

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.

Achim Schmid

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Eine Konvergenzanalyse

Campus Verlag
Frankfurt/New York

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

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 befanden 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 Ausgabeniveau (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 (Gilardi 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 Blickt 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/Burau 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 Querschnittanalysen 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