

Achim Schmid

GESUNDHEITSAUSGABEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Eine Konvergenzanalyse

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Staatlichkeit im Wandel

Herausgegeben von Philipp Genschel, Stephan Leibfried, Karin Gottschall und Frank Nullmeier für den Sonderforschungsbereich »Staatlichkeit im Wandel« der Deutschen Forschungsgemeinschaft in Bremen.



Band 29

Achim Schmid, Dr. rer. pol., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am SOCIUM der Universität Bremen, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung.

© Campus Verlag GmbH

Achim Schmid

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Eine Konvergenzanalyse

Campus Verlag
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Unter <http://www.campus.de/pdf/schmid-50821.pdf> können alle Abbildungen und Tabellen aus dem Anhang abgerufen werden.

Dieser Band ist die Dissertation des Autors an der Universität Bremen, 2016.

ISBN 978-3-593-50821-4 Print

ISBN 978-3-593-43752-1 E-Book (PDF)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Copyright © 2017 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Umschlaggestaltung: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza

Printed in Germany

www.campus.de

© Campus Verlag GmbH

Inhalt

1	Einleitung	7
1.1	Konvergenz als Forschungsfrage	9
1.2	Konvergenz von Gesundheitssystemen in der OECD-Welt: Ein Überblick	13
1.3	Konvergenz in der Finanzierungsdimension: Motivation und Forschungsfragen	29
2	Gesundheitsausgaben und Finanzierungsformen	33
2.1	Gesundheitsausgaben in der OECD Health Statistics	33
2.2	Öffentliche und private Finanzierungsformen	36
2.3	Zusammenfassung	55
3	Konvergenz von Gesundheitsausgaben? Deskriptiv-statistische Befunde	59
3.1	Datenbasis	60
3.2	Sigmakonvergenz im OECD-Ländersample	63
3.3	Binnenkonvergenz in Ländergruppen	70
3.4	Betakonvergenz und die Position einzelner Länder	75
3.5	Zusammenfassung	78
4	Einflussfaktoren von Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsstruktur	79
4.1	Pro-Kopf-Einkommen und Gesundheitsausgaben	81
4.2	Produktivität im Gesundheitswesen und die Baumol'sche Kostenkrankheit	86
4.3	Der medizinisch-technische Fortschritt	89
4.4	Demographische Einflussfaktoren: Alterung und Gesundheitsausgaben	94

4.5	Einflussfaktoren in der Tradition der Wohlfahrtsstaatsforschung.....	99
4.6	Charakteristika des Gesundheitssystems.....	108
4.7	Zusammenfassung	114
5	Erklärungsansätze für Konvergenz und konditionale Faktoren.....	117
5.1	Ein heuristisches Modell des Gesundheitssystemwandels.....	118
5.2	Antriebskräfte der Konvergenz von Gesundheitsausgaben.....	124
5.3	Antriebskräfte der Konvergenz des öffentlichen Finanzierungsanteils.....	129
5.4	Konditionale Faktoren im Konvergenzprozess.....	139
6	Konditionale Konvergenz: methodischer Ansatz und Operationalisierungen	163
6.1	Methodischer Ansatz für die Analyse konditionaler Konvergenz	163
6.2	Operationalisierung konditionaler Faktoren	168
7	Analyse der Konvergenzprozesse	177
7.1	Absolute Konvergenz in den gepoolten Zeitreihen der OECD-Länder.....	178
7.2	Konditionale Konvergenz in den gepoolten Zeitreihen der OECD-Länder.....	179
7.3	Determinanten der Konvergenzgeschwindigkeit	207
8	Fazit: Konvergenz als Resultat von Problemdruck und Kontrollkapazitäten?.....	239
	Abkürzungen	245
	Abbildungen und Tabellen.....	247
	Literatur.....	249
	Dank.....	271

1 Einleitung

In der sozialstaatlichen Expansionsphase der *Trente Glorieuses* (1945–1975) haben sich in den wohlhabenden Nationen der OECD-Welt¹ Gesundheitssysteme etabliert, die meist für nahezu die gesamte Bevölkerung den Zugang zu medizinischer Versorgung über öffentliche Systeme sicherstellen. In den skandinavischen Ländern ist die Implementation nationaler Gesundheitsdienste in den frühen 1970er-Jahren abgeschlossen. In Südeuropa ersetzen etwas später öffentliche Versorgungssysteme ebenfalls die soziale Krankenversicherung und gewähren sukzessive breiteren Bevölkerungsgruppen Zugang zu steuerfinanzierten medizinischen Leistungen. Die sozialen Krankenversicherungen in Österreich, Deutschland und Frankreich weiteten zur selben Zeit die Versicherungspflicht auf zuvor nicht abgesicherte Gruppen aus. In Australien wurden ambulante Leistungen in das öffentliche Versorgungssystem integriert und in Kanada haben seit Anfang der 1970er-Jahre alle Einzelstaaten die föderale Rahmengesetzgebung und finanziellen Anreize dazu genutzt, ein öffentliches System für stationäre und ambulante Leistungen einzuführen. Die große Ausnahme stellt bis heute das fragmentierte Gesundheitssystem der USA dar. Auch hier wurden in den 1960er-Jahren durch Medicare und Medicaid öffentliche Programme installiert, die in erster Linie Älteren und Einkommensschwachen den Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen. Außerdem besteht eine staatliche Gesundheitsversorgung für Militärbedienstete, Veteranen und ihre Angehörigen, dennoch blieben seit 1970 zwischen etwa 12 und 20 Prozent der Bevölkerung ohne jeglichen Versicherungsschutz

¹ Wenn in dieser Arbeit von der OECD-Welt die Rede ist, sind damit die Gründungsmitglieder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Island, Irland, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Spanien, Schweden, die Schweiz, das Vereinigte Königreich und die USA) sowie die in den frühen 1970ern-Jahre beigetretenen Australien, Finnland, Japan und Neuseeland gemeint. Das Gründungsmitglied Türkei ist aufgrund von fehlenden Daten und erheblich schwächerer Wirtschaftsleistung im fraglichen Zeitraum nicht berücksichtigt.

(OECD 2014b). Mit rund 60 bis 70 Prozent der Bevölkerung versichern sich die meisten US-Bürger privat, in der Regel über ihren Arbeitgeber (Cohen u.a. 2009).² In der Ausdehnung der Reichweite öffentlicher Sicherungssysteme zeigt sich ein gemeinsamer Trend, immer größeren Teilen der Bevölkerung Krankenversicherungsschutz zukommen zu lassen. Angesichts dieses Trends sowie weiterer Gemeinsamkeiten in Wissenschaft und Technik, Krankheitsmustern und demographischen Entwicklungen wurden schon früh Konvergenzthesen formuliert. Gesundheitssysteme neigten aufgrund gemeinsamer Problemlagen zu immer ähnlicheren Strukturen (Mechanic 1975) oder befänden sich gar auf dem Pfad zu einem verstaatlichten Gesundheitssystem (Field 1980).

Die ökonomischen Krisen der 1970er-Jahre läuteten das Ende des verbreiteten Expansionskurses ein. Erwartungen, einen freien Zugang zu medizinischer Versorgung in hoher Qualität zu gewährleisten, sind aufgrund ökonomischer Probleme und haushaltspolitischer Restriktionen zusehends schwerer zu erfüllen. Kostendämpfungspolitik wird zum prägenden Element der gesundheitspolitischen Agenda (Abel-Smith/Mossialos 1994). Auch in dieser Phase werden Konvergenztrends als wesentliche Beobachtung im Vergleich der Gesundheitssysteme der OECD-Welt hervorgehoben (OECD 1987). Thesen einer Entwicklung zu einem spezifischen Gesundheitssystem gehen nun eher von einem Modell aus, das stärker auf private Leistungserbringung setzt, während Finanzierung und Regulierung durch öffentliche Akteure bestimmt werden (Hurst 1991).

Die Konvergenzidee bleibt »unmittelbar attraktiv« (Blank/Bureau 2014), nicht nur aufgrund gemeinsamer Problemlagen, die ähnliche Lösungsoptionen herausfordern. Gesundheitssysteme können auch einander ähnlicher werden, wenn sie unterschiedliche Entwicklungspfade einschlagen, aber hierdurch gerade die Elemente fördern, die bislang fremd waren und andere Systeme prägen (Schmid u.a. 2010). Neben gemeinsamen Problemla-

2 Die Daten zum Versicherungsschutz in den USA beziehen sich auf den dieser Arbeit zugrundeliegenden Beobachtungszeitraum von 1970 bis 2009. Trotz der Gesundheitsreformen der Obama-Administration bleibt der fragmentierte, lückenhafte Charakter des Systems erhalten. Viele Verbesserungen des Versicherungsschutzes im Rahmen des Patient Protection and Affordable Care Act wurden erst nach Ende der betrachteten Zeitperiode wirksam. Die Besonderheit einer privaten Vollversicherung für größere Teile der Bevölkerung findet sich innerhalb des Ländersamples nur in Deutschland und bis 2006 in den Niederlanden. Je nach Definition einer privaten Versicherung, die in späteren Kapiteln thematisiert wird, kann bis zur Gesundheitsreform 1996 auch die Schweiz zu den Ländern mit privater Vollversicherung von größerer Bedeutung zählen.

gen, die sich in systemspezifischem Problemdruck niederschlagen, tragen hierzu auch die Verbreitung von Reformideen durch internationale Organisationen sowie länderübergreifende Lernprozesse bei (Marmor u.a. 2005). Die Konvergenzidee bleibt im Gesundheitssystemvergleich präsent, sei es für Politik, Strukturen, Prozesse oder deren Outcomes.

Diese Arbeit greift das Konvergenzthema auf, beschränkt sich aber auf die quantitativ gut erfassbare Finanzierungsdimension des Gesundheitssystems in der OECD-Welt. Es wird untersucht, welche Konvergenztrends sich bei Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung beobachten lassen. Darüber hinaus geht es aber vor allem darum, zu ergründen, welche Faktoren Konvergenz beeinflussen, sie antreiben oder hemmen.

1.1 Konvergenz als Forschungsfrage

Die Frage nach Konvergenz oder Divergenz ist ein klassischer Ansatz für sozialwissenschaftliche Untersuchungen (Wilensky 2002). Eine vielfach zitierte Definition von Kerr (Kerr 1983) beschreibt Konvergenz als »the tendency of societies to grow more alike, to develop similarities in structures, processes and performances« und analog dazu Divergenz als »the tendency to recede from one another«. In der *sozialwissenschaftlichen Forschungstradition* haben Modernisierungstheorien und funktionalistische Theorien sozialen Wandels (»logic of industrialism«) Konvergenz postuliert (Wilensky 2002). Im Zuge der Industrialisierung und mit zunehmendem Wohlstand würden Länder hinsichtlich ihrer Sozialstruktur, ihrer Volkswirtschaft, Kultur und Politik einander ähnlicher.

»The general convergence argument suggests that, as societies adopt a progressively more industrial infrastructure, certain determinate processes are set in motion which tend over time to shape social structures, political processes and public policies in the same mould.« (Bennett 1991)

Mit Bezug auf die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung liegt die Gemeinsamkeit nach dieser Vorstellung darin, dass Gesellschaften eine Reihe von sozialpolitischen Programmen zum Schutz vor zentralen Lebensrisiken (Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit, etc.) als soziales Recht etablieren (Wilensky 2002). Sozialausgaben – als zentraler Indikator wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung – werden demnach vorrangig von Wirtschaftswachstum und der demographischen Entwicklung einer Gesellschaft bestimmt und ten-

dieren dazu, zu konvergieren, während politischen Akteuren und Institutionen eine nachrangige Bedeutung zugemessen wird (Zöllner 1963).

In der *ökonomischen Literatur* wurden Konvergenzfragen im Rahmen der ungleichen Verteilung von ökonomischem Wohlstand und Arbeitsproduktivität zwischen Ländern oder Regionen erörtert (Baumol 1986; Obinger 2004; Sala-i-Martin 1996). Die Chance armer Länder zum Wohlstand reicher Nationen aufzuschließen, bzw. die Persistenz von Unterschieden in der ökonomischen Leistungsfähigkeit hat dabei auch bedeutende theoretische Implikationen. Modelle der neoklassischen Wachstumstheorie postulieren unter der Annahme sinkender Grenzproduktivität und einem gemeinsamen Technologiebestand eine langfristige Annäherung des Wirtschaftswachstums auf ein gemeinsames Gleichgewicht. Gegenteilige empirische Befunde haben zu Modifikationen der neoklassischen Modelle sowie der Entwicklung endogener Wachstumstheorien beigetragen (De la Fuente 1997). In endogenen Wachstumsmodellen sind Produktionsfaktoren (Technologie und Humankapital) vom Stand der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig. Daraus ergeben sich konstante oder steigende Grenzerträge des Kapitals, die mit dem Wohlstandsniveau zunehmende Wachstumsraten postulieren und damit die Konvergenzthese bestreiten (Obinger 2004). In Weiterentwicklungen der neoklassischen Modelle wird die Konvergenzhypothese in eine bedingte Konvergenz umformuliert – die Annäherung an ein gemeinsames Gleichgewicht ist abhängig von den landesspezifischen Voraussetzungen, technologischen Fortschritt zu adaptieren (De la Fuente 1997).

Ein erneuertes Interesse an Konvergenz in den vergleichenden Sozialwissenschaften geht mit verschiedenen sozioökonomischen und politischen Entwicklungen, wie *Deindustrialisierung*, *neue soziale Risiken* sowie *Globalisierung* und *Europäisierung* einher (Heichel u.a. 2005; Knill 2005). Während die klassischen funktionalistischen Theorien den Übergang von der Agrar- zur Industriegesellschaft thematisiert haben, verbinden neuere funktionalistisch argumentierende Ansätze wohlfahrtsstaatliche Expansion mit den Folgen der *Deindustrialisierung* und der Konvergenz auf ein postindustrielles Gleichgewicht (Iversen 2001). Studien zu *neuen sozialen Risiken*, die im Wandel traditioneller Familienstrukturen, der Flexibilisierung der Arbeitsmärkte und demographischen Verschiebungen begründet sind, verbinden gemeinsame Problemlagen mit ähnlichen sozialpolitischen Reaktionen und Konvergenz auf einem höheren Ausgabenniveau (vgl. Starke u.a. 2008). Auch durch *Globalisierungsprozesse* werden Konvergenzthesen be-

fördert, oft in Verbindung mit Befürchtungen sozialpolitischer Kürzungsmaßnahmen und einer erheblichen Beschneidung staatlicher Regulierungskompetenzen. So fasst beispielsweise Schmidt (2008) zusammen:

»This is when convergence theorists argued that the exogenous pressures of globalisation – through financial market internationalisation and capital mobility fuelled by government policies of liberalisation, privatisation, and deregulation – meant one thing alone: convergence to a neo-liberal model of capitalism, the demise of the state as a key actor in global capitalism, and the end of any significant differences between governments of the left and the right as both sought to liberalise, leading to a regulatory ›race to the bottom.«

Aus dieser Perspektive weckt ein Spezialfall der Konvergenz, nämlich der auf ein neoliberales Wirtschaftsmodell, das Forschungsinteresse. Neben dem Druck der Kapitalmärkte weisen weitere Dimensionen internationaler Verflechtungen auf Konvergenz. Hierzu zählen Harmonisierungsbestrebungen in der europäischen Union durch positive wie negative Integration, die vergleichsweise harten Konvergenzziele der europäischen Währungsunion oder eher weiche Zielgrößen im Rahmen von Benchmarkprozessen. Benchmarks oder Referenzsysteme mit mehr oder weniger verbindlichem Charakter werden gleichermaßen von verschiedenen internationalen Organisationen gepflegt. Dies geht einher mit der zunehmenden Verfügbarkeit von international vergleichbaren Datensätzen, Länderberichten und Policyanalysen. Auch wenn länderübergreifendes Lernen, Diffusionsprozesse und Konvergenz nicht einfach aufgrund dieser Rahmenbedingungen unterstellt werden können, so dürfte der wachsende Informationsaustausch über Ländergrenzen hinweg das Interesse an Konvergenz und Konvergenzthesen zusätzlich befördert haben (Heichel u.a. 2005).

Darüber hinaus haben analytische Überlegungen das Interesse an Konvergenz neu entfacht. So wurde darauf hingewiesen, nicht nur gemeinsame Trends oder die durchschnittlichen Effekte einer Kausalbeziehung in Betracht zu nehmen, sondern die Veränderungen der Verteilung ebenso zu analysieren: »We have begun to notice that some causes produce changes in the variance, rather than the mean, of the distribution of a dependent variable.« (Braumoeller 2006) In der Erforschung des Staatswandels mahnen Rothgang u.a. (2006) beispielsweise, sich nicht auf mittlere Veränderungen wie Privatisierungstrends oder Internationalisierung zu beschränken. Zusätzlich müsse gefragt werden, wie sich die »Korridore« in denen sich die Staaten bewegen, entwickeln. Werden also die Optionen für Staatswandel erweitert oder enger begrenzt, so dass sich die Streuung

der Länder hinsichtlich unterschiedlicher zu spezifizierenden Variablen verringert? Durch eine Beschränkung der Fragestellung auf gemeinsame Trends können wichtige Informationen verloren gehen, etwa, wenn im Mittel keine eindeutige Richtung der Staatsausgabenentwicklung beobachtet werden kann, aber am Rand der Verteilung die Optionen für eine expansive Ausgabenpolitik erheblich eingeschränkt sind. Solche Informationen können ermittelt werden, wenn Konvergenz- und Divergenzprozesse in den Blick genommen werden.

Des Weiteren sind Konvergenzfragen aus analytischer Perspektive bedeutsam, weil sie mit unterschiedlichen *Erklärungsmustern* verknüpft sind. Die Frage wie groß die Handlungsspielräume für Akteure sind, führt zu Fragen nach materiellen oder wahrgenommenen Sachzwängen, die Entscheidungsträger zu ähnlichen Ergebnissen führen. Zudem sind diese Fragestellungen mit dem Charakter der *Einflussgrößen* verbunden. Wirken diese Faktoren länderübergreifend, sind international zu verorten oder dominieren länderspezifische Faktoren?

»The main analytic questions ask whether European countries are moving toward convergence or divergence, and whether the drivers of such change are the external pressures of globalisation and Europeanisation or the internal pressures of politics and economics.« (Schmidt 2008)

Dies zeigt wiederum Verbindungen mit unterschiedlichen *Theoriesträngen* auf. Gerade funktionale Argumentationsmuster stehen oft in Zusammenhang mit reduzierten Handlungsspielräumen und liefern Erklärungen für Konvergenz. Erklärungsansätze, die nationale Akteurskonstellationen und institutionelle Rahmenbedingungen in den Vordergrund stellen, betonen dahingegen Divergenz oder zumindest beständige Gegensätze. Überdies lässt sich eine Verbindung zwischen Konvergenzfragen und grundlegenden *Entwicklungsmustern* ziehen. Konvergenz steht oft in Zusammenhang mit negativen Feedbacks, die auf ein gemeinsames Gleichgewicht führen. Dahingegen befördern positive Feedbacks oder *increasing returns* Pfadabhängigkeiten, die häufig die Grundlage divergenter Entwicklungen darstellen.

1.2 Konvergenz von Gesundheitssystemen in der OECD-Welt: Ein Überblick

Die klassische Konvergenztheorie, wie sie beispielsweise von Wilensky vertreten wird, sieht eine fortlaufende Industrialisierung³ als Antriebskraft hinter der Entwicklung moderner Gesellschaften (Wilensky 2002). Dabei werden Konvergenztrends für verschiedenste Aspekte gesellschaftlicher Entwicklung, soziologischer, kultureller und ökonomischer Natur sowie hinsichtlich politischer Entwicklungen, postuliert. Jüngere Konvergenzstudien sind demgegenüber enger gefasst und auf spezifische Outcomes oder Politikfelder begrenzt. Insbesondere dort wo ein Wettbewerb zwischen Staaten vermutet wird oder internationale Organisationen Einfluss üben, wird Konvergenz untersucht. So finden sich Studien vor allem zu Steuerpolitik, Sozial- und Umweltstandards oder Handelspolitik (Heichel u.a. 2005). Auch in der international vergleichenden Forschung zu Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik wohlhabender Nationen bieten Studien zu Konvergenz und Divergenz einen wichtigen Ansatz zum Verständnis der Entwicklung von Gesundheitssystemen (Blank/Burau 2014; Schmid u.a. 2010). Ausgangspunkt für Konvergenzüberlegungen bilden gemeinsame Problemlagen, Herausforderungen und Ziele, die moderne Gesundheitssysteme teilen. Zu den Herausforderungen zählen der vermehrte Einsatz teurer Medizintechnik, die Folgen demographischen Wandels für die Organisation von Gesundheitsleistungen und Ausgabensteigerungen sowie das Aufeinandertreffen von prinzipiell unbegrenzter Nachfrage auf begrenzte finanzielle Ressourcen. Grundlegende Ziele in der industrialisierten Welt sind der faire Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung bei Gewährleistung makroökonomischer und mikroökonomischer Effizienz (Defever 1995). Zudem greifen moderne Gesundheitssysteme auf gemeinsames medizinisches Wissen und Medizintechnik zu, so dass Formen der Leistungserbringung und deren Organisation Gemeinsamkeiten entwickeln können (Cortez 2009; Field 1999). Globalisierungs- und Europäisierungsprozesse, die generelle Konvergenzdebatten antreiben, dienen auch als Anstoß für Konvergenzanalysen von Gesundheitssystemen (Wendt u.a. 2005). Überdies motivieren internatio-

³ Industrialisierung wird dabei als technische Idee definiert – »the increasing and widespread use of (1) tools that multiply the effects of their initial applications of energy and (2) inanimate sources of energy« – und operationalisiert als ökonomischer Wohlstand durch das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (Wilensky 2002).

nale Verflechtungen, die Entwicklung gemeinsamer Standards durch internationale Organisationen, die Diffusion von Instrumenten und Ideen sowie länderübergreifende Lernprozesse angesichts wachsenden Problemdrucks Konvergenzstudien (Gibaldi u.a. 2009; Marmor u.a. 2005; Schmid u.a. 2010).

Gleichzeitig zeigt die Diskussion um Gesundheitssystemtypen und deren institutionelle Eigenarten, dass erhebliche Unterschiede in der Organisation von Gesundheitssystemen bestehen (Böhm u.a. 2013; Paris u.a. 2010). Autoren, die solche Unterschiede betonen, verweisen auf länderspezifische Normen und Werte, die sich in der Entwicklung von Gesundheitssystemen manifestieren und dabei voneinander abweichende Reformpfade begünstigen sollten (Grignon 2012; Saltman 1997). Divergente Entwicklungen von Gesundheitssystemen aufgrund von Unterschieden in der politischen Institutionenlandschaft sind vor allem in der frühen Entwicklung und im Ausbau öffentlicher Programme ebenso verbrieft, wie Pfadabhängigkeiten und die Resistenz gegen Reformen (Immergut 1992b; Wilsford 1994).

So ist es auch wenig verwunderlich, dass die international vergleichende Entwicklung von Gesundheitssystemen hinsichtlich Konvergenz- oder Divergenztrends keine einheitliche Bewertung erfährt. Nicht zuletzt rühren widersprüchliche Bewertungen daher, dass unterschiedliche Dimensionen des Gesundheitssystems oder unterschiedliche Elemente der Gesundheitspolitik betrachtet werden und die gewählten Konvergenzkonzepte voneinander abweichen (Rothgang 2009).

1.2.1 Konvergenzkonzepte

Wie eingangs dargestellt, bezeichnet Konvergenz allgemein eine Annäherung im Zeitverlauf bzw. über Zeit zunehmende Ähnlichkeiten. Erforderlich ist also eine Betrachtung über Zeit. Davon abzugrenzen sind Betrachtungen, die lediglich im Querschnitt Gemeinsamkeiten und *Gleichartigkeit* bzw. Vielfalt und *Unterschiede* konstatieren (Kerr 1983). »*Convergence should also be seen as a process of >becoming< rather than >being< more alike.*« (Bennett 1991) Daher stehen *gemeinsame Trends* nur dann im Einklang mit Konvergenz, wenn sich eine Entwicklung von variierenden zu gemeinsamen Trends beobachten lässt oder wenn sie im Zeitverlauf zu einer wachsenden Zahl an Gemeinsamkeiten beitragen. Insbesondere bei qualitativen Kategorien

stellt sich dabei die Frage, wie die am Ende des Beobachtungszeitraums identifizierten Gemeinsamkeiten von Systemen gegenüber fortbestehenden Unterschieden gewichtet werden. Je nachdem welche Schwellenwerte für Konvergenz unterstellt werden, kann es zu voneinander abweichenden Einschätzungen kommen. Eine anspruchsvollere Anforderung an Konvergenz wäre in dieser Hinsicht die Annäherung an oder die Entwicklung zu einem vorher definierten (Ideal-)Modell. Diese Art von Konvergenz wird als *Deltakonvergenz* bezeichnet (Knill 2005).

Sofern die einzelnen Merkmale nicht nur einer qualitativen Einschätzung unterliegen, sondern auch quantifizierbar sind, können Ähnlichkeiten über Distanzmaße und Clusteranalysen für verschiedene Zeitpunkte überprüft werden. Quantitativ wird eine Annäherung häufig über Indikatoren der Verteilung einer Variablen dargestellt. Aus der Ökonomie hat sich hierbei der Begriff der *Sigmakonvergenz* etabliert (Sala-i-Martin 1996). *Sigmakonvergenz* bezeichnet eine Reduktion der Streuung im Zeitverlauf. Der Terminus verweist auf das Streuungsmaß Varianz, das mit dem griechischen Buchstaben Sigma dargestellt wird. Ebenfalls aus der Ökonomie entlehnt ist das Konzept der *Betakonvergenz*. Damit wird eine negative Korrelation zwischen dem Wachstum einer Variablen über ein Zeitintervall T und dem Ausgangswert zu T-Null bezeichnet. Dahinter steht die Annahme, dass ein relativ höheres Wachstum von niedrigerem Niveau bzw. ein relativ geringes Wachstum von hohem Niveau im Zeitverlauf zu einer Annäherung führt. Tatsächlich lässt sich auch zeigen, dass eine Verringerung der Varianz oder vergleichbarer Streuungsmaße im Zeitverlauf – also Sigmakonvergenz – grundsätzlich mit Betakonvergenz einhergeht (Sala-i-Martin 1996). Allerdings deckt sich dieses Konvergenzkonzept nicht zwingend mit der Vorstellungen von Konvergenz als Annäherung der Beobachtungseinheiten aneinander oder einer Verringerung der Streuung. Dies ist unter anderem dann nicht der Fall, wenn sich die Wachstumsraten von »Nachzüglern« und »Pionieren« so stark unterscheiden, dass ein Rollentausch stattfindet. In diesem Fall nimmt die Varianz zunächst ab, steigt aber wieder an, wenn die ehemaligen Nachzügler die Vorreiter überholt haben.

Das Betakonvergenzkonzept lässt sich auch auf Analysen mit gepoolten Zeitreihen übertragen, wobei der negative Zusammenhang des Wachstums über eine definierte Periode mit dem Niveau zu Beginn der jeweiligen Periode Konvergenz etabliert. Der besondere Vorteil, Konvergenz in dieser Form mittels Regressionsanalysen zu bestimmen, liegt darin, dass zusätzliche Einflussfaktoren als Kontrollvariablen konstant gehalten und

damit »versteckte« Konvergenzzusammenhänge und Antriebskräfte identifiziert werden können (Plümper/Schneider 2009). Bestätigt sich Konvergenz unter konstant gehaltenen Bedingungsfaktoren, so ist von »konditionaler Konvergenz« die Rede. Der einfache negative Zusammenhang zwischen Wachstum und Ausgangsniveau wird dahingegen als »absolute Konvergenz« beschrieben.

Ein weiteres in quantitativen Studien vertretenes Konvergenzkonzept basiert ebenfalls auf der Analyse von Zeitreihen. Grundlegende Idee ist, die Differenz zwischen der Zeitreihe einer Variablen und einer Referenzreihe zu analysieren. Konvergenz liegt dann vor, wenn die Differenz in der langfristigen Prognose den Wert Null annimmt oder bei einer weniger anspruchsvollen Konvergenzdefinition langfristig konstant bleibt (Bernard/Durlauf 1995).

1.2.2 Konvergenzgegenstand

Neben der Definition von Konvergenz und damit zusammenhängenden Messkonzepten werden Einschätzungen zur Konvergenz oder Divergenz von Gesundheitssystemen davon geprägt, welche konkreten Elemente des Gesundheitssystems untersucht werden und aus welcher Perspektive dies geschieht (Rothgang 2009; Saltman 1997). Für eine Beurteilung ist jedenfalls eine konkrete Bestimmung des Konvergenzgegenstandes erforderlich (O'Connor 2007).

Für eine systematische Betrachtung schlagen Rothgang u.a. (2010) vor, das Gesundheitssystem in Dimensionen zu unterteilen, die grundlegende Funktionen – Leistungserbringung, Finanzierung und Regulierung – widerspiegeln. Die Ausgestaltung dieser Funktionen gründet dabei auf eine vierte Dimension: die in der Gesellschaft verwurzelten Werte und Einstellungen zum Gesundheitssystem. Dies betrifft etwa Fragen nach Gerechtigkeitskonzepten beim Zugang zu medizinischer Versorgung und der Verantwortung für die Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen. Während in der Leistungserbringungs- und Finanzierungsdimension Outputs des Gesundheitssystems betrachtet werden, geht es in der Regulierungsdimension neben der materiellen Ausgestaltung der Regeln auch um die Fragen, welche Akteure sich für die Regulierung verantwortlich zeigen und auf welche Mechanismen sie dabei bauen. Dabei orientieren sich die Autoren an idealtypischen Kategorien von Akteuren und Interaktionsmechanismen,

die sich in der Literatur etabliert haben: Staat, korporatistische Akteure und Marktteilnehmer sowie Hierarchie, Verhandlung und Wettbewerb.

Die *Leistungserbringung* umfasst die medizinische Versorgung durch Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe in ambulantem Setting oder stationären Einrichtungen. Dieser Kernbereich des Systems kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Personelle Ausstattung des Gesundheitssektors und Daten zur medizinischen Infrastruktur geben Auskunft über die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Zusammensetzung und institutionelle Zuordnung der Gesundheitsberufe – Fachärzte, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte oder Apotheker entweder im Krankenhaus oder ambulant tätig – weist auf die Bedeutung von medizinischer Grundversorgung gegenüber stationärer und fachärztlicher Versorgung hin (Wendt 2009b; Wendt/Kohl 2009). Daten zu Ergebnisgrößen der Leistungserbringer wie Fallzahlen im Krankenhaus, durchschnittliche Verweildauern, Arztkontakte, etc. sind weitere Elemente dieser Dimension (Leidl 2001). Eine häufig gestellte Frage zur Leistungserbringung bezieht sich auf den öffentlichen oder privaten Charakter der Dienstleistungen (Maarse 2004; Maynard 2005). Rothgang u.a. (2010) unterscheiden, ob die Gesundheitsdienstleister als profitorientierte Marktteilnehmer auftreten, als private Non-Profits oder als Bedienstete in öffentlichen Einrichtungen. Der Mix öffentlicher und privater Anbieterstrukturen ist von großer Bedeutung, weil er bestimmt, inwieweit die Gesundheitsprofessionen – etwa hinsichtlich ihrer Therapieangebote – autonom agieren oder öffentlichen Interessen unterstellt sind. Profitorientierte Anbieter sehen sich naturgemäß anderen Anreizen als öffentlichen Einrichtungen ausgesetzt. Sie werden beispielsweise stärker auf Nachfrage und Zahlungsbereitschaft reagieren, während öffentliche Anbieter eine (nachfrageunabhängige) Grundversorgung gewährleisten können. Letztlich sind die konkreten Anreizstrukturen zwar von der Regulierung abhängig, jedoch ist die Entwicklung des Public/Private-Mix ein wichtiger Indikator für Fragen des Zugangs zum medizinischen Versorgungssystem.

Die *Finanzierungsdimension* bezieht sich auf die Bereitstellung der finanziellen Grundlagen für die Vergütung der Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Der Gesamtumfang entspricht den Gesundheitsausgaben. Das Ausgabenniveau beziffert die in der Leistungserbringungsdimension ermittelten Güter und Dienstleistungen als monetäre Größe. Dieser kann als grober Anhaltspunkt für die Großzügigkeit des Gesundheitssystems dienen, auch wenn Kaufkraftunterschiede diese Abschätzung verzer-

ren und dabei keine Aussage über die Verteilung der Ausgaben gemacht wird. Kern der Finanzierungsdimension sind die Finanzierungsträger, die Einnahmen von den Haushalten erheben, Risiken bündeln und eine Absicherung gegen Krankheitsrisiken bieten. Zu den öffentlichen Finanzierungsträgern zählen im Wesentlichen staatliche Instanzen, die Steuern erheben sowie Sozialversicherungen, die sich aus Beiträgen der Versicherten finanzieren, aber auch Zuschüsse aus dem Steuertopf erhalten können. Private Quellen sind Versicherungen, Unternehmen, Non-Profit-Organisationen und die privaten Haushalte selbst, wenn sie Leistungen direkt erwerben oder Eigenbeiträge für Versicherungsleistungen beisteuern müssen. Ein wesentlicher Unterschied liegt dabei zwischen öffentlichen und privaten Finanzierungsarten, weil sie hinsichtlich Risikoumverteilung und der Zuweisung von Finanzlasten deutlich voneinander abweichen.

Bei der *Regulierung* handelt es sich schließlich um die komplexeste Dimension des Gesundheitssystems in der sich auch gesundheitspolitische Entwicklungen und Reformen verorten lassen. Rothgang u.a. (2010) strukturieren diese Dimension nach den zu regelnden Beziehungen zwischen Anbietern, Patienten und Finanzierungsträgern. Sie tragen damit der für moderne Gesundheitssysteme typischen Dreiecksbeziehung Rechnung, in der eine Versicherung oder ein öffentlicher Finanzierungsträger neben die Beziehung zwischen den Anbietern medizinischer Güter und Dienstleistungen und die Patienten bzw. Konsumenten tritt. Damit lässt sich die Regulierungsdimension in Regulierungen zur Definition des Leistungspakets, der Art des Versicherungsschutzes, dem konkreten Zugang zum Versorgungssystem, dem Marktzugang der Anbieter, der Vergütung der Anbieter und schließlich des Finanzierungssystems ausdifferenzieren. Der Fokus der Analyse von Rothgang u.a. (2010) liegt nun auf der Frage, welche Akteurstypen als Regulierer auftreten (staatlichen Akteuren, korporatistischen Akteuren und Marktteilnehmern) und welche Interaktionsmodi (hierarchischer Steuerung, Verhandlung und Wettbewerb) dabei vorherrschen. Die Fragestellung zielt dabei auf den Wandel idealtypischer Regulierungsmuster, die in staatlich hierarchischer Steuerung, korporatistischen Verhandlungsmodellen und dem Markt verortet werden. Erweitert man den Blick zudem auf die materielle Ausgestaltung der Regulierungsfragen, lassen sich unter dieser Dimension auch Analysen zur Policy-Konvergenz fassen. Aus Policy-Perspektive lassen sich weitere Elemente für die Analyse der Regulierungsdimension ausdifferenzieren. Zumeist werden die materiellen Inhalte der Regulierung (*policy content*) von den Instrumenten zur

Durchsetzung der Policies (*policy instruments*) und den dahinter liegenden Zielen (*policy goals*) unterschieden (Blank/Burau 2006; Jacobs 1998; Smith u.a. 2012). Diese Kategorien gründen auf einer Arbeit von Bennett (1991), der zudem noch Politikstile (etwa konsensuale gegen konfliktträchtige Politik) sowie *Policy Outcomes* unterscheidet. *Outcomes* sind in der hier gewählten Strukturierung des Gesundheitsfeldes auch in den Dimensionen Leistungserbringung und Finanzierung verortet. Die Regulierungsdimension kann gewissermaßen als vorrangige Dimension betrachtet werden, weil die hier geschaffenen Regulierungsinhalte und Strukturen sich auf die Ergebnisse in der Finanzierungs- und Leistungserbringungsdimension auswirken und darüber hinaus auch aktiv verändert werden, um bestimmte Ergebnisse in der Finanzierung und Leistungserbringung zu erzielen (Böhm u.a. 2013).

Während die Abgrenzung von Dimensionen und Policy-Elementen dazu dient, das Gesundheitssystem zu strukturieren und Konvergenz bzw. Divergenzbewegungen genauer zu verorten, wird hier deutlich, dass die Dimensionen miteinander verknüpft sind. Neben dem offensichtlichen Zusammenhang zwischen Eingriffen in der Regulierungsdimension und dessen Effekte auf Outcomes in verschiedenen Dimensionen, kann auch die Konfiguration der Dimensionen zueinander zum Konvergenzgegenstand werden. Die Konstellation dominanter, idealtypischer Akteure in den einzelnen Dimensionen beschreibt unterschiedliche Gesundheitssystemtypen (Wendt u.a. 2009). So lassen sich die in der Literatur geläufigen Idealtypen eines Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), eines sozialen Krankenversicherungssystems und eines privaten Krankenversicherungssystems durch die Dominanz von Staat, korporatistischen Akteuren oder Marktteilnehmern in den jeweiligen Dimensionen des Gesundheitssystems abgrenzen (Rothgang u.a. 2010). In ähnlicher Form bezieht sich Hursts (1991) Public Contract Modell auf eine Konfiguration, die private Leistungserbringung mit öffentlicher Regulierung und Finanzierung verbindet. Konvergenzgegenstand sind dann nicht einzelne Elemente des Gesundheitssystems, sondern deren Konfiguration auf relativ hohem Aggregationsniveau.

1.2.3 Befunde: Konvergenz, Divergenz und persistente Unterschiede

Die Frage nach Konvergenz, Divergenz oder persistenten Unterschieden von Gesundheitssystemen ist als bedeutender Themenkomplex in der vergleichenden Forschung anerkannt (Blank/Bureau 2014; Defever 1995; Raffel 1997; Saltman 1997). Im Folgenden sollen die Befunde in der Literatur für die OECD-Welt entlang der spezifizierten Dimensionen zusammengefasst werden.

1.2.3.1 *Werte und Normen*

Studien, die Konvergenzthesen skeptisch gegenüberstehen, verweisen darauf, dass Gesundheitssysteme in voneinander abgrenzbare *Wertesysteme* eingebunden sind (Saltman 1997). Idealtypisch betrachtet steht bei Nationalen Gesundheitsdiensten die Gleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Vordergrund, während Sozialversicherungen auf dem Prinzip der Solidarität in der Versichertengemeinschaft basieren und in privat organisierten Gesundheitssystemen Eigenverantwortung als Prinzip dominiert und damit der Zugang zu Leistungen stärker von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig ist (Rothgang u.a. 2010). Hinsichtlich grundlegender Normen und Werte geht es um die Rollen von Gleichheit gegenüber der Akzeptanz von Ungleichheit im Zugang zu sozialen Leistungen, der Frage danach, ob der Staat Gesundheitsleistungen organisieren und bereitstellen soll oder dies eher dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen sollte. Welche Rolle werden also den Konzepten Gleichheit, Solidarität, Eigenverantwortung, Wahlfreiheit und Wettbewerb zugesprochen? Bezogen auf wohlfahrtsstaatliche Leistungen gelten diese Werte und Normen im Zeitverlauf als erstaunlich stabil (Gelissen 2002). Auch für den Gesundheitsbereich findet Saltman persistente Unterschiede grundlegender Werte und Normen (Saltman 1997). Da Querschnittsanalysen dominieren, bleiben Konvergenz- bzw. Divergenzbefunde vage. Hinsichtlich der Frage, ob der Staat eine umfassende Rolle in der Organisation des Gesundheitssystems einnehmen sollte, schließen Kikuzawa u.a. (2008):

»We find that the most frequently discussed pressures on health care systems have limited influence on public attitudes; rather, attitudes appear to be embedded within the social organization of health care.«

Der stabile Zusammenhang zwischen Ausprägungen des Gesundheitssystems und Wertvorstellungen, spricht gegen Konvergenz. In Ländern mit

nationalem Gesundheitsdienst schreibt in der Regel ein größerer Prozentsatz der Bevölkerung dem Staat die zentrale Verantwortung für die Organisation des Gesundheitssystems zu als dies in Versicherungsländern der Fall ist. Allerdings lassen sich insofern Gemeinsamkeiten feststellen, als dass mit Ausnahme der USA, wo insgesamt Ungleichheit eher akzeptiert wird (Sachweh/Olafsdottir 2012), die OECD-Länder eine öffentlichen Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsdienstleistungen unterstützen (Wilsford 1995). Befragungen des Eurobarometers und der European Social Survey weisen hohe Zustimmungswerte zur staatlichen Verantwortung für das Gesundheitssystem in Europa aus (Missinne u.a. 2013; Wendt u.a. 2010). Die Befunde lassen sich aber nicht als Konvergenz deuten, da keine Indizien für eine Annäherung zwischen den Ländern im Zeitverlauf vorliegen.

1.2.3.2 *Leistungserbringung*

Welche Tendenzen lassen sich in der *Leistungserbringungsdimension* ablesen? Diese Dimension unterliegt insofern internationalem Anpassungsdruck, als dass die wohlhabenden Länder auf ein gemeinsames medizinisches Knowhow und Medizintechnik zugreifen können (Mechanic/Rochefort 1996). Gemeinsame Standards in der medizinischen Versorgung, Ausbildung und bei medizinischen Produkten werden durch die international aufgestellte Medizinindustrie gefördert (Cortez 2009). Gleichzeitig sind die Versorgungsstrukturen historisch gewachsen und reflektieren länderspezifische Institutionen und Anbieterinteressen.

Trends im Bereich der Leistungserbringung werden durch Indikatoren zur medizinischen Infrastruktur beschrieben. Die Datenbasis für die OECD-Welt ist lückenhaft, aber lässt quantitative Streuungsmaße zu, so dass Sigmakonvergenz als Konzept vorherrscht. Gemeinsame Trends bestehen in der Zunahme der Beschäftigung im Gesundheitssektor, einer Zunahme medizinisch-technischer Geräte, sowie einer Reduzierung der Krankenhausbettenzahl. Letzteres geht einher mit einer Zunahme der Fallzahlen bei Reduzierung der durchschnittlichen Liegezeiten im Krankenhaus (Montanari/Nelson 2013; Rothgang u.a. 2010; Schölkopf 2011). Es zeigt sich jedoch, dass trotz gemeinsamer Trends eher ein Divergenzbefund zu konstatieren ist. Indikatoren zur Beschäftigtenzahlen im Gesundheitssektor, Ärzte sowie Pflegekräfte in Relation zur Bevölkerungszahl weisen in der OECD-Welt einen steigenden Variationskoeffizienten auf. Auch

bei der Krankenhausbettendichte zeigt sich eine größere Varianz im Zeitverlauf (Alber 1988; Alber 1989; Leidl 2001; Montanari/Nelson 2013; Wendt u.a. 2005). Zudem variiert die Ausstattung mit medizinischen Geräte deutlich, wobei auch hier Divergenz im Zeitverlauf vorliegt (Montanari/Nelson 2013). Lediglich bei der Verweildauer lässt sich in den letzten Jahren Sigma-Konvergenz feststellen (Pavolini/Österle 2013; Schölkopf 2011).

Ein weiteres Thema ist die Frage nach der Entwicklung des Public-Private-Mix in der Leistungserbringung. Nach Maarse (2004) geben Privatisierungstrends ein heterogenes Bild ab. Im Krankenhaussektor lässt sich eine funktionale Privatisierung durch Outsourcing von Reinigungs- sowie Laborarbeiten an private Dienstleister beobachten. Auch formale Privatisierung, im Sinne einer Angleichung öffentlicher Krankenhäuser an private Managementstrukturen lassen sich in einigen Ländern beobachten. Hinsichtlich der materiellen Privatisierung von Krankenhäusern lässt sich eine Konvergenz des öffentlichen Bettenanteils in der OECD vermuten, wobei die Abgrenzung zwischen öffentlichen und privaten Trägern in den Datenquellen problematisch ist (Wendt u.a. 2005). Rothgang u.a. (2010) versuchen die Trends über einen »Public Service Provision Index« zu fassen. Hierfür unterscheiden sie den ambulanten Sektor, den stationären und den Pharmasektor. In den jeweiligen Sektoren wird der öffentliche Anteil der Leistungserbringung über den öffentlichen oder privaten Charakter bzw. die öffentliche oder private Trägerschaft der Anbieter bestimmt. Anschließend werden die Sektoren nach ihrem finanziellen Anteil an den Gesundheitsausgaben gewichtet. Hierbei lässt ein moderater Privatisierungstrend der Leistungserbringung in der OECD seit den 1990er-Jahren feststellen, der sowohl auf Privatisierungen im Krankenhaussektor und im ambulanten Sektor beruht als auch auf einer Verschiebung der Gewichte hin zum ambulanten und Pharmasektor, die in den meisten Ländern durch private Dienstleistungsstrukturen gekennzeichnet sind. Die Unterschiede zwischen den Ländern bleiben jedoch bestehen. Es lässt sich keine Konvergenz feststellen. Die Leistungserbringungsdimension ist daher überwiegend durch persistente Unterschiede und Divergenz gekennzeichnet.

1.2.3.3 Finanzierung

Im Gegensatz zur Leistungserbringungsdimension liegt in der Finanzierung eine breite Datenbasis vor, die quantitative Analysen ermöglicht. Dies gilt zumindest für Gesamtausgaben, öffentliche Gesundheitsausgaben so-

wie den öffentlichen Finanzierungsanteil. Allerdings reduziert sich bei detaillierterer Betrachtung der Finanzquellen und Finanzierungsformen sehr schnell die Zahl der Länder und die Perioden für die vergleichbare Daten verfügbar sind. Sowohl Sigmakonvergenz als auch Betakonvergenz und Zeitreihenkonzepte werden genutzt. Insgesamt überwiegen dabei Konvergenzbefunde. Eine Reihe von Studien berichtet Sigmakonvergenz für Gesamtausgaben, öffentliche Ausgaben und den öffentlichen Finanzierungsanteil in der OECD-Welt seit 1960 bzw. 1970 (Castles 2004; Leidl 2001; Montanari/Nelson 2013; Rothgang u.a. 2010; Wendt u.a. 2005). Studien, die mehrere Finanzierungsarten unterscheiden arbeiten mit Distanzmaßen analog zu Clusteranalysen. In einem kleineren Sample von OECD-Nationen und einem Zeitraum ab etwa 1990 untersucht Barros (Barros 2007) vier Finanzierungsarten, Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, private Krankenversicherungsprämien und direkte Zahlungen. Er findet eine langsame Annäherung des Finanzierungsmix. Rothgang u.a. (2010) unterscheiden Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und private Quellen für 18 OECD-Nationen seit 1992. Für diesen kürzeren Beobachtungszeitraum lassen sich ebenfalls nur schwache Konvergenztrends ablesen. Getrieben wird Konvergenz eher durch eine Annäherung der Sozialversicherungsländer sowie der steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienste untereinander, statt eines Trends zu einem gemeinsamen Finanzierungsmix. Mithin kann man hier nicht von Deltakonvergenz sprechen. Götze und Schmid (2012) wiederum, entwickeln einen Hybridisierungsindex, der ebenfalls auf Distanzmaßen zwischen Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und privaten Quellen beruht. Die Befunde sind phasenabhängig. Während in den 1970er-Jahren die Länder eher auf eine dominierende Quelle zusteuern, lässt sich zwischen 1980 und 2000 eine stärkere Durchmischung der Finanzquellen feststellen, die als Konvergenz auf ein hybrides Finanzierungsmodell interpretiert werden kann. Seit 2000 ist dieser Trend wieder rückläufig.

Eine Reihe von Studien untersucht Ausgaben und den öffentlichen Finanzierungsanteil mit Hilfe des Betakonvergenzkonzepts. Sowohl in Querschnittregressionen als auch im Panel zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen Wachstum über Zeit und Ausgangsniveau für OECD- oder EU-Ländersample (Barros 1998; Hitiris/Nixon 2001; Leiter/Theurl 2012; Okunade u.a. 2004; Rothgang u.a. 2010; Schmitt/Starke 2011). Davon abweichend sind die Konvergenzbefunde im Rahmen von Zeitreihenkonzepten weniger eindeutig. Comas-Herrera zeigt zwar Konvergenz für die

öffentlichen Ausgaben nationaler Gesundheitsdienste, jedoch nicht für das komplette EU-Sample (Comas-Herrera 1999). Aslan (2009) findet keine Konvergenz im Sinne einer langfristigen Prognose auf eine asymptotische Annäherung der Reihen. Die Testverfahren sind insbesondere bei kürzeren Zeitreihen ($T < 40$) anfällig und hängen zudem davon ab, ob strukturelle Brüche die Testverfahren verzerren. Dahingegen bestätigen Narayan (2007) sowie Chen (2013), dass sich eine Reihe von OECD-Nationen hinsichtlich der Gesamtausgaben bzw. des öffentlichen Finanzierungsanteils langfristig dem Niveau der USA annähern. Schocks im Sinne der Abweichung einer Länderzeitreihe sind demnach nur vorübergehend, so dass die Reihen langfristig konvergieren.

1.2.3.4 Regulierung

Arbeiten, die sich auf Konvergenz in der *Regulierungsdimension* beziehen, sind vergleichsweise heterogen hinsichtlich der Zahl der Länder, der Zeiträume und des Regulierungsspektrums, das sie zur Grundlage nehmen. Da Entwicklungen im Bereich von Regulierungen und Policies schwer quantifizierbar sind, finden sich eher qualitative Urteile über zunehmende Ähnlichkeiten im Zeitverlauf. Eine Reihe von Studien nimmt international übergreifende Trends zum Ausgangspunkt, oft mit Bezug zu Policy-Konvergenz, wobei in der Regel zwischen Zielen, Policy-Inhalten und Instrumenten unterschieden wird. Ein weiterer Literaturstrang wählt Gesundheitssystemtypen als Ansatzpunkt für die Analyse der vergleichenden Entwicklung von Gesundheitssystemen.

Mit dem Ende der wohlfahrtsstaatlichen Expansionsphase in den 1970er-Jahren treten Sparpolitik und Maßnahmen der Kostenkontrolle in den Vordergrund. Vor allem die länderübergreifende Einführung von Budgetgrenzen wird als Konvergenzbefund für OECD-Länder genannt (Abel-Smith 1992). Daneben versuchen die OECD-Länder Leistungen aus dem stationären in den kostengünstigeren ambulanten Sektor zu verlagern, führen Zuzahlungen ein und Preiskontrollen im Pharmasektor (Abel-Smith/Mossialos 1994). Konvergenz zeigt sich zudem darin, dass Reformen einer von Pionierländern vorgegebenen Richtung folgen (OECD 1994). Konvergenz durch gemeinsame Trends entsteht dann in einer Art Wellenbewegung. Pioniere divergieren durch die Einführung neuer Instrumente, während Länder die später diese Neuerungen übernehmen, sich den Pionieren wieder annähern. In einer ersten Reformwelle überwiegen

Maßnahmen zur Kostenkontrolle, anschließend folgen Reformen zur Stärkung finanzieller Leistungsanreize in der Vergütung, zunehmende Wahlmöglichkeiten unter Leistungsanbietern und Wettbewerbselemente (Cutler 2002; Mechanic/Rochefort 1996; OECD 1994). Die Policy-Trends werden als Antwort auf gemeinsame Problemlagen, Problemwahrnehmung und Ideen für Lösungsansätze gesehen. Es gibt auch Indizien für länderübergreifendes Lernen, etwa bei der Adaption von Regulierungsinstrumenten wie Fallpauschalensysteme im Krankensektor (Gilardi u.a. 2009; Schmid/Götze 2009). Jedoch weisen einige der Studien darauf hin, dass die grundsätzlichen Gemeinsamkeiten der Reformrichtung durch Variationen bei der Umsetzung von Reformen sowie unterschiedlichen Erfolgen der Kostenkontrolle konterkariert werden und damit auch der allgemeine Konvergenzbefund relativiert werden muss (Ham/Brommels 1994; Mechanic/Rochefort 1996; OECD 1994).

In diese Richtung schlagen auch Studien zu einzelnen Reformelementen. So stellen Ros u.a. (2000) fest, dass in den meisten von 18 europäischen Gesundheitssystemen Zuzahlungselemente zur Anwendung kommen, jedoch die konkrete Ausgestaltung variiert. Zare und Anderson (2013) untersuchen Zuzahlungstrends in fünf großen OECD-Nationen (USA, Deutschland, Japan, Frankreich und dem UK) zwischen 2000 und 2010. Sie finden Konvergenz hinsichtlich des Niveaus an Zuzahlungen. Länder mit geringen Zuzahlungsverpflichtungen nähern sich im Zeitverlauf an solche mit höheren Zuzahlungen an. Es werden auch ähnliche Gruppen von der Zuzahlungspflicht entbunden, aber hinsichtlich der Beteiligungssätze und der genauen Struktur bleiben erhebliche Unterschiede. Blank und Burau (2006) hinterfragen Konvergenz hinsichtlich der Ressourcenallokation und Rationierung sowie der Rolle von Märkten und Strategien der Kostenkontrolle in neun OECD-Ländern. Sie finden Konvergenz bei den Policy-Zielen und Ideen, aber persistente Unterschiede und Divergenz bei der Ausgestaltung der Policies und den verwendeten Instrumenten (Blank/Burau 2006). Jacobs (1998) kritisiert, dass Wettbewerbsreformen in verschiedenen Gesundheitssystemen als Konvergenzbefund gewertet werden. Er vergleicht Marktreformenten in Großbritannien, Schweden und den Niederlanden (basierend auf den letztlich nicht implementierten Dekker-Reformen). Konvergenz gesteht er lediglich hinsichtlich der Nutzung des Instruments Wettbewerb zu. Jedoch seien die Ziele der Gesetzgeber unterschiedlich: In Großbritannien gehe es darum, Kostenbewusstsein der Anbieter zu schärfen. Schweden ziele auf mehr Wahl-

freiheit für Patienten. In den Niederlanden stehe schließlich der Versicherte als Konsument, der zwischen Versicherungsangeboten wählen kann, im Mittelpunkt. Damit konstatiert Jacobs divergente Policy-Ziele und eine divergente Umsetzung der Marktrefor-men. Unter ähnlichen Vorzeichen untersucht Verspohl (2012) jüngere Entwicklungen in Schweden, den Niederlanden und Deutschland. Alle Länder haben Wettbewerbsinstrumente eingeführt, diese werden aber in unterschiedlichen Feldern implementiert. Während in den Niederlanden und Deutschland Finanzierungsträger um Versicherte konkurrieren, trifft dies auf Schweden nicht zu. Der Wettbewerb der Anbieter um Verträge mit Finanzierungsträgern wurde in allen drei Ländern eingeführt, spielt aber in Deutschland gegenüber Kollektivverträgen eine marginale Rolle, wird in den Niederlanden noch nicht von den Akteuren umgesetzt und wird in Schweden nur noch in einigen Regionen aufrechterhalten. Durch die freie Anbieterwahl gleicht sich Schweden den anderen Ländern beim Wettbewerb der Anbieter um Patienten an. Die Wettbewerbsrefor-men ergäben daher kein klares Konvergenzmuster. Wenn überhaupt, dann sei eine Annäherung an ein Modell mit stärkerer staatlicher Regulierung bei größerer Wahlfreiheit für Patienten zu beobachten (Verspohl 2012).

Es ergibt sich also ein heterogenes Bild für Arbeiten, die gemeinsame Trends zum Anlass für Konvergenzfragen nehmen. Es weist Parallelen zu Befunden aus der Wohlfahrtsstaatsforschung auf, die von »divergenter Konvergenz« sprechen – der Konvergenz von generellen Zielen, bei Divergenz der Reforminhalte und konkreten Ausgestaltung der Instrumente (Seeleib-Kaiser 1999). Davon unterscheiden lassen sich Arbeiten, die unterschiedliche Gesundheitssystemtypen als Ausgangspunkt für die Analyse der vergleichenden Entwicklung von Gesundheitssystemen wählen. Diese Arbeiten betonen systemtypspezifische institutionelle Strukturen, Akteurskonstellationen und daraus erwachsende Problemmuster. Giaimo und Manow (1999) betonen Pfadabhängigkeiten, die dazu führen, dass die Gesundheitssysteme Großbritanniens, Deutschlands und der USA nicht auf einen gemeinsamen Reformpfad konvergieren. Unterstützung findet das Pfadabhängigkeitskonzept bei Taylor-Gooby (1996a; 1996b). Nationale Gesundheitsdienste, die über Budgets vergleichsweise einfach Ausgaben begrenzen könnten, befassten sich vor allem mit dem Problem der Allokation begrenzter Ressourcen. In Sozialversicherungssystemen stünden bei Refor-men Kostendämpfungsmaßnahmen im Vordergrund. Gleichermaßen findet Bernardi-Schenkluhn (1992a) Konvergenz innerhalb von Systemty-

pen, wobei sie Selbstverwaltungssysteme föderalistischer Staaten (Deutschland und Schweiz) und integrierte Systeme zentralistischer Staaten unterscheidet (Großbritannien, Italien und Frankreich).

Während diese Analysen auf Gemeinsamkeiten der Reformpfade fokussieren und die Unterschiede als Divergenz interpretieren, nimmt eine Reihe von Studien eine andere Perspektive ein und betrachtet die Ergebnisse der Reformen über Systemtypen hinweg. Dabei kann man feststellen, dass Gesundheitssysteme, die auf staatlich-hierarchische Steuerung setzen, Wettbewerbselemente einführen, während Länder, in denen der Wettbewerb eine größere Rolle spielt, staatliche Regulierung stärken (Ham/Brommels 1994). Aus dieser Perspektive finden sich wachsende Gemeinsamkeiten der Gesundheitssysteme von Großbritannien, Deutschland und den USA, die jeweils als Verkörperung des Idealtyps eines Nationalen Gesundheitsdienstes, eines Sozialversicherungssystems und eines Privatversicherungssystems gelten. Während der durch eine hierarchische Steuerung des Staates geprägte britische NHS Wettbewerbselemente in Form interner Märkte einführt, wird das weitgehend durch private Versicherungsmärkte geprägte US-System durch staatliche Regulierung und hierarchische Steuerungselemente der privaten Versicherungsträger ergänzt. Das deutsche Sozialversicherungssystem schließlich führt Wettbewerb über die freie Kassenwahl und wenn auch in eng begrenztem Rahmen Selektivverträge ein, während gleichzeitig der Staat stärker regulierend eingreift (Rothgang 2009; Rothgang u.a. 2010; Wendt u.a. 2005). Die Unterschiede zwischen den Systemen werden dadurch abgeschliffen, wenngleich die Kernelemente erhalten bleiben. Daher ist auch lediglich von einer schwachen Form der Konvergenz bzw. einer Hybridisierung der Gesundheitssysteme die Rede (Rothgang u.a. 2010; Tuohy 2012). Neben den genannten Idealtypen können Hybridisierungstrends für Belgien, Niederlande, Frankreich, die Schweiz, Italien, Schweden und Kanada in allerdings unterschiedlich starker Form gezeigt werden (Cacace/Schmid 2008; Hassenteufel/Palier 2007; Schmid u.a. 2010). Getrieben werden diese Entwicklungen durch systemtypspezifische Problemlagen und funktionale Erfordernisse der Wettbewerbsreformen (Götze u.a. 2009; Hassenteufel/Palier 2007; Schmid u.a. 2010). Jedoch zeigt eine Ausweitung des Ländersamples auch, dass der Hybridisierungsbefund nicht ohne weiteres generalisierbar ist, da einige Länder den Wettbewerbstrend nicht aufgreifen (beispielsweise Dänemark oder Österreich) oder Wettbewerbselemente wieder abschaffen (etwa Neuseeland) (Leiber u.a. 2015; Schmid u.a. 2010).