



Working Paper

**Der Gesundheitssystemvergleich:
Konzepte und Perspektiven**

Claus Wendt

Claus Wendt

**Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und
Perspektiven**

Arbeitspapiere – Working Papers

Nr. 88, 2005

Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung

Wendt, Claus:

Der Gesundheitssystemvergleich : Konzepte und Perspektiven /

Claus Wendt. – Mannheim : 2005

(Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung ; 88)

ISSN 1437-8574

Nicht im Buchhandel erhältlich

Schutzgebühr: € 2,60

Bezug: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES), Postfach, 68131 Mannheim

WWW: <http://www.mzes.uni-mannheim.de>

Redaktionelle Notiz:

Claus Wendt ist Post-Doctoral Research Fellow am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES), Arbeitsbereich A. Seine Forschungsinteressen beinhalten Institutionentheorie, Politische Soziologie, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung und vergleichende Gesundheitssystemforschung.

Zusammenfassung

Trotz der hohen Bedeutung, die Gesundheitssystemen in modernen Gesellschaften zugeschrieben wird, hat sich eine theoretisch angeleitete Gesundheitssystemforschung bis heute nicht etabliert. Der Schwerpunkt der vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen liegt auf der Finanzierungs- und Ausgabenproblematik, während Fragen zu Akteuren und Institutionen sowie zu den Wirkungen von Gesundheitssystemen in der Regel unteranalysiert sind. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über vier theoretische Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich. Diskutiert werden gesundheitsökonomische Analysen, systemtheoretische Arbeiten, die Theorie staatlicher Steuerung und institutionentheoretische Ansätze.

Inhalt

1 Einleitung	1
2 Theoretische Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich	5
2.1 Gesundheitsökonomie.....	5
2.2 Das Gesundheitssystem aus der Perspektive der Systemtheorie	11
2.3 Theorie staatlicher Steuerung, akteurszentrierter Institutionalismus und Governance-Perspektive..	16
2.4 Institutionentheoretische Annahmen zu den Wirkungen von Gesundheitssystemen	22
3 Kriterien für den Vergleich von Gesundheitssystemen	29
Literatur.....	35

1 Einleitung¹

„Man kann alles vergleichen“, so M. Rainer Lepsius, „Deutschland mit den Vereinigten Staaten, die Vereinigten Staaten mit Russland, Russland mit China, China mit Indien ... nein, Indien nicht, Indien ist unvergleichbar“.² Natürlich, so die Botschaft, kann auch Indien mit anderen Ländern verglichen werden. Aufgrund der besonderen politischen, wirtschaftlichen und speziell kulturellen Bedingungen dieses Subkontinents ist es jedoch viel schwieriger, eindeutig bestimmbare Vergleichskriterien zu entwickeln. Bei einer vergleichenden Analyse kommt es immer darauf an, möglichst eindeutige und klar abgrenzbare Kriterien zu definieren und nicht in den einbezogenen Fällen unterschiedliche Abgrenzungen vorzunehmen. Die Bestimmung der Vergleichskriterien hängt von dem jeweiligen theoretischen Zugang ab, und für die Wahl des Zugangs ist wiederum von Bedeutung, welche Fragestellung bearbeitet werden soll. Das bedeutet auch, dass je nach Fragestellung unterschiedliche theoretische Konzepte ihre Berechtigung haben und es den an die Wissenschaft zu stellenden Ansprüchen aus diesem Grund nicht genügt, sich auf ein theoretisches Konzept als ‚Paradigma‘ festzulegen. Im Fall der Gesundheitssystemanalyse wird die Abgrenzung von Vergleichskriterien dadurch erschwert, dass es sich bei Institutionen der Gesundheitsversorgung um hoch komplexe Systeme handelt, die einem rapiden Wandel unterworfen sind.³ Die Kriterien müssen somit sowohl für den internationalen als auch für den intertemporalen Vergleich geeignet sein.

Vergleichende Studien mit einem Fokus auf Gesundheitssysteme haben seit etwa Mitte der 1970er Jahre in quantitativer Hinsicht erheblich zugenommen. Zwei zentrale Veränderungen sind für diese Entwicklung ausschlaggebend. Die erste betrifft *die Rahmenbedingungen für Gesundheitssysteme*, die zweite *die Voraussetzungen für die wissenschaftliche Auseinandersetzung*. Seit den Ölpreiskrisen der 1970er Jahre standen in den meisten entwickelten Industrieländern auch in der Gesundheitspolitik Kostendämpfungsmaßnahmen im Zentrum der Diskussion. War bis zu diesem Zeitpunkt eine Ausweitung der Gesundheitsversorgung politisch gewollt, nahezu unabhängig von den damit verbundenen Kosten, nahm von nun an der Vergleich mit anderen Ländern zu, auch um Lösungsvorschläge für eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung im eigenen Land anzubieten. Die Möglichkeiten für die Durchführung vergleichender Analysen änderten sich insbesondere durch den Aufbau eines Gesundheitsdatensatzes durch die *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD

1 Für Anregungen und kritische Hinweise bedanke ich mich bei Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Heinz Rothgang, Thomas Schwinn, Susumu Shikano und Carsten G. Ullrich. Für die Durchsicht des Manuskripts danke ich außerdem Beate Rossi.

2 Während einer Vorlesung an der Universität Heidelberg im Sommersemester 1991.

3 Mit Gesundheitssystemen bzw. Institutionen der Gesundheitsversorgung ist die Regulierung, Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen in der stationären, ambulanten und präventiven Gesundheitsversorgung gemeint. Weitere Einflussfaktoren, die ebenfalls einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, wie beispielsweise Ernährung oder Verkehrssicherheit, werden in dieser Definition nicht dem Gesundheitssystem zugerechnet.

Health Data), der erstmals im Jahr 1985 veröffentlicht und seit diesem Zeitpunkt regelmäßig überarbeitet und ergänzt wurde. Den Schwerpunkt dieses Datensatzes bilden Informationen zu der Finanzierung und den Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Aufgrund dessen und auch aufgrund des wachsenden Drucks, Kostendämpfungsmaßnahmen zu ergreifen, stehen Fragen zur Finanzierung und Ausgabenentwicklung bis heute sowohl im Zentrum der Gesundheitspolitik als auch des Gesundheitssystemvergleichs.

Die Entwicklung einer theoretisch angeleiteten Gesundheitssystemforschung hat demgegenüber bis heute nicht stattgefunden (Marmor und Okma 1998). Eine Zuordnung von Gesundheitssystemen erfolgt in der Regel anhand einer Gegenüberstellung von Bismarck- und Beveridge-Systemen bzw. von Sozialversicherungs- und Nationalen Gesundheitssystemen, nicht aber beispielsweise entlang theoretisch abgeleiteter Gesundheitssystemtypen. Mechanic (1975) hat bereits Mitte der 1970er Jahre auf entsprechende Defizite der Gesundheitssystemforschung hingewiesen, und diese Einschätzung muss bis heute nicht revidiert werden. Defizite seien insbesondere im Bereich der soziologischen Analyse der institutionellen Voraussetzungen für die Gesundheitsversorgung auszumachen. „In sum, sociological contributions to understanding the medical care sector as a whole are very limited. Much of the problem involves the failure to specify the aspects of the health care sector of greatest significance to sociology“ (Mechanic 1975: 50). Während sich die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung in den 1970er Jahren den Fragen nach der institutionellen Ausgestaltung wohlfahrtsstaatlicher Arrangements, den Ursachen für ihre Verschiedenheit sowie den damit verbundenen Wirkungen zuwandte, blieb die Gesundheitssystemforschung von dieser Entwicklung weitgehend unberührt (Wendt 2003). Im Vordergrund stand nach wie vor die Ausgabenproblematik, und die damit zusammenhängende Frage der Wirtschaftlichkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung wurde (und wird) von Gesundheitsökonomen dominiert (Schwartz et al. 1996).

Erst Ende der 1980er Jahre wandten sich Wissenschaftler im Schnittpunkt von Politikwissenschaft und Soziologie verstärkt der Steuerungsproblematik, der Interessen- und Machtverteilung in Gesundheitssystemen sowie systemspezifischen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zu. Wegweisend sind u. a. die vergleichenden Arbeiten von Alber zur Steuerung von Gesundheitssystemen in OECD-Ländern (1988, 1989), Immerguts Analyse von Vetopositionen in der Gesundheitspolitik (1992) oder Untersuchungen zur Rolle der Verbände im Gesundheitssystem von Döhler und Manow (1995). Erst in jüngerer Zeit wurde diese Form des theoretisch angeleiteten Gesundheitssystemvergleichs wieder aufgegriffen (Moran 1999; Tuohy 1999; Freeman 2000; Giaimo 2002).

Einflussreich wurde ein Teil dieser Studien insbesondere dadurch, dass sie in direkter Auseinandersetzung mit theoretischen Fragestellungen entwickelt wurden. Speziell im ‚Schatten‘ des Kölner Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung befruchteten sich empirische Studien zum Gesundheits-

system und theoretische Konzeptionen dabei gegenseitig. Sowohl bei der Entwicklung steuerungstheoretischer Fragestellungen, deren Weiterentwicklung im Rahmen des ‚akteurszentrierten Institutionalismus‘ und schließlich der Neuinterpretation dieser Konzeption unter dem Label ‚Governance‘ (Mayntz 1990; Mayntz und Scharpf 1995; Mayntz 2004) wurde immer wieder auf das Beispiel des Gesundheitssystems zurückgegriffen und gleichzeitig der Gesundheitssystemforschung eine theoretische Basis geschaffen.

In dem vorliegenden Beitrag werden vier Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich diskutiert. Da auf dem Feld der Gesundheitssystemanalyse unterschiedliche wissenschaftliche Fächer ihre Bedeutung haben und diese sich vergleichsweise häufig aufeinander beziehen, würde eine Konzentration auf rein soziologische Arbeiten die Breite des Forschungsfeldes nicht adäquat widerspiegeln. Dennoch kann keineswegs ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, und selbst bei den einbezogenen theoretischen Zugängen können nur wenige ausgewählte Thesen skizziert werden. Vorgestellt werden gesundheitsökonomische Analysen, systemtheoretische Arbeiten, die Theorie staatlicher Steuerung sowie institutionentheoretische Ansätze. Mit dieser Auswahl ist es möglich, ein breites Spektrum an Fragen abzudecken, die im Rahmen eines Gesundheitssystemvergleichs bearbeitet werden können.

1. Gesundheitsökonomik: Gesundheitsökonomen sind die mit Abstand einflussreichsten Akteure auf dem Feld der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem. Sie stellen auf diesem Gebiet nicht nur die meisten Lehrstuhlinhaber und produzieren die größte Zahl an wissenschaftlichen Studien, sondern sie werden auch als wichtige Berater für gesundheitspolitische Akteure herangezogen. Eine ihrer Stärken ist dabei gleichzeitig eine ihrer größten Schwächen. Denn durch die primäre Konzentration auf Fragen der Ausgabenentwicklung und Finanzierung sind sie zwar auf diesem Gebiet gut aufgestellt, blenden jedoch Fragen zu Akteuren und Institutionen im Bereich der Gesundheitsversorgung systematisch aus.
2. Systemtheorie: Ein Anspruch mit fast entgegengesetzten Vorzeichen kann systemtheoretischen Studien zugesprochen werden. Die Perspektive auf das Gesundheitssystem ist möglichst umfassend, und es gibt kaum ein Detail, das nicht auf das Interesse der Systemtheoretiker stößt. Der über den deutschen Sprachraum hinaus entfaltete Wirkungsgrad kann auf dem Gebiet der Gesundheitssystemforschung jedoch als gering eingestuft werden. Bei der Darstellung dieses Ansatzes wird u. a. gefragt, welche Erkenntnisse mit Hilfe des umfassenden analytischen Zugriffs erlangt werden können, aber auch für welche Fehleinschätzungen die systemtheoretische Perspektive besonders anfällig ist.
3. Theorie staatlicher Steuerung: Der Fokus dieses theoretischen Ansatzes ist auf die Steuerungskapazität des Staates ausgerichtet. Es geht in erster Linie um den politischen Entscheidungspro-

zess, um den Handlungsspielraum politischer Akteure und um die entsprechenden Folgen für das Gesundheitssystem. Teilweise werden Regulierungsaufgaben auch auf nichtstaatliche Akteure und Institutionen übertragen. Damit verbundene Fragestellungen beziehen sich u. a. auf die Selbstregulung gesellschaftlicher Teilsysteme oder auf Vetopositionen in der Gesundheitspolitik. Gesundheitssysteme werden dabei in erster Linie als abhängige Variable betrachtet und es wird untersucht, wie diese sich unter dem Einfluss politischer und gesellschaftlicher Akteure bzw. Institutionen verändern.

4. Institutionentheorie: Auf der Grundlage soziologischer institutionentheoretischer Annahmen wird insbesondere nach den mit Institutionen verbundenen Wirkungen gefragt. Darunter werden sowohl Ergebnisse von Institutionen wie Deckungsgrad, Leistungsniveau oder Zugangschancen gefasst als auch die über Institutionen vermittelten Handlungsorientierungen, die darauf basierenden subjektiven Einstellungen sowie die Handlungsmuster, die sich unter diesen Bedingungen herausbilden. Gesundheitssysteme werden dabei in erster Linie als unabhängige Variable angesehen. Als Stärke dieses Ansatzes kann herausgestellt werden, dass zu einem höheren Ausmaß als in alternativen Herangehensweisen die mit dem Gesundheitssystemen verbundenen Folgen in den Blick genommen werden. Problematisch bleibt weiterhin, dass es bisher selten gelungen ist, Zusammenhänge zwischen Institutionen und dadurch entstandenen Handlungsmustern systematisch nachzuweisen.

Es geht jedoch nicht ausschließlich um eine Deskription und Abgrenzung unterschiedlicher theoretischer Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich. In einem auf diese Darstellungen (Abschnitte 2.1 bis 2.4) aufbauenden Teil 3 wird nicht nur nach den jeweils zentralen Kriterien für die vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen gefragt, sondern auch danach, inwieweit die Ansätze voneinander profitieren können. Um das für den einzelnen Forscher sehr unübersichtliche Feld der Gesundheitssystemforschung etwas zu lichten, wird neben rein theoretisch-konzeptionellen Arbeiten vorwiegend auf vergleichende Studien Bezug genommen.

2 Theoretische Zugänge zum Gesundheitssystemvergleich

2.1 Gesundheitsökonomie

Bei der Analyse von Gesundheitssystemen werden die Akzente von Ökonomen gesetzt. Die Einführung ‚interner Märkte‘ im britischen Nationalen Gesundheitssystem, bei der sich Politiker insbesondere auf Alain Enthoven berufen, die Stärkung des Wettbewerbs in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung, die neben anderen von Bert Rürup gefordert wird, oder die Entwicklung eines neuen Krankenhausfinanzierungssystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) in dem stark marktwirtschaftlich ausgerichteten US-amerikanischen Gesundheitssystem, das später in die Gesundheitssysteme anderer Länder transferiert wurde, sind besonders sichtbare Zeichen für den Einfluss der Ökonomen auf die Gesundheitspolitik. Doch stehen Gesundheitsökonomien bei dieser Einflussnahme in theoretischer und empirischer Hinsicht auch auf einer sicheren Basis oder besteht diese in erster Linie in der normativen Vorstellung, dass mehr Wettbewerb das Kosten-Nutzen-Verhältnis in Gesundheitssystemen schon ‚irgendwie‘ verbessern werde?

Der zentrale Ausgangspunkt gesundheitsökonomischer Forschung ist in der Tat die Feststellung, dass Ressourcen nicht in beliebiger Art und Menge kostenlos zur Verfügung stehen. Die Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Mittel bei gleichzeitig steigenden Bedürfnissen nach immer besseren Gesundheitsleistungen erfordert notwendigerweise auch in Gesundheitssystemen ein wirtschaftliches Handeln der beteiligten Akteure (Adam und Henke 1998). Leidl (1999) nennt zwei Hauptgebiete der Gesundheitsökonomie, die die theoretischen und methodischen Voraussetzungen für eine Analyse von Gesundheitssystemen aufweisen. Erstens die ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen und zweitens die ökonomische Analyse von Gesundheitssystemen. Dem zweiten Bereich, auf den im Folgenden der Schwerpunkt gelegt wird, sind Analysen zu wirtschaftlichen Fragen in Bezug auf die Organisation, Struktur, Funktion und Leistung von Gesundheitssystemen zuzuordnen. Zentrale Kriterien sind dabei die Effizienz der verwendeten monetären und personellen Mittel, die Kontrolle der Gesundheitsausgaben sowie Verteilungsgerechtigkeit auf der Finanzierungs- und Leistungsseite.

Die Analyse von Gesundheitssystemen kann aus einer mikroökonomischen und einer makroökonomischen Perspektive erfolgen. Mit Hilfe von mikroökonomischen Analysen wird versucht, das individuelle Verhalten der Akteure im Gesundheitssystem zu erfassen und Hypothesen über mögliche Veränderungen des Verhaltens aufgrund neuer Rahmenbedingungen abzuleiten. Der Fokus ist dabei sowohl auf Versicherte und Patienten als Nachfrager bzw. Konsumenten von Gesundheitsleistungen gerichtet als auch auf Ärzte und weiteres Gesundheitspersonal als Anbieter bzw. Leistungserbringer. Das Ziel der Analyse besteht darin, die spezifischen Zielfunktionen und Interessenlagen der Akteure und Institutionen des Gesundheitssystems zu erfassen, um auf dieser Grundlage Hypothesen darüber aufzu-

stellen, welche Verhaltensänderungen über neue Anreizmechanismen zu erwarten sind (Adam und Henke 1998).

Die theoretische Grundlage für damit zusammenhängende Fragen bietet der Rational-Choice-Ansatz. Das Individuum wird als ein rationaler Nutzenmaximierer angesehen, in dessen Nutzenfunktion u. a. materieller Konsum aber auch die persönliche Gesundheit eingehen. Mit Hilfe eines solchen Modells wird analysiert, wie sich Änderungen des Einkommens, von Zuzahlungsregelungen oder der Modalitäten des Krankenversicherungsschutzes (z. B. Bonus-/Malus-Regelungen) auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen oder, allgemeiner, auf das Gesundheitsverhalten auswirken (Breyer und Zweifel 1999). Welchen Einfluss die durch entsprechende Anreize induzierten Änderungen im Individualverhalten auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben haben können, hängt allerdings auch vom Verschreibungs- und Überweisungsverhalten des Arztes ab. Die Entscheidung des Primärarztes für weitergehende ambulante oder stationäre Gesundheitsleistungen hat gravierende Auswirkungen für die aufzuwendenden finanziellen Mittel. Das bedeutet, dass nicht nur die Einflussfaktoren auf die Leistungsanspruchnahme durch Patienten, sondern auch die (materiellen) Anreizbedingungen mit in den Blick zu nehmen sind, durch die das Verhalten des einzelnen Arztes bei der Leistungsbereitstellung beeinflusst wird (Breyer und Zweifel 1999). Hinzu kommen institutionelle Faktoren, wie zum Beispiel die Frage, ob der Zugang für Patienten durch das Hausarztprinzip kanalisiert wird, der Hausarzt also eine ‚Gatekeeping-Funktion‘ im Gesundheitssystem wahrnimmt, oder ob Patienten über eine freie Wahl von Allgemein- und Fachärzten verfügen. An diesem Beispiel zeigt sich, dass die mikroökonomische Analyse mit einer Institutionenanalyse zu kombinieren ist.

Die mikroökonomische Verhaltensanalyse könne, so Leidl (1999), bei erfolgreicher Abgrenzung einer geringen Anzahl an Entscheidungsparametern das Verhalten von Individuen unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen exakt beschreiben und analysieren. Hierzu gehören insbesondere Untersuchungen der Anreizwirkungen unterschiedlicher Vergütungsformen für Ärzte und Krankenhäuser in Bezug auf den Umfang und die Intensität der medizinischen Behandlung und die dabei verwendeten medizinisch-technischen Geräte. Eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsökonomie besteht darin, die Auswirkungen solcher Steuerungssysteme auf das ökonomische Verhalten der Beteiligten – auf den Leistungsumfang der Krankenhäuser, der Kassenärzte etc. – theoretisch und empirisch zu untersuchen und mit den Wirkungen alternativer Steuerungssysteme zu vergleichen. Ein weiteres Untersuchungsfeld ist die Wahl von Krankenversicherungsverträgen unter unterschiedlichen Informationsbedingungen durch Versicherte. Zwei Thesen, die nicht nur in ökonomischen, sondern auch in politikwissenschaftlichen und soziologischen Arbeiten intensiv diskutiert werden, sind in diesem Forschungsfeld besonders einflussreich: die *Moral-Hazard-These* und die *These der angebotsinduzierten Nachfrage*.

Bei der *Moral-Hazard-These* wird davon ausgegangen, dass das Bestehen einer Versicherung die Verhaltensanreize für Individuen grundlegend verändert (Arrow 1970). Die Form der Absicherung hat demnach erstens einen Einfluss darauf, zu welchem Ausmaß sich potenzielle Patienten um die Vermeidung von Krankheit bemühen (Krankheitsvorbeugung, allgemeiner Lebenswandel etc.) und zweitens, für welche Versorgungsstrategien sie sich im Krankheitsfall entscheiden (Breyer und Zweifel 1999). Insbesondere die Höhe der individuellen Selbstbeteiligung an den Kosten der Gesundheitsversorgung hat gemäß dieser These einen Einfluss darauf, ob sich Patienten auf das notwendige Ausmaß an Gesundheitsleistungen beschränken oder ob sie sich für eine maximale Versorgungsstrategie entscheiden. Je höher die individuelle Selbstbeteiligung, so die vereinfachte These, desto geringer die Inanspruchnahme. Für die Gesundheitspolitik bedeutet das, dass mit Hilfe einer Ausweitung und Anhebung individueller Selbst- und Zuzahlungen Kosteneinsparungen erzielt werden können. Hierin ist, insbesondere in Zeiten knapper öffentlicher Mittel, einer der zentralen Gründe für die aktuelle Prominenz dieser These zu sehen.

Empirische Analysen erbringen allerdings keinen eindeutigen Nachweis für einen *spürbaren* nachfragesteuernden Effekt individueller Selbst- und Zuzahlungen, insbesondere nicht dafür, dass die Begrenzung der (vermuteten) missbräuchlichen Inanspruchnahme substantielle Einsparpotenziale beinhaltet. Auch die bisher ausgefeilteste Studie zur Analyse der Effekte von Kostenbeteiligungen für die Leistungsanspruchnahme, die US-amerikanische RAND-Studie, zeigt zwar einen geringen Effekt der Selbstbeteiligung, unterstreicht jedoch gleichzeitig die geringe Preiselastizität der Nachfrage. Das mit einer leicht reduzierten Inanspruchnahme zusammenhängende Einsparvolumen wird außerdem durch zusätzliche Verwaltungskosten weiter verringert (Newhouse 1993). Für Deutschland zeigt ein Erprobungsmodell des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen außerdem, dass das Instrument der Beitragsrückerstattung nur einen geringfügigen Anreiz für eine sparsamere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellt und mögliche Kosteneinsparungen darüber hinaus durch ‚Mitnahmeeffekte‘ von Personen, die innerhalb des vorgesehenen Zeitraums ohnehin keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hätten, kompensiert werden (Schwartz und Krauth 1999).

Diese Ergebnisse lassen sich u. a. dadurch erklären, dass der mit Abstand größte Anteil an Gesundheitsleistungen und damit auch der finanziellen Ressourcen für eine sehr kleine Gruppe der Patienten aufzuwenden ist. In den Vereinigten Staaten induzieren beispielsweise 6 % der Haushalte etwa 70 % der gesamten Ausgaben (Reinhardt 1994). Ähnliche Werte liegen für Deutschland vor. So zeigt eine Analyse von Individualdaten der Versicherten der AOK Niedersachsen für die Jahre 1998 und 1999, dass auf etwa 10 % der Versicherten 80 % aller Ausgaben der Krankenkasse entfallen. Das ‚teuerste‘ Prozent verursacht etwa 30 % der Kosten (Winkelhake, Miegel und Thormeier 2002). Bei dem Personenkreis, der den weitaus größten Teil der Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, handelt es sich

um schwer Kranke bzw. um chronisch kranke Patienten, bei denen sich Selbstbeteiligungsmaßnahmen in finanzieller Hinsicht als wenig Erfolg versprechend erweisen bzw., sofern sie eine kostendämpfende Höhe erreichen, aus medizinischen Gründen nicht vertretbar sind. An der Entwicklung des Arzneimittelkonsums in Deutschland lässt sich außerdem ablesen, dass sich über die Einführung bzw. die Erhöhung von Zuzahlungen für Medikamente in der Regel nur temporäre Erfolge erzielen lassen, auf die häufig eine Phase des Anstiegs folgt, sobald eine Gewöhnung an die nun privat zu tragenden Kosten stattgefunden hat (Wendt 2003).

Die auf Robert G. Evans (1974) zurückgehende *Supplier-Induced-Demand-These* besagt, dass Ärzte ein Zieleinkommen vor Augen haben und bei Bedarf mit einer Leistungsausweitung reagieren, um dieses zu erreichen. Diese These der angebotsinduzierten Nachfrage stellt das Marktparadigma der Ökonomie in Frage, das von der Unabhängigkeit der Angebots- und Nachfragefunktion auf Märkten sowie von einer Stabilität der Präferenzen der Nachfrager ausgeht. Nur unter diesen Voraussetzungen ist von einer Effizienz von Marktgleichgewichten auszugehen. Die zentralen gesundheitspolitische Implikationen der angebotsinduzierten Nachfrage sind somit gemäß des traditionellen Marktmodells konterintuitiv sind (Theurl 2003).

Nach dieser These wählen Anbieter in bestimmten Situationen Versorgungsstrategien aus, die intensiver als diejenigen sind, die den Präferenzen der Patienten entsprechen würden, die aber zu einer höheren Vergütung führen. Eine solche Verhaltensweise ist insbesondere bei einer Einzelleistungshonorierung zu erwarten. In gewisser Weise handeln Ärzte wie andere Leistungsanbieter in einem marktwirtschaftlichen System, nur dass zusätzliche professionsspezifische Verhaltensanforderungen hinzukommen (Reinhardt 1985; Culyer 1990). Da Ärzte, die in einer eigenen Praxis tätig sind, nicht nur eigene Einkommenschancen verfolgen, sondern auch feste Kosten für die Löhne der Praxisangestellten sowie Investitionskosten für Praxis und medizinisch-technische Geräte haben, sind von ihnen wirtschaftliche Rationalitätskriterien immer im Blick zu behalten.

Entwicklungen in einer Reihe von Gesundheitssystemen zeigen eine starke Anpassung des Verschreibungsverhaltens bzw. der medizinischen Behandlung an eine Änderung der Anreizstruktur und bestätigen damit die These der angebotsinduzierten Nachfrage. Nachdem beispielsweise im kanadischen Quebec Mitte der 1980er Jahre die Vergütung für Hausbesuche verdoppelt wurde, reagierten die Ärzte mit einem steilen Anstieg ihrer Hausbesuche. In Ontario wiederum wurden im Jahr 1986 bei einer ärztlichen Behandlung private Sonderzahlungen für nicht abrechnungsfähige Leistungen abgeschafft, woraufhin die Anzahl der abrechnungsfähigen medizinischen Leistungen um etwa 18 % erhöht wurde (Culyer 1990). Ein weiteres Beispiel ist die Entwicklung des Arzneimittelkonsums in Deutschland. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurden im Jahr 1993 u. a. ein Arzneimittelbudget sowie Festbeträge für Medikamente eingeführt. Aufgrund dieser Maßnahmen verschrieben die nie-

dergelassenen Ärzte in Deutschland 1993 deutlich weniger Medikamente als im Vorjahr, und es wurde außerdem häufiger auf günstigere Generika zurückgegriffen (Busse und Howorth 1996).

Über die Prüfung einzelner verhaltenstheoretisch abgeleiteter Analysen kann die Gesundheitsökonomie nach Leidl (1999) verhältnismäßig präzise Erklärungen für Verhaltensanpassungen der Akteure im Gesundheitssystem bieten. Kritisch wird dagegen innerhalb der Gesundheitsökonomie selbst angemerkt, dass verhaltensanalytische Ansätze die Komplexität von Gesundheitssystemen nicht adäquat widerspiegeln. Es ist ein Mangel an ökonomischen Konzepten zu verzeichnen, die eine Beurteilung der Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen insgesamt ermöglichen (Culyer 1990; Schwartz et al. 1996; Kanavos und McKee 1998; Leidl 1999). Es fehlt, so Leidl (1999), eine „makroökonomische Theorie des Gesundheitssystems“.

In makroökonomischen Gesundheitssystemanalysen werden u. a. Fragen der Ressourcenallokation untersucht. Dabei ist der Fokus auf den Zusammenhang zwischen einer erhöhten oder anders strukturierten Ressourcenverfügbarkeit und einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtet. Zentrale verteilungspolitische Fragen sind u. a. die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen, Krankheitsmuster unterschiedlicher sozialer Gruppen oder regionale Versorgungsungleichheiten (Adam und Henke 1998). „Die finanziellen und organisationellen Zuständigkeiten und Interdependenzen in unserem Gesundheitssystem sind vielschichtig, oft kaum durchschaubar und hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz bisher noch wenig untersucht. Diese Untersuchungen sind jedoch Voraussetzung, um Mechanismen und Wirkungen von Veränderungen von Struktur, Organisation und Management des Gesundheitssystems evaluieren zu können“ (Schwartz et al. 1996: 55).

Bereits diese Beispiele verweisen auf zentrale Probleme bei empirisch-vergleichenden Analysen, in denen die Leistungsfähigkeit ganzer Gesundheitssysteme betrachtet wird. Über die Ursachen und Wirkungen der sich ändernden Ausgaben- und Leistungsniveaus unterschiedlicher Gesundheitssysteme bietet die Gesundheitsökonomie kaum belastbare Erklärungen. „Zuwenig wissen wir über den genauen Beitrag der einzelnen Bestimmungsfaktoren dieser Ausgaben. Neben den angeführten theoretischen Lücken bei der Analyse des gesamten Gesundheitssystems muß hier vor allem auf Mängel in der Operationalisierung und bei der kontinuierlichen, vergleichbaren Messung von zentralen Größen im Gesundheitssystem verwiesen werden“ (Leidl 1999: 30). Für die Analyse des Wandels des Morbiditätsspektrums, der eingesetzten Leistungsintensität und der Produktionstechnologie sowie des Beitrags der Gesundheitsversorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes auf dem Bevölkerungsniveau fehlen, so Leidl (1999), geeignete Messinstrumente und Daten.

Defizite sind auch in Bezug auf die theoretische und empirische Analyse von Verhandlungsprozessen als integraler Bestandteil der Prozesssteuerung in Gesundheitssystemen auszumachen. Ein mögli-

cher Ansatz, mit dessen Hilfe Verhandlungsprozesse analysiert werden können, ist das Prinzipal-Agent-Konzept, also die Analyse so genannter Sachwalterschaften, die in Gesundheitssystemen in vielfältiger Hinsicht zu finden sind. So müssen Ärzte im gleichzeitigen Auftrag von Patienten, Finanzierungsträgern, Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitssystems Versorgungsentscheidungen treffen. Der Prinzipal-Agent-Ansatz ist eingebettet in ein umfassendes institutionentheoretisches Konzept, das auf Douglass C. North zurückgeht. Danach finden sowohl kooperative als auch kompetitive Austauschbeziehungen immer innerhalb eines institutionellen Rahmens statt (North 1981). Gemäß des Prinzipal-Agent-Ansatzes ist der Auftraggeber (Prinzipal) nicht in der Lage, die Handlungen des Auftragnehmers (Agent) vollständig zu kontrollieren. Das hängt zum einen damit zusammen, dass der Agent gegenüber dem Prinzipal über einen Informationsvorsprung hinsichtlich des geleisteten Arbeitsaufwandes verfügt (*hidden action*) und zum anderen damit, dass auch die Ergebnisse der Arbeit des Agenten von dem Prinzipal nicht immer kompetent beurteilt werden können (*hidden information*). Aufgrund seines Informationsvorsprungs kann der Agent seine eigenen Interessen verfolgen. Der Prinzipal wiederum versucht mit Hilfe von Anreiz- und Kontrollstrukturen, diesem als *shirking* bezeichneten Verhalten des Agenten entgegenzuwirken.

Übertragen auf Gesundheitssysteme bedeutet das, dass eine Krankenversicherung (Prinzipal) nur begrenzt über Informationen bezüglich des Umfangs und der Qualität der Arbeit des einzelnen Arztes (Agent) verfügt. Da der Arzt sich opportunistisch verhalten und einen geschlossenen Vertrag in seinem Sinne manipulieren kann, ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten für Krankenkassen, einen ‚optimalen Vertrag‘ abzuschließen. Patienten, die aus dieser Perspektive auch eine Prinzipal-Funktion innehaben, verfügen ebenfalls über keine hinreichenden Kontrollmöglichkeiten (Arrow 1986). Informationsasymmetrien zu Lasten des Patienten können sich auf den Gesundheitszustand vor der Behandlung, die optimale Behandlungsstrategie und die Bewertung des Behandlungsergebnisses beziehen. „Sind diese Größen (gleichzeitig) nicht beobachtbar und damit nicht kontraktfähig, dann lässt sich zeigen, dass (praktisch) kein Honorierungssystem existiert, welches einen medizinischen Anbieter, der eigenständige Ziele verfolgt, dazu zwingt die Interessen des Patienten perfekt zu verfolgen“ (Theurl 2003: 144). Es ist allerdings zu betonen, dass das aus solchen Informationsasymmetrien abgeleitete Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage nur unter bestimmten institutionellen Bedingungen auftritt. Eine zentrale Voraussetzung für ein solches opportunistisches Verhalten ist die Dominanz der Einzelleistungsvergütung bei der Honorierung der Ärzte.

Hieran zeigt sich, dass institutionelle Rahmenbedingungen zu einem unterschiedlichen Ausmaß anfällig für opportunistisches Verhalten sind. Diese Rahmenbedingungen, und das ist ein zentraler Aspekt, können im Gesundheitssystem nur sehr begrenzt durch den Prinzipal selbst beeinflusst werden. Patienten bzw. Versicherte sind darauf angewiesen, dass staatliche Akteure, teilweise auch die Kranken-

versicherungen, Anreiz- und Kontrollstrukturen zugunsten der Patienten verändern. Die Krankenversicherungen sind ebenfalls davon abhängig, dass bezüglich der Vertragsverhandlungen mit der Ärzteschaft bestehende Asymmetrien hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Informationen möglichst reduziert werden. Der Prinzipal-Agent-Ansatz als zentraler Bestandteil der Neuen Institutionenökonomie bietet damit die Möglichkeit der Integration wichtiger gesundheitsökonomischer Thesen, um auf dieser Grundlage Verhandlungssysteme als Teil der Prozesssteuerung im Gesundheitssystem zu untersuchen. An eine empirische Analyse der mit Hilfe dieses Ansatzes entwickelten Thesen ist der Anspruch zu stellen, sowohl Akteurskonstellationen als auch institutionelle Regelungen möglichst detailliert und für den internationalen Vergleich entlang einheitlicher Kriterien zu erfassen. Beide Bedingungen wurden in gesundheitsökonomischen Studien, in denen eine vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen vorgenommen wird, bisher nicht erfüllt.⁴

2.2 Das Gesundheitssystem aus der Perspektive der Systemtheorie

Aus der Perspektive der Systemtheorie kann eine Steuerung sozialer Systeme nur durch diese Systeme selbst erfolgen. Funktionale Differenzierung bedeutet, dass sich soziale Systeme hochgradig spezialisieren und, so Bauch (2004), sich aus diesem Grund nicht von anderen sozialen Systemen bei der Ausübung ihrer speziellen Funktion regulieren lassen. „D. h. die Funktionssysteme sind in der Ausübung ihrer Funktion weitestgehend autonom, sie regeln selbst, wie sie ihre Funktion erfüllen, also zum Beispiel im Falle des Gesundheitssystems, wie sie Krankheit bekämpfen und Gesundheit schützen“ (Bauch 2004: 43). Luhmann (1983) nimmt eine allgemeine Entwicklungsdynamik an, die in allen entwickelten Gesundheitssystemen sehr ähnlich verläuft und nur einen begrenzten Spielraum für regulierende Maßnahmen durch das politische oder wirtschaftliche System lässt. Sind die Möglichkeiten für eine Therapie durch medizinisch-technische Innovationen einmal gegeben, wird es politisch nicht durchsetzbar sein, diese aus Kostengründen nicht zu realisieren, da „der Sog der besseren Möglichkeiten ... eine politische Kraft ersten Ranges“ sei (Luhmann 1983: 49).

Diesen Prozess bezeichnet Luhmann (1983) als ‚Hypostasierung der eigenen Funktion‘ mit der Folge einer nicht kontrollierbaren Ausgabedynamik. Der zunehmende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sowie der damit teilweise zusammenhängende Anstieg chronischer Erkrankungen sind dabei als externe Effekte anzusehen, die den vorgezeichneten Ausgabenanstieg beschleunigen, für diesen jedoch nicht ursächlich verantwortlich sind (Bauch 2004). Die Frage, ob aus dieser Perspektive Gesundheitssysteme durch Eingriffe des politischen Systems zu einem Ausmaß steuerbar

4 Die Studien von Tuohy (1999), Freeman (2000) sowie Thurner und Kotzian (2001) sind allerdings Beispiele dafür, dass das Prinzipal-Agent-Konzept auch in anderen Fächern/Disziplinen auf Interesse stößt und für den Gesundheitssystemvergleich verwendet wird.

sind, das über kurzfristige Bremseffekte hinausgeht, ist damit bereits beantwortet. „Die Antwort der Systemtheorie ist eindeutig: nein! Soziale Systeme sind in höchstem Maße umweltignorant und weisen alle deterministischen Steuerungsversuche von Außen ab“ (Bauch 2004: 43f). So würden beispielsweise Rationierungseffekte innerhalb des Systems dadurch unterlaufen, dass auf private Finanzierungsformen umgestellt werde. Je restriktiver also die Leistungsgewährung, desto umfangreicher das privat finanzierte Leistungsgeschehen (Bauch 2004). Politische Steuerungsversuche mit dem Ziel einer Kontrolle der Gesundheitsausgaben und -leistungen würden damit das Gesundheitssystem lediglich zu einer Veränderung des Finanzierungsmodus zwingen.

Auch wenn die Argumentation von Badura und Feuerstein (1994) eine ähnliche Richtung aufweist, schließen diese beiden Autoren die Steuerbarkeit von Gesundheitssystemen nicht mit der gleichen Eindeutigkeit aus. Anforderungen aus der Umwelt, also auch gesundheitspolitische Steuerungsleistungen, so Badura und Feuerstein (1994: 13), würden allerdings nur in dem Umfang an Handlungs- und Gestaltungsrelevanz gewinnen, „wie sie die Reproduktion der dort vorherrschenden Strukturen, Operationen und Imperative in Frage stellen“. Unspezifische Eingriffe wie eine allgemeine Deckelung der Gesundheitsausgaben hätten dagegen nur einen marginalen Einfluss auf die interne Entwicklungsdynamik. Das gelte insbesondere für den technikvermittelten Wandel des klinischen Geschehens. „Sparzwänge können zwar die Innovationsgeschwindigkeit, also das ‚Drehmoment‘ der medizinischen Technisierungsspirale verlangsamen, sie bewirken jedoch nicht per se eine Trendumkehr beispielsweise im Sinne einer verstärkten Integration von technik- und interaktionsintensiven Leistungen oder einer verbesserten Abstimmung einzelner Teilsysteme mit den Versorgungsbedürfnissen chronisch Kranker“ (Badura und Feuerstein 1994: 13). Am Beispiel der klinischen Kardiologie weisen Badura und Feuerstein (1994) nach, dass die Technikentwicklung eine der zentralen Triebkräfte des medizinischen Systembildungsprozesses ist. Diese Entwicklung, und ähnlich wurde es bereits von Luhmann (1983) formuliert, hänge damit zusammen, dass es keinen Grund gebe, eine Funktion nicht durch noch bessere Techniken zu perfektionieren, wenn spezialisierte Subsysteme erst einmal eine solche Funktion innerhalb des diagnostischen und therapeutischen Prozesses herausgebildet hätten. Das, so Badura und Feuerstein (1994), gelte selbst für Maßnahmen, die über die Grenzen des therapeutisch Sinnvollen hinausgehen.

Es geht an dieser Stelle nicht darum, auf mögliche Fehleinschätzungen der Systemtheorie im Allgemeinen hinzuweisen (siehe dazu Schwinn 2001). Aus diesen Ausführungen wird, und auf diesen Punkt kommt es in diesem Zusammenhang an, unmittelbar einsichtig, aus welchem Grund systemtheoretisch angeleitete Gesundheitssystemvergleiche bis auf wenige Ausnahmen nicht vorliegen: Wenn angenommen wird, dass sich Gesundheitssysteme zur Erfüllung spezifischer Funktionen ohne die Möglichkeit einer externen Intervention selbstregulierend entwickeln und gleichzeitig die Annahme

besteht, dass diese Funktionen in allen modernen Gesellschaften identisch sind, dann sind mit Gesundheitssystemvergleichen nur sehr begrenzt Erkenntnisfortschritte zu erzielen. Die Analyse eines einzelnen Gesundheitssystems reicht aus dieser Perspektive aus, um auf dieser Grundlage auf entsprechende Entwicklungen in anderen Gesundheitssystemen schließen zu können.

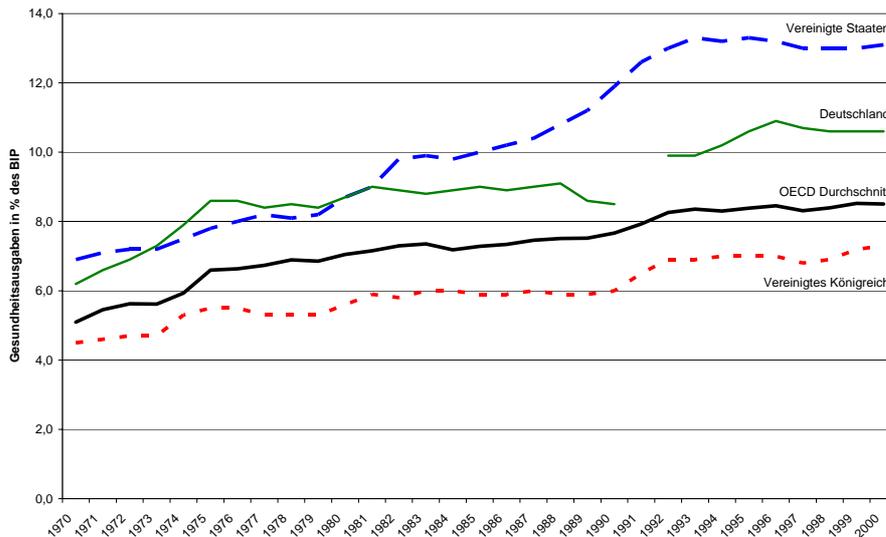
Einer der Wenigen, der eine vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen auf der Grundlage systemtheoretischer Fragestellungen vorgelegt hat, ist Jens Alber. Alber (1988) geht dabei von *Luhmanns These einer Anspruchsinflation im Gesundheitssystem* aus, die auf den für moderne Gesellschaften typischen Prozess funktionaler Differenzierung zurückzuführen sei. Auf dieser Grundlage fragt er, ob sich wirklich in allen ausdifferenzierten Gesundheitssystemen eine gleichförmige Entwicklungsdynamik identifizieren lasse oder aber ob ein Gesundheitssystemvergleich unterschiedliche nationale Entwicklungsprofile sichtbar werden lässt. In seiner empirischen Analyse der Gesundheitssysteme von 21 OECD-Staaten entwickelt Alber (1988) die These, dass die Verringerung nationaler Unterschiede in der Prosperitätszeit bis 1975 darauf hindeutet, dass in dieser Zeit des Wachstums ein hohes Ausmaß an gesundheitspolitischen Eingriffen als nicht erforderlich angesehen wurde. „In der Austeritätszeit ab 1975 konnten es sich die Politiker dagegen in sehr viel geringerem Maße erlauben, das kostspielige Gesundheitswesen sich selbst zu überlassen. Politische Eingriffe waren nun an der Tagesordnung. Da auch die Länder auf weitgehend identischen Modernisierungsniveaus sich in der politischen Struktur und parteipolitischen Zusammensetzung der Regierung stark unterscheiden, liegt hier vielleicht die Erklärung dafür, warum die nationalen Unterschiede seit 1975 wieder größer wurden“ (Alber 1988: 136). Anders als von Luhmann (1983) vermutet, stellt Alber (1988) fest, dass sich systemspezifische Unterschiede bei der Kostenkontrolle nachweisen lassen, dass also keineswegs von einer eigendynamischen Expansionsentwicklung auszugehen sei, die sich nicht über staatliche Eingriffe steuern lasse. Besonders erfolgreich bei der Kontrolle der Gesundheitsausgaben, so Alber (1988), erweisen sich Nationale Gesundheitssysteme und damit Kontexte, in denen Gesundheitspolitiker einen direkten Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsausgaben haben.

Ein Vergleich von 23 OECD-Staaten⁵ mit aktuellen Daten (OECD Health Data 2004) bestätigt die These von Alber (1988) und widerlegt damit gleichzeitig die auf Grundlage der Systemtheorie getroffenen Annahmen (Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005). Erstens steigen die Ausgaben im Durchschnitt der OECD-Staaten nicht in einem solchen Ausmaß, dass von einer nicht begrenzten Kostenexpansion gesprochen werden kann. Die Entwicklung der Ausgaben weist im Gegenteil seit Mitte der 1970er und insbesondere mit Beginn der 1990er Jahre eine bemerkenswerte Konstanz auf. In

5 In die Analyse wurden diejenigen OECD-Staaten einbezogen, die über entwickelte Wohlfahrtsstaaten verfügen und bereits in den 1970er Jahren Mitglied der OECD waren (siehe Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005).

einigen OECD-Ländern (Dänemark, Finnland, Kanada) ist es sogar gelungen, die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP zu senken. Außerdem zeigt sich – und dieses Ergebnis des internationalen Vergleichs widerlegt eindeutig die These, dass Gesundheitssysteme dem regulierenden Eingriff des Staates weitgehend entzogen sind – dass die Gesundheitsausgaben in verschiedenen Systemen zu einem unterschiedlichen Ausmaß kontrolliert werden können (siehe Schaubild 1).

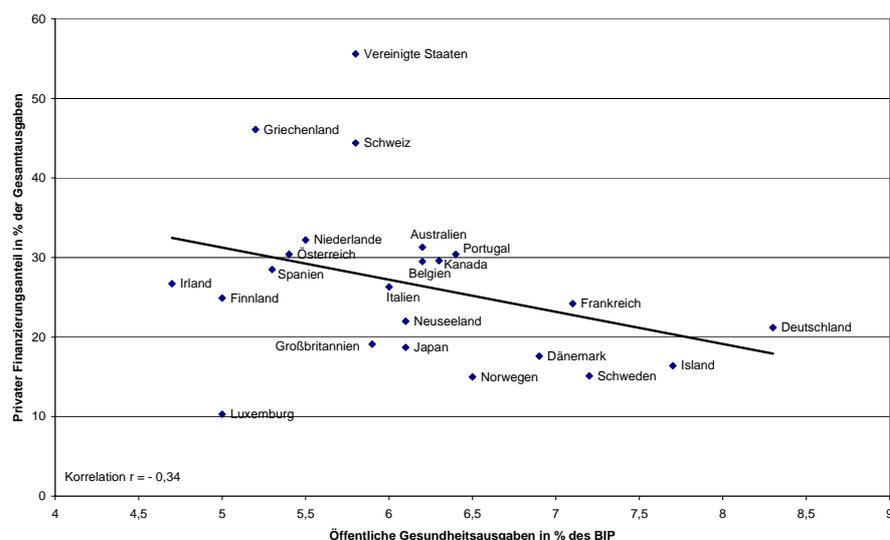
Schaubild 1: Gesamtausgaben für Gesundheit in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)



Quelle: OECD Health Data 2004, eigene Darstellung

Während die Ausgaben in dem weitgehend marktwirtschaftlich organisierten US-amerikanischen Gesundheitssystem auf über 13 % angestiegen sind, liegen die Gesundheitsausgaben in dem britischen Nationalen Gesundheitssystem, das einen hohen staatlichen Interventionsgrad aufweist, bisher unter 7 % des BIP, und in dem deutschen Gesetzlichen Krankenversicherungssystem sind die Gesundheitsausgaben nach einer stabilen Entwicklung in den 1980er Jahren erst in Zusammenhang mit der Deutschen Einheit wieder gestiegen.

Auch für die These, dass in Gesundheitssystemen, in denen öffentliche Gesundheitsausgaben in einem höheren Ausmaß kontrolliert (und Leistungen rationiert) werden, stärker auf private Finanzierungsformen ausgewichen wird, bietet der internationale Vergleich keinen eindeutigen Beleg. Zwar weisen Länder mit relativ niedrigen öffentlichen Gesundheitsausgaben (in Prozent des BIP) einen höheren privaten Finanzierungsanteil (in Prozent der Gesamtausgaben) auf. Die Korrelation beträgt für die 23 OECD-Länder jedoch $r = -0,34$ und kann somit nur bedingt zur Unterstützung dieser These herangezogen werden (siehe Schaubild 2).

Schaubild 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben und privater Finanzierungsanteil, 2000

Quelle: OECD Health Data 2004, eigene Darstellung

Die These einer zunehmenden Technisierung des medizinischen Systems lässt sich demgegenüber auf Basis der OECD-Daten belegen. Bei Computer-Tomographen und Magnetresonanz-Tomographen (hier weist der OECD-Datensatz seit Anfang der 1980er Jahre für die meisten der 23 Gesundheitssysteme Daten aus) ist in den Ländern der OECD ein ununterbrochener (teilweise rapider) Anstieg zu erkennen. Gleichzeitig sind aber bei der Anzahl dieser medizinisch-technischen Geräte in Relation zur Bevölkerungszahl erhebliche Unterschiede zu erkennen, die darauf hinweisen, dass „der Sog der besseren Möglichkeiten“ (Luhmann) in den einzelnen Ländern zu einem sehr unterschiedlichen Ausmaß politisch kanalisiert wird.⁶ Auf Grundlage der OECD-Daten ist auch nicht zu erkennen, dass die Anzahl der medizinisch-technischen Geräte in denjenigen Ländern besonders hoch ist, die dafür in wirtschaftlicher Hinsicht die besseren Voraussetzungen aufweisen.⁷

Vertreter der Systemtheorie sehen sich folglich mit der Aufgabe konfrontiert, die Thesen, die in Bezug auf die Entwicklung von Gesundheitssystemen aufgestellt werden, im Rahmen des internationalen Vergleichs mit empirischen Daten zu unterfüttern. Erst in der Verbindung von Theorie und Empirie kann die Systemtheorie ihren potenziellen Nutzen für den Vergleich von Gesundheitssystemen unter Beweis stellen.

6 9,6 Computer-Tomographen je 1 Mill. Einwohner in Frankreich stehen beispielweise 18,5 Computer-Tomographen je 1 Mill. Einwohner in der Schweiz gegenüber; bei Magnetresonanz-Tomographen ist bei diesen Ländern das Verhältnis 2,6 zu 12,9; Zahlen jeweils für 2000 (OECD Health Data 2004).

7 Zwischen der Anzahl der Computer-Tomographen je 1 Mill. Einwohner und dem BIP in US\$ je Einwohner (gemessen in Kaufkraftparitäten) beträgt die Korrelation $r = 0,17$ (für Irland, die Niederlande und Norwegen liegen keine Daten vor). Zwischen der Anzahl der Magnetresonanz-Tomographen je 1 Mill. Einwohner und dem BIP in US\$ je Einwohner beträgt die Korrelation $r = 0,25$ (für Irland und Norwegen liegen keine Zahlen vor). Verwendet wurden die Zahlen für das Jahr 1997, hier liegen für die meisten OECD-Länder die aktuellsten Daten vor (OECD Health Data 2004, eigene Berechnung).

2.3 Theorie staatlicher Steuerung, akteurszentrierter Institutionalismus und Governance-Perspektive

Die steuerungstheoretische Debatte hat in der Hinsicht eine grundlegende Wandlung vollzogen, dass die ursprüngliche Frage nach der staatlichen Steuerung zur Lösung gesellschaftlicher Probleme zunehmend um Selbststeuerungskompetenzen gesellschaftlicher Teilsysteme erweitert wurde. Es geht damit um das Verhältnis von staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbstorganisation. Auch wenn die Zuweisung von Steuerungskompetenzen weiterhin über den legislativen Prozess durch staatliche Akteure erfolgt, werden (zugewiesene) Steuerungsaufgaben immer häufiger von nichtstaatlichen Akteuren übernommen. Die Externalisierung dieser Aufgaben, so die damit verbundene Annahme, entlastet den Staat und deren Ausübung innerhalb gesellschaftlicher Teilsysteme führt zu einer engeren Verbindung von Steuerungssubjekt und Steuerungsobjekt und damit zu einer potenziell besseren Abstimmung und Rückkopplung zwischen den Steuerungsprozessen und den individuellen Bedürfnissen, auf die sie gerichtet sind. Diese Perspektive bedeutet keine Verneinung der staatlichen Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, wie es von Vertretern der Systemtheorie vermutet wird, aber doch eine eindeutige Abkehr von der Planungs- und Steuerungseuphorie der 1970er und 1980er Jahre (Mayntz 1990). Gemäß dieser modifizierten Definition bedeutet Steuerung die bewusste staatliche und nichtstaatliche Intervention in politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Handlungsfelder mit der Intention, dass sich das Verhalten von Akteuren auf zuvor festgelegte Ziele ausrichtet. Diese Form der Intervention schließt die Koordination und Kontrolle der Handlungen der beteiligten Akteure ein. Bei Steuerung, Koordination und Kontrolle handelt es sich nicht mehr um eine einseitige Einflussnahme einer zuständigen Institution (des Staates), sondern um Interaktionsprozesse zwischen eigenständigen Akteuren.

Als ein vorläufiges Ergebnis des Versuchs der Entwicklung eines ‚maßgeschneiderten Ansatzes‘ zur Analyse des Zusammenhangs von Steuerung und Selbstorganisation auf der Ebene gesellschaftlicher Teilbereiche kann der akteurszentrierte Institutionalismus angesehen werden (Mayntz und Scharpf 1995). Danach haben institutionelle Faktoren keine *determinierende* Wirkung, sondern sie bilden einen stimulierenden, ermöglichenden oder aber restringierenden Handlungskontext für individuelle und korporative Akteure. Diese Akteure werden gesetzlich konstituiert und sanktioniert, und der institutionelle Kontext, in den sie eingebettet sind, erzeugt eine wechselseitige Erwartungssicherheit und macht so über die Grenzen persönlicher Beziehungen hinausgehendes soziales Handeln überhaupt erst möglich. Die unterschiedlichen Modi der Handlungskoordination, bei denen nicht mehr eindeutig zwischen Steuerungssubjekt und Steuerungsobjekt unterschieden werden kann, werden seit einigen Jahren auch unter dem Begriff ‚Governance‘ diskutiert. Als Grundformen sozialer Handlungskoordination benennen Mayntz und Scharpf (1995) ‚Hierarchie‘, ‚Markt‘, ‚Gemeinschaft‘ und ‚Organisationen‘.

Dabei ist wichtig, dass sich kein gesellschaftlicher Sektor allein durch eine Governance-Form charakterisieren lässt. Weder ist die Wirtschaft rein als ‚Markt‘ noch ist der Staat durchgehend als ‚Hierarchie‘ organisiert. Speziell in staatsnahen Sektoren findet man Elemente der verschiedenen Governance-Formen kombiniert. Der Staat greift immer seltener direkt und hierarchisch ein, sondern geht dazu über, Regulierungsleistungen in Kooperation mit anderen Akteuren zu erbringen (Newman et al. 2004: 204).

Überträgt man diese Überlegungen auf die Gesundheitssystemanalyse, dann wird deutlich, dass die Annahme einer allgemeinen Entwicklung weg vom hierarchisch anordnenden hin zum kooperativen Staat (Majone 1997) in Bezug auf Gesundheitssysteme zu modifizieren ist. Vielmehr sind seit ihrer Entstehungsphase in Gesundheitssystemen drei Regulierungsträger (Staat, Selbstverwaltung und Markt) und zusätzlich drei unterschiedliche Regulierungsformen (Hierarchie, Verhandlung und Wettbewerb) von Bedeutung. Aus der Kombination der Regulierungsträger (‚Wer reguliert?‘) und der Regulierungsinstrumente (‚Wie wird reguliert?‘) ergibt sich folgende Neun-Felder-Matrix:

Schaubild 3: Regulierungsträger und Regulierungsinstrumente in Gesundheitssystemen

		Regulierungsträger		
		Staat	Selbstverwaltung	Markt
Regulierungs- instrumente	Hierarchie	<i>Nationales Gesundheitssystem</i>		
	Verhandlung		<i>Gesetzliches Kranken- versicherungssystem</i>	
	Wettbewerb			<i>Privates Gesundheitssystem</i>

Quelle: eigene Darstellung

Idealtypisch lassen sich dabei Nationale Gesundheitssysteme der Kombination ‚Staat und Hierarchie‘, Gesetzliche Krankenversicherungssysteme der Kombination ‚Selbstverwaltung und Verhandlung‘ und Private Gesundheitssysteme der Kombination ‚Markt und Wettbewerb‘ zuordnen. Diese Zuordnungen, und dieses Ergebnis steht wiederum in Einklang mit Annahmen der Governance-Forschung, lösen sich jedoch zunehmend auf, und die jeweiligen Gesundheitssystem-Typen implementieren immer häufiger ‚systemfremde‘ Regulierungs- bzw. Koordinierungsinstrumente. So finden im britischen NHS sowohl Wettbewerbs- als auch Verhandlungselemente Eingang, und im US-amerikanischen privaten Gesundheitssystem wird innerhalb von Health Maintenance Organizations die Hierarchie gestärkt. Während sich in diesen beiden Systemtypen insbesondere die Regulierungsinstrumente verändern, ist in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung sowohl ein Wandel der Regulierungsträger

(die Rolle des Staates und des Marktes wird gestärkt) als auch der Regulierungsinstrumente (mehr Wettbewerb und mehr Hierarchie) zu verzeichnen (Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005).

Dennoch lassen sich Gesundheitssystem-Typen auch weiterhin mit hinreichender Schärfe voneinander abgrenzen. Auf der Grundlage empirisch vergleichender Gesundheitssystemanalysen können deshalb Aussagen darüber getroffen werden, unter welchen (verallgemeinerbaren) Bedingungen ein gesellschaftliches Teilsystem mit Hilfe von politischen Interventionen gezielt verändert werden kann und unter welchen Rahmenbedingungen Reformvorhaben nicht greifen bzw. am Widerstand von Akteuren scheitern. Im Folgenden werden zwei Ansätze diskutiert, die in Bezug auf die Frage der Steuerbarkeit von Gesundheitssystemen von besonderer Bedeutung sind. Dabei handelt es sich um Ansätze zur politisch legitimierten Selbstregelung sowie zur Vetomacht organisierter Interessengruppen.

Staatliche Steuerung und gesellschaftliche Selbstorganisation in Gesundheitssystemen: Die Frage der gesellschaftlichen Selbstregelung wurde insbesondere in Analysen zum deutschen Gesetzlichen Krankenversicherungssystem aufgegriffen. Regelungsstrukturen sind dann als unabdingbar anzusehen, wenn beispielsweise entgegen gesamtgesellschaftlicher Zielvorstellungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen der Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen verwehrt bleibt. Bei der Unterscheidung von Akteuren, die dem politisch-administrativen System angehören und Akteuren staatsnaher selbstorganisierter Sektoren ist zu berücksichtigen, dass staatliche Akteure über demokratische Prozesse auf gesamtgesellschaftliche Kriterien verpflichtet werden, während Akteure selbstorganisierter Sektoren in der Regel partikulare Interessen verfolgen. Zur Unterbindung negative Effekte, die den Adressaten solcher regulativer Eingriffe oder aber gesamtgesellschaftlichen Interessen zuwiderlaufen, verfügen staatliche Akteure auch in Bereichen gesellschaftlicher Selbstregelung über Interventionsrechte und Kontrollkompetenzen bzw. die Möglichkeit der Interventionsandrohung. Verhandlungen in diesen Bereichen finden deshalb typischerweise im ‚Schatten der Hierarchie‘ statt (Scharpf 1993).

Für das Verständnis der Beziehung zwischen staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbstregelung ist darüber hinaus von Bedeutung, dass nicht nur staatliche Akteure in den staatsnahen Bereich hineinwirken, sondern auch umgekehrt organisierte Interessengruppen dieses Bereichs Einfluss auf das politisch-administrative System nehmen können. Hierbei ist insbesondere deren Vetomacht stark ausgeprägt, da hierfür auch heterogene ‚Querkoalitionen‘ ausreichen, die im deutschen Gesundheitssystem über viele Jahre hinweg zwischen Ärzten, Pharmaindustrie und Krankenhäusern, je nach politischer Lage in Kooperation mit einem Teil der Koalitionsregierung oder aber der Bundesratsmehrheit, zu verzeichnen waren (Rosewitz und Webber 1990). Außerdem reicht es zur Abwehr staatlicher Interventionen in der Regel aus, Einfluss auf eine von mehreren Vetopositionen zu gewinnen. Im Vergleich zu ihrer Vetomacht ist die Gestaltungsfähigkeit selbstregulierter Bereiche sehr viel geringer. Für diese Option ist ein deutlich höherer Homogenitätsgrad erforderlich als für Blockaden politischer Entschei-

dungen. Da im Rahmen gesellschaftlicher Selbstregulierung typischerweise unterschiedliche Interessen aufeinander stoßen, ist die erforderliche Homogenität nur in Ausnahmefällen gegeben. Folge einer solchen Kombination von Blockademacht und geringer Gestaltungskompetenz kann u. a. sein, dass zu spät und/oder zu schwach auf veränderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit notwendigen politischen Reformen oder mit Selbstregulierung reagiert wird. Eine mögliche damit verbundene Folgewirkung, so eine zentrale These dieser Forschungsperspektive, besteht darin, dass der zunehmende Druck die Handlungsfähigkeit sowohl des Staates als auch der Akteure des selbstregulierten Systems immer weiter einschränkt, auch da sich die zu verteilenden Ressourcen verringern (Wendt, Rothgang und Helmert 2005).

Während in Großbritannien die Möglichkeit der direkten staatlichen Steuerung regelmäßig zur Umstrukturierung des Nationalen Gesundheitssystems genutzt wurde (Ham 2004), hatten Strukturreformen im deutschen Gesundheitssystem bis in die 1990er Jahre nur geringe Durchsetzungschancen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass sich das deutsche Gesetzliche Krankenversicherungssystem als verhältnismäßig anpassungsfähig erwiesen hat. Dabei ist speziell auf die immer wieder zu beobachtende Maßhaltepolitik hinsichtlich der Einkommenschancen der ärztlichen Profession zur Vermeidung staatlicher Struktureingriffe zu verweisen. Eine starke Verbändepräsenz kann die Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsektoren folglich nicht nur erschweren, sondern auch erleichtern. Scharpf (1988) weist in diesem Zusammenhang jedoch auf die Gefahr eines ‚Sperrklinken-Effektes‘ hin. Dieser kann eintreten, wenn sich die Regierung eine verbandliche Konformität mit staatlichen Steuerungszielen dadurch erkaufte, dass sie die institutionelle Position der Verbände stärkt.

Auch wenn der Staat in Nationalen Gesundheitssystemen die Interessen speziell der organisierten Ärzteschaft ebenfalls berücksichtigen muss, ist er auf einen Verzicht auf Strukturreformen zur Erreichung kurzfristiger Ziele nicht angewiesen. Doch auch in Deutschland hat sich die Gesundheitspolitik nie nur auf Interventionsandrohungen beschränkt, um die verbandliche Selbstregulierung zu einem höheren Maße an politisch vorgegebenen Zielen auszurichten. Die gemeinsame Selbstverwaltung war immer auch Gegenstand gesetzlicher Regulierung, wobei sich die Frequenz direkter staatlicher Interventionen seit Anfang der 1990er Jahre erhöht hat (Wendt, Rothgang und Helmert 2005). Ein Beispiel für diese Entwicklung ist die staatliche Festsetzung sektoraler Budgets. Inzwischen, so Behagel (1994), ist das über viele Jahre gut harmonisierende System der ärztlichen Interessenvertretung ein ‚Verbandssystem unter Stress‘, das staatliche Interventionen immer seltener abwehren kann.

Vetopositionen in der Gesundheitspolitik: Die Vetogruppen-Theorie bezieht sich u. a. auf die Kompetenz organisierter Interessengruppen, staatliche Reformpläne zu verhindern (Mayntz 1990) bzw. in eine für diese Interessengruppe vorteilhafte Richtung zu lenken. Diese These wird von Immergut (1992) dahingehend erweitert, dass ähnlich starke Interessengruppen in unterschiedlichen Ländern je

nach den Besonderheiten der politischen Entscheidungsstrukturen stark voneinander abweichende Wirkungen entfalten können. Die Vetomacht ist somit institutionell bestimmt.⁸ Der Erfolg oder Misserfolg staatlicher Reformversuche, so Immergut (1992), lasse sich auf dem Feld der Gesundheitspolitik insbesondere durch die größere Geschlossenheit oder Fragmentierung des politisch-administrativen Systems erklären. Hierbei sind jeweils spezifische ‚veto points‘ zu verzeichnen, die Interessengruppen und speziell der organisierten Ärzteschaft die Möglichkeit der Blockade bieten, und deren Fehlen die Durchsetzbarkeit staatlicher Reformen erhöht. Während in Schweden das Fehlen von Vetopositionen eine direkte Steuerung des Gesundheitssystems durch die Exekutive ermöglichte, boten in Frankreich instabile parlamentarische Mehrheiten lange Zeit gute Koalitionsoptionen und damit Möglichkeiten der Einflussnahme für die ärztliche Profession, und in der Schweiz bedeutet die Option des Referendums ebenfalls einen erheblichen Einfluss von Interessengruppen auf den politischen Entscheidungsprozess (Immergut 1992). Es ist damit das Design politischer Institutionen, das den Möglichkeitsraum für staatliche Steuerung aber auch für die Intervention von Interessengruppen definiert.

Die Theorie staatlicher Steuerung wird von Immergut (1992) dahingehend ergänzt, dass staatliche Entscheidungen nie in einem geradlinigen Prozess umgesetzt werden können, sondern je nach Institutionalisierungsform und je nach Widerstandsfähigkeit kollektiver Akteure sehr unterschiedlichen Durchsetzungschancen unterliegen. Hierbei konzentriert sich Immergut (1992) jedoch auf den politischen Entscheidungsprozess. Veränderungen der Organisationsfähigkeit und damit der Interventionsmacht von Interessengruppen werden von der Autorin nicht direkt ins Auge gefasst. Bei einer entsprechenden Ausweitung der Perspektive kann beispielsweise gezeigt werden, dass im Zuge der Kostendämpfungspolitik die Verteilungskonflikte auf der Anbieterseite zunehmen und sich durch damit verbundene desintegrative Tendenzen die Vetomacht der beteiligten Verbände reduziert (Döhler und Manow 1995).

Fasst man die Ergebnisse der Analysen zum Verhältnis von staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbstregulierung sowie zu Vetopositionen im Gesundheitssystem zusammen, dann zeigt sich, dass staatliche Steuerung nur eine unter mehreren Governance-Formen ist, die der Problemlösungsfähigkeit der institutionalisierten Selbstverwaltung nicht grundsätzlich überlegen sein muss. Allerdings eröffnet die Möglichkeit der politischen Neugestaltung institutioneller Regelungen für den Staat auch innerhalb selbstregulierter Strukturen erhebliche Einflusschancen. Bereits eine nur angedeutete Inter-

8 Immergut (1992) zeigt in ihrem Vergleich schwedischer, französischer und schweizerischer Reformversuche im Gesundheitssystem, dass staatliche Steuerung immer von institutionellen Bedingungen und dem Einfluss von Interessengruppen gebrochen wird. Doch selbst einflussreiche Interessengruppen wie die ärztliche Profession haben nie einen direkten Einfluss auf die Politik. Ihr Drei-Länder-Vergleich verdeutlicht, dass die organisatorische Stärke der ärztlichen Profession zur Erklärung unterschiedlicher Entwicklungspfade von Gesundheitssystemen, die zu unterschiedlichen Freiheitsgraden des ärztlichen Handelns geführt haben, nicht ausreicht.

ventionsandrohung kann dazu führen, dass sich Verhandlungsprozesse innerhalb des selbstregulierten Bereichs stärker an staatlich definierten Zielen ausrichten.⁹

Mit einem Fokus auf die generelle Reformfähigkeit von Gesundheitssystemen wurde die Frage nach der Rolle des Staates in einer Reihe aktueller Gesundheitssystemvergleiche wieder aufgegriffen (Moran 1999; Tuohy 1999; Freeman 2000; Giaimo 2002). Sowohl hinsichtlich der Selbstregulierungskompetenz als auch in Bezug auf die Vetopositionen der medizinischen Profession zeichnen sich dabei Entwicklungen ab, die den oben dargestellten Annahmen teilweise widersprechen. So zeigt sich mit Einsetzen eines permanenten Kostendrucks in den 1990er Jahren immer deutlicher das geringe Ausmaß an eigenständiger Reformfähigkeit selbstregulierter Systeme. Strukturreformen in Gesundheitssystemen, die aus Verhandlungsprozessen der Akteure eines selbstregulierten Systems heraus entstehen, sind nicht feststellbar. Die These einer Entlastung des Staates durch eine Verlagerung von Kompetenzen auf nichtstaatliche Akteure bestätigt sich damit nur bedingt. Da diese Akteure gleichzeitig über viele Jahre hinweg in der Lage waren, zentrale Vetopositionen zu besetzen und Reformvorhaben zu blockieren, verfolgen staatliche Akteure zunehmend eine ‚Doppelstrategie‘ zur Realisierung gesamtgesellschaftlicher Zielvorstellungen. Die vergleichenden Studien von Tuohy (1999), Giaimo und Manow (1999) sowie Giaimo (2002) zeigen, dass neben direkten staatlichen Interventionen teilweise auch Marktmechanismen dazu genutzt werden, um ‚Querkoalitionen‘ im Gesundheitssystem aufzubrechen, dadurch die Vetomacht zentraler Akteure zu schwächen und staatliche Regulierungskompetenzen zurückzugewinnen. Die Einführung von Marktelementen wird somit auch zu einer ‚Umgehung‘ von Vetopositionen genutzt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass sowohl die in Bezug auf die Selbstregulierungskompetenzen als auch hinsichtlich der Vetopositionen aufgestellten Thesen weiterhin einen zentralen Ausgangspunkt für den Gesundheitssystemvergleich darstellen. Gleichzeitig wird deutlich, dass insbesondere die Vetopositionen der organisierten Ärzteschaft abschmelzen, und das in Gesundheitssystemen mit sehr unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen des politischen Systems. Ähnlich weit reichende Implikationen hat die Feststellung, dass sich selbstregulierte Systeme zunehmend mit einer Umklammerung aus staatlicher Regulierung und marktwirtschaftlichen Anreizen konfrontiert sehen, die langfristig einen Bedeutungsverlust der Selbstregulierung zur Folge haben kann.

9 Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die von Jens Alber aufgestellte These eines systemspezifisch unterschiedlichen staatlichen Penetrationsgrades zu explizieren ist. Während sich Alber (1988, 1989) zum Beleg dieser These auf den öffentlichen Finanzierungsanteil bezieht, der im Jahr 1982 negativ mit der Höhe der Gesamtausgaben für Gesundheit korreliert (Alber 1988; siehe auch OECD Health Data 2004), zeichnet sich bei einer Differenzierung entlang der dominanten Finanzierungsquellen erst seit Anfang der 1990er Jahre ein stärkeres Kostenkontrollpotenzial der Nationalen Gesundheitssysteme gegenüber Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen ab (Wendt, Grimmeisen und Rothgang 2005).

Diese Entwicklungen sind nicht vollständig mit zentralen Annahmen der Governance-Perspektive in Einklang zu bringen. So zeigen sowohl die Stärkung der Rolle des Staates in Deutschland als auch die Bildung von Health Maintenance Organisations in den Vereinigten Staaten, dass die weitgehend einseitige Einflussnahme eines Akteurs nicht nur abnehmen sondern auch zunehmen kann. Die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme in Dänemark (1972) und Italien (1978) und die Einführung nationaler Gesundheitssysteme in diesen Ländern sind weitere Beispiele dafür, dass der Staat Regulierungsleistungen nicht notwendigerweise in zunehmenden Maße in Kooperation mit weiteren Akteuren erbringt, sondern dass die direkte staatliche Einflussnahme in bestimmten Phasen auch zunimmt.

2.4 Institutionentheoretische Annahmen zu den Wirkungen von Gesundheitssystemen

Die zentrale Annahme der soziologischen Institutionentheorie lautet, dass sich Individuen an Institutionen orientieren und ihr Handeln an ihnen ausrichten. Nur so ist es zu erklären, dass sich vollkommen unterschiedliche Menschen, die in keinem direkten Kontakt zueinander stehen, in benennbaren Situationen gleichförmig verhalten (Lepsius 1990). Unterschiedlich institutionalisierte Gesundheitssysteme führen aus dieser Perspektive zu einer unterschiedlichen Wahrnehmung und Bewertung durch die Bevölkerung, zu einem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten und zu einer systemspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Ihre verhaltensprägende Kraft entfalten Institutionen nicht ausschließlich dadurch, dass Personen, die sich an ihnen orientieren, mit ihnen positive Wirkungen verbinden. Zwar ist auch die Ergebnisorientierung von hoher Bedeutung. Hier sind Überschneidungen mit dem Rational-Choice-Ansatz zu verzeichnen, wobei ein zentraler Unterschied darin zu sehen ist, dass gemäß institutionentheoretischer Annahmen Individuen durch eine Orientierung an Institutionen von der ständigen ‚Qual der rationalen Wahl‘ entlastet werden. Verhaltensstrukturierend wirken Institutionen darüber hinaus durch ihren Wertbezug. Wertvorstellungen bzw. Leitideen können erst über ihre Institutionalisierung dauerhafte Geltung erlangen, und umgekehrt sind Institutionen auf eine legitimierende Wertbindung angewiesen (Lepsius 1990). Ein hoher Institutionalisierungsgrad besteht bei einer hohen Akzeptanz der Wertvorstellungen, auf denen eine Institution beruht, und bei einer gleichzeitig positiven Bewertung der Ergebnisse, die mit einer Institution in Verbindung gebracht werden.¹⁰

¹⁰ Beide Dimensionen, die eine Orientierung an und das Vertrauen in Institutionen maßgeblich beeinflussen, stehen in einer engen Beziehung zueinander. So können die Ergebnisse einer Institution eine Akzeptanz der Wertvorstellungen fördern oder aber reduzieren, und eine hohe Akzeptanz der Wertvorstellungen kann dazu führen, dass eine Institution trotz objektiv schlechter Ergebnisse hohe Zufriedenheitswerte erhält. Siehe zur Akzeptanz des Solidarprinzips in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auch Ullrich 2000 sowie

Folgende Wertvorstellungen können für die Institutionalisierung von Gesundheitssystemen als ‚weichenstellend‘ (Weber 1988/1920: 252) eingestuft werden, wobei die Stärke und die Richtung des Institutionalisierungsprozesses sowohl vom wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Kontext als auch von der relativen Bedeutung dieser Wertvorstellungen abhängt: In allen entwickelten Gesellschaften ist die Gesundheitsversorgung formal organisiert. Für diesen Prozess war die Vorstellung von ‚Gesundheit als einem besonderen Gut‘ von entscheidender Bedeutung (v. d. Schulenburg 1990). Dieses Gut, so der allgemeine Konsens, dürfe nicht den finanziellen Möglichkeiten und den Handlungskompetenzen der Individuen und ihren Familien überlassen bleiben. Die Vorstellung, dass alle Patienten unabhängig von ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten sollen, hat bereits früh in der medizinischen Ethik (Hippokratischer Eid) ihren Ausdruck gefunden. Die Institutionalisierung einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist als eine Fortführung dieses Eides auf gesellschaftlicher Ebene zu sehen, auf der die strukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen sind, dass Ärzte die ihnen zugewiesene Verantwortung wahrnehmen können. Der hohe Stellenwert von Gesundheit sagt jedoch nichts darüber aus, wie die Gesundheitsversorgung zu organisieren ist. Einer Reihe weiterer, teilweise konkurrierender, teilweise gleichgerichteter Leitideen kann ein Einfluss auf den Institutionalisierungsprozess von Gesundheitssystemen zugeschrieben werden (v. d. Schulenburg 1990; Nullmeier und Vobruba 1995; Wendt 2003). Flora, Alber und Kohl (1977) unterscheiden Wohlfahrtsstaaten danach, zu welchem Ausmaß es ihnen gelingt, die Ziele der sozioökonomischen Sicherheit und der sozioökonomischen Gleichheit zu realisieren. Übertragen auf das wohlfahrtsstaatliche Teilsystem der Gesundheitsversorgung lauten die entsprechenden normativen Erwartungen, dass in gesundheitsbezogenen Krisensituationen sozioökonomische Sicherheit und bei dem Zugang zu notwendigen Leistungen sozioökonomische Gleichheit zu gewährleisten sind.

Nun werden Wertvorstellungen in der Regel nicht direkt handlungsrelevant. Soziales Handeln richtet sich an sehr viel konkreteren Kriterien aus, die Lepsius (1990) als ‚Rationalitätskriterien‘ definiert. Während in der Marktwirtschaft das Rationalitätskriterium der Rentabilität handlungsleitend ist, sind in Gesundheitssystemen die Rationalitätskriterien der Fürsorge, der (Sozial-)Versicherung und der Versorgung in jeweils unterschiedlichem Ausmaß von Bedeutung (Wendt 2003). Systeme, die gemäß dem Fürsorgeprinzip organisiert sind, gewähren Leistungen grundsätzlich erst nach dem Nachweis einer Bedürftigkeit. Der Vorstellung von ‚Gesundheit als einem besonderen Gut‘ wird dadurch Rechnung getragen, dass auch diejenigen, die zu einer eigenständigen sozialen Absicherung nicht in der Lage sind, unter der Voraussetzung einer Bedürftigkeitsprüfung Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen haben. Ein chancengleicher Zugang wird nicht angestrebt und auch die Vorstellung der

zu den Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf Gesundheitsreformen, die neue institutionelle Arrangements zur Folge haben würden, Pappi und Shikano 2005.

Sicherheit ist in der Regel auf die Gewährung einer Grundsicherung begrenzt. Fürsorgeelemente finden sich heute vor allem in Gesundheitssystemen, die primär nach marktwirtschaftlichen Kriterien organisiert sind bzw. einen hohen Anteil an privaten Selbst- und Zuzahlungen aufweisen. Prominentestes Beispiel für diesen Zusammenhang von marktwirtschaftlicher Steuerung, privater Finanzierung und staatlicher Fürsorge sind die Vereinigten Staaten, die neben dem privaten Versicherungsmarkt und dem Medicare-Programm für ältere Menschen mit dem Medicaid-Programm ein Fürsorgesystem für etwa 12 % der Bevölkerung zur Verfügung stellen und wo die Gruppe der Nichtversicherten, etwa 16 % der Bevölkerung, eine Notfallversorgung im Krankenhaus erhält.

In Systemen, die auf dem (Sozial-)Versicherungsprinzip basieren, werden demgegenüber Leistungsansprüche über zuvor gezahlte Versicherungsbeiträge aufgebaut. Die Vorstellung von ‚Gesundheit als speziellem Gut‘ spiegelt sich darin wider, dass insbesondere diejenigen, die zu einer eigenständigen privaten Absicherung nicht in der Lage sind, als Pflichtmitglieder in ein nach dem Sozialversicherungsprinzip organisiertes Gesundheitssystem integriert sind. Die Vorstellung der sozioökonomischen Sicherheit ist in diesen Systemen besonders ausgeprägt und wird häufig als Statussicherheit interpretiert. Die Idee der Gleichheit ist demgegenüber zu einem geringeren Grad handlungsleitend, und Unterschiede der Leistungsanspruchnahme werden aufgrund der Koppelung an vorausgegangene unterschiedlich hohe Beitragszahlungen eher akzeptiert als in Systemen, die gemäß des Versorgungsprinzips organisiert sind.

In Versorgungssystemen, die wir in der Realität als Nationale Gesundheitssysteme vorfinden, ist die gesamte Bevölkerung auf Grundlage der Staatsbürgerschaft integriert. Es werden keine Gruppen der Gesellschaft systematisch vom Zugang zu Gesundheitsleistungen ausgeschlossen, die Leitidee von ‚Gesundheit als besonderem Gut‘ ist somit in hohem Maße verankert. Ebenfalls stark ausgeprägt ist das Prinzip der sozioökonomischen Gleichheit, insbesondere die Gleichheit der Zugangschancen. Von geringerer Bedeutung ist demgegenüber die Vorstellung sozioökonomischer Sicherheit. In Gesundheitsversorgungssystemen wird damit zusammenhängend das Leistungsspektrum, auf das ein Anspruch besteht, in der Regel zu einem höheren Ausmaß staatlich reguliert als in Sozialversicherungssystemen. Eine Sicherung des sozioökonomischen Status wird in Versorgungssystemen nicht angestrebt.

Eine Ablehnung von Gesundheitsreformen durch die Bürgerinnen und Bürger ist insbesondere dann zu erwarten, wenn dadurch neue Rationalitätskriterien in einem Gesundheitssystem an Bedeutung gewinnen, in dem die Prinzipien der Gleichheit und Sicherheit einen hohen Stellenwert haben. Die These, dass sich unter neuen institutionellen Bedingungen die Wahrnehmung und das Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem verändert, wird im Folgenden anhand von subjektiven Einstellungsdaten in 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union analysiert (siehe auch Mossialos 1997; Wendt

2003; Kohl und Wendt 2004). Anhand der Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte wird zweitens überprüft, welchen Einfluss spezifische institutionelle Regelungen wie die freie Arztwahl oder das Hausarztprinzip auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Patientinnen und Patienten haben.

Orientierung an Institutionen der Gesundheitsversorgung: Ein Vergleich von subjektiven Einstellungsdaten in 15 Ländern der Europäischen Union, die den Eurobarometer-Datensätzen 44.3 und 57.2 entnommen sind, zeigt, dass die Gesundheitssysteme im Jahr 2002 deutlich negativer bewertet werden als noch im Jahr 1996. Die zweite Hälfte der 1990er Jahre war gekennzeichnet von einer Einschränkung des Leistungskatalogs und einer Ausweitung privater Selbst- und Zuzahlungen (OECD Health Data 2004) und u. a. diese Veränderungen scheinen einen erheblichen Einfluss auf die Bewertung der Gesundheitssysteme zu haben.

Tabelle 1: Zustimmung zu einem umfassenden staatlichen Schutz und Zufriedenheit mit den Ergebnissen von Gesundheitssystemen (in Prozent)

	Zustimmung zu der Vorstellung, dass der Staat für eine umfassende Gesundheitsversorgung verantwortlich ist ^{a)}					Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme ^{b)}				
	1996	Rang	2002	Rang	1996-2002	1996	Rang	2002	Rang	1996-2002
Belgien	45,4	14	57,5	10	+12,1	70,7	5	55,4	3	-15,3
Dänemark	65,8	3	68,5	3	+2,7	90,0	1	42,6	6	-47,4
Deutschland	63,4	4	54,1	12	-9,3	66,0	7	31,2	9	-34,8
Finnland	54,1	10	58,1	9	+4,0	86,9	2	49,5	4	-37,4
Frankreich	55,8	9	58,8	8	+3,0	65,9	8	49,4	5	-16,5
Griechenland	60,5	6	65,4	5	+4,9	18,4	14	11,3	14	-7,1
Großbritannien	74,9	2	59,1	7	-15,8	47,8	11	31,8	8	-16,0
Irland	50,2	12	49,9	13	-0,3	48,8	10	16,8	12	-32,0
Italien	49,1	13	67,8	4	+18,7	16,3	15	16,4	13	+0,1
Luxemburg	57,6	7	77	1	+19,4	71,0	4	59,1	2	-11,9
Niederlande	57,2	8	45,3	15	-11,9	72,8	3	28,3	11	-44,5
Österreich	40,9	15	48,6	14	+7,7	63,3	9	68,7	1	+5,4
Portugal	53,1	11	56,7	11	+3,6	20,8	13	6,9	15	-13,9
Schweden	77,6	1	73,4	2	-4,2	67,8	6	31,0	10	-36,8
Spanien	62,7	5	64,8	6	+2,1	35,7	12	36,8	7	+1,1
Mittelwert	57,9		60,3		+2,4	56,1		35,7		-20,5

Anmerkungen: a) Erhoben wurde die Zustimmung zu folgender Aussage: „Der Staat sollte jeden nur mit einer Grundversorgung, wie z. B. der Versorgung bei schweren Erkrankungen, ausstatten und die Bevölkerung ermutigen, in anderen Belangen für sich selbst zu sorgen.“ (1. stimme voll und ganz zu / 2. stimme eher zu / 3. weder noch / 4. stimme eher nicht zu / 5. stimme überhaupt nicht zu). 4. und 5. wurden als Zustimmung zu einer umfassenden Verantwortung des Staates interpretiert.

b) Erhoben wurde die Zufriedenheit mittels folgender Frage: „Sind Sie insgesamt gesehen mit der Art und Weise, wie die Gesundheitsversorgung in [dem jeweiligen Land] funktioniert, sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden, nicht sehr zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden?“ Gemessen wurde der Anteil derjenigen, die „sehr zufrieden“ und „ziemlich zufrieden“ sind.

Quelle: Eurobarometer 44.3 (1996) und 57.2 (2002)

Die in Tabelle 1 aufgeführten Daten zeigen, dass insbesondere die Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme stark abnimmt. Dagegen hat die Vorstellung, dass es die Aufgabe des Staates sei, für alle Bürgerinnen und Bürger ein hohes Niveau an Sicherheit in gesundheitlichen Krisensit-

tuationen zu gewährleisten, in allen 15 Gesundheitssystemen weiterhin einen hohen Stellenwert. Die Ergebnisse der Gesundheitssysteme, so lassen sich diese Daten interpretieren, sind jedoch immer weniger mit den vorherrschenden Wertvorstellungen in Einklang zu bringen und hierin ist ein zentraler Grund für die sinkenden Zufriedenheitswerte zu sehen. Ein deutlich überdurchschnittliches Absinken der Zufriedenheit ist in Dänemark, den Niederlanden, Finnland, Schweden, Deutschland und Irland zu verzeichnen, während in Österreich ein Anstieg der Zufriedenheit von mehr als 5 % erfolgte.

Zwischen Nationalen Gesundheitssystemen und Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen lassen sich keine systematischen Unterschiede erkennen. Vielmehr weisen die Daten von 1996 darauf hin, dass sich Unterschiede der Zustimmung zu den Ergebnissen insbesondere entlang der Esping-Andersen'schen Wohlfahrtsstaatsregime abbilden lassen. An der Spitze der Zufriedenheitsskala sind mit 80 % die ‚Sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten‘, es folgen mit unter 70 % die ‚Konservativ-korporatistischen Regime‘ und mit 50 % Zufriedenheit die ‚Liberalen Wohlfahrtsstaaten‘, während die ‚Rudimentären Wohlfahrtsstaaten‘ mit unter 20 % Zufriedenheit den letzten Platz belegen (Kohl und Wendt 2004). Dieses Ergebnis stützt die angeführten institutionentheoretischen Überlegungen, da die Wohlfahrtsstaats-Typen nicht nur anhand der damit verbundenen Wirkungen, sondern darüber hinaus auf Grundlage unterschiedlicher Leitideen voneinander abgegrenzt wurden.

Diese je nach Wohlfahrtsstaats-Regime stark voneinander abweichende Zustimmung erweist sich im Zeitverlauf als nicht stabil. Diese Entwicklung spricht dafür, dass entweder ein Wechsel bestimmter Länder zu einem anderen Wohlfahrtsstaats-Regime stattgefunden hat und erst wieder eindeutige Unterschiede der Zufriedenheit bei einer entsprechenden Zuordnung dieser Länder erfolgt. Oder aber es ist, wie Alber (1995) betont, für Gesundheitssysteme und weitere wohlfahrtsstaatliche Institutionen mit einer hohen Bedeutung sozialer Dienstleistungen eine andere Abgrenzung vorzunehmen als für den Bereich finanzieller Transferleistungen, die Esping-Andersen (1990) im Blick hatte.

Handlungsstrukturierung durch institutionelle Regelungen: Sehr viel schwieriger zu bestimmen als die Orientierung an Institutionen sind die sich daraus ergebenden Handlungsmuster. Der OECD-Datensatz und weitere Gesundheitsdatensätze (WHO Health for All Database 2005; Schneider et al. 1998) stellen nur wenige Daten zur Verfügung, die Rückschlüsse auf Handlungsmuster in Gesundheitssystemen zulassen. Ein wichtiger Bereich, für den Daten vorliegen, ist das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten, das sich u. a. anhand der Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten bestimmen lässt.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist in den verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlicher Form institutionalisiert. Zentrale Annahmen über die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen lassen sich anhand des von Hirschman (1974) eingeführten Begriffspaares ‚Exit‘ („Abwan-

derung') und ‚Voice‘ (‚Widerspruch‘) diskutieren (Wendt 2003). Sowohl ‚Abwanderung‘ als auch ‚Widerspruch‘ erfolgen als Reaktion auf eine Leistungsverschlechterung, allerdings stellt ‚Widerspruch‘ darüber hinaus den Versuch dar, eine ungünstige Situation zu verändern anstatt ihr auszuweichen. Dieses theoretische Konzept kann auf das Handeln von Patienten übertragen werden. Ein wichtiger Unterschied zu den Überlegungen von Hirschman ist darin zu sehen, dass die Entscheidungsmöglichkeiten in hohem Maße institutionell vorgegeben sind. In einigen Gesundheitssystemen besteht für Patienten grundsätzlich eine freie Wahl und ein direkter Zugang zu niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten. Da der Arzt aufgrund seiner Fachkompetenz dem Patienten überlegen ist, wird sich der Patient bei Unzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung in diesen Ländern in der Regel für ‚Abwanderung‘ entscheiden. Der Patient wird eher einen weiteren Arzt konsultieren als sich auf eine Diskussion oder einen Konflikt mit dem behandelnden Arzt einzulassen. In anderen Gesundheitssystemen müssen Patienten demgegenüber aufgrund des Hausarztprinzips ‚Widerspruch‘ erheben, wenn sie mit der medizinischen Behandlung unzufrieden sind und kurzfristig eine Änderung dieser Situation herbeiführen wollen.

Tabelle 2: Hausarztprinzip und freie Arztwahl

	Organisationsform des Gesundheitssystems	Hausarztprinzip / freie Wahl des Primärarztes	Freie Facharztwahl	Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten
Belgien	GKV	freie Arztwahl	ja	7,9
Dänemark	NHS	Hausarztprinzip	nein	6,9
Deutschland	GKV	freie Arztwahl	ja	7,3
Finnland	NHS	Hausarztprinzip	nein	4,3
Frankreich	GKV	freie Arztwahl	ja	6,9
Griechenland	NHS	freie Arztwahl	ja	2,5
Großbritannien	NHS	Hausarztprinzip	nein	4,9
Irland	NHS	Hausarztprinzip	nein	
Italien	NHS	Hausarztprinzip	nein	6,1
Luxemburg	GKV	freie Arztwahl	ja	6,1
Niederlande	GKV	Hausarztprinzip	nein	5,9
Österreich	GKV	freie Arztwahl	ja	6,7
Portugal	NHS	Hausarztprinzip	nein	3,5
Schweden	NHS	Hausarztprinzip	nein	2,8
Spanien	NHS	Hausarztprinzip	nein	8,7
Mittelwert				5,8

Quelle: WHO 2005; OECD Health Data 2004

Hieraus ergeben sich nicht nur mögliche Konsequenzen für die Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern auch für die Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten. Eine freie Arztwahl führt gemäß dieser Überlegungen zu einer deutlich höheren Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten als im Fall einer Regulierung des Zugangs zum Gesundheitssystem über das Hausarztprinzip. Anhand der Tabelle 2 ist zu sehen, dass eine hohe Wahlverwandtschaft zwischen der Organisationsform eines Gesundheitssystems und dem Grad der Regulierung des Zugangs von Patienten zum Gesundheitssystem besteht.

Während in Nationalen Gesundheitssystemen mit Ausnahme von Griechenland das Hausarztprinzip institutionalisiert ist, besteht in Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen mit Ausnahme der Niederlande eine freie Arztwahl, die auch die freie Wahl und den direkten Zugang zu Fachärzten einschließt. Gleichzeitig ist ein Zusammenhang zwischen dem Grad an Wahlfreiheit für Patienten und der Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten zu erkennen: Bei allen Gesundheitssystemen, in denen die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte unter dem EU-15-Durchschnitt liegt, handelt es sich um NHS-Systeme und das Gesetzliche Krankenversicherungssystem der Niederlande, in dem der Hausarzt eine ‚Gatekeeping-Funktion‘ hat, befindet sich nur leicht oberhalb des Durchschnitts. Die Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten hängt darüber hinaus u. a. von der Ärztedichte je 1.000 Einwohner, von der jeweiligen Honorierungsform der Ärzte und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung ab. Dennoch stützen die in Tabelle 2 aufgeführten Zusammenhänge die These, dass in Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen die Wertvorstellungen der Freiheit (freie Arztwahl) und der sozioökonomischen Sicherheit (hohe Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten) zu einem höheren Ausmaß realisiert werden als es in Nationalen Gesundheitssystemen der Fall ist. In Nationalen Gesundheitssystemen, das zeigt u. a. eine Studie von Van Doorslaer, Koolman und Puffer (2002), ist das Prinzip der sozioökonomischen Gleichheit (gleiche Zugangschancen für unterschiedliche Einkommensgruppen) zu einem höherem Ausmaß verankert als in Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen.

Für den Zusammenhang zwischen einer Orientierung an Institutionen der Gesundheitsversorgung und spezifischen Handlungsmustern finden sich erste Anhaltspunkte. So ist in Deutschland die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte nicht nur über dem EU-15-Durchschnitt, sondern die Bürgerinnen und Bürger äußern auch häufiger als in NHS-Systemen, dass sie einen *Anspruch* auf ein hohes Ausmaß an Gesundheitsleistungen haben (Wendt 2003). Diese Einstellung weiter Teile der Bevölkerung hängt u. a. damit zusammen, dass aufgrund zuvor geleisteter Krankenversicherungsbeiträge die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als ein individuelles Recht angesehen wird, das nicht durch staatliche Interventionen eingeschränkt werden dürfe.

Diese Form der Verknüpfung institutioneller Arrangements mit dadurch entstehenden Handlungsorientierungen und Handlungsmustern bildet einen ersten Baustein für einen soziologischen Beitrag zur Gesundheitssystemanalyse. Bisher bleiben allerdings zentrale Fragen offen. So gelingt es der soziologischen Institutionentheorie bisher nur in Ansätzen, die handlungsleitenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu isolieren und auf spezifische institutionelle Regelungen zu beziehen. Besondere Schwierigkeiten bereitet außerdem die Analyse von Handlungsmustern in unterschiedlich institutionalisierten Gesundheitssystemen, da entsprechende Informationen nur sehr eingeschränkt in internationalen Datensätzen zur Verfügung gestellt werden.

3 Kriterien für den Vergleich von Gesundheitssystemen

In diesem Beitrag konnten nur einige ausgewählte Thesen, die für den Gesundheitssystemvergleich relevant sind, diskutiert werden. Bereits dieser kurze Überblick zeigt, dass ein theoretischer Zugang alleine nicht ausreicht, um Gesundheitssysteme im Ganzen erfassen und anhand einheitlicher Kriterien einander gegenüberstellen zu können. Die Systemtheorie sieht sich allerdings mit erheblichen länderspezifischen Unterschieden in der Finanzierung, Erbringung und Regulierung von Gesundheitsleistungen konfrontiert. Dem Gesundheitssystemvergleich wird die Systemtheorie erst dann zu Erkenntnisfortschritten verhelfen, wenn Erklärungen dafür geliefert werden, wie es trotz der von Luhmann angenommenen ‚Hypostasierung der eigenen Funktion‘ zu diesen Unterschieden kommen konnte. Demgegenüber verfügen die weiteren drei diskutierten Ansätze bereits zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Diskussion über wichtige Anknüpfungspunkte. So wird auf ökonomische Thesen bzw. Modelle wie die Moral-Hazard-These, die These der angebotsinduzierten Nachfrage oder das Prinzipal-Agent-Konzept auch in politikwissenschaftlichen und soziologischen Gesundheitssystemvergleichen zurückgegriffen. Umgekehrt können Gesundheitsökonominnen von einer Integration politikwissenschaftlicher und soziologischer Thesen zu Akteurskonstellationen und den Wirkungen spezifischer institutioneller Arrangements in den Prinzipal-Agent-Ansatz profitieren.

Einen Kristallisationspunkt für eine Reihe der im Rahmen des Gesundheitssystemvergleichs diskutierten Thesen bildet die Institutionentheorie. Nicht nur in soziologischen, sondern auch in wirtschafts- und politikwissenschaftlichen institutionentheoretischen Ansätzen setzt sich immer mehr die Auffassung durch, dass Institutionen wichtige Orientierungen geben, soziales Handeln jedoch keineswegs determinieren. Auch darüber, dass Institutionen auf Wertvorstellungen beruhen und diese erst im Verlauf ihrer Institutionalisierung handlungsrelevant werden, zeichnet sich ein immer stärker werdender Konsens ab (North 1981; Lepsius 1990; Mayntz und Scharpf 1995). Eine weitere Entwicklung ist ebenfalls wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen gemeinsam, und zwar die verstärkte Betonung der Rolle von Akteuren innerhalb institutioneller Kontexte.

Aus den damit verbundenen theoretischen Überlegungen lassen sich eine Reihe von Kriterien für den internationalen und intertemporalen Vergleich ableiten. Eine Möglichkeit, sich der Frage der Effizienz des Gesamtsystems der Gesundheitsversorgung zu nähern, bietet der Prinzipal-Agent-Ansatz. Auf Grundlage bisheriger Studien ist es im Rahmen dieses Übersichtsartikels jedoch nicht möglich, die zentralen Vergleichskriterien zu benennen. Es ist allerdings deutlich geworden, dass auch in gesundheitsökonomischen Studien die Erfassung von Akteurskonstellationen von hoher Bedeutung ist. Relevante Analysedimensionen sind dabei u. a. der Informationsgrad und die Kontroll- und Sanktionsmechanismen in dem jeweiligen Gesundheitssystem, die eine Beurteilung der Tätigkeit des Agenten durch den Prinzipal erleichtern und opportunistisches Verhalten des Agenten erschweren.

Die verhältnismäßig enge Perspektive der Steuerungstheorie wurde zum einen über den akteurszentrierten Institutionalismus und zum anderen über die Governance-Diskussion geöffnet. Da Governance sich ebenfalls auf die Prägung von Akteurskonstellationen durch institutionelle Ordnungen bezieht, kann eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen beiden Diskussionen nicht vorgenommen werden. Die vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen zeigt, dass der Governance-Ansatz für Entwicklungen offen bleiben muss, die sowohl zu einem Rückzug des Staates und einem höheren Kooperationsniveau zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren führen können als auch zu einer stärkeren Rolle des Staates und einem reduzierten Ausmaß an Kooperation. Bei einer vergleichenden Analyse des Wandels von Gesundheitssystemen ist der Fokus nicht nur auf politische Akteure und den institutionellen Kontext, in den diese eingebettet sind, zu richten, sondern auch auf die Akteurskonstellationen und das institutionelle Setting des jeweiligen Gesundheitssystems. Außerdem, und dieser Aspekt wird häufig vernachlässigt, haben (sich ändernde) Wertvorstellungen und nicht nur Interessen einen Einfluss auf die Richtung und Stärke des Wandels. Folgende Dimensionen können als zentral für die vergleichende Analyse des Umbaus von Gesundheitssystemen durch staatliche und nichtstaatliche Akteure herausgestellt werden:

- *Ökonomischer Wandel und technische Innovationen:* Im Zuge der Globalisierung verändern sich die ökonomischen und technischen Rahmenbedingungen für Gesundheitssysteme. Das zeigt nicht nur die sich verstärkende Debatte über Kostendämpfungsmaßnahmen in Gesundheitssystemen, die immer häufiger mit einer Diskussion über den jeweiligen nationalen Wirtschaftsstandort verknüpft wird. Ein weiteres Beispiel für den Einfluss des Globalisierungsprozesses auf Gesundheitssysteme ist, wenn auch in bisher geringem Ausmaß, die Entstehung internationaler Krankenhausketten, die zukünftig möglicherweise nationale staatliche und/oder private Krankenhäuser vom Markt drängen können.
- Dieser sich durch ökonomischen Wandel und technische Innovationen verstärkende Druck kann seinen Einfluss auf Gesundheitssysteme nicht unmittelbar und nicht nur in eine mögliche Richtung entfalten. Ebenfalls in die Analyse einzubeziehen sind *Wertvorstellungen*, die in den Worten von Max Weber (1988/1920: 252) häufig als ‚Weichensteller‘ die Bahnen gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse bestimmen. Diese Wertvorstellungen werden zwar ebenfalls durch die ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst, sie haben jedoch auch unabhängig von dem erreichten Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes einen hohen Stellenwert.
- Des Weiteren sind die *Interessen- und Akteurskonstellationen des politischen Systems* zu berücksichtigen. Ohne Kenntnis der Machtverteilung innerhalb des politischen Systems und der Interessen einflussreicher gesellschaftlicher Interessengruppen lassen sich die Entwicklungs-

pfade von Gesundheitssystemen nicht mit hinreichender Deutlichkeit bestimmen. Unter Anwendung des Machtressourcen-Ansatzes hat Esping-Andersen (1990) auf Koalitionen zwischen politischen Parteien und gesellschaftlichen Großgruppen im Prozess der Institutionalisierung des Wohlfahrtsstaates hingewiesen und diese Überlegungen können auf den Gesundheitssystemvergleich übertragen werden.

- Die Durchsetzungsfähigkeit von Interessen hängt wiederum von der *Institutionenstruktur des politischen Systems* ab. Vor allem Immergut (1992) hat darauf hingewiesen, dass mögliche Vetopositionen in der Gesundheitspolitik durch die politischen Institutionen bestimmt sind. Hierzu gehören u. a. die Fragen Mehrheitswahlrecht vs. Verhältniswahlrecht, Unitarismus vs. Föderalismus oder auch die Option des Referendums.
- Ihre Analysen hat Immergut (1992) unter Annahme einer ähnlichen Stärke der zentralen Interessengruppen der in ihren Vergleich einbezogenen Gesundheitssysteme durchgeführt. Ein solches einheitliches Niveau der in einem Gesundheitssystem dominanten Interessengruppen ist jedoch nicht die Regel. Neben den durch das politische System bestimmten Vetopositionen ist deshalb die unterschiedlich ausgeprägte *Vetomacht organisierter Interessen* in den Gesundheitssystemvergleich einzubeziehen.
- Zusätzlich ist die *Institutionenstruktur des Gesundheitssystems* einer Analyse zu unterziehen. Allgemein als ‚Pfadabhängigkeit‘ diskutiert, gilt das ‚institutionelle Erbe der Vergangenheit‘ als wichtiger Einflussfaktor für spätere Entwicklungen. Hierbei sind verschiedene Aspekte zu beachten. So bieten voneinander abweichende institutionelle Kontexte unterschiedlich gute Entwicklungschancen für Interessengruppen. Beispielsweise verfügen die deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der Mitgliedspflicht für alle Vertragsärzte und des Sicherstellungsauftrages für die ambulante medizinische Versorgung über ein sehr viel größeres Machtpotenzial als (in der Regel freiwillige) Ärzteverbände anderer Länder. Außerdem sind die Kosten der Deinstitutionalisierung eines bereits bestehenden Systems häufig höher als die Aufrechterhaltung eines suboptimal funktionierenden Systems. Ein weiterer Punkt ist darin zu sehen, dass in der Bevölkerung nur in sehr seltenen Fällen eine Zustimmung zu einem Abbau von Institutionen zu erwarten ist, an die sie sich über einen längeren Prozess hinweg ‚gewöhnt‘ haben. Erst dann, wenn zentrale gesellschaftliche Wertvorstellungen nicht mehr in Einklang mit dem bestehenden Institutionengefüge sind, ist eine Akzeptanz neuer Institutionalisierungsformen zu erwarten.

Insbesondere der letzte Punkt verweist auf eine enge Verbindung zwischen der Analyse der Ursachen des Wandels und den damit verbundenen Wirkungen. Denn intendierte und nichtintendierte Folgen

von Gesundheitsreformen verändern die Wahrnehmungsmuster der betroffenen Personengruppen sowie die Akzeptanz von Institutionen der Gesundheitsversorgung, und über diesen Rückkopplungsprozess werden neue gesundheitspolitische Maßnahmen erforderlich.

Bei der Analyse der Wahrnehmung von Gesundheitssystemen durch die Bevölkerung ist ein Bezug zu den vorherrschenden Leitideen herzustellen. Ein hoher privater Finanzierungsanteil und somit eine hohe Bedeutung der individuellen Zahlungsfähigkeit für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird nur dann negativ bewertet, wenn Vorstellungen der Solidarität und Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen einen hohen Stellenwert haben. Auch wenn das Prinzip, dass diejenigen vorrangig versorgt werden, die am dringendsten medizinische Hilfe benötigen, durch das Kriterium der Rentabilität überlagert wird, ist eine stark abnehmende Akzeptanz des entsprechenden Gesundheitssystems zu erwarten. Auf Grundlage von Annahmen der soziologischen Institutionentheorie lassen sich folgende Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen ableiten:

- Von Bedeutung ist zum einen, welche *Wertvorstellungen* in einem Gesundheitssystem institutionalisiert wurden. Da diese Wertvorstellungen nicht direkt handlungsleitend wirken, sind zweitens die Rationalitätskriterien sowie der Geltungsraum zu bestimmen, innerhalb dessen diese Kriterien handlungsrelevant sind.
- Eine Institutionen-Wirkungs-Analyse im Bereich der Gesundheitsversorgung erfordert eine detaillierte *Erfassung der institutionellen Arrangements*. Eine einfache Gegenüberstellung von Nationalen Gesundheitssystemen und Gesetzlichen Krankenversicherungssystemen bildet die Komplexität von Gesundheitssystemen nicht mit hinreichender Genauigkeit ab. Unter anderem sind die Zielgruppe, die Anspruchgrundlage für den Leistungserhalt, der Zugang zum Gesundheitssystem (z. B. Hausarztprinzip vs. freie Arztwahl) und die Leistungsstruktur (z. B. Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Pflegesektor sowie Prävention) in die Analyse einzubeziehen.
- *Veränderungen von Institutionen der Gesundheitsversorgung* bedeuten für große Gruppen der Gesellschaft tiefgreifende Einschnitte in die gewohnten Lebensverhältnisse. Deshalb sind bei einem Umbau des Gesundheitssystems die Kriterien der Transparenz, Partizipation und Verteilungsgerechtigkeit besonders zu beachten. Hierbei ist u. a. von Bedeutung, auf welcher politischen Ebene die zentralen gesundheitspolitischen Entscheidungen getroffen werden. So bietet beispielsweise ein Entscheidungsprozess auf lokaler politischer Ebene ein besonders hohes Maß an Transparenz und eine verhältnismäßig enge Verbindung zwischen den Bürgerinnen und Bürgern und politischen Entscheidungsträgern.

- Zentrale Dimensionen für die *Wirkungsanalyse* sind u. a. der allgemeine Deckungsgrad der Gesundheitssysteme, der Grad an Unabhängigkeit des Zugangs zu Gesundheitsleistungen von der individuellen Zahlungsfähigkeit, das Ausmaß, zu dem das Leistungsangebot auf spezifische Zielgruppen (z. B. chronisch Kranke, ältere Menschen, Familien mit Kindern) abgestimmt ist, der Grad an Mitwirkungsrechten von Patienten im Behandlungsprozess sowie die subjektive Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit dem Gesundheitssystem.

Schaubild 4: Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen

	Fürsorge	(Sozial-) Versicherung	(Staatsbürger-) Versorgung
Dominante Wertvorstellung	Grundsicherung	Sozioökonomische Sicherheit	Sozioökonomische Gleichheit
Ziel	Minimalversorgung im Krankheitsfall	Kompensation der mit einer Krankheit verbundenen Risiken und Kosten	Gesundheitsversorgung der Bevölkerung
Zielgruppe	Gruppen, die zu einer eigenständigen Absicherung nicht in der Lage sind	Gruppen der (erwerbstätigen) Bevölkerung, die sich über Beitragszahlungen eigenständig absichern können	Gesamte (Wohn-)Bevölkerung
Anspruchsgrundlage	Bedürftigkeit	Beitragszahlung	Staatsbürgerschaft
Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung	Nationale oder lokale staatliche Steuerung	Steuerung durch nichtstaatliche Akteure	Nationale oder lokale staatliche Steuerung
Finanzierungsinstrumente	Steuern, Spenden	Versicherungsbeiträge	Steuern
Ausgabenverteilung	Staatlich festgelegtes Budget, staatlich gesteuerte Verteilung	Aushandlungsprozess zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen über Höhe und Verteilung des Budgets	Staatliche Budgetvorgabe. Aushandlungsprozess zwischen Ärzteverbänden und staatlichen Stellen über Verteilung des Budgets
Leistungsangebot	Grundsicherung durch staatlich vorgegebene Leistungen	Hohes Maß an Autonomie der ärztlichen Profession bei der Festlegung der medizinischen Leistungen	Staatliche Vorgabe des Leistungsangebots. In diesem Rahmen Autonomie der ärztlichen Profession bei der Festlegung der medizinischen Leistungen
Zugang zur Gesundheitsversorgung	Eingeschränkter Zugang zu festgelegten Leistungserbringern	Freie Arztwahl	Hausarzt als ‚Gatekeeper‘

Quelle: eigene Darstellung

In Schaubild 4 sind Kriterien aufgeführt, anhand deren sich Gesundheitssysteme, die nach dem Fürsorgeprinzip, dem Sozialversicherungsprinzip und dem Versorgungsprinzip organisiert sind, voneinander abgrenzen lassen. Bezieht man diese idealtypische Gegenüberstellung auf konkrete Gesund-

heitssysteme, so zeigt sich, dass entsprechende Institutionen in ‚Reinform‘ nicht vorzufinden sind. So sind heute in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung beispielsweise nicht nur Beitragszahler sondern auch mitversicherte Familienangehörige abgesichert und die österreichische Soziale Krankenversicherung integriert sogar die gesamte Bevölkerung. Neben Beitragszahlungen werden in beiden Gesundheitssystemen Steuern und in zunehmendem Maße private Selbst- und Zuzahlungen zur Finanzierung herangezogen. Da Bevölkerungsgruppen, die eine entsprechende Bedürftigkeit vorweisen können, von privaten Zuzahlungen befreit werden können, findet gleichzeitig das Fürsorgeprinzip verstärkt Eingang in die traditionell durch das Sozialversicherungsprinzip geprägten Systeme. Gleichzeitig greift der Staat zu einem höheren Ausmaß in diese lange Zeit weitgehend selbstregulierten Systeme ein, so dass das Sozialversicherungsprinzip in Deutschland und Österreich an Bedeutung verliert.

Literatur

- Adam, Hans, und Klaus-Dirk Henke, 1998: Gesundheitsökonomie. In: Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag, 779-797.
- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. PVS, Sonderheft 19/1988. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, Jens, 1989: Die Steuerung des Gesundheitssystems in vergleichender Perspektive. Journal für Sozialforschung, Vol. 29, No. 3, 259-284.
- Alber, Jens, 1995: Soziale Dienstleistungen. Die vernachlässigte Dimension vergleichender Wohlfahrtsstaat-Forschung. In: Karlheinz Bentele, Bernd Reissert und Roland Schettkat (Hg.), Die Reformfähigkeit von Industriegesellschaften. Frankfurt a. M.: Campus, 277-293.
- Arrow, Kenneth J., 1970: Essays in the Theory of Risk-Bearing. Amsterdam, North Holland
- Arrow, Kenneth J., 1986: Agency and the Market. In: Kenneth J. Arrow und Michael D. Intriligator (Hg.), Handbook of Mathematical Economics. Vol. 3, Amsterdam, 1183-1195.
- Badura, Bernhard und Günter Feuerstein, 1994: Einleitung: Krisenbewältigung durch Systemgestaltung. In: Dies., Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 9-19.
- Bauch, Jost, 2004, Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht. In: Ders., Krankheit und Gesellschaft als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, 42-47.
- Behagel, Katrin, 1994: Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß. Frankfurt a. M.: Campus.
- Breyer, Friedrich und Peter Zweifel, 1999: Gesundheitsökonomie. Heidelberg: Springer.
- Busse, Reinhard und Chris Howorth, 1996: Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Costs and Quality. In: Friedrich Wilhelm Schwartz, Howard Glennerster und Richard B. Saltman (Hg.), Fixing Health Budgets. Experience from Europe and North America. West Sussex: John Wiley & Sons, 109-127.
- Culyer, Anthony J., 1990: Cost containment in Europe. In: OECD (Hg.), Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency. OECD Social Policy Studies No. 7. Paris: OECD, 29-40.
- Döhler, Marian und Philip Manow, 1995: Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor. In: Renate Mayntz und Fritz Scharpf (Hg.), Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus, 140-168
- Esping-Andersen, Gøsta, 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.
- Evans, Robert G., 1974: Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: Mark Perlman (Hg.), The Economics of Health and Medical Care. London: Macmillan.
- Flora, Peter, Jens Alber und Jürgen Kohl, 1977: Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten. Politische Vierteljahresschrift, Vol. 18, No., 707-772.
- Freeman, Richard, 2000: The Politics of Health in Europe. European Policy Research Unit Series. Manchester: Manchester University Press.
- Gaiimo, Susan, 2002: Markets and Medicine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Gaiimo, Susan und Philip Manow, 1999: Adapting the Welfare State - The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. Comparative Political Studies, Vol. 32, No. 8, 967-1000.
- Ham, Chris, 2004: Health Policy in Britain: The Politics of Organisation of the National Health Service. London: Palgrave.

- Hirschman, Albert O., 1974: Abwanderung und Widerspruch. Reaktionen auf Leistungsabfall bei Unternehmen, Organisationen und Staaten. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Immergut, Ellen, 1992: Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kanavos, Panos und Martin McKee, 1998: Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health Systems. In: Richard B. Saltman, Josep Figueras und Constantino Sakellariades (Hg.), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Kohl, Jürgen und Claus Wendt, 2004: Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries. In: Wolfgang Glatzer, Susanne von Below und Matthias Stoffregen (Hg.), Challenges for Quality of Life in the Contemporary World, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 311-331.
- Leibfried, Stephan, 1992: Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes Into the European Community. In: Zsuzsa Ferge und Jon Eivind Kolberg (Hg.), Social Policy in a Changing Europe, Frankfurt a. M.: Campus, 245-78.
- Leidl, Reiner, 1996: Gesundheitsökonomie und Public Health. In: Ulla Walter und Walter Paris (Hg.), Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred&Söhne, 78-82.
- Leidl, Reiner, 1999: Was leisten ökonomische Methoden in der Gesundheitssystemforschung? In: Hans-Helmut König und Dominik Graf von Stillfried (Hg.), Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis: Beiträge zum Stand eines multidisziplinären Forschungsgebiets. Stuttgart: Schattauer, 24-32.
- Lepsius, M. Rainer, 1990: Interessen, Ideen und Institutionen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Philipp Herder-Dorneich und Alexander Schuller (Hg.), Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer, 28-49.
- Majone, Giandomenico, 1997: From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance. Journal of Public Policy, Vol. 17, No. 2, 139-167.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. Staatswissenschaft und Staatspraxis 1, 283-307.
- Mayntz, Renate und Fritz W. Scharpf, 1995: Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mayntz, Renate, 2004: Governance im modernen Staat. In: Benz, Arthur (Hg.): Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen. Wiesbaden, VS Verlag, 65-76
- Marmor, Theodore R. und Kieke G. H. Okma, 1998: Cautionary Lessons from the West: What (not) to Learn from other Countries' Experience in the Financing and Delivery of Health Care. In: Peter Flora, Philip R. de Jong, Julian Le Grand und Jun-Young Kim (Hg.), The State of Social Welfare, 1997. International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care. Aldershot: Ashgate, 327-350.
- Mechanic, David, 1975: The Comparative Study of Health Care Delivery Systems. Annual Review of Sociology, Vol. 1, 43-65.
- Moran, Michael, 1999: Governing the Health Care State. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester: Manchester University Press
- Mossialos, Elias, 1997: Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union. Health Economics, Vol. 6, 109-116.
- Newhouse, Joseph P., 1993: Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University Press
- Newman, Janet, Marian Barnes, Hellen Sullivan und Andrew Knops, 2004: Public Participation and Collaborative Governance. Journal of Social Policy, Vol. 33, No. 2, 203-223.
- North, Douglass C., 1981: Structure and Change in Economic History. New York, London: W.W. Norton & Company.

- Nullmeier, Frank und Georg Vobruba, 1995: Gerechtigkeit im sozialpolitischen Diskurs. In: Diether Döring (Hg.), Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat. Marburg: Schüren, 11-29.
- Pappi, Franz Urban und Susumu Shikano, 2005: Die gesundheitspolitischen Präferenzen der deutschen Wählerschaft. Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung / Nr 87. Mannheim 2005
- Reinhardt, Uwe E., 1985: Honorierungssysteme in anderen Ländern - Internationaler Vergleich. In: Christian von Ferber, Uwe E. Reinhardt und Theo Thiemeyer (Hg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg, 67-94.
- Reinhardt, Uwe E., 1994: Kontrollierter Wettbewerb im Rahmen der Reform des amerikanischen Gesundheitswesens. Köln: Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.
- Rosewitz, Bernd und Douglas Webber, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: Campus.
- Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien staatlicher Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. PVS Sonderheft 19/1988, Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-87.
- Scharpf, Fritz W., 1993: Positive und Negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Adrienne Héritier (Hg.), Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS Sonderheft 24/1993, Opladen: Westdeutscher Verlag, 57-83.
- Schneider, Markus, Michael Beckmann, Peter Biene-Dietrich, Monika Gabanyi, Uwe Hofmann, Aynur Köse, Doris Mill und Brigitta Späth, 1998: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Übersichten 1997. Augsburg: BASYS.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der, 1990: Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer Positionsbestimmung. In: Christoph Sachße und H. Tristram Engelhardt (Hg.), Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 313-335.
- Schwartz, Friedrich W., Ralph Brennecke, Reinhard Busse, Anita Pfaff, 1996: Gesundheitssystemforschung. In: Ulla Walter und Walter Paris (Hg.), Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred & Söhne, 52-56.
- Schwartz, Friedrich W. und Christian Krauth, 1999: Zur Relevanz empirischer Forschung und quantitativer Methoden in der Gesundheitssystemforschung. In: Hans-Helmut König und Dominik Graf von Stillfried (Hg.), Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis: Beiträge zum Stand eines multidisziplinären Forschungsgebiets. Stuttgart: Schattauer, 17-23.
- Schwinn, Thomas, 2001: Differenzierung ohne Gesellschaft. Umstellung eines soziologischen Konzepts. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Theurl, Egelbert, 2003: Angebotsinduzierte Nachfrage als Prinzipal-Agent-Problem im Gesundheitswesen. In: Tamás Meleghy und Heinz-Jürgen Niedenzu (Hg.), Institutionen. Entstehung – Funktionsweise – Wandel – Kritik. Innsbruck: Universität Innsbruck, 139-161.
- Turner, Paul W. und Peter Kotzian, 2001: Comparative Health Care Systems. Outline for an empirical application of New Institutional Economics approaches. Paper presented at the ACPR meeting, April 2001, Grenoble (www.mzes.uni-mannheim.de/publications/papers/comparativehcs.pdf)
- Tuohy, Carolyn Hughes, 1999: Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada. Oxford: Oxford University Press.
- Ullrich, Carsten G., 2000: Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenkasse. Frankfurt a. M./New York, Campus
- Van Doorslaer, Eddy, Xander Koolman, Frank Puffer (2002): Equity in the Use of Physician Visits: Has equal treatment for equal need been achieved? In: OECD: Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries. Paris, 225-248.
- WHO, 2005: Highlights on Health (<http://www.who.dk/highlights>, heruntergeladen am 1. August 2005).
- Weber, Max, 1988/1920: Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie. Tübingen: Mohr.

- Wendt, Claus, 2003: *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung - Gesundheitssysteme im Vergleich*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wendt, Claus, Simone Grimmeisen und Heinz Rothgang, 2005: *Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems?* In Bea Cantillon und Ivo Marx (Hg.): *International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalization?* Antwerpen, Intersentia, 15-45
- Wendt, Claus, Heinz Rothgang und Uwe Helmert, 2005: *The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy*. Universität Bremen, SFB 597, TransState Working Paper Nr. 32
- Winkelhake, Olaf, Ulrich Miegel und Klaus Thormeier, 2002: *Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999 – Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems*. Sozialer Fortschritt 3, 58-61.