

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

Gesundheitswissenschaften

3.1.3 Leiter

Prof. Dr. Heinz Rothgang
geb. 12. Januar 1963
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
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 Projekt sind keine Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Material, keine klinischen Studien, keine Tierversuche, keine gentechnischen Untersuchungen und keine Untersuchungen an humanen embryonalen Stammzellen 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	2,0	99,2
	2004	97,2	8,4	105,6
	2005	97,2	8,3	105,5
	2006	97,2	2,6	99,8
	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 2003-2010	837,6	57,4	895,0

Haushaltsjahr		Personalmittel	Sachmittel	Investitionsmittel	Gesamt
Beantragte Förderung	2011	138,6	14,4		153,0
	2012	138,6	19,5		158,1
	2013	138,6	2,1		140,7
	2014	138,6	1,7		140,3
	Σ 2011-2014	554,4	37,7		592,1

(Beträge in 1000 €)

3.2 Zusammenfassung

Kurzfassung

Im Teilprojekt werden in der dritten Phase die politischen und sozialen Folgen der veränderten Rolle des Staates in den OECD-Gesundheitssystemen seit den 1970er Jahren untersucht. Dazu werden erstens Niveau- und Verteilungsveränderungen in der Gesundheitsversorgung und -finanzierung analysiert, um die Auswirkung auf das normative Gut soziale Wohlfahrt zu bewerten. Zweitens werden die Reaktionen der betroffenen Akteure auf diese Veränderungen betrachtet, um über die zukünftige Entwicklung der Gesundheitssysteme Aussagen machen zu können.

Langfassung

In der ersten Phase haben wir eine Veränderung der Rolle des Staates in den OECD-Gesundheitssystemen seit den 1970er Jahren beobachtet. Dieser Wandel ist durch eine Konvergenz des öffentlichen Finanzierungsanteils, eine Privatisierung der Leistungserbringung und eine Hybridisierung der Regulierungsmechanismen gekennzeichnet. Dieses Muster des Wandels erklärten wir in der zweiten Phase mit spezifischen Defiziten der Gesundheitssystemtypen, denen die Politik durch die Integration systemfremder Merkmale begegnet.

In der dritten Phase sollen die *Folgen* dieses Staatswandels für soziale *Outcomes* und politische *Reaktionen* untersucht werden. Bei den *Outcomes* werden Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung, die Verteilung der Finanzierungslast sowie das Ausgabenniveau betrachtet. Dazu werden quantitative Analysen von 23 OECD-Staaten mit sechs detaillierten qualitativen Länderfallstudien kombiniert („nested design“). Die Auswirkungen auf das normative Gut soziale Wohlfahrt werden mit den Kriterien Effektivität, Effizienz und Gerechtigkeit bewertet. Die *Reaktionen* von Patienten/Versicherten, Leistungserbringern und Finanzierungsträgern auf die veränderte Rolle des Staates im Gesundheitssystem werden bei den sechs Fallstudien mit den Kategorien *Exit*, *Voice* und *Loyalty* erfasst. So sollen zukünftige Entwicklungslinien der Gesundheitssysteme ausgemacht werden. Mit kontrastierenden Länderstudien können wir den Wandel von Staatlichkeit im Gesundheitssystem auf seine Folgen beziehen. Die ermittelten Zusammenhänge werden für die ausgewählten Fälle durch Experteninterviews untermauert.

<i>Ergebnisse</i>		Dritte Phase (2011-2014)
Erste Phase (2003-2006)	Zweite Phase (2007-2010)	
Beschreibung des Staatswandels – Hybridisierung der Regulierung durch Integration systemfremder Steuerungsmerkmale – Konvergenz des öffentlichen Finanzierungsanteils <i>Zentrale Publikation:</i> Rothgang u.a. 2010 [44] ¹	Erklärung des Staatswandels – Hybridisierung und Konvergenz als Lösung für gesundheitssystemtypspezifische Defizite – Institutionen und Akteure beeinflussen Geschwindigkeit des Wandels <i>Zentrale Publikation:</i> Schmid u.a. 2010 [47]	Bewertung des Staatswandels – Niveau-/Verteilungseffekte bei den <i>Outcomes</i> , Bewertung anhand des normativen Guts soziale Wohlfahrt – <i>Reaktionen</i> der betroffenen Akteure als Exit, Voice und/oder Loyalty <i>Zentrales Abschlussvorhaben:</i> Projektmonographie

3.3 Bericht über die bisherige Entwicklung des Teilprojekts

3.3.1 Bericht

Ausgangspunkt des Teilprojekts C3 ist das „Goldene Zeitalter des Wohlfahrtsstaates“ der 1960er und 1970er Jahre. Zu diesem Zeitpunkt lassen sich in der OECD-Welt drei Gesundheitssystemtypen mit jeweils spezifischer Ausprägung der Rolle des Staates unterscheiden: der Nationale Gesundheitsdienst, das Sozialversicherungssystem und das Privatversicherungssystem (vgl. Rothgang 2006; Wendt & Rothgang 2007 [18]; Wendt u.a. 2009 [9]). Diese Typen können systematisch aus der dominanten Form der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung hergeleitet werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesundheitssysteme im „Goldenen Zeitalter“ des DRIS

Typen Dimensionen	Nationaler Gesundheitsdienst	Sozialversicherungssystem	Privatversicherungssystem
Dominante Form der Finanzierung	Allgemeine oder zweckgebundene Steuern	Einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge	Risikoabhängige Versicherungsprämien
Dominante Form der Leistungserbringung	Öffentliche Anbieter	Öffentliche und private Anbieter	Private Anbieter
Dominante Form der Regulierung	Hierarchische Regulierung durch den Zentralstaat	Kollektivverhandlungen korporatistischer Akteure	Wettbewerb zwischen Marktakteuren

Je nach Gesundheitssystemtyp unterscheidet sich die Rolle des Staates in den drei Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Wie kann diese Rolle des Staates in Gesundheitssystemen gemessen werden, wie werden Veränderungen erfasst und welche Wandlungsprozesse sind dabei identifizierbar? In der

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.

Finanzierungsdimension von Gesundheitssystemen spiegelt der Anteil öffentlicher Finanzierung die Rolle des Staates wider. Hier beobachten wir einen Konvergenztrend in der OECD-Welt, da über den gesamten Beobachtungszeitraum die Varianz des öffentlichen Finanzierungsanteils abnimmt. Verantwortlich dafür sind einerseits Privatisierungstendenzen in Ländern mit weit überwiegend steuer- oder sozialversicherungsbasierter Finanzierung. Andererseits lässt sich aber auch ein starker Anstieg des Anteils öffentlicher Finanzierungsquellen in Ländern mit ursprünglich hohem privatem Finanzierungsanteil beobachten (Rothgang u.a. **2010** [44]).

Für die *Leistungserbringung* wurde ein Index entwickelt, der die Rolle des Staates als öffentlicher Anbieter über alle Gesundheitssektoren abbildet. Im Ergebnis zeigt dieser Index einen Privatisierungstrend, der sich über fast alle Länder erstreckt (Rothgang u.a. **2008** [15]). Die Zunahme privater Leistungserbringung erfolgt zum einen explizit, indem der Anteil privater Krankenhausbetten steigt und vermehrt selbstständige Ärzte öffentlich angestellte Mediziner ersetzen. Zum anderen beobachten wir einen impliziten Privatisierungstrend, weil der ambulante und der pharmazeutische Sektor an Bedeutung gewinnen. In diesen Sektoren spielt der Staat traditionell eine untergeordnete Rolle.

In der *Regulierungsdimension* unterscheiden wir zwischen den Reinformen staatlich-hierarchische Regulierung, korporatistische Selbstverwaltung und privatwettbewerbliche Koordination. Hybridisierungstendenzen zeigen sich dadurch, dass die untersuchten Gesundheitssysteme jeweils ihren dominanten Regulierungsmodus mit systemfremden Koordinationsformen anreichern (Oliver u.a. 2005; Rothgang **2009** [30], **2010c** [41]). So erfahren Nationale Gesundheitsdienste beispielsweise die Einführung interner Märkte (Oliver 2005). Wettbewerbselemente finden auch Einzug in Sozialversicherungsländern, wobei hier staatliche Eingriffe das konstituierende Element der Selbstregulierung korporatistischer Akteure zusätzlich beschneiden (Götze u.a. **2009** [3]; Henke & Schreyögg 2005). Private Versicherungssysteme stärken staatlich-hierarchische Regulierung, indem sie öffentliche Sicherungssysteme für besonders gefährdete Gruppen einrichten oder sogar die gesamte Bevölkerung unter öffentlichen Krankenversicherungsschutz nehmen. Zur Hybridisierung trägt hier insbesondere das Entstehen hierarchischer Koordinationsformen durch private Akteure bei, beispielsweise durch Managed Care (Cacace **2007** [16], **2010** [36]). Gleichzeitig werden Privatversicherungssysteme sozial überformt und für die Erfüllung sozialstaatlicher Aufgaben in die Pflicht genommen (Greß u.a. 2009; Rothgang & Igl **2007** [6]; Rothgang **2010d** [42]; Rothgang u.a. **2007** [25]; Wasem & Greß 2009).

Den Rahmen für die Erklärung der Konvergenz-, Privatisierungs- und Hybridisierungstrends bildet die „*modifizierte Problemdruckhypothese*“ (Cacace u.a. **2008** [20]): Seit den 1970er Jahren sehen sich die OECD-Gesundheitssysteme einem wachsenden gemeinsamen Problemdruck ausgesetzt: Medizinischer Fortschritt, demographischer Wandel und ein verändertes Nachfrageverhalten erhöhen die fis-

kalischen Bedarfe des Gesundheitssystems (Felder 2006; Henke & Reimers 2006; Zweifel u.a. 2005; Rothgang & Staber **2009b** [34]). Gleichzeitig sind die ökonomischen Ressourcen zur Deckung der wachsenden Bedürfnisse unter anderem durch Globalisierung und damit einhergehende Standortkonkurrenz begrenzt (Giaino & Manow 1999; Greer 2006; Saltman u.a. 1998). Diese Antriebskräfte entfalten in allen Gesundheitssystemen Problemdruck. Allerdings ist die Stärke des Problemdrucks (gemessen am Globalisierungsgrad und dem Ausmaß der demographischen Alterung) allein nicht erklärungskräftig für Richtung und Stärke des Wandels (Schmid **2010** [46]). Entscheidend für die Richtung der Anpassung ist vielmehr der Gesundheitssystemtyp, der den Problemdruck auf die je nach Typ spezifischen Funktionsdefizite lenkt. Je nachdem wie das Gesundheitssystem ausgestaltet ist, resultieren unterschiedliche Anpassungsstrategien (Schmid u.a. **2010** [47]):

- *Nationale Gesundheitsdienste* können über Budgetkürzungen – eine für diese Systeme relativ einfach durchsetzbare Maßnahme – Kosten eindämmen. Allerdings hat diese Politik explizite (Einschränkung des Leistungspakets) sowie implizite (Wartezeiten) Rationierung von Leistungen zur Folge. Knappe Budgets führen dabei keineswegs zwangsläufig zu effizienten Strukturen, da sich nachgeordnete Gesundheitsbehörden bei unzureichender Versorgung mit dem Hinweis auf (zu) knappe Budgets entlasten können, ohne Effizienzreserven ausschöpfen zu müssen. Über die Einführung von Wettbewerbsmechanismen versuchen nationale Gesundheitssysteme, diese Problemkonstellation anzugehen und Effizienzreize in das System einzubauen.
- *Sozialversicherungssysteme* folgen dem Bedarfsprinzip und gewähren ihren Versicherten Anspruch auf alle notwendigen Leistungen. Der medizinisch-technische Fortschritt und der demographische Wandel führen zu steigenden Bedarfen, die nur mit steigenden Beiträgen und damit steigenden Lohnnebenkosten finanziert werden können. Dies erweist sich in Zeiten der Globalisierung aber wegen der befürchteten negativen Folgen im Standortwettbewerb mit anderen Ländern als problematisch. Darüber hinaus vernachlässigt korporatistische Selbstverwaltung Kostendämpfungsinteressen aufgrund eines opportunistischen Akteurverhaltens und zieht Fehlallokationen sowie Reformblockaden nach sich. Deshalb wirkt der Staat intensiver hierarchisch auf die Selbstverwaltung ein und versucht gleichzeitig, über Wettbewerbsreformen die Effizienz der Versorgung zu steigern.
- *Privaten Versicherungssystemen* fällt es aufgrund des Fehlens hierarchischer Steuerungselemente besonders schwer, das Gesundheitsausgabewachstum zu kontrollieren. Zudem sind Hochrisikogruppen und Geringverdiener im privaten System risikoäquivalenter Prämien gefährdet, keinen Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Um der Unterversicherung entgegenzutreten, erweitern diese Systeme Formen der öffentlichen Krankenversorgung. Gleichzeitig entwi-

ckeln öffentliche wie private Krankenversicherer Elemente der hierarchischen Steuerung, um den Kostenanstieg zu bremsen. Private hierarchische Steuerung wirkt dabei in Teilen als funktionales Äquivalent für fehlende staatliche Regulierung.

Unterhalb dieser generellen, strukturell begründeten Entwicklungslinien, in denen der *Gesundheitssystemtyp* als zentraler Weichensteller fungiert, sind im Hinblick auf die konkreten Entwicklungen in den einzelnen Staaten *landesspezifische Weichensteller* zu berücksichtigen. Unterschiede in der Problemwahrnehmung und im politischen Institutionengefüge sowie abweichende Akteurskonstellationen leisten dabei insbesondere einen Beitrag zur Erklärung der verschiedenen Geschwindigkeiten und Grenzen des Wandels. Dies zeigt sich bei Paarvergleichen der sechs untersuchten Fallstudien:

- *England und Italien* unterscheiden sich darin, dass Wettbewerbsmechanismen in England wesentlich konsequenter umgesetzt wurden. Bei der Reform des Englischen National Health Service (NHS) zeigt sich die Bedeutung ideeller Erklärungsfaktoren. Zunehmend selbstbewusste und informierte Patienten begannen die Entscheidungen von Ärzten zu hinterfragen. Das auf ärztlicher Expertise basierende Rationierungssystem des NHS sah sich schwer wiegenden Legitimationsproblemen ausgesetzt (Moran 1995; Schmid u.a. 2010 [47]). Überdies lassen sich Veränderungen der Überzeugungen und Werte politischer Akteure feststellen. Parteiübergreifend gelten Wettbewerb und Konzepte des New Public Management als überlegene Koordinationsmechanismen (Frisina 2008 [21]). Dies begünstigte eine weit reichende Umsetzung von internen Märkten in England. Demgegenüber ist in Italien die Implementation wettbewerblicher Reformen vom Spannungsfeld zwischen Europäisierung, zentralstaatlicher Kontrolle und regionalen Autonomiebestrebungen geprägt (Fargion 2006; France 2006; Frisina 2010 [38]; Petretto u.a. 2003). Interne Märkte wurden bislang nur in einer Region vollständig implementiert. Gleichzeitig versucht der Zentralstaat über gesundheitspolitische Zielgrößen landesweite Leistungsstandards zu garantieren.
- *Deutschland und die Niederlande* zeichnen sich durch unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Angleichung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus (Götze u.a. 2009 [3]). Dies liegt vor allem in einer unterschiedlichen Problemwahrnehmung begründet: In den Niederlanden stand eine Strukturreform des fragmentierten Krankenversicherungssystems, das zugleich ein Relikt der deutschen Besatzungszeit und die gesellschaftliche Versäulung verkörperte, bereits seit den 1960er Jahren wiederholt auf der politischen Agenda (Companje u.a. 2009). Dagegen nahm die Diskussion um die Bürgerversicherung in Deutschland erst nach der Jahrtausendwende Fahrt auf. Daraus resultiert auch eine abweichende Bedeutung des Kassenwettbewerbs, der An-

fang der 1990er Jahre in beiden Ländern gemeinsam von Christ- und Sozialdemokraten eingeführt wurde. Während die freie Kassenwahl in Deutschland zur Angleichung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen sollte, stellte sie in den Niederlanden einen Schritt zur Integration sozialer und privater Sicherung dar. Ein Bündnis aus Ärzten, Arbeitgebern und Privatversicherern konnte den niederländischen Reformprozess zu einer einheitlichen, wettbewerblich verfassten Sozialversicherung zwar zwischenzeitlich aufhalten, aber aufgrund gegensätzlicher Interessen letztlich nicht verhindern (Götze **2010** [39]). In Deutschland stößt dagegen eine Zusammenführung der beiden Sicherungssysteme weiterhin auf den geschlossenen Widerstand von Ärzten, Privatversicherern und bürgerlichen Parteien (Gerlinger 2009).

- *In den USA und Kanada* tragen Unterschiede im politischen Institutionengefüge und in den Akteurkonstellationen maßgeblich zu abweichenden Entwicklungslinien ihrer ehemals ähnlichen Gesundheitssysteme bei. So hat sich Kanada in den 1960er Jahren mit der Einführung eines staatlichen Versicherungssystems vom Privatversicherungspfad abgewendet, während in den USA nur eine staatliche Teilversicherung (Medicaid, Medicare) eingeführt wurde (Cacace & Schmid **2008** [1]). Der kanadische Föderalismus und das parlamentarische System begünstigten die Formierung einer zusätzlichen sozialdemokratischen Partei, die als Befürworter öffentlicher Gesundheitsversorgung die föderale Gesetzgebung zu Gunsten einer staatlichen Krankenversicherung beeinflussen konnte (Maioni 1998; Tuohy 1999). Demgegenüber konnte sich in den USA keine vergleichbare eigenständige politische Kraft etablieren. Zudem bot das politische System deutlich mehr Vetopunkte für Reformgegner, so dass nur fragmentierte öffentliche Krankenversicherungsprogramme für Gruppen, die über den Privatversicherungsmarkt kaum abgesichert werden können, eingeführt wurden (Steinmo & Watts 1995; Cacace **2007** [16], **2010** [36]).

Überdies spielen analog zu anderen sozialpolitischen Feldern (Béland 2005; Pfau-Effinger 2005; Schmidt 2000) unterschiedliche in den jeweiligen Gesundheitssystemen verankerte *Wertesysteme* eine wichtige ergänzende Rolle bei der Erklärung von Unterschieden im Wandel (Frisina **2008** [21]). Dahingegen trägt *policy learning* zu Konvergenztrends bei, indem die Diffusion von einzelnen Regulierungsinstrumenten begünstigt wird (Schmid & Götze **2009** [8]; vgl. auch Frisina & Cacace **2008** [13]). Auch die *Europäisierung* trägt zunehmend zur Angleichung von Ansprüchen an gesundheitliche Versorgung innerhalb der EU bei (Rothgang & Götze **2009** [31]) und befördert damit eine Konvergenz von Gesundheitssystemen innerhalb der EU.

Zusammen haben die Ergebnisse des OECD-Vergleichs und der Länderstudien gezeigt, dass unterschiedliche theoretische Perspektiven nötig sind, um Veränderungen in einem komplexen Gebilde wie dem Gesundheitssystem umfassend zu

erklären. Dieser Ansatz wird insbesondere in einer aus dem Teilprojekt entstandenen und von Teilprojektmitarbeitern als Gasteditoren mitverantworteten Ausgabe des *Journal of Health Politics, Policy, and Law* zum Thema „Erklärung von Gesundheitssystemwandel“ (Cacace & Frisina 2010 [37]) von verschiedenen Autoren vertreten und dort in Fallstudien ausgearbeitet.

Für das Teilprojekt insgesamt sind folgende Veröffentlichungen hervorzuheben: die Teilprojektmonographie Rothgang u.a. (2010 [44]), der Beitrag von Rothgang u.a. (2008 [15]) sowie Aufsätze von Wendt u.a. (2009 [9]) zu Gesundheitssystemtypen und Schmid u.a. (2010 [47]) zur Erklärung von Gesundheitssystemwandel. Weitere maßgebliche Beiträge des Teilprojektleiters Heinz Rothgang sind der bei Edward Elgar erschienene Band zur Wohlfahrtsstaatsreform (Dingeldey & Rothgang 2009 [10]) und der Beitrag zum Oxford Handbook of the Welfare State (Freeman & Rothgang 2010 [11]). Zentrale Beiträge der Mitarbeiter Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Ralf Götze und Achim Schmid sind die Monographie zum US-Gesundheitssystem (Cacace 2010 [36]), der Paarvergleich USA/Kanada (Cacace & Schmid 2008 [1]) sowie die Aufsätze zu Wertvorstellungen im Gesundheitssystem (Frisina 2008 [21]), wettbewerblichen Reformen (Götze u.a. (2009 [3]) und der Rolle von *policy learning* (Schmid & Götze 2009 [8]).

Eine zentrale Annahme der modifizierten Problemdruckhypothese ist, dass die beobachteten Reformprozesse vorangetrieben werden, weil sich die verantwortlichen Akteure hiervon eine Effizienzsteigerung versprechen. Die Bewertung der Folgen des Wandels hinsichtlich Gerechtigkeit, Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems, die im Zentrum der dritten Forschungsphase des Teilprojektes steht, dient somit zugleich der Überprüfung dieser impliziten Wirkhypothese. Zudem werden Reaktionen der vom Staatswandel betroffenen Akteure (Patienten/Versicherte, Ärzte und Finanzierungsträger) in Form von Exit/Entry, Voice und Loyalty (Hirschman 1970) erwartet (Braun u.a. 2008 [24]; Greß & Rothgang 2008 [29]; Greß u.a. 2008 [22]). Zur umfassenden Bewertung der Reformen werden die Reaktionen in die abschließende Betrachtung der Folgen des Systemwandels mit einbezogen, um Aussagen über zukünftige Entwicklungslinien zu treffen.

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

Verfasser in [eckigen] Klammern sind/waren keine Sfb-Mitarbeiter

(I.) Begutachtete Beiträge für

(a.) wissenschaftliche Zeitschriften

1. Cacace, Mirella & Achim Schmid (2008) The Healthcare Systems of the USA and Canada: Forever on Divergent Paths?, in: *Social Policy & Administration* 42:4, 396-417

2. [Freeman, Richard] & Lorraine Frisina (2010) Health Care Systems and the Problem of Classification, in: *Journal of Comparative Policy Analysis* 12:1, 163-178
 3. Götze, Ralf, Mirella Cacace & Heinz Rothgang (2009) Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 55:2, 149-175
 4. Götze, Ralf & Tina Salomon (2009) Fair Fee: Eine einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlung für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 55:1, 71-90
 5. Rothgang, Heinz (2010a) Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: *Das Gesundheitswesen* 71:3, 154-160
 6. Rothgang, Heinz & [Gerhard Igl] (2007) Long-term Care in Germany, in: *The Japanese Journal of Social Security Policy* 6:1, 54-84
 7. Rothgang, Heinz & Jeanine Staber (2009a) Ethik versus Ökonomie in Public Health? Zur Integration ökonomischer Rationalitäten in einen Public-Health-Ethik-Diskurs, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53:5, 494-501
 8. Schmid, Achim & Ralf Götze (2009) Policy Learning in Health System Reform – The Case of Diagnosis Related Groups, in: *International Social Security Review* 62:4, 21-40
 9. Wendt, Claus, Lorraine Frisina & Heinz Rothgang (2009) Healthcare System Types. A Conceptual Framework for Comparison, in: *Social Policy & Administration* 75:1, 70-90
- (b.) *monographische Reihen*
10. [Dingeldey, Irene] & Heinz Rothgang, Hg. (2009a) *Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies*, Cheltenham, Glos: Edward Elgar
- (c.) *Sammelbandbeiträge*
11. [Freeman, Richard] & Heinz Rothgang (2010) Health, in: Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger & Chris Pierson, Hg., *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, 393-403
 12. [Freeman, Richard] & Achim Schmid (2008) Health Systems of Western Europe, in: Kris Heggenhougen & Stella Quah, Hg., *International Encyclopedia of Public Health*, Band 6, San Diego: Academic Press, 579-589
 13. Frisina, Lorraine & Mirella Cacace (2008) DRGs and the Professional Independence of Physicians, in: Ashish N. Dwivedi, Hg., *Handbook of Research on Information Technology Management and Clinical Data Administration in Healthcare*, Hershey, PA: IGI Global, 173-191
 14. [Österle, August] & Heinz Rothgang (2010) Long-Term Care, in: Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger & Chris Pierson, Hg., *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, 405-417
 15. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina & Achim Schmid (2008) The Changing Public-Private-Mix in OECD Health-care Systems, in: Martin Seeleib-Kaiser, Hg., *Welfare State Transformations: Comparative Perspectives*, Houndmills: Palgrave Macmillan, 132-146

(d.) Arbeitspapiere

16. Cacace, Mirella (2007) The Changing Public/Private Mix in the American Health Care System, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper 58
17. [Härpfer, Marco], Mirella Cacace & Heinz Rothgang (2009) And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, ZeS-Arbeitspapier 4/2009
18. Wendt, Claus & Heinz Rothgang (2007) Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper 61

(II.) Nicht-referierte Beiträge für

(a.) wissenschaftliche Zeitschriften

19. [Braun, Bernard], [Stefan Greß], [Daniel Lüdecke], Heinz Rothgang & [Jürgen Wasem] (2007) Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV. Ergebnisse von Umfragen bei Selbstverwaltern und Versicherten, in: *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales* 56:11, 365-373
20. Cacace, Mirella, Ralf Götze, Achim Schmid & Heinz Rothgang (2008) Explaining Convergence and Common Trends in the Role of the State in OECD Health Care Systems, in: *Harvard Health Policy Review* 9:1, 5-16
21. Frisina, Lorraine (2008) Policy Values and Policy Change in Different Healthcare Systems: A Comparative Analysis of the British NHS and the U.S. Private Insurance System, in: *Harvard Health Policy Review* 9:1, 88-99
22. [Greß, Stefan], [Bernard Braun], Heinz Rothgang & [Jürgen Wasem] (2008) Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen, in: *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales* 57:1, 12-17
23. Rothgang, Heinz & Jeanine Staber (2010) Rationierung und Priorisierung im Gesundheitssystem – Internationale Erfahrungen, in: *G+G Wissenschaft* 10:1, 16-22

(b.) monographische Reihen

24. [Braun, Bernard], [Stefan Greß], Heinz Rothgang & [Jürgen Wasem] (2008) Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV, Berlin: edition sigma
25. Rothgang, Heinz, [Karin Höppner], [Lars Borchert], [Roland Becker] & [Gerd Glaeske] (2007) *Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht. Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen*, Gesundheitsökonomische Beiträge 51, Baden-Baden: Nomos

(c.) Sammelbandbeiträge

26. [Braun, Bernard], Heinz Rothgang & [Jürgen Wasem] (2008) Zusammenwirken der Mechanismen, in: Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem, Hg., *Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV*, Berlin: edition sigma, 187-191

27. [Dingeldey, Irene] & Heinz Rothgang (2009b) Governance and Comparative Welfare State Research, in: Irene Dingeldey & Heinz Rothgang, Hg., *Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Policy and Politics*, Cheltenham, Glos: Edward Elgar, 1-17
28. [Greß, Stefan], [Karin Höppner], [Gerd Marstedt], Heinz Rothgang & [Marcus Thamm] (2008) Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen, in: Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem, Hg., *Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV*, Berlin: edition sigma, 19-89
29. [Greß, Stefan] & Heinz Rothgang (2008) Hirschmans Konzept: Exit, Voice and Loyalty in der GKV, in: Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem, Hg., *Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV*, Berlin: edition sigma, 11-17
30. Rothgang, Heinz (2009) Converging Governance in Healthcare Systems?, in: Irene Dingeldey & Heinz Rothgang, Hg., *Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market and Educational Policies*, Cheltenham, Glos: Edgar Elgar: 18-39
31. Rothgang, Heinz & Ralf Götze (2009) Von negativer zu positiver Integration? Veränderungen in der europäischen Gesundheitspolitik am Beispiel der Patientenmobilität, in: Herbert Obinger & Elmar Rieger, Hg., *Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien. Herausforderungen, Reformen und Perspektiven*, Frankfurt a.M./New York: Campus, 521-548
32. Rothgang, Heinz & [Maïke Preuss] (2008) Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik, in: Adalbert Evers & Rolf G. Heinze, Hg., *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung*, Wiesbaden: VS Verlag, 31-48
33. Rothgang, Heinz & Tina Salomon (2009) Die gesundheitsökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention, in: Petra Kolip & Veronica Müller, Hg., *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Bern: Hans Huber, 345-362
34. Rothgang, Heinz & Jeanine Staber (2009b) Ökonomische Implikationen des demografischen Wandels für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, in: Günter Renz, Georg Marckmann & Gesundheitsrat Südwest, Hg., *Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen*, Bad Boll: Evangelische Akademie Bad Boll, 44-83
35. Rothgang, Heinz & Caroline Wessel (2008) Sozialpolitik in den Bundesländern, in: Achim Hildebrandt & Frieder Wolf, Hg., *Die Politik der Bundesländer. Staatstätigkeit im Vergleich*, Wiesbaden: VS Verlag, 133-168

(d.) Arbeitspapiere

(III.) Vorliegende Manuskripte

36. Cacace, Mirella (2010) *Das Gesundheitssystem der USA. Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure* (Dissertation), Frankfurt a.M.: Campus (im Erscheinen)

37. Cacace, Mirella & Lorraine Frisina (2010) Beyond Path Dependence – Explaining Healthcare System Change, in: *Journal of Health, Policy, Politics and Law* 35:4 (zur Veröffentlichung angenommen)
38. Frisina, Lorraine (2010) Reforming the Italian Healthcare System: A History of Revolution, Evolution, and Political Devolution, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper (in Begutachtung)
39. Götze, Ralf (2010) The Changing Role of the State in the Dutch Healthcare System, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper (in Begutachtung)
40. Rothgang, Heinz (2010b) Finanzierungssystem, in: Holger Pfaff, Edmund Neugebauer, Gerd Glaeske & Matthias Schrappe, Hg., *Lehrbuch Versorgungsforschung*, Stuttgart: Schattauer (im Druck)
41. Rothgang, Heinz (2010c) Governance im Gesundheitswesen von OECD Staaten, in: Marianne Beisheim, Tanja Börzel, Philipp Genschel & Bernhard Zangl, Hg., *Was vom Staate übrig bleibt? Der staatliche Beitrag zu Governance*, Baden-Baden: Nomos (im Druck)
42. Rothgang, Heinz (2010d) Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model, in: *Social Policy and Administration* (zur Veröffentlichung angenommen)
43. Rothgang, Heinz (2010e) Verfasstheit des Gesundheitswesens, in: Holger Pfaff, Edmund Neugebauer, Gerd Glaeske & Matthias Schrappe, Hg., *Lehrbuch Versorgungsforschung*, Stuttgart: Schattauer (im Druck)
44. Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Uwe Helmert & Claus Wendt (2010) *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, Houndmills: Palgrave Macmillan (zur Veröffentlichung angenommen)
45. Rothgang, Heinz & [Rainer Unger] (2010) Demographischer Wandel, in: Holger Pfaff, Edmund Neugebauer, Gerd Glaeske und Matthias Schrappe, Hg., *Lehrbuch Versorgungsforschung*, Stuttgart: Schattauer (im Druck)
46. Schmid, Achim (2010) Conditions of Convergence in Healthcare Financing, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper, (in Begutachtung)
47. Schmid, Achim, Ralf Götze, Mirella Cacace & Heinz Rothgang (2010) Explaining Healthcare System Change: Problem Pressure and the Emergence of ‘Hybrid Healthcare Systems’, in: *Journal of Health, Policy, Politics and Law* 35:4 (zur Veröffentlichung angenommen)
48. Rothgang, Heinz & Jeanine Staber (2010) Steuerungsmechanismen in der Krankenversicherung, in: Walter J. Pfeil, Hg., *Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs*, Wien: Manz’sche, 113-135 (erschieden).

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

3.4.1 Forschungsziele

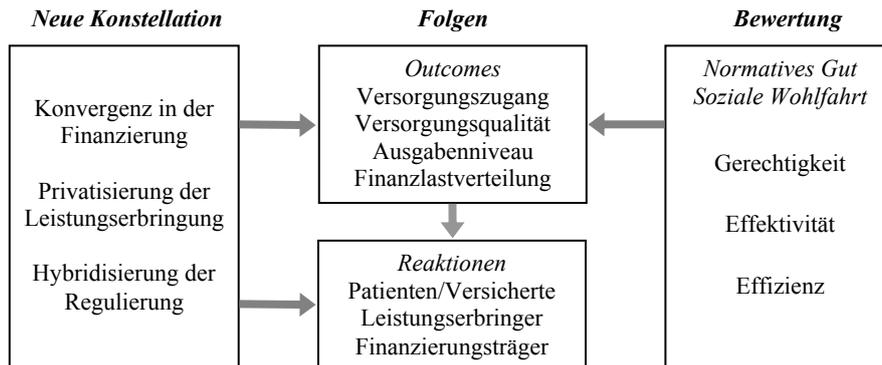
In der dritten Phase untersucht das Teilprojekt die *Folgen* des in den ersten beiden Forschungsphasen beschriebenen und erklärten Wandels hin zu einer neuen Konstellation von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen der OECD-Welt. Als Folgen werden sowohl die Outcomes als auch die Reaktionen der betroffenen Akteure betrachtet. Untersucht wird, zu welchen *Outcomes* hinsichtlich Finanzlastverteilung, Versorgungszugang und -qualität die neue Konstellation von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen führt und welche *Reaktionen* der Wandel und die Veränderungen der Outcomes bei den maßgeblichen Akteuren des Gesundheitssystems auslösen. Für die *Bewertung* des Staatswandels bei der Erbringung des normativen Guts soziale Wohlfahrt stehen dabei insbesondere die Outcomes im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Beide Elemente der Folgen – Outcomes und Reaktionen – sind nötig, um die Richtung zukünftiger Entwicklungen abzuschätzen.

Zweite Phase (2007-2010)	Dritte Phase (2011-2014)
Erklärung der generellen Entwicklungslinien (Konvergenz in der Finanzierungsdimension, Privatisierungstrends in der Leistungserbringung und Hybridisierungstendenzen in der Regulierung) über Anpassungsmuster auf gesundheitssystemspezifischen Problemdruck. Tempo und Details des Wandels hängen zudem von institutionellen und ideellen Faktoren ab	Untersuchung und Bewertung der Folgen der veränderten Rolle des Staates im Gesundheitswesen. Welche Folgen hat der Staatswandel im Gesundheitssystem hinsichtlich Gerechtigkeit, Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems? Welche Reaktionen maßgeblich betroffener Akteure im Gesundheitssystem (Patienten, Ärzte und Finanzierungsträger) lassen sich feststellen?

Untersuchungsmodell und konzeptioneller Überblick

Die folgende Übersicht (Abbildung 1) stellt den Aufbau der geplanten dritten Forschungsphase schematisch dar. Als Ausgangspunkt steht die *neue Konstellation von Staatlichkeit im Gesundheitssystem*, die sich aus Konvergenzbewegungen in der Finanzierung, Privatisierungstendenzen in der Leistungserbringung und der Hybridisierung in der Regulierungsdimension ergibt. Im Hinblick auf die *Folgen* dieses Wandels unterscheiden wir direkte Outcomes des Gesundheitssystems sowie die Reaktionen betroffener Akteure und Akteursgruppen. Dabei werden Reaktionen sowohl direkt durch die neue Konstellation von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen als auch indirekt von den Systemoutcomes hervorgerufen. Die vorgesehene Konzeption integriert damit kausalthoretische Verbindungen zwischen Staatswandel und Outcomes mit der handlungstheoretisch orientierten Erforschung von Reaktionen.

Abbildung 1: Bewertungsschema für die Auswirkungen des Staatswandels



Zur *Bewertung* der Outcomes für das normative Gut soziale Wohlfahrt zieht das Teilprojekt drei Kriterien heran, die für Gesundheitssysteme relevant sind. Dies sind (1) Effektivität hinsichtlich der Absicherung gegen Krankheitsrisiken, (2) Effizienz beziehungsweise Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und (3) Gerechtigkeit, die insbesondere hinsichtlich der marktkorrigierenden Wirkung von Staatsingriffen in das Gesundheitssystem von Interesse ist. Diese Kriterien sind nicht frei von Überschneidungen. Insbesondere kann das Wirtschaftlichkeitspostulat in einem *Zielkonflikt* zu den zuvor genannten Kategorien stehen.

Im Gegensatz zu den inzwischen populär gewordenen Gesundheitssystemrankings liegt der Fokus des Teilprojekts nicht auf einem Vergleich zwischen Ländern zu einem festgelegten Zeitpunkt, sondern vielmehr auf der Erfassung der Auswirkungen des Staatswandels in den jeweiligen Ländern über einen festgelegten Zeitraum. Daher bedarf es auch keiner problematischen Verrechnung verschiedener Zielgrößen zu einem einzigen Performance-Indikator. Stattdessen streben wir eine differenzierte Bewertung an, welche die Folgen von Wandlungsprozessen im Hinblick auf die drei Bewertungskategorien beinhaltet.

Konzeptionalisierung und Messung von Outcomes

Als Folgen des Staatswandels betrachten wir sowohl Reaktionen als auch Outcomes. Letztere gilt es zu definieren, zu messen und schließlich zu bewerten. Welches sind die zentralen Outcome-Größen eines Gesundheitssystems? Intuitiv formuliert, ist das Gut „Gesundheit“ das zentrale Outcome eines Gesundheitssystems, anhand dessen jegliche Performanz zu messen ist. Wird Gesundheit allerdings gemäß der häufig zitierten Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „state of

complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ definiert, wird deutlich, dass nicht Gesundheitssysteme allein diesen Zustand herbeiführen können. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, die außerhalb des Einflussbereichs der Gesundheitspolitik liegen (WHO 2000: 23; Wilensky 2002; Mechanic 2007). Dazu zählen beispielsweise Ernährung, Lebensgewohnheiten, Wohnsituation, Umweltfaktoren und Arbeitsbedingungen (McKeown 1982; Alber & Köhler 2004). Diese Zusammenhänge erschweren es, vom Outcome-Indikator Gesundheitszustand auf die Performanz von Gesundheitssystemen zu schließen. National und international vergleichende Studien schätzen deshalb den Einfluss von Gesundheitssystemen auf Mortalität beziehungsweise Lebenserwartung nur auf 10-40% (SVR 2001: 65ff.; Donabedian 1972).

Den bekanntesten Versuch, die Performanz von Gesundheitssystemen vergleichend zu messen, hat die WHO mit ihrem World Health Report 2000 unternommen (WHO 2000). Dazu verglich die WHO die Gesundheitssysteme von 191 Mitgliedsstaaten über fünf gewichtete Zielkategorien in den Bereichen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Niveau und Verteilung zu je 25%), Responsivität des Gesundheitssystems (Niveau und Verteilung zu je 12,5%) und Finanzierungsgerechtigkeit (25% Gewichtung). Anzumerken ist, dass Gesundheitsausgaben für sich genommen *kein* Kriterium des WHO-Vergleichs sind, denn „the level of resources devoted to health is [...] what makes the outcomes possible, and against which the system’s achievements should be evaluated“. Die WHO plädiert also dafür, die Ressourcen – wenn sie denn einbezogen werden sollen – in Relation zur Zielerreichung zu setzen und damit letztlich auf die Effizienz des Systems zu schauen.

Bereits kurz nach seiner Veröffentlichung stieß der World Health Report 2000 auf eine teilweise vernichtende wissenschaftliche Kritik (Navarro 2000; Nord 2002). Dabei wurde erstens der Grundgedanke einer Gewichtung und Verrechnung der einzelnen Zielkategorien zu einem Performance-Indikator hinterfragt (Navarro 2002). Zweitens wurden die Bewertungsmaßstäbe für einzelne Indikatoren problematisiert. Und drittens stieß die verwendete Datengrundlage auf allgemeines Unverständnis, da der größere Teil der Indikatoren nur geschätzt werden konnte (vgl. Härpfer u.a. 2009 [17] für einen Überblick). Dies traf in erster Linie auf Länder außerhalb der OECD-Welt zu. Der Großteil der Kritik konzentrierte sich somit stark auf die Verrechnung, Operationalisierung und Erhebung der Zielgrößen. Aus heutiger Sicht hat diese Kritik allerdings den positiven Beitrag der WHO zu der Diskussion über die Messung von Qualität in Gesundheitssystemen verdeckt. Dieser ist darin zu sehen, dass die WHO als erste Organisation den Versuch unternommen hat, ein „kohärentes Zielbündel“ für Gesundheitssysteme zu entwickeln und dieses anhand von Indikatoren messbar zu machen (Riesberg u.a. 2003: 30; vgl. dazu auch Rothgang & Cacace 2005). Neuere Studien der OECD (2004, 2009), der Gesund-

heitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung (Böcken u.a. 2009; Schlette u.a. 2008) oder der Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse 2009) zielen dann auch darauf ab, mit sehr ähnlichen Zielgrößen die Performanz von Gesundheitssystemen zu messen.

Zur Betrachtung von Outcomes als Auswirkung des Staatswandels greifen wir daher den Grundgedanken der WHO-Systematik auf und unterscheiden in (1) den Zugang zum Gesundheitssystem und Gesundheitsleistungen, (2) die Versorgungsqualität des Gesundheitssystems, (3) das Ausgabenniveau sowie (4) die Verteilung der Finanzierungslast. In Abgrenzung zur WHO berücksichtigen wir Gesundheitsausgaben damit ebenfalls als Outcome. Allerdings greifen wir den Gedanken auf, dass Ausgaben nur in einer Relation zu Zielen und deren Erreichung interpretierbar sind und zielen damit auf Effizienzbetrachtungen ab. Wo möglich und sinnvoll, differenzieren wir – wie auch die WHO – innerhalb der Outcomes zwischen Niveau- und Verteilungseffekten.

(1) *Versorgungszugang*: Der Zugang zum Krankenversicherungssystem und zur Gesundheitsversorgung lässt sich differenzieren in rechtliche, faktische und räumliche Inklusion (vgl. auch Lisac u.a. 2010). Unter *rechtlicher* Inklusion fassen wir einerseits die Einbeziehung von Personen in das Gesundheitssystem, wie auch andererseits den Umfang des Leistungspakets (vgl. Greß u.a. 2005a; Jost 2005). Für den abgesicherten Personenkreis stehen uns OECD-Daten zur Verfügung. Diese werden durch einen eigenen Indikator zum Umfang von Leistungspaketen in OECD-Ländern angereichert. Für den unter *faktischer* Inklusion geführten Indikator Wartezeiten in ambulanten und stationären Settings stehen ebenfalls OECD-Daten zur Verfügung (Hurst & Siciliani 2003; van Doorslaer u.a. 2004). Hier ist besonders interessant, ob ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Variablen wie Einkommen oder Bildung und der faktischen Inklusion beziehungsweise der faktischen Inanspruchnahme von Leistungen besteht. Diese Verteilungsaspekte berücksichtigen wir für die sechs Untersuchungsländer, wobei sich die Berechnung von Konzentrationsmaßen anbietet (van Doorslaer & Masseria 2004). Dabei kann auf international vergleichende Vorarbeiten zurückgegriffen werden, die während eines einjährigen Aufenthalts von Mirella Cacace an der Columbia University entstanden sind. Die *räumliche* Inklusion, unter der wir die wohnortsnahe Versorgung sowie weitere Aspekte der regionalen Verteilung von Leistungserbringern betrachten (vgl. Alber & Köhler 2004), wird ebenfalls ausschließlich in den sechs detaillierten Fallstudien behandelt.

(2) *Versorgungsqualität*: Da Messgrößen zur Qualität medizinischer Versorgung (z. B. Fehldiagnosen/-therapien, Compliance-Raten) bisher kaum für längere Zeitreihen mit vergleichbarer Methodik verfügbar sind, erfassen wir die Versorgungsqualität in unseren Sekundäranalysen über Daten zu Gesundheitsindikatoren. Diese werden sowohl vom ebenfalls untersuchten Zugang zu Gesundheitsversorgung als auch von deren Qualität bestimmt. Da zentrale Parameter wie die Lebens-

erwartung oder selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nur zu einem begrenzten Anteil durch das Gesundheitssystem bestimmt werden, eignen sie sich nur bedingt als Performanzmaß für die Versorgungsqualität. Ein für unsere Fragestellung nützlicheres Konzept zur Messung der *Versorgungsqualität* bietet das Konzept der „vermeidbaren Sterblichkeit“ (*amenable mortality*), welches Nolte und McKee (2003, 2004, 2008) in der neueren Gesundheitssystemforschung für diesen Zweck propagiert haben. Dieser Ansatz misst diejenigen Todesfälle, die vermeidbar gewesen wären, stünde eine zeitlich angemessene und effektive Gesundheitsversorgung zur Verfügung (Nolte & McKee 2008: 59). Er überwindet somit das oben erwähnte Zu-rechnungsproblem. Die Idee, vermeidbare Sterblichkeit zu messen, geht zurück auf Ruthstein u.a. (1976); frühe international vergleichende Arbeiten finden sich unter anderem bei Holland (1986).² Zeitreihenbetrachtungen sind damit möglich. Ergänzend ziehen wir die 12-Monats-Überlebensrate für bestimmte Indikationen als weitere Mortalitätskennziffer hinzu, die auf Basis der OECD Health Data für die meisten dieser Länder erhältlich ist. Schließlich dienen Todesfälle durch Behandlungsfehler oder Fehlmedikationen als weiterer Indikator für die Qualität in der Leistungserbringung.

(3) *Ausgabenniveau*: Eine weitere Indikatorengruppe bezieht sich auf das Ausgabenniveau von Gesundheitssystemen. Eine erste diesbezügliche Messgröße ist das Niveau der Gesundheitsausgaben. Diese sind für alle betrachteten Fallstudien anhand der OECD Health Data in Form von meist bis in die 1970er Jahre zurück reichenden Zeitreihen verfügbar. Wir teilen aber die Ansicht der WHO, dass sich die Höhe der Gesundheitsausgaben allein einer normativen Bewertung entzieht, solange diese nicht der Effektivität gegenübergestellt wird. Bewertet wird daher die Effizienz des Systems, also das Verhältnis von Kosten und Effektivität. Diese Effizienz-kennziffern sind auch deshalb von Bedeutung, weil nur eine wirtschaftliche Leistungserbringung langfristig den Bestand eines Gesundheitssystems sichern kann.

(4) *Finanzlastverteilung*: Ein letzter Indikator zielt auf Verteilungsgesichtspunkte ab und misst die *Verteilung der Finanzierungslast* von Gesundheitssystemen (vgl. z. B. van Doorslaer u.a. 1999; Wagstaff & van Doorslaer 1999). Hierzu wird auf den Kakwani-Index der Finanzierung zurückgegriffen, den wir auf Basis der Fallstudien zu berechnen planen. Dabei kann auf eine im Teilprojekt entstandene Vorarbeit zurückgegriffen werden, in deren Rahmen bereits der Kakwani-Index für das deutsche Gesundheitssystem ermittelt wurde (Härpfer u.a. 2009 [17]).³ Der

² Zu einer umfangreichen Übersicht empirischer Studien zu vermeidbarer Sterblichkeit siehe Nolte & McKee 2004: 102ff.

³ Siehe auch Tabelle 2 unter 3.4.2 (Untersuchungsmethoden), in der für die Outcomes Zugang, Versorgungsqualität, Finanzlastverteilung und Ausgabenniveau Indikatoren und Datenverfügbarkeit aufgelistet sind.

Kakwani-Index erlaubt es festzustellen, ob die Finanzierung des Gesundheitssystems proportional, progressiv oder regressiv ist und – in den beiden letztgenannten Fällen – in welchem Ausmaß.

Die so ermittelten Outcomes sollen mit der neuen Konstellation des Staates im Gesundheitswesen in Beziehung gesetzt und auf einer normativen Grundlage *bewertet* werden (für einen Überblick von Gerechtigkeitskonzepten in der sozialen Sicherung vgl. Ott 2006). Als Bewertungsmaßstab für den rechtlichen Zugang zur medizinischen Versorgung gilt die Teilhabegerechtigkeit in Form eines allgemeinen Zugangs zu einem umfassenden Paket wirksamer medizinischer Leistungen. Die Absicherung für den Krankheitsfall nimmt somit die Stellung eines sozialen Rechts ein. Die normative Betrachtung des faktischen Zugangs bemisst sich nach dem Konzept der Bedarfsgerechtigkeit, wonach abgesicherte Leistungen nur entsprechend des individuellen medizinischen Bedarfs und nicht anderer Parameter wie Zahlungsfähigkeit oder Bildungsstatus gewährt werden sollen (Rothgang & Staber 2009a [7]). Die Bewertung des räumlichen Zugangs erfolgt ebenfalls nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit. Diese liegt – um demographische Kennziffern bereinigt – bei einer gleichmäßigen regionalen Verteilung der medizinischen Infrastruktur vor, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Für die Bewertung der Finanzlastverteilung kommt Belastung entsprechend der Leistungsfähigkeit zum Zuge (vgl. hierzu Götze & Salomon 2009 [4]; Rothgang 2010a [5]). Dabei wird – in Anlehnung an die WHO – ein mindestens einkommensproportionaler Finanzierungsbeitrag zum Gesundheitssystem als Norm zu Grunde gelegt, an dem die zumeist regressiv finanzierten OECD-Gesundheitssysteme gemessen werden.

Die Bewertung der Versorgungsqualität erfolgt anhand der zentralen Zielgröße „vermeidbare Mortalität“. Dementsprechend liegt die größtmögliche Effektivität vor, wenn ein Gesundheitssystem keine vermeidbaren Todesfälle verantworten muss. Für die Aussagen zur Effizienz werden der Effektivität des Gesundheitssystems die entstandenen Ausgaben gegenüber gestellt.

Hypothesen zu Outcomes

Um die Untersuchung und Bewertung der Outcomes zu systematisieren, orientieren wir uns an vier forschungsleitenden Hypothesen, die sich auf die zentralen Entwicklungen in Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung beziehen.

Hypothese 1: Je höher der Anteil privater Finanzierungsquellen, desto regressiver ist die Finanzierung von Gesundheitsausgaben. Die beobachtete Konvergenz im Finanzierungsmix bedingt daher nach Gesundheitssystemtyp differenzierte Effekte.

Obwohl privaten Finanzierungsquellen gemeinhin eine regressiv, öffentlichen hingegen eine progressive Wirkung zugeschrieben wird, ist die postulierte Auswirkung nicht trivial. Auf der einen Seite kann der regressiven Wirkung privater Finanzie-

rungsquellen durch Regulierung des Versicherungsmarktes oder durch staatliche Ausgleichszahlungen entgegengewirkt werden. Auf der anderen Seite können öffentliche Finanzierungsquellen auch einen regressiven Charakter haben (Härpfer u.a. 2009 [17]). Ausgehend von den gemeinhin unterstellten Wirkungen unterschiedlicher Finanzierungsquellen auf die Finanzlastverteilung ist zu vermuten, dass in Privatversicherungsmodellen die regressiven Effekte aufgrund der beobachteten regulativen Eingriffe abnehmen. In Sozialversicherungssystemen und den Nationalen Gesundheitsdiensten ist aufgrund des steigenden privaten Finanzierungsanteils mit einer Verstärkung regressiver Effekte zu rechnen.

Hypothese 2: Je höher der Anteil privater Finanzierungsquellen ist, desto ungleicher ist die bedarfsstandardisierte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Die beobachtete Konvergenz im Finanzierungsmix führt deshalb zu nach Gesundheitssystemtyp differenzierten Effekten.

Private Finanzierung erfolgt über zwei Wege, die einer bedarfsgerechten Versorgung aufgrund von Unterschieden in der individuellen Zahlungsfähigkeit entgegenstehen können: Selbstzahlungen und Privatversicherungen. Selbstzahlung von Teilen oder der gesamten Kosten für Gesundheitsleistungen können für einkommensschwache Haushalte und chronisch Kranke hohe Zugangsbarrieren zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung darstellen. Substituierende oder duplizierende Privatversicherungen ermöglichen dagegen einen privilegierten Zugang zum Gesundheitssystem, beispielsweise durch höhere Vergütungssätze. Da die Mitgliedschaft häufig nur einkommensstarken Haushalten mit niedrigem Risikoprofil rechtlich oder faktisch vorbehalten ist, orientiert sich somit der privilegierte Zugang zu medizinischen Leistungen gerade nicht am medizinischen Bedarf, sondern an der individuellen Zahlungsfähigkeit. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ein Mindestmaß an Selbstbeteiligung zur Vermeidung von übermäßiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit zur Sicherstellung einer effizienten Versorgung notwendig sein kann. Hier sind also Wechselwirkungen mit einem der anderen Bewertungsmaßstäbe zu berücksichtigen.

Hypothese 3: Je stärker die Leistungserbringung privatisiert ist, desto effizienter erfolgt die Bereitstellung medizinischer Leistungen. Wegen der beobachteten Privatisierungstendenz ist daher mit gesteigerter Effizienz zu rechnen.

Gesundheitsdienstleistungen können sowohl von öffentlichen Institutionen als auch von privaten Einrichtungen erbracht werden, die als gemeinnützige oder gewinnorientierte Anbieter auftreten können. Die Befunde der ersten und zweiten Phase zeigen einen länderübergreifenden Privatisierungstrend, der aber ausgehend von unterschiedlichen Privatisierungsniveaus erfolgt und gleichzeitig unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Privatisierungen werden in der Regel damit begründet, dass private

Anbieter Leistungen technisch effizienter erbringen können (Villalonga 2000). Gleichzeitig weisen internationale Evaluationsstudien auf einen komplexeren Zusammenhang zwischen Trägerschaft der Leistungserbringer und Effektivität beziehungsweise Effizienz der Leistungserbringung hin (Deveraux u.a. 2002). Damit stellt sich die Frage, welche Folgen der Privatisierungstrend für die oben definierten Outcomes mit sich bringt und ob sich die Effizienzversprechen belegen lassen.

Hypothese 4: Je eher ein Gesundheitssystem in der Lage ist, systemfremde Regulierungselemente zu implementieren, desto bessere Ergebnisse werden sich bei den Outcomes (Effektivität und Effizienz) einstellen. Die beobachtete Hybridisierung lässt daher eine Verbesserung der Ergebnisse erwarten.

Die Befunde der ersten und zweiten Phase haben gezeigt, dass sich je nach Gesundheitssystemtyp unterschiedliche Problemlagen ergeben und dementsprechend unterschiedliche Anpassungsmuster zu beobachten sind. Die Implementation neuer, systemfremder Regulierungsmechanismen wurde insbesondere mit dem Bestreben erklärt, Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern. In der dritten Forschungsphase wird nun untersucht, inwieweit die systemspezifischen Probleme tatsächlich behoben werden konnten und inwieweit sich dadurch Outcomes im Sinne von Effektivität der Versorgung, Zugang, Effizienz und Finanzierungsgerechtigkeit verbessert haben. Generell vermuten wir länder- und systemübergreifende Verbesserungen hinsichtlich der Effektivität, die durch exogene Faktoren wie beispielsweise medizinisch-technischen Fortschritt eintreten. Darüber hinaus ist aber zu überprüfen, inwieweit tatsächlich solche Gesundheitssysteme, die systemfremde Steuerungselemente implementiert haben, relativ bessere Outcomes erreichen.

Reaktionen als direkte und indirekte Folgen von Staatswandel

Bei der Untersuchung der Folgen des Staatswandels betrachten wir zudem die Reaktionen der betroffenen Akteure. Basierend auf dem im Teilprojekt entwickelten Konzept zur Beschreibung der zentralen Akteursbeziehungen in der Regulierungsdimension (Rothgang u.a. 2005) handelt es sich dabei um Patienten/Versicherte, Leistungserbringer und Finanzierungsträger. Reaktionen werden sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene erforscht, um der Frage nachzugehen, inwieweit die beobachteten Konvergenz-, Privatisierungs- und Hybridisierungstrends stabil sind oder sich Rückentwicklungen andeuten (Rothgang u.a. 2010 [44]).

Die Reaktionen der Patienten/Versicherten schließen sowohl individuelle Handlungen als auch das Verhalten kollektiver Akteure wie Patientenverbände ein. Auf der Anbieterseite untersuchen wir die Reaktionen verschiedener Ärzteguppen im ambulanten und stationären Sektor sowie deren Verbände. Bei der Betrachtung

der Finanzierungsinstitutionen stehen die Reaktionen privater und öffentlicher Kostenträger im Mittelpunkt des Interesses. Im Fall der Nationalen Gesundheitsdienste handelt es sich jeweils um (semi-autonome) Verwaltungseinheiten, in den anderen Gesundheitssystemen um private oder öffentliche Versicherungsträger.

In Anlehnung an das Forschungsprogramm des Sfb unterscheiden wir bei den Reaktionen zwischen Exit, Voice und Loyalty. Exit beschreibt Abwanderungsreaktionen und Ausweichstrategien, die im Gegensatz zur Absicht des Staatswandels stehen. Dieses Verhalten setzt sowohl Wahlmöglichkeiten als auch akzeptable Transaktionskosten voraus. Voice beschreibt dagegen politische Einmischung und Widerspruch. In Abweichung von Hirschman (1970) werden mit Loyalty auch Desinteresse und Anpassungsreaktionen erfasst. Letztere beschreiben Verhaltensänderungen der Akteure, die anders als Exit-Reaktionen im Einklang mit der Absicht des Staatswandels erfolgen. Insbesondere bei Unzufriedenheit der Akteure mit dem Status quo oder anvisierten Wandlungsprozessen ist mit Exit- und Voice-Verhalten zu rechnen. Daher berücksichtigen wir Zufriedenheitsdaten von Patienten/ Versicherten (Alber & Köhler 2004; Eurobarometer; OECD 2009) und Ärzten (Janus u.a. 2007) als Stimulus für Reaktionen. Bei der Analyse der Reaktionen orientieren wir uns an drei forschungsleitenden Hypothesen:

Patienten/Versicherte:

Hypothese 5: Patienten und Versicherte werden Vermarktlichungstendenzen mit Anpassungsverhalten (Loyalty) begegnen. Dagegen führt eine Beschränkung des Leistungszugangs zur Abwanderung in private Systeme oder das Ausland (Exit). Zudem wird die Rolle von Patientenverbänden an Gewicht zunehmen (Voice).

Im Zuge der Vermarktlichung der Gesundheitsabsicherung und -versorgung werden Versicherte beziehungsweise Patienten verstärkt als Konsumenten wahrgenommen. Die Konsumentenrolle bedeutet größere Wahlfreiheiten (z.B. freie Arzt- oder Kassenwahl), aber auch stärkere Verpflichtungen, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch bezogen auf die Verantwortung für die eigene Gesundheit (Kickbusch 2006, 2004; Nutbeam 2000). In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass Patienten mit intendierten Anpassungsstrategien reagieren, indem sie verstärkt Informationen über verschiedene Finanzierungsträger oder Leistungsanbieter wahrnehmen, miteinander vergleichen und auf dieser Grundlage Wechselentscheidungen treffen (Loyalty) (Braun u.a. 2006). Dieser Anpassungsprozess zu einem kritischen Konsumenten wird durch Fortschritte in der Informationstechnologie begünstigt.

Dagegen erwarten wir bei Maßnahmen, die den Leistungszugang durch Gatekeeping (Hausarztmodelle), Therapierichtlinien oder Priorisierung einschränken, zunehmendes Abwanderungsverhalten (Exit). Dieses äußert sich in Ausweichstrategien, die im Widerspruch zur beabsichtigten Effizienz- oder Gerechtigkeitssteigerung des Staatswandels stehen. Patienten können beispielsweise durch Abwan-

rung in substitutive oder duplizierende Privatversicherungssysteme einen privilegierten Zugang erhalten und staatliche Regulierung umgehen. Dazu betrachten wir die private Finanzierung von Leistungen in staatlichen Gesundheitssystemen (Kanada und England) sowie den Wechsel von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung (Deutschland). Maßgeblich ist dabei, dass sich ein Teil der Bevölkerung vom öffentlichen Gesundheitssystem zumindest teilweise oder vorübergehend abwendet. Als weitere Ausweichreaktion betrachten wir die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland, seien es seitens des Ursprungslands genehmigungspflichtige Leistungen oder solche, die innerhalb der Freizügigkeitsbestimmungen der EU nicht genehmigungspflichtig sind (vgl. Rothgang & Götze 2009 [31]). Abwanderungsreaktionen können auch dadurch erfolgen, dass Patienten Medikamente im Ausland kaufen und dabei unterschiedliche Zulassungs- und Preisregulierungen ausnutzen. Exit-Strategien werden grundsätzlich dann in den Vordergrund treten, wenn Patienten mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden sind. Im Hinblick auf die Folgen des Staatswandels ist insbesondere dann mit Abwanderungsreaktionen zu rechnen, wenn der Wandel zu Einschränkung von Wahlfreiheit oder zu Rationierung führt.

Neben diesen individuellen Anpassungs- und Abwanderungsreaktionen erwarten wir zudem eine stärkere kollektive Einmischung von Patienten in die Entscheidungsprozesse privater und staatlicher Akteure (Voice). Dies ist mit einer zunehmenden Gründung, organisatorischen Stärkung und Professionalisierung von Patientenverbänden verbunden, die die Interessenvertretung wahrnehmen und Kontrollfunktionen ausüben.

Leistungserbringer:

Hypothese 6: Auf der individuellen Ebene werden Ärzte Vermarktlichungsprozessen mit Anpassungsverhalten (Loyalty) und einer stärkeren Regulierung mit Ausweichstrategien begegnen (Exit). Da beide Entwicklungen die Autonomie- und Profitinteressen der Profession beeinträchtigen, werden sie auf kollektiver Ebene zudem auf offenen Widerspruch der Ärzteverbände stoßen (Voice).

Die neue Konstellation von Staatlichkeit stellt durch ihre Vermarktlichungstendenz und die stärkere hierarchische Regulierung eine Gefahr für Autonomie- und Profitinteressen der Ärzteschaft dar. Auf der kollektiven Ebene werden Ärzteverbände daher versuchen, die Wandlungsprozesse durch Widerspruch aufzuhalten (Voice). Allerdings gelingt es den Ärzteverbänden in vielen OECD-Ländern aufgrund einer stärkeren Ausdifferenzierung der Berufsgruppe (z. B. Haus- gegen Facharztverbände) nicht mehr, die Interessen ihrer Mitglieder zu bündeln. Ärzte verlieren daher aufgrund interner Verteilungskämpfe in ihrer Gesamtheit an Einfluss (Bandelow 2007). In der Folge kommt es statt des informellen oder institutionalisierten Einflusses auf politische Entscheidungen verstärkt zum Einsatz offener Protestformen

wie Streiks, Demonstrationen oder temporäre Praxisschließungen (Chapman 2005; Turone 2004; De Bousingen 2002). Auch die Nutzung des engen Arzt-Patienten-Verhältnisses für die Abgabe von Wahlempfehlungen wie bei der Wartezimmer-Kampagne „Projekt 15“ (Eine Initiative der Ärzte, den Stimmenanteil der SPD unter 15% zu drücken) spiegelt eine Facette dieser Voice-Strategie wider.

Abseits des von den Ärzteverbänden gestützten Protests erwarten wir auf der Individualebene Anpassungsverhalten auf Vermarktlichungsprozesse und Ausweichstrategien für regulative Maßnahmen. Erstere stehen im Einklang mit der Absicht des Staatswandels, letztere dagegen im Widerspruch. Bei Vermarktlichungsprozessen nehmen Ärzte veränderte Anreizstrukturen wahr und passen sich beispielsweise durch Abschluss von Selektivverträgen oder das Anbieten individueller Gesundheitsleistungen den neuen Gegebenheiten an (Loyalty). Dagegen begegnen sie Eingriffen, die die professionelle Autonomie (z.B. Therapieleitlinien, Qualitätskontrollen) oder Profitinteressen (z.B. Praxisbudgets) beeinträchtigen, verstärkt mit Ausweichstrategien (Exit). Dies kann sich entweder durch Abwanderung ins Ausland oder Aufgabe des erlernten Berufs äußern (Janus u.a. 2007; Davis 1997). Darüber hinaus kann auch die Rückgabe von Kassenzulassungen, die das Sachleistungsprinzips untergräbt, als Exit-Reaktion interpretiert werden. Ebenfalls als dysfunktionale Ausweichstrategie werten wir die Risikoselektion durch Leistungserbringer, die zu individuellen Vorteilen bei der Vergütung oder Qualitätsmessung führen kann.

Finanzierungsträger:

Hypothese 7: Finanzierungsträger werden den Vermarktlichungs- und (Re-)Regulierungstendenzen nach anfänglichem Desinteresse mit Anpassungsstrategien begegnen (Loyalty). Insbesondere dort wo der Staatswandel Profit- oder Autonomieinteressen der Finanzierungsträger erheblich beeinträchtigt, werden sie zunehmend Widerspruch ausüben (Voice).

Finanzierungsträger sehen sich einer wachsenden Regulierung durch den Staat ausgesetzt. Einerseits wurden private Versicherungsträger durch staatliche Regulierung „sozial überformt“, andererseits geht die Einführung von Wettbewerb in öffentlichen Sicherungssystemen mit staatlicher (Re-)Regulierung einher. Sowohl staatliche Interventionen als auch Wettbewerb beeinflussen die Autonomie der Finanzierungsträger hinsichtlich Vertragsfreiheit, Tarifgestaltung, Beitragssatz- und Budgethoheit. Dies beeinträchtigt zum einen das Streben öffentlicher und privater Träger nach Autonomie und Profit und gefährdet zum anderen ihre wirtschaftliche Überlebensfähigkeit. Dort wo die neue Konstellation Ertragslage und Überlebensfähigkeit der Finanzierungsträger negativ beeinflusst, erwarten wir verstärkt Widerspruch, mit dem Ziel staatliche Regulierung abzuwenden oder Marktmechanismen zum eigenen Vorteil zu verändern (Voice).

Zudem können insbesondere Vermarktlichungsprozesse durch kollektives Desinteresse an der Wahrnehmung von Handlungsmöglichkeiten und -anreizen aufgehalten werden (Loyalty). Dies lässt sich im niederländischen Gesundheitssystem nach der Einführung der freien Kassenwahl beobachten, als die Krankenkassen weder die neuen Spielräume zur freien Prämiengestaltung noch zum selektiven Kontrahieren (also der Möglichkeit, mit ausgesuchten Leistungserbringern Versorgungsverträge abzuschließen) nutzten (Götze u.a. 2009 [3]). Ähnliches gilt für die Anfänge der internen Märkte im englischen NHS oder die Möglichkeiten zum Vertragswettbewerb in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung. Auf längere Sicht erscheinen allerdings Anpassungsstrategien der Finanzierungsträger unumgänglich, da anfängliche „Kartelle des Desinteresses“ mit steigenden Handlungsanreizen instabiler werden und Exit für Finanzierungsträger gleichbedeutend mit der Aufgabe des Organisationszwecks wäre.

3.4.2 Untersuchungsmethode

Die Untersuchung der Folgen des Staatswandels im Gesundheitssystem stützt sich auf sechs detaillierte Länderstudien, die quantitative Analyse von 23 OECD Ländern und ein *systematic review* zur Privatisierung im Krankensektor in der OECD. Dabei nutzen wir das bewährte Konzept des *nested design*. Befunde der Analysen mit breitem Ländersample werden in den detaillierten Fallstudien aufgegriffen und vertieft. Die Grenzen der quantitativen Analyse liegen insbesondere darin, dass eine umfassende und sinnvolle Quantifizierung des Staatswandels insbesondere in der Regulierungsdimension für 23 Länder innerhalb des Teilprojektraumens nicht möglich erscheint. Überdies stehen bei der Erhebung der Reaktionen qualitative Konzepte im Vordergrund, die einen Fallstudienansatz nahe legen. Der Schwerpunkt der Untersuchung wird daher auf den Länderstudien liegen, für die eine umfangreiche Beschreibung des Staatswandels bereits vorliegt.

Indikatoren und Datenquellen

Outcomes umfassen den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Qualität der Gesundheitsleistungen, die mittelbar über spezifische Gesundheitsoutcomes gemessen wird, das Ausgabenniveau und die Verteilung der Finanzierungslast. Quantitative Indikatoren für diese Outcome-Dimensionen liegen teilweise in international vergleichenden Datensätzen der OECD (Health Data) und der WHO (Health for All Database) vor. Dies gilt für den Krankenversicherungsschutz (Inklusion von Personen), Gesundheitssystem-Outcomes und Gesundheitsausgaben. Darüber hinaus müssen Outcome-Indikatoren aus nationalen Quellen zusammengestellt werden. Dies betrifft insbesondere die Erhebung von Veränderungen im Leistungspaket, von Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, von regionalen Disparitäten in der Versorgung und der Verteilung der Finanzierungslast (vgl. Tabelle 2).

Der rechtliche Zugang zum Gesundheitssystem wurde für die sechs Untersuchungsländer bereits behandelt. Allerdings standen dabei im Sinne der Forschungsfragen der ersten und zweiten Phase des Teilprojekts die Frage nach Regulierungsakteuren und Ursachen der Reformen und nicht das Ergebnis der Regulierung im Vordergrund (Greß u.a. 2005a, 2005b; Rothgang & Staber **2010** [23]). Nunmehr sollen dagegen *Veränderungen im Umfang des Leistungspakets* in vergleichbarer Form aufbereitet und für 23 OECD-Länder quantifiziert werden. In dieser Frage ist eine Zusammenarbeit mit dem von der Volkswagen-Stiftung geförderten Projekt „Entscheidungsverfahren und Verteilungseffekte: Die Allokation von Gesundheitsleistungen in den OECD-Ländern“ der Universität Frankfurt (Leitung: Dr. Claudia Landwehr) und der DFG-Forscherguppe „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (Sprecherin Prof. Dr. Adele Diederich, Jacobs University Bremen) vorgesehen.

Tabelle 2: Operationalisierung von Outcomes

Outcomes	Indikatoren	Datenquellen
Zugang	Inklusion von Personen	OECD Health Data
– rechtlich	Umfang des Leistungspakets	In Länderstudien zu ermitteln
– faktisch	Wartezeiten (ambulant/stationär) Inanspruchnahme	OECD Waiting Times Project (Hurst & Siciliani 2004); nationale Statistiken Deutschland: GSOEP; England: BHPS; Europa: SHARE, ECHP Survey 1994-2001; Kanada: Canadian Community Health Survey; USA und Kanada: Commonwealth Fund
– räumlich	Ortsnahe Versorgung, regionale Verteilung	In Länderstudien zu ermittelnde nationale Daten zur Infrastruktur
Ausgabenniveau	Gesundheitsausgaben	OECD Health Data
Finanzlastverteilung	Kakwani-Index	Deutschland: EVS; England: Family Expenditure Survey; Italien: Bank of Italy Survey of Household Income and Wealth; Kanada: McGrail 2007; Niederlande: Family Budget Survey; USA: National Medical Expenditure
Gesundheits-Outcomes	„Vermeidbare Mortalität“ 12-Monats-Überlebensraten Todesfälle durch Behandlungsfehler	OECD Health Data, WHO Health for All Database, Nolte & McKee 2003

Daten zu *Wartezeiten* und deren Veränderungen im Zeitablauf können aus internationalen Datensammlungen übernommen werden, müssen aber teilweise durch Rückgriff auf nationale Statistiken ergänzt werden. Daten zur (Veränderung in der) *Inanspruchnahme* von Gesundheitsleistungen liegen vielfältig vor. Die Interpretati-

on orientiert sich an Konzepten, die von van Doorslaer und Masseria (2004) verwendet wurden. Auf der Basis von Individualdaten wird mittels OLS-Regression eine bedarfsstandardisierte Inanspruchnahme geschätzt und der tatsächlichen Inanspruchnahme gegenübergestellt. Ungleichheiten werden über Konzentrationsindizes erfasst.

Daten zur *regionalen Versorgungssituation* müssen wiederum auf der Ebene der Einzelstaaten erhoben werden. Hier sind Daten zur Krankenhausinfrastruktur von Bedeutung. Zudem kann über den Eurobarometer die Nähe zu ambulanter und stationärer Versorgung erhoben werden. Auch zu ihrer Interpretation sind sozio-ökonomische Standardisierungen notwendig.

Hinsichtlich der *Gesundheitsausgaben* kann auf in den ersten beiden Phasen geleistete Vorarbeiten zurückgegriffen werden. Veränderungen der *Finanzlastverteilung* werden über den Kakwani-Index für die sechs Untersuchungsländer nachgezeichnet und aktualisiert. Hierzu werden Individualdaten zu Ausgaben für Gesundheit ausgewertet. Dabei können wir sowohl auf Arbeiten des ECuity-Projekts (van Doorslaer 1999) zurückgreifen, die auf Daten aus den 1980er Jahren beruhen, als auch auf jüngere eigene Arbeiten zur Finanzlastverteilung im deutschen Gesundheitssystem (Härpfer u.a. 2009 [17]). Die Indikatoren für die *Gesundheitsoutcomes* werden aus der OECD Health Data und der WHO Health for All Database entnommen. Daten zu vermeidbarer Mortalität basieren auf Nolte & McKee (2003). Die Operationalisierung der Outcomes sowie Datenquellen sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Methoden

Die Verknüpfung des Staatswandels im Gesundheitswesen mit den für das OECD-Ländersample verfügbaren Outcome-Variablen erfolgt im Rahmen des *nested design* über *quantitative Verfahren*. Dabei werden die Auswirkungen ausgewählter quantitativ verfügbarer Indikatoren des Staatswandels auf Gesundheits-Outcomes geschätzt. Bei den Indikatoren des Staatswandels handelt es sich um den Finanzierungsmix und Zugangsindikatoren (Inklusion von Personen, Umfang des Leistungspakets) sowie das Finanzierungsniveau und verschiedene Kontrollvariablen. Über *Error Correction*-Modelle (De Boef & Keele 2009) werden sowohl ein möglicher kurzfristiger Effekt der Veränderungen als auch die Auswirkung langfristiger Niveaushiftungen ermittelt.

Explizite materielle Privatisierung konnte vor allem im Krankenhaussektor beobachtet werden. Dieser Prozess wurde maßgeblich durch die Annahme vorangetrieben, dass private Leistungserbringer technisch effizienter arbeiten. Diese Annahme soll hier überprüft werden. Dabei ist vorteilhaft, dass die Messung der Effizienz von Gesundheitsdienstleistern inzwischen nahezu industrielle Dimensionen erreicht hat (Hollingsworth 2008). Ziel ist es daher, die Ergebnisse der zahlreichen Studien hinsichtlich des Einflusses der Trägerschaft auf technische Effizienz syste-

matisch zusammenzufassen. Diese Folgen der Privatisierung der Leistungserbringer im Gesundheitssystem werden mittels eines *systematic review* (Perleth 2003; Perleth u.a. 2008) analysiert. Diese stark formalisierte Technik hat sich insbesondere in der evidenzbasierten Medizin und bei der Medizintechnik-Folgenabschätzung inzwischen als eigenständige Forschungsmethode bewährt und durchgesetzt.

In den *Länderfallstudien* werden zunächst alle in Tabelle 2 beschriebenen Outcomes erhoben. Da die Fallauswahl auf Varianz bei der unabhängigen Variable abstellt, bietet der Ländervergleich erste Anhaltspunkte für die Auswirkungen des Staatswandels auf Outcomes. Die Abschätzung der Folgen des Staatswandels wird durch lange Kausalketten und verschiedene Störgrößen beeinträchtigt. Der Ländervergleich und die Betrachtung von *Veränderungen* der Outcomes im Zeitverlauf tragen dazu bei, die Rolle von säkularen Trends zu kontrollieren. Da (quasi-) experimentelle Rahmenbedingungen für einen so komplexen Befund wie Staatswandel nicht vorliegen, müssen die Zusammenhänge durch eine dichte Beschreibung untermauert werden. Hierfür wird das Teilprojekt semi-strukturierte Interviews mit Experten führen, die in der Evaluation von Gesundheitsreformen qualifiziert sind (siehe Arbeitspakete). Dabei ist an mindestens fünf Interviews pro Länderstudie gedacht. Überdies trägt die Analyse von Sekundärliteratur dazu bei, die Entwicklung der Outcomes in Bezug zu Staatswandel zu setzen.

Bei der Erhebung von *Reaktionen* der Finanzierungsinstitutionen, Patienten/Versicherten und Ärzten in den Länderfallstudien steht eine qualitativ-beschreibende Vorgehensweise im Vordergrund. Jedoch können erste Indizien über Exit- und Voice-Verhalten anhand von quantitativen Indikatoren ermittelt werden. So wird die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersucht. Bei Ärzten sind Streikziffern, der Anteil der im Ausland praktizierenden Ärzte oder der Anteil der praktizierenden Ärzte an allen Mediziner*innen Indikatoren für Voice beziehungsweise Exit.

Weitere Grundlagen für die deskriptive Erfassung der Reaktionen von Finanzierungsinstitutionen, Patienten/Versicherten und Ärzten sind die Analyse von Primärquellen wie Positionspapiere der jeweiligen Verbände und die Analyse von Sekundärliteratur. Zudem wird die Erhebung der Reaktionen durch semi-strukturierte Experteninterviews gestützt. Hier sind sechs bis acht Interviews mit Vertretern der Finanzierungsseite sowie von Patienten- und Ärzteverbänden pro Untersuchungsland vorgesehen. Vorarbeiten wurden hierzu schon durch die Fallstudien der ersten und zweiten Phase geleistet. Überdies können wir hierbei auf die seit 2009 entstehende Dissertation von Alexander Haarmann zum Einfluss von Patientenverbänden in England und den Niederlanden zurückgreifen, die vom Teilprojektleiter an der Bremen International Graduate School of Social Sciences (BIGSSS) betreut wird. Analog zur Analyse der Outcomes ermöglicht der Ländervergleich – neben Infor-

mationen aus Sekundärliteratur und den Experteninterviews – die Verknüpfung von Staatswandel und Reaktionen.

Fallauswahl

Die Untersuchungen der Outcomes und Reaktionen werden in den sechs ausgewählten Ländern der zweiten Phase durchgeführt. Dazu zählen jeweils *England* und *Italien* für die Nationalen Gesundheitsdienste, *Deutschland* und die *Niederlande* für die Sozialversicherungssysteme sowie die *Vereinigten Staaten* und *Kanada* für die Privatversicherungssysteme. Diese Fallauswahl wird beibehalten, weil für diese Länder bereits umfangreiche Beschreibungen der Wandlungsprozesse vorliegen und diese Länder unterschiedliche Wandlungsprozesse durchlaufen haben, sodass die Varianz auf Seiten der unabhängigen Variable der dritten Forschungsphase, nämlich dem Wandel der Staatlichkeit in Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung des Gesundheitssystems, maximiert wird. Darüber hinaus schließt die Auswahl die maßgeblichen Gesundheitssystemtypen ein, sodass sowohl Vergleiche von Outcomes und Reaktionen zwischen den Typen als auch innerhalb der Typen möglich sind.

Die dem Teilprojekt seit der ersten Antragsphase zugrunde liegende Fallauswahl entlang von Gesundheitssystemtypen ist grundsätzlich nicht unproblematisch, weil derartige Klassifikationen der Komplexität von realen Fällen nie ganz gerecht werden können. Jedoch zeichnet sich die hier verwandte Klassifikation dadurch aus, dass sie sowohl aus einer im Weber'schen Sinne idealtypischen Betrachtung von Gesundheitssystemen entwickelt als auch aus allgemeinen Konzepten für Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung des Gesundheitssystems abgeleitet werden kann (Wendt u.a. 2009 [9]). Zudem liegt einer Fallauswahl anhand idealtypischer Modelle eine breite Forschungstradition zugrunde (Freeman & Frisina 2010 [2]: Tabelle 1), wodurch die Anschlussfähigkeit an komparative Arbeiten gewährleistet ist. Zuletzt trägt der Paarvergleich innerhalb der Typen dazu bei, verschiedene Einflussfaktoren auf Outcomes und Reaktionen konstant zu halten und somit den Einfluss des Staatswandels besser abschätzen zu können.

Untersuchungszeitraum

Die Ölpreisschocks von 1973/74 werden gemeinhin als das Ende des „Goldenen Zeitalters des Wohlfahrtsstaates“ angesehen (Marmor u.a. 2005). Die damit einsetzende ökonomische Rezession führte zu einem beträchtlichen Reformdruck auf die Gesundheitssysteme der OECD-Welt. Um den damit angestoßenen Wandel zu erfassen, wurde der Beginn des Untersuchungszeitraums in den ersten beiden Projektphasen auf 1970 gelegt. Dieses Datum wird in der dritten Phase beibehalten, während das Ende des Untersuchungszeitraums kontinuierlich nach hinten geschoben wird. Letzteres erlaubt auch eine nähere Betrachtung der Auswirkungen wettbewerblicher Gesundheitsreformen, die vermehrt seit den 1990er Jahren in den hier

untersuchten Ländern eingeführt wurden. Hinsichtlich der Outcomes wird dann analysiert, inwieweit sich deren Veränderungen zwischen den Ländern unterscheiden, die mehr oder weniger Wandel aufweisen. Bei den Reaktionen stehen die zeitnahen Folgen der neuen Konstellation im Vordergrund. Allerdings erfordert die Bewertung des Ausmaßes an Exit und Voice immer auch einen Vergleich mit der Verhaltensweise der Akteure zur Hochzeit des demokratischen Rechts- und Interventionstaates (DRIS), sodass die Daten auch in Bezug auf Reaktionen als Zeitreihen erhoben werden müssen.

3.4.3 Arbeitsprogramm und Zeitplan

Arbeitspakete und Arbeitsschritte

Das Teilprojekt gliedert sich in zwei größere Arbeitspakete, nämlich das zu Outcomes und das zu Reaktionen, die beide jeweils in drei Arbeitsschritte unterteilt werden können: (1) die Ausarbeitung der im Antrag vorgestellten Konzepte und Bewertungsmaßstäbe für Outcomes und Reaktionen, (2) die Datenerhebung in den Untersuchungsländern, (3) die Auswertungs- und Publikationsphase. In der dritten Phase sind dabei Forschungsaufenthalte für die Sammlung und Aufbereitung nationaler Daten sowie die Durchführung der Interviews geplant.

Arbeitspaket I: Outcomes

Arbeitsschritt I-1: Konzeptualisierung

Dieser Arbeitsschritt dient der Ausarbeitung der im Antrag vorgestellten Konzepte. Darunter fallen die genaue Spezifizierung der Indikatoren zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität, die konzeptionelle Anpassung unterschiedlicher nationaler Datensätze und die Entwicklung eines Konzepts zur Quantifizierung des Leistungspaketes. Darüber hinaus soll ein Leitfaden für die semi-strukturierten Experteninterviews vorbereitet werden.

Für das *systematic review* wird die Suchstrategie entwickelt, die Fragestellung operationalisiert und werden berücksichtigte Datenbanken identifiziert. Hierbei werden Studien aus allen OECD-Ländern berücksichtigt, die zu Beginn unseres Untersuchungszeitraums als DRIS klassifiziert waren.

Arbeitsschritt I-2: Datenerhebung

I-2A: Sammlung und Aufbereitung von Aggregatdaten, Ermittlung der Leistungspakete des Gesundheitssystems und quantitative Analysen auf Basis der 23 OECD-Länder

Aggregatdaten zu Gesundheitssystem-Outcomes, Gesundheitsausgaben und Wartezeiten liegen weitgehend in Form international vergleichbarer Datensätze vor. Darüber hinaus werden Daten zur regionalen Versorgungsstruktur erhoben. In diesem Arbeitsschritt wird zudem der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen er-

mittelt. Hierfür werden die Leistungspakete von OECD-Ländern erfasst und Veränderungen anhand der in Arbeitspaket I-1 entwickelten Konzepte quantifiziert.

I-2B: Sammlung und Aufbereitung nationaler Individualdatensätze

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Dieser Arbeitsschritt umfasst die Ermittlung von Konzentrationsindizes der tatsächlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und „bedarfsstandardisierter“ Inanspruchnahme für die Fallstudienländer. Basis hierfür sind nationale Individualdatensätze (siehe Tabelle 2) und die von Doorslaer und Masseria (2004) verwendeten Konzepte zur Messung bedarfsgerechter Versorgung.

Verteilung der Finanzierungslast: Dieses Arbeitspaket befasst sich mit der Frage, wie sich die Finanzierungsgerechtigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Dabei bauen wir auf Konzepten und Studien der ECuity-Gruppe (Wagstaff & van Doorslaer 1999) auf und reproduzieren die Messungen für unsere sechs Länderfallstudien mit aktuellen Daten. Auf Basis der in Tabelle 2 ausgewiesenen Individualdatensätze werden die Daten erhoben, die zur Schätzung der Kakwani-Indizes notwendig sind.

Forschungsaufenthalte/Kooperationspartner: Im Rahmen dieses Arbeitspakets sind verschiedene Forschungsaufenthalte und Kooperationen in den Untersuchungsländern geplant, um Zugang zu Individualdatensätzen zu erhalten:

- Deutschland: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA), Bonn (Ansprechpartner: Martin Schellhorn); Institut für Gesundheitsökonomie und Management (IGM), Helmholtzzentrum München (Ansprechpartner: Jürgen John; Wolf Rogowski); Universität Frankfurt (Ansprechpartnerin: Claudia Landwehr)
- Italien: Universität Bologna (Ansprechpartner: Emmanuele Pavolini); Universität Mailand (Ansprechpartnerin: Franca Maino)
- Kanada: University of Saskatchewan (Ansprechpartner: Daniel Béland)
- Niederlande: NIVEL, Utrecht (Ansprechpartner: Peter Groenewegen) für Inanspruchnahme und Versorgungsqualität; CPB, Den Haag (Ansprechpartner: Rudy Douven) für Finanzlastverteilung
- United Kingdom: University of Edinburgh (Ansprechpartner: Richard Freeman), London School of Economics (Ansprechpartner: Joan Costa-i-Font)
- USA: Columbia University, New York (Ansprechpartner: Michael Sparer, Mailman School of Public Health; Lawrence Brown, School of International and Public Affairs)
- USA, Kanada, UK, Deutschland, Niederlande: Commonwealth Fund, New York (Ansprechpartnerin: Mirella Cacace) für Inanspruchnahmeverhalten und Finanzierungsdaten.

Im Rahmen der Forschungsaufenthalte sind zudem Interviews mit Länderexperten geplant. Ziel der Experteninterviews ist es, Informationen zu gewinnen, um die Veränderungen auf Seiten der Outcomes und Reaktionen (siehe unten) in Bezug

zum Staatswandel im Gesundheitssystem zu setzen. Über semi-strukturierte Interviews soll in diesem Teil des Arbeitspakets die qualitativ-deskriptive Anbindung der Outcomes und Reaktionen auf den Staatswandel im Gesundheitssystem unterstützt werden. Die Durchführung liegt bei den Verantwortlichen für Länderfallstudien.

Arbeitspaket: I-3 Auswertung und Publikation

Das abschließende Arbeitspaket ist der Auswertung der Befunde zu Outcomes gewidmet. Dazu werden die Auswirkungen ausgewählter quantitativ verfügbarer Indikatoren des Staatswandels auf Gesundheits-Outcomes geschätzt und die Kakwani-Indizes berechnet, die Aussagen über die Regressivität beziehungsweise Progressivität der Finanzierung von Gesundheitsausgaben zulassen. Weiterhin müssen die qualitativen Befunde aus den Interviews mit den quantitativen Befunden zusammengeführt werden. Die Ergebnisse sollen unter anderem als Teilprojektabchlussmonographie veröffentlicht werden und auch in einen Abschlussband der C-Säule einfließen, der sich vorrangig mit den Folgen des Staatswandels in der Outcome-Dimension befasst (siehe Teilprojekt C1 zur näheren Konzeption dieses Bandes).

Arbeitspaket II: Reaktionen

Arbeitspaket II-1: Konzeptualisierung

Der erste Arbeitsschritt bei der Erforschung von Reaktionen auf Staatswandel ist ebenfalls der weitergehenden Konzeptualisierung gewidmet. Analog zum Forschungsprogramm des Sfb orientieren wir uns an Exit/Entry, Voice und Loyalty (Hirschman 1970). Diese Konzepte werden im Sinne der Reaktionen von Patienten und Ärzten auf die sich wandelnde Rolle des Staates in Gesundheitssystemen spezifiziert und operationalisiert. In dieser Phase werden Datenquellen und Indikatoren für Exit/Entry, Voice und Loyalty definiert. Darüber hinaus wird ein Leitfaden für spätere semi-strukturierte Interviews zur Erfassung von Reaktionen (kollektiver) Akteure erarbeitet.

Arbeitspaket II-2: Datenerhebung

Um die Eigenschaften und das Ausmaß der Reaktionen für jede Gruppe von Akteuren zu bestimmen, sieht die Datenerhebung sowohl Recherchen von Archivmaterial als auch die Durchführung von Experteninterviews vor. In Bezug auf ersteres sind Reisen zu nationalen Archiven für jede der acht Fallstudien vorgesehen (für weitere Informationen zu Forschungsreisen siehe Arbeitspaket I). Dies wird als nötig erachtet, um Zugang zu Positionspapieren, Medienberichten und anderer Sekundärliteratur zum Verhalten der Akteure zu erhalten, welche für uns anderweitig, etwa über unsere Universitätsbibliothek oder das Internet, nicht verfügbar sind. Um die Ergebnisse der Archivrecherchen zu untermauern und die Beziehung zwischen Reaktionen und der neuen Konstellation des Staates in der Gesundheitspolitik zu bestimm-

3.5 Stellung innerhalb des Programms des Sfb

Tabelle 3: Verortung des Teilprojekts C3 im Sonderforschungsbereich

Beschreibung (1. Förderphase)	
<i>Dimensionen von Staatlichkeit</i>	Ressourcendimension
	Legitimationsdimension
	Interventionsdimension
	Rechtsdimension
<i>Achse des Wandels</i>	Internationalisierung
	Privatisierung
	Transnationalisierung
<i>Korridorentwicklung</i>	Konvergenz
	Divergenz
Erklärung (2. Förderphase)	
<i>Antriebskräfte</i>	Wirtschaftliche Globalisierung
	Technische und industrielle Entwicklungen
	Demographischer und sozialer Wandel
<i>Weichensteller</i>	Funktional
	Institutionell
	Ideell
	Materiell
Folgenanalyse und -bewertung (3. Förderphase)	
<i>Outcome</i>	Niveau
	Verteilung
	Struktur
<i>Reaktionen/Akteurstyp</i>	Internationale Akteure
	Nationalstaaten/Regierungen
	Parteien
	Verbände/NGOs
	Unternehmen
	Bürger
<i>Bewertungsbasis (bezogen auf normatives Gut)</i>	Rechtsstaatlichkeit
	Demokratische Legitimität
	Wohlfahrt
	Sicherheit

Anm.: Die zutreffenden Merkmale sind jeweils grau hinterlegt.

Stellung zu anderen Säulen und Teilprojekten

Außerhalb der C-Säule weist das Teilprojekt thematische Berührungspunkte insbesondere zu Teilprojekten der A-Säule auf. Eine der vier Fallstudien in Teilprojekt A1 beschäftigt sich mit Dienstleistungen im Bereich der Telekommunikation und des Gesundheitssystems. Mit den Kolleginnen und Kollegen wird insbesondere im Hinblick auf grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Reaktion der Versicherten eng kooperiert, die als Exit-Option thematisiert wird. Mit dem Teilprojekt A3 wird hinsichtlich der Regulierung des Arzneimittelmarktes zusammengearbeitet, die in diesem Teilprojekt als neuer Fall hinzukommt. Das Leistungspaket ist eine zentrale Outcome-Größe im Teilprojekt C3, sodass sich eine Zusammenarbeit mit A3 gerade angesichts aktueller Diskussionen über das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung im Arzneimittelbereich besonders lohnt. In Teilprojekt A6 werden für jede der vier Grundfreiheiten in der EU zwei Urteilsreihen des EuGH untersucht. Im Dienstleistungsbereich bildet die EuGH-Rechtssprechung zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine dieser Serien. Zentraler Gegenstand des Teilprojektes ist dabei die Frage, inwieweit die Nationalstaaten darum ringen, nationalstaatliche Spielräume zu verteidigen. Die Abschätzung des Ausmaßes, in dem Patienten grenzüberschreitend Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, ist aber auch für C3 von großem Interesse, da die grenzüberschreitende Inanspruchnahme eine der hier untersuchten möglichen Exit-Reaktionen der Patienten ist. Auch hier ergeben sich daher Kooperationsmöglichkeiten.

Stellung in der eigenen Säule

Das Teilprojekt deckt mit der Erforschung von Gesundheitssystemen einen zentralen Bereich des Interventionsstaats ab. In der dritten Phase werden in allen Teilprojekten der C-Säule Verteilungs- und Niveaueffekte in Folge des Staatwandels untersucht und hinsichtlich der Erbringung des normativen Guts soziale Wohlfahrt bewertet. Das Teilprojekt C3 konzentriert sich in der Untersuchung der Outcomes auf Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die Verteilung der Finanzierungslast. Innerhalb der C-Säule bestehen sowohl inhaltliche als auch methodische Anknüpfungspunkte. Ähnlich wie das Teilprojekt C4 untersucht C3 sektorale Effektivität bei der Erbringung des normativen Guts Wohlfahrt. Ähnlich wie in Teilprojekt C6 und C7 werden auch Effizienzfragen thematisiert. In methodischer Hinsicht gibt es innerhalb der C-Säule in der dritten Antragsphase vielfältige Schnittstellen. Alle Teilprojekte untersuchen oder ermitteln die Outcomes der veränderten Konstellation von Staatlichkeit mit quantitativen Methoden. Engere methodische Überschneidungen bestehen zudem hinsichtlich des Ländervergleichs und der qualitativ-beschreibenden Vorgehensweise mit C1 (Sozialpolitik). So eröffnen sich

Möglichkeiten zu Wissensaustausch und Kooperationen zwischen den Teilprojekten, etwa bei Problemen der Datenerhebung und -auswertung.

Bei der Analyse der Reaktionen wird aufgrund von Überschneidungen bei der Länderauswahl mit den Teilprojekten C1 (Sozialpolitik), C4 (Bildung) und C6 (Rechnungslegung) weiterhin eng kooperiert. Sowohl für Deutschland (C1, C4, C6), Großbritannien (C4), Kanada (C6) als auch die Vereinigten Staaten (C6) werden in anderen Teilprojekten Reaktionen von Akteuren auf den Staatswandel erfasst.

Über die geplante gemeinsame Publikation der C-Teilprojekte wird in Teilprojekt C1 berichtet.

3.6 Abgrenzung gegenüber anderen geförderten Projekten

Projekte der Antragsteller mit einem verwandten Zuschnitt werden weder von der DFG noch von anderen Drittmittelgebern gefördert.

Literatur

- Alber, Jens & Ulrich Köhler (2004) Health and Care in an Enlarged Europe, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Bandelow, Nils C. (2007) Ärzteverbände: Niedergang eines Erfolgsmodells?, in: Thomas Winter & Ulrich Willems, Hg., *Interessenverbände in Deutschland*, Wiesbaden: VS Verlag, 271-293
- Béland, Daniel (2005), Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective, in: *Social Policy & Administration* 39:1, 1-18
- Böcken, Jan, Bernard Braun & Juliane Landmann, Hg. (2009) *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: Bertelsmann
- Braun, Bernard, Stefan Greß, Karin Höppner, Gerd Marstedt, Heinz Rothgang, Markus Tamm & Jürgen Wasem (2006) Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?, in: Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof & Melanie Schnee, Hg., *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, Gütersloh: Bertelsmann, 11-31
- Chapman, Clare (2005) Doctors in Berlin Strike over Poor Pay, in: *British Medical Journal* 331:7529, 1356
- Companje, Karel-Peter, Karel F.E. Veraghtert, Ron H.M. Hendriks & Brigitte E.M. Widdershoven (2009) *Two Centuries of Solidarity*, Amsterdam: Aksant
- Davis, John (1997) Why do Young Doctors Leave the Profession?, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 90:8, 417-418
- De Boef, Suzanna & Luke Keele (2008) Taking Time Seriously, in: *American Journal of Political Science* 52:1, 184-200
- De Bousingen, Dennis D. (2002) French Doctors' 6-Month Strike Action Has Little Effect So Far, in: *The Lancet* 359:9314, 1320
- Devereaux, Philip J., Peter T.L. Choi, Christina Lacchetti, Bruce Weaver, Holger J. Schünemann, Ted Haines, John N. Lavis, Brydon J.B. Grant, David R.S. Haslam, Mohit Bhandari, Terrence Sullivan, Deborah J. Cook, Stephen D. Walter, Maureen Meade, Humaira Khan, Neera Bhatnagar & Gordon H. Guyatt (2002) A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-profit and Private Not-for-profit Hospitals, in: *Canadian Medical Association Journal* 166:11, 1399-1406
- Donabedian, Avedis (1972) Medical Cure and Medical Care: Prospects for the Organization and Financing of Personal Health Care Services, in: *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 50:4, 103-154
- Fargion, Valeria (2006) Changes in the Responsibilities and Financing of the Health System in Italy, in: Leonardo Morlino, Valeria Fargion & Stefania Profeti, Hg., *Europeizzazione E Rappresentanza Territoriale: Il Caso Italiano*, Bologna: Il Mulino
- Felder, Stefan (2006) Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7:S1, 49-73
- France, George (2006) *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, Rassegna Parlamentare: ISLE

- Gerlinger, Thomas (2009) Competitive Transformation and State Regulation in Social Health Insurance Countries. Germany, Switzerland, and the Netherlands Compared, in: Irene Dingeldey & Heinz Rothgang, Hg., *Governance of Welfare State Reform. A Cross National and Cross Sectional Comparison of Policy and Politics*, Cheltenham: Edward Elgar, 145-175
- Giaimo, Susan & Philip Manow (1999) Adapting the Welfare State: The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States, in: *Comparative Political Studies* 32:8, 967-1000
- Greer, Scott L. (2006) Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in Health Policy, in: *Journal of European Public Policy* 13:1, 134-152
- Greß, Stefan, Dea Niebuhr, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem (2005a) Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care – A Comparative Perspective, in: *Health Policy* 73:1, 78-91
- Greß, Stefan, Dea Niebuhr, Heinz Rothgang & Jürgen Wasem (2005b) Benefit Decisions in German Social Health Insurance, in: Timothy S. Jost, Hg., *Health Care Coverage Determinations. An International Comparative Study*, Maidenhead: Open University Press, 115-131
- Greß, Stefan, Anke Walendzik & Jürgen Wasem (2009) Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz, in: *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* 58:7, 147-54
- Health Consumer Powerhouse (2009) *Euro Health Consumer Index*, Brüssel: HCP
- Henke, Klaus-Dirk & Lutz Reimers (2006) Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, in: Volker Ulrich & Walter Ried, Hg., *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos, 736-753
- Henke, Klaus-Dirk & Jonas Schreyögg (2005) *Towards Sustainable Health Care Systems*, Geneva: ISSA
- Hirschman, Albert O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge: Harvard University Press
- Holland, Walter W. (1986) The 'Avoidable Death' Guide to Europe, in: *Health Policy* 6:2, 115-117
- Hollingsworth, Bruce (2008) The Measurement of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery, in: *Health Economics* 17:10, 1107-1128
- Hurst, Jeremy & Luigi Siciliani (2004) Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery, in: OECD, Hg., *Towards High-Performing Health Systems. Policy Studies*, Paris: OECD, 207-264
- Janus, Katharina, Volker E. Amelung, Michael Gaitanides & Friedrich W. Schwartz (2007) German Physicians 'on Strike' – Shedding Light on the Roots of Physician Dissatisfaction, in: *Health Policy* 82:3, 357-365
- Jost, Timothy S., Hg. (2005) *Health Care Coverage Determinations. An International Comparative Study*, Maidenhead: Open University Press
- Kickbusch, Ilona (2004) Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat, in: Eberhard Göpel, Hg., *Gesundheit bewegt*, Frankfurt a.M.: Mabuse, 28-37
- Kickbusch, Ilona (2006) *Die Gesundheitsgesellschaft*, Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Lisac, Melanie, Lutz Reimers, Klaus-Dirk Henke & Sophia Schlette (2010) Access and Choice – Competition under the Roof of Solidarity in German Health Care: An Analysis of Health Policy Reforms since 2004, in: *Health Economics, Policy and Law* 5:1, 31-52
- Maioni, Antonia (1998) *Parting at the Crossroads. The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton: Princeton University Press

- Marmor, Ted, Richard Freeman & Kieke Okma (2005) Comparative Perspectives and Policy Learning in the World of Health Care, in: *Journal of Comparative Policy Analysis* 7:4, 331-348
- McGrail, Kimberlyn (2007) Medicare Financing and Redistribution in British Columbia, 1992 and 2002, in: *Healthcare Policy* 2:4, 123-137
- McKeown, Thomas (1982) *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Mechanic, David (2007) Population Health: Challenges for Science and Society, in: *The Milbank Quarterly* 85:3, 533-559
- Moran, Michael (1995) Explaining Change in the National Health Service: Corporatism, Closure and Democratic Capitalism, in: *Public Policy and Administration* 10:2, 21-33
- Navarro, Vicente (2000) Assessment of the World Health Report, in: *Lancet* 356:9241, 1598-1601
- Navarro, Vicente (2002) Can Health Care Systems Be Compared Using a Single Measure of Performance?, in: *American Journal of Public Health* 92:1, 31-34
- Nolte, Ellen & Martin McKee (2003) Measuring the Health of Nations. An Analysis of Mortality Amenable to Health Care, in: *British Medical Journal* 327:7424, 1129-1134
- Nolte, Ellen & Martin McKee (2004) *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, London: The Nuffield Trust
- Nolte, Ellen & Martin McKee (2008) Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis, in: *Health Affairs* 27:1, 58-71
- Nord, Erik (2002) Measures of Goal Attainment and Performance in the World Health Report 2000. A Brief, Critical Consumer Guide, in: *Health Policy* 59:3, 183-191
- Nutbeam, Don (2000) Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, *Health Promotion International* 15:3, 259-67
- OECD (2004) *Towards High-performing Health Systems*, Paris: OECD
- OECD (2009) *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Paris: OECD
- Oliver, Adam (2005) The English National Health Service: 1979-2005, in: *Health Economics* 14:S1, 75-99
- Oliver, Adam, Elias Mossialos & Alan Maynard (2005) The Contestable Nature of Health Policy Analysis, in: *Health Economics* 14:S1, 3-6
- Ott, Notburga (2006) Risiko, Solidariät, Eigenverantwortung – Kriterien sozialpolitischer Gestaltung aus ökonomischer Perspektive, in: Martin Held, Gisela Kubon-Gilke & Richard Sturn, Hg., *Jahrbuch normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik*, Marburg: Metropolis, 71-95
- Perleth, Matthias (2003) *Evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Konzepte und Methoden der systematischen Bewertung medizinischer Technologien (Health Technology Assessment) in Deutschland*, Berlin: WiKu-Verlag
- Perleth, Matthias, Reinhard Busse, Ansgar Gerhardus, Bernhard Gibis, Dagmar Lühmann, Hg. (2008) *Health Technology Assessment. Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag
- Petretto, Alessandro, Stefania Lorenzini, & Nicolo Sciclone (2003) Il Processo di Decentramento Sanitario tra Passato e Futuro, in: Gianluca Fiorentini, Hg., *I servizi sanitari in Italia*, Bologna: Il Mulino

- Pfau-Effinger, Birgit (2005) Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation, in: *Journal of Social Policy* **34**:1, 3-20
- Riesberg, Annette, Susanne Weinbrenner & Reinhard Busse (2003) Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich – Was kann Deutschland lernen?, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* **2003**:33-34, 29-38
- Rothgang, Heinz (2006) Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz?, in: Claus Wendt & Christof Wolf, Hg., *Soziologie der Gesundheit. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Opladen/Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, **46**, 298-319
- Rothgang, Heinz & Mirella Cacace (2005) Fair Financing in Germany's Public Health Insurance. Income-related Contributions or Flat Premiums, Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, TranState Working Paper 26
- Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen and Claus Wendt (2005) The Changing Role of the State in Health Care Systems, in: Stephan Leibfried and Michael Zürn, Hg., *Transformations of the State?*, Cambridge: Cambridge University Press, 187-212
- Ruthstein, David D., William Berenberg, Thomas C. Chalmers, Charles G. Child III, Alfred P. Fishman & Edward B. Perrin (1976) Measuring the Quality of Medical Care, in: *New England Journal of Medicine* **294**:11, 582-588
- Saltman, Richard B., Josep Figueras & Constantino Sakellariades, Hg. (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press
- Schlette, Sophia, Kerstin Blum & Reinhard Busse, Hg. (2008) *Gesundheitspolitik in Industrieländern. Nr. 12. Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen, Finanzierung und Steuerung, Zugang und Gerechtigkeit*, Gütersloh: Bertelsmann
- Schmid, Vivien A. (2000) Values and Discourse in the Politics of Adjustment, in: Fritz W. Scharpf & Vivien A. Schmidt, Hg., *Welfare and Work in the open Economy. Volume 1: From Vulnerability to Competitiveness*, Oxford: Oxford University Press, 229-309
- Steinmo, Sven and Jon Watts (1995) It's the Institutions, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* **20**:2, 329-72
- SVR, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5660
- Tuohy, Carolyn Hughes (1999) *Accidental Logics*, New York: Oxford University Press
- Turone, Fabio (2004) Italian Doctors Strike over Threat to Break Up State Health Service, in: *British Medical Journal* **328**:7446, 976
- van Doorslaer, Eddy & Cristina Masseria (2004) Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, in: OECD, Hg., *Towards High-Performing Health Systems. Policy Studies*, Paris: OECD, 109-166
- van Doorslaer, Eddy, Xander Koolman & Andrew M. Jones (2004) Explaining Income-related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe, in: *Health Economics* **13**:7, 629-647
- van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, Hattem van der Burg, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Rita Di Biase, Ulf-G. Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross, Unto Hakkinen, Jürgen John, Paul Johnson, Jan Klavus, Claire Lachaud, Jorgen Lauritsen, Robert Leu, Brian Nolan, Joao Pereira, Carol Propper, Frank Puffer, Lise Rochaix, Martin Schellhorn, Gun Sundberg & Olaf Winkelhake (1999) The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries, in: *Journal of Health Economics* **18**:3: 291-313

- Villalonga, Belen (2000) Privatization and Efficiency. Differentiating Ownership Effects from Political, Organizational, and Dynamic Effects, in: *Journal of Economic Behaviour and Organization* 42:1, 43-74
- Wasem, Jürgen & Stefan Greß (2009) Regulation of Private Health Insurance Markets, in: Ted Marmor, Richard Freeman & Kieke Okma, Hg., *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*, New Haven: Yale University Press, 288-304
- WHO (2000) *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization
- Wilensky, Harold L. (2002) *Rich Democracies. Political Economy, Public Policy, and Performance*, Berkeley: University of California Press
- Zweifel, Peter, Lukas Steinmann & Patrick Eugster (2005) The Sisyphus Syndrome in Health Revisited, in: *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5:2, 127-145