufolge wird ein – im Grundsatz durchaus allen Gesundheitssystemen gemeinsamer, wenn auch in unterschiedlicher Stärke auftretender – Problemdruck insbesondere durch die Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystemtyps und andere intervenierende Variablen gebrochen und führt dann zu nach Gesundheitstyp verschiedenen Anpassungsreaktionen, die in ihrer Summe konvergente Entwicklungen bewirken. Hierbei kann grob klassifizierend unterschieden werden zwischen *Antriebskräften* als Erzeuger des Problemdrucks (unabhängige Variablen) und *Weichenstellern* (intervenierende Variablen), die über die Richtung der Wandlungsprozesse entscheiden (Abb. 1). Nachstehend werden die zu untersuchenden Antriebskräfte und Weichensteller vorgestellt und mögliche Wirkungszusammenhänge skizziert. Hierbei handelt es sich um plausible Hypothesen, die aber nicht unumstritten sind und deren Gültigkeit daher erst im Teilprojekt zu prüfen ist.

Antriebskräfte

Wie im Forschungsprogramm für die zweite Phase skizziert, können drei Arten von Antriebskräften unterschieden werden: materielle, institutionelle und ideelle. Zur Erklärung des hier interessierenden Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen sind dabei folgende Antriebskräfte von besonderer Bedeutung:

- Materielle Antriebskräfte: Globalisierung und ökonomische Schocks, medizinisch-technischer Fortschritt und demographischer Wandel,
- Institutionelle Antriebskräfte: Europäisierung und
- Ideelle Antriebskräfte: Veränderungen des individuellen und gesellschaftlichen Wertesystems, die u.a. unter dem Stichwort „Individualisierung“ diskutiert werden.

Für jede Antriebskraft gilt es zu prüfen, inwieweit sie einen Beitrag zur Erklärung des in der ersten Projektphase beobachteten Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen leisten kann.

Globalisierung und ökonomische Schocks

Die Globalisierung und die mit ihr einhergehende Informationsvernetzung führen in Bezug auf die Gesundheitssysteme nicht nur zu einem gesteigerten Transfer von Wissen über die Gesundheitssysteme anderer Länder. Der mit der Globalisierung verbundene gesteigerte internationale Standortwettbewerb führt für die Entscheidungsträger weiterhin zu einem wahrgenommenem Druck, die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu senken, das gilt insbesondere dann, wenn diese überwiegend durch Beiträge finanziert werden, die am Faktor Arbeit anknüpfen, wie die andauernde Lohnnebenkostendebatte zeigt (vgl. Jaeger & Kvist 2003). Ähnliche Wirkungen können auch ökonomische Schocks, wie die Ölpreisschocks der 1970er Jahre auslösen. Aus diesen Überlegungen lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

Hypothese A1: Je stärker ein Land der internationalen Standortkonkurrenz ausgesetzt und je stärker es von Rezessionen betroffen ist, desto eher werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben sinken.

Hypothese A2: Je höher das Ausgangsniveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist, desto stärker werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben begrenzt.

Hypothese A3: Je stärker Gesundheitssysteme über Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden, desto eher werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben sinken.

In der Literatur wird auch die Gegenthese vertreten, dass die Globalisierung sogar zu gesteigerten Sozialausgaben führe, da die Globalisierungsverlierer kompensiert werden müssen (Rodrik 1996; Rieger & Leibfried 2001, 53-135; Swank 2002). Diese Argumentation bezieht sich aber vor allem auf andere Sozialleistungen – auf monetäre Transfers –, nicht aber auf das Gesundheitswesen und ist daher hier weniger einschlägig.

Medizinisch-technischer Fortschritt

Unbestritten ist der rasante medizinisch-technische Fortschritt der größte kostentreibende Faktor im Gesundheitswesen (SVRKAiG 1998; Wasem 1997). Die rasche

Diffusion des medizinisch-technischen Fortschritts führt dazu, dass sich alle Nationen dem Zwang ausgesetzt sehen, Innovationen zu übernehmen. Dies kann letztlich zu einer Konvergenz der Gesundheitsausgaben führen (Mechanic & Rochefort 1996). Hieraus lässt sich ableiten:

Hypothese A4: Medizinisch-technischer Fortschritt führt zu einer konvergenten Erhöhung der Gesundheitsausgaben.

Demographischer Wandel

Angetrieben durch einen jahrzehntelangen stetigen Zugewinn an Lebenserwartung, der sich aller Voraussicht nach auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen wird, steigt die Zahl alter Menschen und auch ihr Anteil an der Weltbevölkerung in den nächsten Dekaden deutlich (vgl. z.B. Höhn 1996; United Nations 2003a). Es kommt zu einer Verschiebung der Altersstruktur, die mit dem Begriff der demographischen Alterung bezeichnet wird. In den entwickelten Ländern liegt die Geburtenrate zudem unterhalb der Bestandserhaltungsmarke.² Dies führt zu einer absoluten Zunahme der Altenbevölkerung bei einem gleichzeitigen Sinken der Zahl der Kinder und der Personen im erwerbsfähigen Alter. Da die Gesundheitsausgaben positiv mit dem Alter korreliert sind, führt die demographische Alterung zu steigenden Finanzbedarfen, während sich das Finanzierungspotenzial – insbesondere in Sozialversicherungssystemen – womöglich verringert. Dadurch erhöht sich für rapide alternde Gesellschaften der Druck, Kostendämpfungsmaßnahmen zu betreiben. Also ergibt sich:

Hypothese A5: Je stärker die demographische Alterung ausgeprägt ist, desto stärker wachsen die Gesundheitsausgaben.

Hypothese A6: Je stärker die demographische Alterung ist, desto stärker werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben begrenzt.

Zwar ist das Ausmaß der durch die demographische Alterung ausgelösten Kostensteigerung Gegenstand heftiger Debatten (vgl. Gray 2005 und Rothgang 2005 [35] für einen Überblick über die Diskussion). Dass die demographische Alterung insgesamt zu steigenden Finanzbedarfen führt, ist dagegen unbestritten.

Europäisierung

Ursprünglich hatte die Europäische Union keine, nach dem Amsterdamer Vertrag hat sie nur randständige Kompetenzen im Gesundheitssystem. Dennoch nimmt sie seit den 1990er Jahren verstärkt Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitssysteme (Greer 2004, 2006), und zwar indirekt etwa durch die Defizitkriterien des

² Unter den 30 OECD-Ländern liegt die aktuelle zusammengefasste Geburtenziffer (*total fertility rate*) nur bei den „Neumitgliedern“ Mexiko (2,7) und Türkei (2,2) oberhalb der zur Bestandssicherung notwendigen Marke von 2,1. Island und die USA erreichen gerade diesen Wert, während die übrigen 26 OECD-Staaten (in der Regel weit) darunter liegende Raten aufweisen (United Nations 2003b).

Maastricht-Vertrages, die zu Ausgabenkürzungen in einigen Gesundheitssystemen geführt haben, und direkt über positive und negative Integration (Leibfried & Pierson 2000; Leibfried 2005). So haben einige Urteile des EuGH deutlich gemacht, dass die Grundfreiheiten des EU-Binnenmarktes die nationalstaatlichen Gestaltungsspielräume im Sinne einer negativen Integration deutlich einschränken (vgl. Hervey & McHale 2004; Mossialos & McKee 2002). Mit der Ausdehnung der offenen Methode der Koordinierung auch auf Gesundheitssysteme zeichnet sich zudem eine verstärkte Einflussnahme der europäischen Ebene auch mittels positiver Integration ab (vgl. Pitschas 2002). Hieraus ergibt sich:

Hypothese A7: Die Europäisierung schränkt die nationalstaatliche Souveränität bei der Gestaltung von Gesundheitssystemen zunehmend ein (Supranationalisierung). Dadurch kommt es im Ergebnis zu einer stärkeren Annäherung der Gesundheitssysteme innerhalb der EU als innerhalb der Gruppe der übrigen OECD-Gesundheitssysteme.

Veränderungen des Wertesystems

Der Wertewandel der letzten drei Jahrzehnten hat auch das Gesundheitswesen erfasst. So hat sich die Rolle des Patienten von der eines abhängigen Schutzbefehlenden zu der eines mündigen Partners gewandelt, der gemeinsam mit dem Leistungserbringer Therapieentscheidungen trifft, was oft als *shared decision-making* bezeichnet wird (Stevenson 2006). Die Forderung nach mehr Mitsprache des Patienten kann unmittelbar zur Forderung nach *choice* führen, nach Auswahl zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern. Dieser normative Wandel kann einen stärkeren Einsatz wettbewerblicher Koordinierung begünstigen, durch den u.a. Freiheitsrechte gewährleistet werden:

Hypothese A8: Je stärker die Forderung nach Wahlfreiheit auch im Gesundheitswesen verankert ist, desto stärker kommen wettbewerbliche Koordinationsformen zum Einsatz.

Effizienzdruck als Resultante der Antriebskräfte

Die genannten Antriebskräfte wirken aber nicht nur isoliert auf Wandel in der Finanzierung, Leistungserbringung oder Regulierung von Gesundheitsleistungen hin. In ihrem Zusammenspiel entsteht emergent ein neuer „Problemdruck“: das Streben nach Effizienz. Während die Globalisierung und über das Maastricht-Kriterium teilweise auch die Europäisierung für eine relative Verknappung der für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel sorgen, führen insbesondere demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt zu einem steigenden Finanzbedarf. Der sich damit öffnenden Schere kann nur durch eine Effizienzsteigerung begegnet werden. Dabei werden Effizienzüberlegungen je eher thematisiert,

desto stärker die ökonomische Situation Kostenkontrolle zu verlangen scheint.³ Neben der seit den 1970er Jahren vorherrschenden Konzentration auf Kostenbegrenzung prägen ab den 1990er Jahren daher Effizienzüberlegungen die gesundheitspolitische Debatte in den meisten OECD-Ländern. Die Thematisierung von Effizienz öffnet aber den Horizont für Veränderungen der Leistungserbringung und Regulierung, etwa durch Adaption ausländischer Erfahrungen. Daraus folgt:

Hypothese A9: Je stärker die Effizienz des Gesundheitssystems thematisiert wird und Anstrengungen zur Effizienzsteigerung unternommen werden, desto eher werden Veränderungen der Leistungserbringung und Regulierung vorgenommen.

Insgesamt ergibt sich somit bereits hinsichtlich des Einflusses von Antriebskräften auf die zu erklärenden Wandlungsprozesse eine Vielzahl von Hypothesen. Diese stellen überwiegend auf die Finanzierungsdimension (Hypothese A1-A6), und nur zum Teil (auch) auf Regulierung (Hypothese A7-A9) und die Leistungserbringung (Hypothese A9) ab. Die auf die Finanzierungsdimension abzielenden Hypothesen sind dabei grundsätzlich einer quantitativen Überprüfung mit Daten einer möglichst großen Zahl von OECD-Ländern zugänglich. Die Hypothesen A7-A9 erfordern dagegen eine Analyse im Rahmen von Fallstudien. Gerade die in den letzten Hypothesen angesprochenen Prozesse stellen auf aktive Veränderung des Institutionengeflechts ab, erfordern also das aktive Eingreifen gesundheitspolitischer Akteure. Es stellt sich dabei die Frage, welche Weichensteller die Wirkrichtung der betroffenen Antriebskräfte beeinflussen können.

Weichensteller

Der Neuen Institutionenökonomie verhaftete ökonomische Erklärungsansätze stellen regelmäßig darauf ab zu zeigen, dass bestimmte institutionelle Ausgestaltungen anderen überlegen sind und greifen dabei insbesondere auf Ansätze der Transaktionskostentheorie, der Property-Rights Analyse oder der Principal-Agent Theorie zurück.⁴ Eine Ausweitung der ökonomischen Analyse auf politikwissenschaftliche

³ Das kann gut anhand der Entwicklung in Norwegen gezeigt werden. Nachdem die Nordseeölfunde nicht nur den Reichtum des Landes deutlich erhöht, sondern auch zu erheblichen Haushaltsüberschüssen geführt haben, spielten Effizienzüberlegungen in der norwegischen Gesundheitspolitik keine entscheidende Rolle mehr (Kjekshus 2006).

⁴ Die *Principal-Agent Theorie* untersucht die Delegation von Entscheidungen. Die Grundannahme besteht in der asymmetrischen Verteilung von Information, demzufolge der Agent (Auftragnehmer) einen Informationsvorsprung vor dem Prinzipal (Auftraggeber) hat (Richter & Furubotn 1996, 196). Unterschieden werden zwei Formen asymmetrischer Information, nämlich *vor* Abschluss eines Vertrags und *danach*. In beiden Fällen neigt eine besser informierte Vertragspartei dazu, sich *opportunistisch* zu verhalten und die Vertragsbeziehung zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Im Rahmen der *Principal-Agent Theorie* wird nun untersucht, welche Vertragskonstruktionen geeignet sind, die Möglichkeiten für opportunistisches Verhalten zu minimieren.

Fragestellungen wurde maßgeblich durch die Public Choice Theorie (Buchanan, Tollison & Tullock 1980) vorgebracht. Nicht in gleichem Maße thematisiert wird dagegen, wie sich eine effiziente Lösung durchsetzt. In einem kompetitiven Umfeld ist das auch nicht notwendig, da Wettbewerber, die an der ineffizienten Lösung festhalten, durch Wettbewerbsprozesse zum Marktaustritt gezwungen werden und sich die effiziente Lösung von allein durchsetzt. Allerdings stehen Gesundheitssysteme nicht im direkten Wettbewerb zueinander, da es auf einem Territorium immer nur ein Gesundheitssystem gibt. Ein „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 Bereiche gut organisiert sind. Insofern ist es zwar hilfreich zu zeigen, welche mögliche Anpassungsreaktion auf die genannten Antriebskräfte effizient ist – zu einer Erklärung reicht es allerdings nicht aus. Hierzu wird vielmehr eine politikökonomische Ergänzung benötigt. Eine effiziente Lösung setzt sich demnach nur dann durch, wenn relevante gesundheitspolitische Akteure sie erstens als solche erkennen und wenn sie, zweitens, die Beharrungskräfte des Systems überwinden können. Damit ergeben sich drei Klassen von Variablen, die als Weichensteller in Frage kommen:

Materielle Weichensteller: Die „objektiven“ Funktionsbedingungen des Gesundheitssystem(typ)s, die z.B. darauf hindeuten, dass eine Effizienzsteigerung in allen Gesundheitssystemen jeweils durch gemischte Regulierungsarrangements erreicht werden kann und dass eine Effizienzsteigerung daher auf die Aufnahme der im jeweiligen Gesundheitssystem(typ) bislang fehlenden Koordinationsmechanismen in die Regulierung von Gesundheitssystemen hinausläuft.

Ideelle Weichensteller: Kognitive Prozesse, die sich auf das (scheinbare) Erkennen effizienter Lösungen beziehen. In diesem Kontext spielt das „Lernen vom Aus-

Aus der Sichtweise des *Property-Rights Ansatzes* lässt sich eine Wirtschaft beschreiben als eine Menge von Regeln bzw. Normen, wie Eigentumsrechte oder Rechte aus Kaufverträgen, die der einzelne an seiner eigenen Arbeit und an den Sach- und Dienstleistungen in seinem Besitz erwirbt (Richter 1994). Die Übertragung dieser Rechte in einem Tauschvorgang ist nicht kostenlos. Unsicherheit und opportunistisches Verhalten bedingen, dass kostspielige Mittel zur Messung der Gütereigenschaften einerseits und zu der Überwachung von Tauschpartnern andererseits aufgewendet werden müssen. Aneignung und Übertragung dieser Rechte sind eine Funktion der zugrunde liegenden Rechtsnormen, Organisationsformen, Verhaltensvorschriften usw., sie sind also ebenfalls in Verbindung mit den institutionellen Rahmenbedingungen zu sehen (North 1990/92).

Während Eigentumsverhältnisse und Anreizstrukturen tendenziell noch in einer Vorvertragsphase (*ex ante*) unterzubringen sind, kommt den außergerichtlichen Regelungen, also den Institutionen zur Stützung des Vertrags *ex post*, in der *Transaktionskostentheorie* eine kritische Bedeutung zu. Dafür sind die Verhaltenseigenschaften von Entscheidungsträgern, in denen sich begrenzte Rationalität und Opportunismus verbinden, und die komplexen Eigenschaften von Transaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Faktorspezifität verantwortlich (Williamson 1985/90). Gemäß der Transaktionskostentheorie empfiehlt es sich, *governance structures* (= Beherrschungs- und Überwachungssysteme) so zu wählen, dass die Transaktionskosten dabei minimiert werden (Williamson 1998).

land“ (vgl. Dolowitz & Marsh 1996, 2000) in der Gesundheitspolitik sicherlich eine große Rolle (Gilardi, Füglistler & Luyer 2005), wobei „Framing-Prozesse“ (vgl. Lüdemann & Rothgang 1996; Rothgang & Haug 1993) zu beachten sind.

Institutionelle Weichensteller: Rahmenbedingungen des politischen Systems, die die Durchsetzbarkeit von Reformen erleichtern oder hemmen. Hierbei ist insbesondere auf die inzwischen „klassische“ „Veto-Punkte“ bzw. „Veto-Spieler-Theorie“ (Immergut 1992; Tsebelis 2002) einzugehen. Der Gesundheitssystemtyp ist auch insofern ein wichtiger institutioneller Weichensteller als er Auskunft über die gesundheitssystembezogenen Reformwiderstände gibt.

Der durch die Antriebskräfte entstehende system- und länderspezifisch unterschiedlich ausgeprägte Effizienzdruck, so die Annahme, wird von diesen institutionellen und ideellen Weichenstellern „gefiltert“. Diese können den auf die Akteure wirkenden Druck abschwächen, ihn verstärken oder ihn gar umlenken.

Gesundheitssystemtyp als Ausdruck unterschiedlicher Funktionsbedingungen

Zentraler Weichensteller ist der Gesundheitssystemtyp. Gesundheitssystemtypen unterscheiden sich in Bezug auf Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung deutlich voneinander. Wegen ihrer Unterschiedlichkeit divergieren auch die funktionalen Notwendigkeiten für eine Reform (Hacker 2004; Tuohy 1999). Aus diesem Grund ergeben sich ganz verschiedene Strategien zur Effizienzsteigerung: die Einführung von wettbewerblichen Elementen in zuvor hierarchisch oder korporatistisch geprägten Systemen und die Einführung hierarchischer Elemente in überwiegend wettbewerblichen Systemen. Konvergenz kann somit dadurch entstehen, dass ein gleichgerichteter Problemdruck („mehr Effizienz“) auf unterschiedliche Ausgangssituationen trifft. Weiterhin spielt bei der politischen Verarbeitung der Antriebskräfte auch die mit dem jeweiligen Systemtypus variierende Konstituierung gesundheitspolitischer Interessens- und Klientelgruppenkonstellation (Giaino 2002) eine entscheidende Rolle. Verfügen starke Akteure im Policy-Feld über eigene Verhinderungsmacht, kann die Wirkung der Antriebskräfte damit entscheidend gebremst werden. Entsprechend ergeben sich:

Hypothese W1: Je nach durch den Gesundheitssystemtyp markierter Ausgangslage führt der Effizienzdruck zu Wandel in verschiedene Richtungen.

Hypothese W2: Starke Interessengruppen im gesundheitspolitischen Feld verringern das Ausmaß des Wandels – zumindest wenn die Richtung des Wandels ihren Interessen zuwider läuft.

Kognitionen

Ausschlaggebend für die Handlungen von Akteuren sind immer deren subjektive Wahrnehmungen der Situation. Es kommt also letztlich nicht darauf an, welche objektiven Reformnotwendigkeiten im jeweiligen Gesundheitssystem vorliegen, sondern darauf, wie die Funktionserfordernisse wahrgenommen werden, wobei die

Wahrnehmungen, u.a. von den normativen Grundvorstellungen der handelnden Akteure geprägt sind. Gerade im Zeitalter der schnellen Informationsübertragung und -verarbeitung gewinnt hierbei aber auch der internationale Vergleich eine entscheidende Bedeutung: Ideen über Instrumente (wie *Diagnosis Related Groups/DRGs*) und Konzepte (*managed care*) werden wirkungsmächtig, auch wenn sie den jeweiligen Systemerfordernissen nur bedingt entsprechen. Institutionelles Lernen – auch „falsches Lernen“ – gewinnt daher an Bedeutung. Dabei ist eine Übernahme von Ideen eher zu erwarten, wenn diese mit den normativen Grundhaltungen der handelnden Akteure übereinstimmen.

Hypothese W3: Durch den internationalen Vergleich diffundieren Instrumente und Konzepte von einem System ins andere – teilweise ohne Beachtung der jeweiligen Funktionsbedingungen. Eine Übernahme von Reformvorstellungen erfolgt desto eher, je mehr eine Übereinstimmung mit den normativen Grundhaltungen der handelnden Akteure gegeben ist.

Vetopunkte

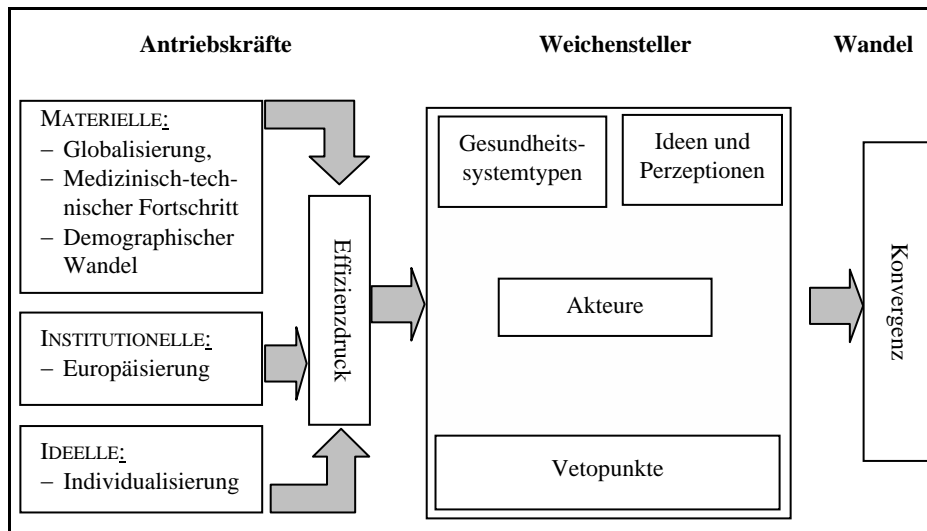
Ein weiterer zentraler Weichensteller im Gesundheitssystem ist die politisch-administrative Struktur mit den von ihr geprägten Vetopunkten (Immergut 1992) und Vetospielern (Tsebelis 1999), deren Vorhandensein *ceteris paribus* zu einer Abschwächung des Staatlichkeitswandels führen dürfte. Dies gilt für das politisch-administrative System im Allgemeinen, aber auch für die je spezifische Struktur des jeweiligen Gesundheitssystems.

Hypothese W4: Je mehr Vetopunkte vorhanden sind, desto schwächer ausgeprägt ist der Wandel.

Die genannten Hypothesen zu den Weichenstellern (W1-4) beziehen sich hauptsächlich auf die Regulierungsdimension. Sie können daher in einer rein statistisch-quantitativen Untersuchung nicht angemessen untersucht werden. Notwendig sind hierbei vielmehr wiederum vertiefende Fallstudien.

Insgesamt ist damit das Erklärungsmodell der zweiten Phase skizziert, das auf dem Zusammenwirken von Antriebskräften und Weichenstellern beruht. Abbildung 1 fasst dieses Erklärungsmodell in Form eines Variablenschemas zusammen.

Abbildung 1: Erklärungsmodell der zweiten Phase



3.4.2 Untersuchungsmethode

Untersuchungszeitraum

Ausgelöst durch den Ölpreisschock von 1973/74, hat die ökonomische Rezession weltweit zu einem beträchtlichen Reformdruck auf Gesundheitssysteme geführt (Henke 1992). Um den damit angestoßenen Wandel zu erfassen, wurde der Beginn des Untersuchungszeitraums auf 1970 festgelegt. Dieses Datum wird in der zweiten Projektphase beibehalten, während das Ende des Untersuchungszeitraums kontinuierlich weiter nach hinten geschoben wird. Dies erlaubt es, einzelne Antriebskräfte, wie zum Beispiel Globalisierung und Europäisierung, die sich erst innerhalb der letzten Dekade verstärkt manifestiert haben, besser zu untersuchen.

Methodische Vorgehensweise

Bei der Erklärung des Wandels von Staatlichkeit soll das *nested design* beibehalten werden, mit dem bereits in der ersten Projektphase positive Erfahrungen gemacht wurden. Im *nested design* der zweiten Projektphase sollen quantitative Analysen und Fallstudien wie folgt zusammen gebracht werden:

Quantitative Analyse: In die quantitative Analyse werden 23 OECD Länder⁵ einbezogen. Für sie wird die Wirkung der Antriebskräfte und Weichensteller auf die

⁵ Maßgeblich sind alle OECD Länder, die zu Beginn des Untersuchungszeitraums bereits als demokratischer Rechts- und Interventionsstaat galten (Rothgang u.a. 2005 [36] und 2006 [33]).

abhängige Variable, den Wandel von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen, getestet. Wie beschrieben, eignet sich dieser quantitative Ansatz insbesondere für die Erklärung von Wandel in der Finanzierungsdimension.

Fallstudien: Die Fallstudien für die Gesundheitssysteme Deutschlands, Großbritanniens und der USA werden in der zweiten Projektphase weiter geführt. Dabei wird die Beschreibung um vier Jahre verlängert. Vor allem aber versuchen wir nunmehr, den Wandel zu erklären. Zusätzlich werden drei weitere Fallstudien zu Ländern durchgeführt, die eine andere Entwicklung genommen haben, um durch diesen Kontrast die Erklärung zu schärfen.

Young Researchers' Network: Im Rahmen eines Netzwerkes von Nachwuchswissenschaftlern sind in der ersten Projektphase Fallstudien für weitere zehn Länder (Österreich, Schweiz, Belgien, Island, Norwegen, Neuseeland, Dänemark, Italien, Griechenland, Finnland) durchgeführt worden. In der nächsten Projektphase wird die Zusammenarbeit mit dieser Gruppe fortgeführt und intensiviert. Auch in den Fallstudien, die im Rahmen des Netzwerkes erstellt werden, soll der beobachtete Wandel auf der Grundlage des hier entwickelten Erklärungskonzepts erklärt werden. Durch diese zusätzlichen Fallstudien können Aussagen über den einzelnen Fall hinaus für Gesundheitssystemtypen verallgemeinert werden.

Fallauswahl für die Fallstudien

Die zentrale Stellung des DRIS zu Beginn der 1970er Jahre zeigt sich u.a. daran, dass die einzelnen Staaten die Möglichkeiten haben, je eigene Formen der Absicherung im Krankheitsfall aufzubauen. Dabei haben sich – so der Ausgangspunkt des Teilprojektes – drei Gesundheitssystemtypen herausgebildet, die sich in Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung unterscheiden. Die Fallauswahl in der ersten Phase zielte daher darauf ab, für jeden Gesundheitssystemtyp ein typisches Land auszuwählen. Zugleich wurde bereits im Erstantrag angekündigt, in der zweiten Phase drei weitere Länder als Kontrast hinzu zu nehmen. Tabelle 3 enthält eine Übersicht über die geplante Länderauswahl.

Die Auswahl dieser Länder folgt zwei Kriterien: Erstens wird für jedes der drei Ursprungsländer ein Kontrastfall gewählt, der sich durch eine unterschiedliche Entwicklung auszeichnet – entweder indem sich die Länder von einem ähnlichen Ursprungszustand ausgehend auseinander entwickeln oder indem sich Länder mit unterschiedlichem Ausgangszustand stark annähern. Das zweite Kriterium bezieht sich auf das Hauptergebnis der ersten Phase, das *blurring of regimes*. Es werden deshalb Länder ausgewählt, deren Gesundheitssystem auf dem Weg zu einem „gemischten System“ schon weit vorangeschritten ist. Unter Rückgriff auf diese Kriterien wurden Italien, die Niederlande und Kanada als weitere Untersuchungsländer ausgewählt.

Tabelle 4: Länderauswahl für die Fallstudien

<i>Bisher bereits berücksichtigte Länder</i>	<i>Neu hinzukommende Länder</i>
Großbritannien	Italien
Deutschland	Niederlande
USA	Kanada

In Italien wurde 1978 ein – stark regionalisierter – nationaler Gesundheitsdienst eingeführt, der aber noch Elemente des alten Sozialversicherungssystems aufweist. Italien ist damit nicht nur ein interessantes „gemischtes“ System, sondern eignet sich wegen seiner starken Regionalisierung auch als gut als Vergleichsland für den zentralistischen englischen Fall. Das niederländische System ähnelt dem deutschen in seiner Grundstruktur, hat in Bezug auf Reformen aber häufig eine Vorreiterrolle (Einführung einer Pflegeversicherung, Einführung von Wettbewerb, Verschmelzung von privater und Sozialversicherung). Gerade die jüngsten Reformen weisen dabei auf eine Verwischung von Systemgrenzen hin. Die Niederlande bilden damit sowohl einen interessanten Vergleichsfall für Deutschland als auch ein Beispiel für ein weiteres Mischsystem. Das kanadische Gesundheitssystem war dem US-amerikanischen bis in die 1960er Jahre sehr ähnlich, hat sich dann aber durch Einführung eines obligatorischen Sicherungssystems für die ganze Bevölkerung und stärkerer staatlicher Regulierung ganz anders entwickelt. Dabei ist Kanada nicht nur als Vergleichsfall interessant, sondern auch in Hinblick auf das entstandene Mischsystem, dass einem auch von der OECD beobachteten *public-contract* Modell, mit staatlicher Regulierung, aber Ausführung durch private Akteure, sehr nahe kommt.

Young Researchers' Network

Auch eine Verdopplung der Zahl der Fallstudien von drei auf sechs erlaubt eine Generalisierung der gewonnenen Erkenntnisse auf die gesamte OECD-Welt nur in begrenztem Ausmaß. Aus diesem Grund sollen weitere Fallstudien im Rahmen des Young Researchers' Network erstellt werden, das in der ersten Projektphase gegründet wurde. Ein Ausbau dieses Netzwerkes – auch über die zu erwartende Fluktuation hinaus – ist geplant, so dass mit insgesamt 8-10 weiteren Fallstudien nach einheitlichem von der Bremer Forschergruppe entwickeltem Analyseraster gerechnet werden kann.

Bisherige Mitglieder des Young Researchers' Network:

- Belgien: *Ellen Van de Poel*, Ph.D. student Centre for Social Policy, University of Antwerp,
- Dänemark: *Hans Okkels Birk*, MSc. Head of section, Roskilde County, Denmark. PhD-student, University of Copenhagen, Institute of Public Health,

- Finnland: *Minna Virtanen*, Ph.D. researcher, Department of Social Policy, University of Turku,
- Griechenland: Dr. *Constantina Davaki*, research officer London School of Economics and Political Science,
- Island: Dr. *Sigursbjörg Sigurgeirsdóttir*, research officer London School of Economics and Political Science,
- Italien: Dr. *Franca Maino*, researcher at the Department of Labour and Welfare Studies, State University of Milan,
- Japan: Dr. *Harald Conrad*, Deutsches Institut für Japanstudien, Tokio,
- Neuseeland: Dr. *Robin Gauld*, Senior Lecturer in the Department of Preventive and Social Medicine, University of Ottawa/New Zealand,
- Norwegen: Dr. *Lars Erik Kjekshus*, Senior research fellow, Institute of Health Management and Health Economics, Faculty of Medicine, University of Oslo, und
- Österreich: PD Dr. *August Oesterle*, Associate Professor of Economic and Social Policy at the Vienna University of Economics.

Lebensläufe und weitere Informationen zu den Mitgliedern des Young Researchers' Networks sind unter www.staat.uni-bremen.de/antrag/C3 zu finden.

Mit Ted Marmor, Richard Freeman und Kieke Okma konnten zudem renommierte ausländische Kollegen dazu gewonnen werden, als Moderatoren an den geplanten jährlichen Treffen dieser Gruppe teilnehmen.

Exkurs: Kooperationspartner

Mit folgenden Kooperationspartnern konnten in der ersten Projektphase durch mindestens mehrtägige Besuche Kooperationsbeziehungen etabliert werden:

- Prof. *Ted Marmor*, Yale University,
- Prof. *Richard Freeman*, University of Edinburgh,
- Prof. *Kieke Okma*, Columbia University,
- Prof. *David Wilsford*, London School of Economics,
- Prof. *Peter Abrahamson*, Universität von Kopenhagen,
- Prof. *Peter Groenewegen*, NIVEL, Utrecht,
- Prof. *Jacob Hacker*, Yale University, und
- Prof. *Antonia Maioni*, Mc Gill University, Montreal.

Mit Ted Marmor (USA), Richard Freeman (Großbritannien), Kieke Okma (Niederlande) und Antonia Maioni (Kanada) haben sich renommierte Experten bereit erklärt, in der nächsten Phase eine „Patenschaft“ für die Fallstudien zu ihren Ländern zu übernehmen. Damit verbunden ist die Erwartung wechselseitiger Besuchsaufenthalte.

3.4.3 *Arbeitsprogramm und Zeitplan*

Phasen

Das Teilprojekt bezieht sich auf Deskription, Explanation und Bewertung und nutzt diese Trias auch zur zeitlichen Strukturierung. In der *ersten Phase* wurde der Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Staaten beschrieben (siehe 3.3.1). In der *zweiten Phase* (5.-8. Jahr) sollen die zuvor beobachteten Veränderungen mittels statistischer Analysen und Fallstudien erklärt werden.

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 allgemeinen 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. Hierzu sind epidemiologische Untersuchungen ebenso notwendig wie ökonomische Modellrechnungen zu den Verteilungswirkungen der Finanzierung von Gesundheitssystemen. Des Weiteren sollen in der dritten Phase Rückwirkungen auf die Legitimität von Staatlichkeit untersucht werden.

Arbeitsschritte und Zeitplan für die zweite Phase (2007-2010)

Entsprechend der beschriebenen methodischen Vorgehensweise gliedert sich das Arbeitsprogramm in drei Bereiche: die quantitative Analyse, die eigenen Fallstudien und den Vergleich der Fälle, sowie die Organisation der parallelen Arbeiten im Young Researchers' Network. Entsprechend ergeben sich auch die Arbeitsschritte für jeden dieser drei Zugänge (s. nachfolgende Tabelle).

Für den *statistischen Zugang* ist zunächst der Aufbau einer Datenbank mit Informationen über die Antriebskräfte zentral. Grundlage hierfür sind international vergleichbare Daten insbesondere der OECD. Allerdings haben die Arbeiten der ersten Phase gezeigt, dass erhebliche eigene Anstrengungen notwendig sind, um diese Datensammlungen angemessen einsetzen zu können und nicht lediglich statistische Artefakte zu erheben. Liegt eine solche Datenbasis vor, kann mit den statistischen Analysen begonnen werden. Hierbei kommen verschiedene regressionsanalytische Verfahren (einfache Regressionen, multivariate Regressionen, logistische Regressionen) zum Einsatz. Konzeptionell wird dabei auch auf das Konzept der „konditionalen Konvergenz“ zurückgegriffen (vgl. Nixon 1999).

Arbeitsschritte	2007	2008	2009	2010
<i>Quantitative Analyse für alle OECD-Staaten</i>				
Aufbau einer Datenbank für die quantitativen Analysen				
Durchführung der statistischen Analysen				
<i>Vertiefende Fallstudien in sechs Ländern</i>				
Beschreibung des Wandels der Staatlichkeit in den drei neuen Fallstudien; Verlängerung des Beobachtungszeitraums in Deutschland, Großbritannien und USA				
Erklärung des Wandels in den sechs Fallstudien: – Operationalisierung der unabhängigen Variablen – Datenerhebung durch Sekundäranalyse und Experteninterviews mit Gesundheitspolitikern – Erklärungsmodell				
Paar und Gruppenvergleiche				
<i>Young Researchers' Network</i>				
Betreuung des Young Researchers' Network und Organisation des jährlichen Treffens der Gruppe in Bremen				
<i>Auswertung und Dissemination</i>				
Konzeption des Neuantrags				
Projektmonographie und Sammelband des Young Researchers' Network; Fertigstellung der Dissertation				

Hinsichtlich der *Fallstudien* ist für die neuen Fälle zunächst die systematische Beschreibung nachzuholen. Allerdings liegt inzwischen das analytische Raster in ausgearbeiteter Form vor. Für Italien kann zudem auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden, die im Rahmen des Young Researchers' Network bereits durchgeführt wurden. Aus diesen Gründen ist diese Deskription sehr viel schneller möglich als für die drei Länder in der ersten Phase. Schwerpunktmäßig sollen in den Fallstudien die verschiedenen Erklärungshypothesen untersucht werden, zum einen innerhalb der jeweiligen Fallstudie (*process tracing*), zum zweiten durch die Gegenüberstellung der alten Fallstudien mit denjenigen Systemen, in denen ein *blurring of regimes* bereits erfolgt ist (Paarvergleiche) und zum dritten durch Gegenüberstellung der Systemtypen (Gruppenvergleiche). Hierbei werden ökonomische Modellierungen eingesetzt, um – unter Rückgriff auf die Theoreme der neuen Institutionenökonomie – potenzielle Effizienzgewinne deutlich zu machen.⁶ Weiterhin werden Fra-

⁶ Hierbei kann auf Vorarbeiten aufgebaut werden, die Mirella Cacace im Rahmen ihrer Dissertation geleistet hat (Cacace 2007; s. oben unter 3.3.4).

ming-Theorien und -Modelle⁷ herangezogen, um die Wirkungen der Kognitionen zu verdeutlichen und Erkenntnisse zum institutionellen Lernen verwendet, insbesondere um die Diffusion von Regulierungsinstrumenten zu erklären.⁸ Empirisch werden hierzu auch Interviews mit führenden Akteuren der Gesundheitspolitik in den untersuchten Ländern geführt. Schließlich werden die theoretischen Erkenntnisse des Veto-Spieler-Ansatzes (Tsebelis 1999, 2002) genutzt, um die empirischen Arbeiten zu Reformblockaden im Gesundheitswesen wie sie für Deutschland beispielsweise bereits von Rosewitz und Webber (1990) formuliert wurden, theoretisch zu fundieren.

3.5 (entfällt)

3.6 Stellung innerhalb des Programms des Sonderforschungsbereichs und Entwicklungsperspektive des Teilprojektes

Das der Wohlfahrtsstaatsdimension zuzurechnende Teilprojekt C3 beschäftigt sich mit dem Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitssystem, das, neben der Alterssicherung, in OECD-Staaten regelmäßig der zweite große Bereich des Wohlfahrtsstaates ist. Gemeinsam mit dem Teilprojekt C1 („Sozialpolitik“) nimmt das Teilprojekt C3 damit den Sozialstaat im engen Sinne in den Blick. Das Teilprojekt, in dem Staatlichkeit in Bezug auf Finanzierung, Erbringung und Regulierung von Gesundheitsleistungen untersucht wird, bezieht sich dabei schwerpunktmäßig auf die modale, aber auch auf die räumliche Achse des Sfb. Das Teilprojekt C3 ist ein vergleichendes Projekt, das sich mit Verlagerungstendenzen wie mit *Korridoreffekten* beschäftigt. Im Ergebnis wurde dabei in der ersten Forschungsphase eine *konvergente Privatisierung* sowie, wenn auch schwächer ausgeprägt, eine *divergente Internationalisierung* festgestellt.

In der zweiten Forschungsphase steht die Erklärung dieses Wandels im Mittelpunkt der Arbeit. In dem oben in Abbildung 1 dargestellten Erklärungsschema wird das allgemeine Erklärungsschema des Gesamt-Sfb, wie es im Forschungsprogramm für die zweite Forschungsphase umrissen wurde, auf das Teilprojekt C3 angewendet. Im Einklang mit dem allgemeinen Erklärungsschema geht unser Teilprojekt davon aus, dass der Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitswesen eine Reaktion auf materielle, institutionelle und ideelle *Antriebskräfte* ist, die dem Gesundheitssystem exogen sind. Durch die unterschiedliche Ausgangssituation in den einzelnen Gesundheitssystemen, die sich jeweils in einem Gesundheitssystemtyp bündeln

⁷ Hierbei kann der Antragsteller auf eigenen älteren Vorarbeiten (Rothgang & Haug 1993; Lüdemann & Rothgang 1996) aufbauen.

⁸ Dieser Ansatzpunkt wurde bereits durch die Diplomarbeit von Maike Preuss 2006 (s. oben unter 3.3.4) vorbereitet.

(materielle *Weichensteller*), führen diese Antriebskräfte zu Veränderungen in je nach Gesundheitstyp verschiedenen Richtungen, so dass sich insgesamt konvergente Entwicklungen ergeben können. Stärke und Richtung des Wandels hängen aber nicht nur von der Ausgangslage und dem dadurch gegebenen Reformdruck ab, sondern auch davon, wie dieser Reformdruck und die Reformoptionen von den handelnden Akteuren aufgefasst werden (ideelle Weichensteller) und wie durchsetzungsstark sie sind (institutionelle Weichensteller). In der angestrebten Erklärung werden somit eher ökonomische Ansätze (Suche nach Effizienzsteigerung) mit klassisch politologischen (Vetopunkte) und soziologisch-wissenschaftspolitologischen (subjektive Wahrnehmungen) verbunden. Damit soll zugleich ein Beitrag zur allgemeinen disziplinenübergreifenden Theorieintegration geleistet werden.

Tabelle 5: Verortung des Teilprojekts C3 im Sonderforschungsbereich

Beschreibung	
<i>Dimensionen von Staatlichkeit</i>	Wohlfahrtsdimension (<i>market backing</i> , <i>market correcting</i>)
<i>Achse des Wandels</i>	Privatisierung („Verlagerung“), auch Internationalisierung
<i>Korridorentwicklung</i>	Konvergenz (<i>blurring of regimes</i>)
Erklärung	
<i>Antriebskräfte</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Materiell (Globalisierung und ökonomische Schocks, medizinisch-technischer Fortschritt, demographischer Wandel) – institutionell (Europäisierung) – ideell (Individualisierung)
<i>Weichensteller</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Materiell (Gesundheitssystemtyp) – institutionell (Vetopunkte) – ideell (Ideen und Perzeptionen)

Stellung in der eigenen Säule

Gemeinsam mit dem Teilprojekt C1 („Sozialpolitik“) bezieht sich unser Teilprojekt C3 auf den Sozialstaat im engeren Sinne und deckt mit dem Gesundheitssystem einen der beiden großen sozialstaatlichen Leistungsbereiche ab. Während sich das Teilprojekt C1 auf die „puffernden“, markt-korrigierenden Wirkungen der Sozialstaatlichkeit konzentriert, nimmt das Teilprojekt C3 alle genannten Charakteristika des Interventionsstaates in den Blick: das *market making* (insbesondere in Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem), das *market backing* (z.B. in Form der Krankenhausplanung und -investitionsförderung in Deutschland), aber auch das *market correcting* (etwa durch Umverteilung im Rahmen sozialstaatlicher Regulierung der Beitragsgestaltung in der Sozialversicherung aber auch von Privatversicherungstarifen). Wie bei der Mehrzahl der Teilprojekte in dieser Säule steht in der zweiten Phase die Erklärung von Korridoreffekten, insbesondere von Konvergenz auf der modalen Achse, im Vordergrund des Erklärungsinteresses.

Thematisch ergibt sich die größte Nähe innerhalb der Säule zum Teilprojekt C1 („Sozialpolitik“), das Gesundheitspolitik als Teil des gesamten Sozialstaatswandels (mit) thematisiert. Auch konzeptionell ergeben sich Gemeinsamkeiten, da auch in C1 die Finanzierung wie die Regulierung betrachtet werden. Die Leistungserbringung kann nur in sachleistungsorientierten Sozialstaatsbereichen untersucht werden, nicht aber in Sozialstaatsbereichen, wie der Alterssicherung, die auf Geldleistungen abstellen. Aus diesem Grund wird sie zwar in C3 thematisiert, nicht aber in C1, das eher den gesamten Sozialstaat im Blick hat. Dies erklärt auch, warum C1 – im Gegensatz zu C3 – in seinem Befund keine Internationalisierung hat. Internationalisierungstendenzen finden sich nämlich auch in C3 ausschließlich in der Dimension der Leistungserbringung. Auch methodisch ergeben sich zwischen C1 und C3 beachtliche Synergieeffekte, u.a. weil in beiden Teilprojekten für die zweite Phase statistische Analysen für 23 OECD-Länder vorgesehen sind. Über das gemeinsame Erklärungsinteresse für Prozesse der Konvergenz ergeben sich ebenfalls starke Gemeinsamkeiten mit dem Teilprojekt C6 („Rechnungslegung“), während Kooperationsmöglichkeiten zu C4 („Bildungspolitik“) vor allem über Fallstudien zu gemeinsamen Ländern (Deutschland, Großbritannien) bestehen.

Konzeptionell stellt sich für alle C-Projekte die Frage, ab wann eine Veränderung von Interventionen als ein Wandel des Interventionsstaates zu verstehen ist. Diesbezüglich wurden bereits zwei projektübergreifende Ausarbeitungen erstellt: eine von Dingeldey, Rothgang und Leibfried vorgelegte Analyse entwickelt die die Diskussion weiterhin bestimmende Konzeption des Politikwandels fort, wie sie Peter Hall 1993 vorgelegt hat⁹; eine weitere thematisiert den strukturellen Zusammenhang zwischen Sozialstaatsreform und Staatswandel (Rothgang, Obinger & Leibfried 2006 [1].) Gemeinsam mit dem in der ersten Phase assoziierten Projekt C2¹⁰ wurde von C3 ferner eine gemeinsame Tagung unter dem Titel „Governance of Welfare State Reform. A Cross-National and Cross-Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies“ durchgeführt, die zu einem von Dingeldey und Rothgang herausgegebenem Sammelband gleichen Titels führen wird, der mit Edward Elgar, nach einem review Verfahren, vertraglich vereinbart ist (2007 [11]).

Verbindung zu anderen Sfb-Teilprojekten jenseits der eigenen Säule

Kooperationschancen jenseits der eigenen Säule eröffnen sich mit solchen Teilprojekten, die sich ebenfalls mit Korridoreffekten beschäftigen, so mit B3 („Transnationalisierung EU“) und D1 („Steuerstaat“). Für die nächste Phase ist zudem eine intensive Zusammenarbeit mit dem Teilprojekt D5 („Demographie“) geplant, das sich

⁹ Diese Arbeit liegt als unveröffentlichtes Manuskript vor.

¹⁰ „Neue Steuerungsformen in der Arbeitsmarktpolitik? Ein Vergleich zur Koordination von Arbeitsmarkt- und Familienpolitik in ausgewählten EU-Ländern“ (Karin Gottschall und Irene Dingeldey).

ebenfalls mit dem demografischen Wandel als Antriebskraft beschäftigt. In der dritten Phase, in der auch die legitimatorischen Folgen des Wandels von Staatlichkeit im Gesundheitswesen behandelt werden, wird dann auch die Kooperation mit der B-Säule zu intensivieren sein.

Die Entwicklungsperspektiven des Teilprojekts in der dritten Phase (2011-2014) sind eingangs in Abschnitt 3.4.3 dargestellt.

3.7 Abgrenzung gegenüber anderen geförderten Projekten

Der Antragsteller ist an dem Antrag der Universität Bremen in Zusammenarbeit mit der International University Bremen auf eine Graduiertenschule (^{BI}GSSS) in der „Ersten Förderlinie“ der „Excellence Initiative by the German Federal and State Governments“ vom September 2005 und April 2006 mit Beiträgen beteiligt, die für den Sfb einschlägig sind. Er ist an dem Antrag der Universität Bremen in der „Dritten Förderlinie“ im Blick auf *Health Task Force* beteiligt.

Der Antragsteller ist Ko-Projektleiter in einem von der Hans-Böckler-Stiftung geleiteten Forschungsprojekt zu Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der deutschen Krankenversicherung, welches 2006 ausläuft und Ergebnisse verspricht, die in das hier beantragte Teilprojekt eingespeist werden können. Ein BMBF-gefördertes Projekt zu Pflegekarrieren läuft im April 2007 aus.

Weitere Projekte des Antragstellers wurden zum 15. Mai 2006 (Abgabe des Fortsetzungsantrags C3) weder von der DFG noch von anderen Drittmittelgebern gefördert.

Literatur

- Buchanan, James M., Robert D. Tollison & Gordon Tullock, Hg. (1980) *Toward a Theory of the Rent-Seeking Society*, Texas: College Station
- Castles, Francis G. (2004) *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*, Oxford: Oxford University Press
- Comas-Herrera, Adelina (1999) Is there convergence in the 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
- Dolowitz, David & David Marsh (1996) Who Learns What from Whom: A Review of the Policy Transfer Literature, in: *Political Studies* 44:2, 343-357
- Dolowitz, David & David Marsh (2000) Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making, in: *Governance* 13:1, 5-24
- Falkner, Gerda (2003) Zwischen Gestaltungslücke und intergerativen Kooperationseffekten: Wohlfahrtsstaat und Integration aus der Sicht des historischen Institutionalismus, in: Markus Jachtenfuchs & Beate Kohler-Koch, Hg., *Europäische Integration*, Opladen: Leske + Budrich, 479-511
- Giaimo, Susan (2002) *Markets and Medicine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press
- Gilardi, Fabrizio, Katharina Füglistner & Stéphane Luyet (2005) Interdependent Welfare States: The Diffusion of Health Care Reforms in OECD Countries, Paper prepared for the annual conference of the Network for European Social Policy Analysis (ESPAnet) in Fribourg, Schweiz
- Gray, Alastair (2005) Population ageing and health care expenditure, in: *Ageing Horizons* 2:1, 15-20
- Greer, Scott L. (2004) *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective*, Manchester: Manchester University Press
- Greer, Scott L., Hg. (2006) *Territory, Democracy, and Justice. Regionalism and Federalism in Western Democracies*, Basingstoke: Palgrave
- Hacker, Jacob S. (2004) Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States, in: *American Political Science Review* 98:2, 243-260
- Henke, Klaus-Dirk (1992) Cost-containment in Health Care – Justification and Consequences, in: Peter Zweifel & H. E. Frech III, Hg., *Health Economics Worldwide*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 245-265
- Henke, Klaus-Dirk & Jonas Schreyögg (2005²) *Towards Sustainable Health Care Systems, Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – A Comparative Study*, Genf: International Social Security Association (ISSA)
- Hervey, Tamara K. & Jean V. McHale (2004) *Health Law and the European Union*, Cambridge: Cambridge University Press
- Höhn, Charlotte (1996) Population Projections for the World, the EU Member States and Germany, in: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 21:2, 171-218
- Immergut, Ellen M. (1992) *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press
- Jaeger, Mads Meier & Jon Kvist (2003) Pressures on State Welfare in Post-industrial Societies: Is More or Less Better?, in: *Social Policy & Administration* 37:6, 555-572

- Kjekshus, Lars Erik (2006) The Norwegian NHS: The Abdication of Politics and State Planning? Introducing the Markets in the Aftermath of the Oil-rush, in: Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt, Hg., *Financing, Providing and Regulating Health Care. A Comparison of 12 OECD Countries* (in Vorbereitung)
- Korbanka, Christian (1992) *Staatsbürgerversorgung oder Sozialversicherung im Gesundheitswesen: Effizienz alternativer Steuerungsmechanismen am Beispiel von National Health Service und gesetzlicher Krankenversicherung*, Regensburg: Transfer-Verlag
- Leibfried, Stephan (2005) Social Policy: Left to Judges and the Markets?, in: Helen Wallace, William Wallace & Mark A. Pollack, Hg., *Policy-Making in the European Union*⁵, Oxford: Oxford University Press, 243-278
- Leibfried, Stephan & Paul Pierson (2000) Social Policy. Left to Courts and Markets?, in: Helen Wallace & William Wallace, Hg., *Policy-Making in the European Union*⁴, Oxford: Oxford University Press, 267-292
- Leidl, Reiner (2001) Konvergenz der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 6:2, 44-53
- Leisering, Lutz & Frank Berner (2001) *Vom produzierenden zum regulierenden Wohlfahrtsstaat. Zum Policy- und Normwandel in europäischen Wohlfahrtsstaaten am Beispiel der Alterssicherung*, Bielefeld: Universität (REGINA Arbeitspapier Nr. 1)
- Lüdemann, Christian & Heinz Rothgang (1996) Der „eindimensionale Akteur“. Eine Kritik der Framing-Modelle von Siegwart Lindenberg und Hartmut Esser, in: *Zeitschrift für Soziologie* 25:4, 278-288
- Majone, Giandomenico (1994) The Rise of the Regulatory State in Europe, in: Wolfgang C. Müller & Vincent Wright, Hg., *West European Politics*, London: Frank Cass, 77-101
- Marmor, Theodore R. (2000²) *The Politics of Medicare*, New York: De Gruyter (1970¹)
- Mechanic, David & David A. Rochefort (1996) Comparative Medical Systems, in: *Annual Review of Sociology* 22, 239-270
- Mossialos, Elias & Martin McKee (2002) *EU Law and the Social Character of Health Care*, Brüssel: P.I.E.-Peter Lang
- Mühlbacher, Axel, Klaus-Dirk Henke, Klaus Knabner, Birgit Mackenthun & Jonas Schreyögg, (2004) *Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen: Der Vergleich staatlicher und marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme am Beispiel Deutschlands, Großbritanniens, den Niederlanden und der Schweiz*, Berlin: Berliner Zentrum Public Health (Blaue Reihe 2004-04)
- Nixon, John (1999) Convergence Analysis of Health Care Expenditure in the EU Countries Using Two Approaches, York: University of York, Department of Economics and Related Studies (Discussion Papers 1999/03)
- North, Douglas C. (1990) *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance*, Cambridge: Cambridge University Press (= *Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung*, Tübingen: Mohr Siebeck 1992).
- Patel, Kant & Mark E. Rushefsky (1999²) *Health Care Politics and Policy in America*, Armonk, NY: M. E. Sharpe (1995¹)
- Pitschas, Rainer (2002) Nationale Gesundheitsreform und europäische „Governance“ in der Gesundheitspolitik. Zur Verpflichtung der Gemeinschaftsstaaten auf solidarischen Wettbewerb durch „offene Koordination“, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 2, 75-91

- Richter, Rudolph (1994) *Institutionen ökonomisch analysiert: Zur jüngeren Entwicklung auf einem Gebiet der Wirtschaftstheorie*, Tübingen: Mohr Siebeck
- Richter, Rudolph & Eirik Furubotn (1996) *Neue Institutionenökonomik: Eine Einführung und kritische Würdigung*, Tübingen: Mohr Siebeck
- Rieger, Elmar & Stephan Leibfried (2001) *Limits to Globalisation. Welfare States and the World Economy*, Cambridge: Polity Press
- Rodrik, Dani (1996) Why do More Open Economies Have Bigger Governments?, Cambridge u.a.: National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper No. 5537)
- Rosewitz, Bernd & Douglas Webber (1990) *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt a.M.: Campus
- Rothgang, Heinz & Karin Haug (1993) *Habits und Frames in der Sozialpolitik: Konzeptionelle Überlegungen*, Bremen: Universität, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/93)
- Ruggie, Mary (1992) The Paradox of Liberal Intervention: Health Policy and the American Welfare State, in: *The American Journal of Sociology* **97**:4, 919-944
- Scharpf, Fritz W. (2003) Politische Optionen im vollendeten Binnenmarkt, in: Markus Jachtenfuchs & Beate Kohler-Koch, Hg., *Europäische Integration*, Opladen: Leske + Budrich, 219-253
- Schneider, Volker & Marc Tenbücken (2004) *Der Staat auf dem Rückzug. Die Privatisierung öffentlicher Infrastrukturen*, Frankfurt a.M.: Campus
- Stevenson, Fiona (2006) The Doctor-Patient Relationship: Interconnections Between Global Processes and Interaction, in: Claus Wendt & Christof Wolf, Hg., *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: VS-Verlag (i.E.) (*Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46)
- SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), Hg. (1998) *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band II: *Fortschritte und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997*, Baden-Baden: Nomos
- Swank, Duane (2002) *Global Capital, Political Institutions, and Policy Change in Developed Welfare States*, Cambridge: Cambridge University Press
- Tsebelis, George (1999) Veto Players and Law Production in Parliamentary Democracies: An Empirical Analysis, in: *American Political Science Review* **93**:3, 591-608
- Tsebelis, George (2002) *Veto Players: How Political Institutions Work*, Princeton: Princeton University Press
- Tuohy, Carolin (1999) *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, New York: Oxford University Press
- United Nations (2003a) *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York: United Nations
- United Nations (2003b) *World Fertility Report 2003*, New York: United Nations
- Wasem, Jürgen (1997) *Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung*, Stuttgart: Schattauer
- Walshe, Kieran (2003) *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement*, Maidenhead: Open University Press
- Williamson, Oliver E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York: Free Press (= *Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus – Unternehmen, Märkte, Kooperationen*, Tübingen: Mohr Siebeck 1990)
- Williamson, Oliver E. (1998) The Institutions of Governance, in: *The American Economic Review* **88**:2, 75-79

