

Alber, Jens

Working Paper — Digitized Version

Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich

MPIfG Discussion Paper, No. 88/2

Provided in Cooperation with:

Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG), Cologne

Suggested Citation: Alber, Jens (1988) : Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, MPIfG Discussion Paper, No. 88/2, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/125877>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

**Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
Köln**

Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich

Jens Alber

PLA

-7

/8802

Discussion Paper 88/2

Inhalt*

I.	Einleitung und Problemstellung	5
II.	Die OECD-Datensammlung als Quelle der Gesundheitsforschung	15
III.	Deskriptive Befunde aus internationalen Vergleichen	20
III.1.	Einheitliche Entwicklung eines funktio- nellen Teilsystems oder Vielfalt nationa- ler Entwicklungsprofile?	20
III.2.	Entwicklungssyndrome oder Komplexität von Strukturmerkmalen?	31
III.3.	Konvergenz oder Divergenz?	44
IV.	Öffentliche Finanzierung: Rationalitäten- falle oder Steuerungspotential?	47
	Literaturverzeichnis	65

* Dieser Artikel entstand im Rahmen laufender Arbeiten über die Entwicklung westeuropäischer Gesundheitssysteme am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln. Er wäre ohne die anregend kontroversen Diskussionen im Institut sicherlich anders geschrieben worden. Für wertvolle Hinweise und Kritik danke ich Jürgen Feick, Hans-Willy Hohn, Renate Mayntz, Fritz Scharpf, Brigitte Schenkluhn, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh, Douglas Webber und Raymund Werle. Andreas Kniesche bin ich für EDV-Arbeiten und zahlreiche technische Hilfen auch zu ungewohnten Stunden dankbar. Gunnar Barg und Susanne Schwarz von der EDV-Abteilung des Instituts nahmen den staunenden Laien in dankenswerter Weise bei der Hand, wenn es galt, die Tücken neu installierter Geräte zu durchschauen.

I. Einleitung und Problemstellung

Das Gesundheitswesen rückt zunehmend in das Zentrum politischen und wissenschaftlichen Interesses. Das hängt zwar nicht nur, aber überwiegend mit seiner rasanten Kostendynamik im Kontext knapper öffentlicher Finanzmittel zusammen. Die Kostenentwicklung bringt politische wie ökonomische Probleme mit sich. Da es sich bei den Beitragssätzen für die gesetzliche Krankenversicherung um Zwangsabgaben handelt, werfen steigende Beitragssätze immer auch Legitimationsprobleme auf. Darüber hinaus beeinträchtigen steigende Lohnnebenkosten der Unternehmen die Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft auf den Weltmärkten. Deshalb erheben Politiker, Arbeitgeber und Gesundheitsökonomien zunehmend die Frage, ob die Gesundheit der Bevölkerung nicht auch auf effizientere, kostensparendere Weise zu gewährleisten wäre.¹

Die ökonomische Perspektive stellt allerdings nur eine von mehreren Möglichkeiten dar, sich den Problemen des Gesundheitswesens analytisch zu nähern. Ihre aktuelle Dominanz sollte nicht nur als Ausdruck eines objektiven Problemdrucks, sondern auch als Resultat von Definitionskämpfen verstanden werden, in denen es darum geht, welcher spezifische Problemzuschnitt die Oberhand gewinnt. Das gegenwärtige Definitionsmonopol der Ökonomen verengt nicht nur den gesundheitspolitischen Blickwinkel, sondern birgt auch die Gefahr, nicht mehr hinterfragte Prämissen an die Stelle

¹ Eine äußerst kritische, mit vielen informativen Beispielen gespickte Diskussion der mangelhaften Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens bietet die Arbeit von Kocher und Rentchnick (1980).

skeptischer Nachfragen zu setzen. Daß die Gesundheitsausgaben schneller wachsen als das Sozialprodukt, ist z.B. keineswegs schon ein Beleg dafür, daß das Gesundheitswesen "zu teuer" ist. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat wiederholt betont, daß das Gesundheitswesen nicht nur als ein Kostenfaktor, sondern auch als ein wichtiger Träger der Wachstumsdynamik zu betrachten ist (Sachverständigenrat 1985/86: 166-176). Zu klären wäre angesichts dieser Ambivalenz, welcher Teil der Ausgabensteigerung auf Verschwendung zurückzuführen ist und welcher als angemessen bzw. sogar erwünscht zu gelten hat. Bloße Hinweise auf steigende Ausgabenquoten werden dieser Aufgabe nicht gerecht.

Der steigende Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt ist also an sich noch kein Krisenindikator. Angesichts der hohen Priorität, die das Gut Gesundheit auf der Werteskala der Bürger genießt, ließe sich durchaus fragen, warum die Gesundheitsausgaben bei wachsenden disponiblen Einkommen der Privathaushalte eigentlich nicht schneller wachsen sollten als das Sozialprodukt. Überdies ist zu überlegen, ob das Sozialprodukt - bzw. die darauf bezogene Ausgabenquote - wirklich den geeigneten Maßstab für die Beurteilung über- oder unterproportionaler Kostensteigerungen abgibt. Bezieht man die Gesundheitsausgaben nicht - wie allgemein üblich - auf das gesamte Bruttoinlandprodukt, sondern auf die Wertschöpfung im tertiären Sektor, so zeigt sich, daß das Gesundheitswesen in 5 von 20 OECD-Ländern, für die Daten verfügbar sind, seit 1975 langsamer wächst als der gesamte Dienstleistungsbereich. Zu diesen Ländern zählt neben

Australien, Dänemark, Irland und Portugal auch die Bundesrepublik.²

Wichtiger ist allerdings der Hinweis, daß die Dominanz ökonomischer Problemstellungen eine Reihe von anderen interessanten Fragestellungen zu verschütten droht. Bei der politischen Beurteilung des Gesundheitswesens kann es nicht nur darum gehen, wie aufwendig oder sparsam es ist, sondern es gilt auch zu fragen, in welchem Maße es seine spezifisch medizinischen Funktionen erfüllt.³ Preiswerte Systeme können im Sinne medizinischer Rationalitätskriterien durchaus dysfunktional, aufwendige durchaus funktional sein. Die zweifellos wichtigen ökonomischen Fragestellungen bedürfen daher der Ergänzung durch eine Reihe spezifisch soziologischer und politologischer Problemstellungen, die momentan nur in unzureichendem Maße thematisiert werden. Dazu zählen etwa Fragen der folgenden Art:

- Inwieweit gewährleisten verschiedene Organisationsstrukturen die Funktionserfüllung im Sinne medizinischer statt ökonomischer Rationalitätskriterien? Lassen sich Strukturen der medizinischen Versorgung identifizieren, die die Bekämpfung von

² Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 1975 bis 1983. Errechnet wurden die Ausgabenquoten aus den Daten über die Gesundheitsausgaben in OECD (1985: 29) und den Angaben über die Bruttowertschöpfung in einzelnen Wirtschaftssektoren in OECD (1986: 59).

³ Wichtige Ansätze zu einer solchen Diskussion finden sich im Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (1987).

Krankheiten in unterschiedlichem Maße fördern oder hemmen?

- Gelingt die Anpassung der Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich an das sich wandelnde Krankheitsspektrum, d.h. entspricht die Verteilung von Ärzten und Betten auf Fachdisziplinen dem sich wandelnden Problemdruck?
- In welchem Maße stoßen unterschiedliche Ausgestaltungen des Gesundheitswesens auf verschiedene Grade der Akzeptanz seitens der Bürger?
- Signalisiert der wachsende Zulauf zu Heilpraktikern "exits" aus dem bestehenden System, bringt er Unzufriedenheit mit dem Grad der Funktionserfüllung bzw. Akzeptanzprobleme zum Ausdruck, oder indiziert er lediglich einen neuen Zusatzbedarf?
- Wie ist es zu erklären, daß im Falle der Debatte um "Leihmütter" und extrakorporale Befruchtung die Interessen noch nicht geborener Kinder anscheinend den Vorzug vor artikulierten Interessen der Eltern erhalten, wer macht sich zum Sprachrohr dieser Interessen?⁴

Die meisten dieser Fragen können nur im Rahmen internationaler Vergleiche beantwortet werden. Auffallend an der sozialwissenschaftlichen Diskussion um das

⁴ Dieses Beispiel verdanke ich einem anregenden Vortrag von Reinhard Brandt anlässlich der konstituierenden Tagung der Arbeitsgemeinschaft "Staatsaufgaben" am Zentrum für interdisziplinäre Forschung in Bielefeld.

Gesundheitswesen in der Bundesrepublik ist aber, daß bislang weder Fragen des genannten Typs noch internationale Vergleiche eine tragende Rolle spielen. So machen in einem vor nicht allzu langer Zeit erschienenen Sammelband zur "Anspruchsspirale" im Gesundheitswesen (Herder-Dorneich/Schuller 1983) selbst Sozialwissenschaftler die nicht mehr hinterfragte "Kostenexplosion" am heimischen Herd zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen. Zwei zentrale Beiträge zu diesem Band sind besonders geeignet, den potentiellen Nutzen komparativer Analysen für die Theoriebildung zu verdeutlichen. Dabei handelt es sich zum einen um den Artikel von Luhmann, zum anderen um die Arbeit von Herder-Dorneich, die hier als Bezugspunkte für die folgenden Untersuchungen dienen sollen.

Luhmanns theoretische Überlegungen sind als Versuch zu verstehen, eine Erklärung für die "unbestreitbare" Anspruchsinflation im "Krankheitssystem" zu finden (Luhmann 1983). Die Explosion der Ansprüche wurzelt für ihn nicht etwa in politisch bedingten Fehlsteuerungen, sondern in dem für moderne Gesellschaften typischen Prozeß funktionaler Differenzierung. Ist einmal eine spezifische Funktion als gesellschaftliches Teilsystem ausdifferenziert, so gibt es in diesem System keinen Anhaltspunkt mehr für Argumente gegen die bestmögliche Erfüllung dieser Funktion. Die eigene Aufgabe wird hypostasiert, es kommt zur Stimulierung entsprechender Ansprüche und zur Entwicklung einer "Semantik, die auf unbegrenztes Wachstum hinausläuft" (ebd.: 29).

Kennzeichnend für Luhmann ist, daß er eine generelle, allen ausdifferenzierten Krankheitssystemen gleicherma-

ßen eigene Entwicklungsdynamik annimmt und die Möglichkeiten des politischen oder des wirtschaftlichen Systems, bremsend oder steuernd einzugreifen, für äußerst beschränkt hält. Die Entwicklung der besonderen Merkmale und Probleme moderner Gesellschaften sieht er nicht etwa als quantitative Funktion des Grades oder Ausmaßes der Differenziertheit, sondern als allgemeines Resultat des Übergangs zu einem bestimmten (d.h. funktionalen statt segmentären oder stratifikatorischen) Typ der Differenzierung (ebd.: 30-31). Die Steuerungschancen des politischen oder wirtschaftlichen Systems sind begrenzt (oder gar "aussichtslos"), weil die Entwicklung des Krankheitssystems eigenen Rationalitätsprinzipien folgt. Sind medizintechnische Möglichkeiten einer Therapie erst einmal vorhanden, so wird es politisch kaum vertretbar, sie aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu realisieren, denn "der Sog der besseren Möglichkeiten ist eine politische Kraft ersten Ranges" (ebd.: 49). Das Krankheitssystem kann nicht mit Hilfe eines einfachen Übersetzungsmechanismus nach Bedarf gebremst oder gefördert werden, weil es wie jedes Teilsystem nur autonom reagieren kann, d.h. Sequenzen von Umweltveränderungen in Sachstrukturen umsetzen muß, indem es z.B. Krankheiten, Diagnosen und Therapievorschläge neu bewertet (ebd.: 33,38).

Luhmanns Theorieversuche bewegen sich auf einem Abstraktionsniveau, das eine Übersetzung in empirisch überprüfbare Hypothesen kaum ermöglicht. Allerdings regen sie doch eine Reihe von Fragestellungen für die empirische Forschung an, die hier aufgegriffen werden sollen. Zunächst wäre zu fragen, ob allen ausdifferenzierten Gesundheitswesen eine gleiche Entwicklungsdynamik eigen ist, oder ob sich unterschiedliche nationale

Entwicklungsprofile identifizieren lassen, die für die weichenstellende Wirkung spezifischer Institutionen und Organisationsstrukturen sprechen. Zweitens ist zu untersuchen, ob sich die Gesundheitssysteme westlicher Industrienationen in verschiedenen wirtschaftlichen oder politischen Kontexten ähnlich entwickeln oder ob sich kontextspezifische Beschleunigungen, Bremsungen oder gar Trendbrüche feststellen lassen.

Beide Fragen sind auch für den anders ansetzenden Erklärungsversuch Herder-Dorneichs von Belang (Herder-Dorneich 1983, 1980). Herder-Dorneich verknüpft das Phänomen der Anspruchsdynamik im Gegensatz zu Luhmann nicht mit allgemeinen Charakteristika des gesellschaftlichen Differenzierungsprozesses, sondern mit spezifischen institutionellen Fehlsteuerungen. Die Wurzel der "Anspruchsspirale" sieht er im Finanzierungsverfahren öffentlicher Gesundheitssysteme über Umlagen. Während bei marktmäßiger Versorgung steigende Preise Konsumeinschränkungen nach sich ziehen, bewirkt die sozialstaatliche Versorgung mit Gütern, die im Umlageverfahren über Zwangsbeiträge finanziert werden, daß die Nachfrage nach Leistungen bei steigenden Kosten wächst. Da zusätzliche Kosten auf die Masse der Sozialteilnehmer umgelegt werden, während der Mehrverbrauch individuell voll zu Buche schlägt, wird es für den einzelnen Versicherten nach Herder-Dorneichs Auffassung lohnend und rational, den Konsum auch bei steigenden Kosten auszudehnen.

Zusätzliche institutionelle Fehlsteuerungen bewirken, daß diese auf der Seite der Versicherten wirksame "Rationalitätenfälle" durch weitere, kumulative Prozesse auslösende Rückkoppelungen ergänzt wird. So

bewirkt die Vergütungsmethode der Ärzte in der Bundesrepublik, daß die Mediziner auf sinkende Punktwerte (Preise) ihrer Leistungen mit einer Mengenexpansion reagieren, weil die Verteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte nach Art und Umfang der Einzelleistungen erfolgt. Die Koppelung der Einkommen von Kassenfunktionären an die Mitgliederzahl hat zur Folge, daß die Kassen im Wettbewerb um mehr Mitglieder die Honorierung der Ärzte nach oben schrauben, weil die Versicherten sich von höheren Honoraren eine verbesserte Qualität der Leistungen versprechen. Den Politikern bietet die öffentliche Finanzierung und Kontrolle des Gesundheitswesens Profit Chancen in Form des Gewinns von Wählerstimmen, so daß zu den diversen (und hier nicht erschöpfend referierten) institutionellen Fehlsteuerungen noch der Parteienwettbewerb als eskalierender Faktor hinzukommt. Für jeden Schlüsselakteur des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik lassen sich institutionelle Anreizmechanismen ausmachen, die als Rationalitätsfallen kumulative Krisentendenzen nach sich ziehen. Notwendig, aber auch möglich ist es daher, die Anreizmechanismen des Systems so zu verändern, daß Anspruchsspiralen ausbleiben. Insbesondere gilt es, dort, wo die Kosten und Erlöse von Ansprüchen auseinanderfallen, dafür zu sorgen, daß beide Komponenten in einem Aggregat oder auf einer Ebene zusammengefaßt werden, so daß die Finanzierungsinstanz auch auf die Gestaltung des Angebots einwirkt (Herder-Dorneich 1983: 26).

Während Luhmanns Erklärung der Anspruchsdynamik sich also ausschließlich auf generelle Aspekte des gesellschaftlichen Differenzierungsprozesses bezieht, zielt Herder-Dorneichs Erklärungsstrategie auf die Wirkungs-

weise spezifischer institutioneller Regelungsmechanismen ab. Luhmann hebt damit stärker auf die Erklärung der alle Gesundheitssysteme verbindenden Gemeinsamkeiten ab, während Herder-Dorneichs Ansatz geeigneter erscheint, nationale Unterschiede der Entwicklung zu erklären. Die beiden Ansätze schließen sich also nicht unbedingt aus. Wo ihre jeweiligen Stärken und Schwächen liegen, kann m.E. nur die empirische Forschung erweisen, deren erste Aufgabe darin läge, nationale Gemeinsamkeiten und Divergenzen genauer herauszuarbeiten.

- ~ Der vorliegende Aufsatz versteht sich als ein Beitrag zur Erreichung dieses Ziels. Im einzelnen sollen hier anknüpfend an die theoretischen Analysen Luhmanns und Herder-Dorneichs fünf Fragenkomplexe untersucht werden, nämlich:
- Wie weit gleichen oder unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der westlichen Industrienationen? Lassen sich bezüglich Kostendynamik und Funktionserfüllung relevante Unterschiede ausmachen? Was sind generelle und was "hausgemachte" Probleme einzelner Länder?
 - Entwickeln sich die Gesundheitssysteme weitgehend unabhängig von Veränderungen ihrer ökonomischen Umwelt, oder hinterlassen Phasen ökonomischer Prosperität und Austerität auch im Gesundheitswesen markante Spuren?
 - Führt eine überall gleiche Entwicklungsdynamik zu wachsender Konvergenz, oder gibt es Anzeichen zunehmender Vielfalt?

- Treten verschiedene Strukturmerkmale des Gesundheitswesens in syndromhafter Bündelung auf, oder variieren sie unabhängig voneinander?
- Inwieweit prägen unterschiedliche Organisationsstrukturen die Entwicklung des Gesundheitswesens? Lassen sich weichenstellende Wirkungen unterschiedlicher institutioneller Arrangements erkennen, oder erweist sich die Entwicklungsdynamik der Gesundheitssysteme weitgehend indifferent gegenüber institutionellen Variationen? Ist die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens eher als eine die Kostenexplosion fördernde "Rationalitätenfalle" zu sehen, oder ist sie mit erhöhten Chancen politischer Steuerung verküpft?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird empirisches Material aus einer Datensammlung der OECD genutzt, die inzwischen zu einem Standardwerk der Gesundheitsforschung geworden ist (OECD 1985). Die Möglichkeiten und Grenzen dieser Datensammlung sollen in Teil II zunächst kurz diskutiert werden, um dann in den empirischen Teilen III und IV auf die fünf Fragen einzugehen. Der primär deskriptiv orientierte Teil III greift die ersten vier Fragen auf, der stärker analytisch ausgerichtete Teil IV wendet sich dem fünften Fragenkomplex zu.

II. Die OECD-Datensammlung als Quelle der Gesundheitsforschung

Die 1985 veröffentlichte Datensammlung der OECD stellt den bislang umfassendsten Versuch dar, vergleichende Kennziffern zum Aufwand und Ertrag verschiedener Gesundheitssysteme zu präsentieren. Sie enthält für alle OECD-Länder 71 Tabellen in Zeitreihenform, die sich in acht thematische Abschnitte gliedern: (1) Gesundheitsausgaben (insgesamt, öffentlich und bereichsspezifisch - jeweils aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung); (2) Preisindices für einzelne Gesundheitssektoren inkl. Einkommensentwicklung der Ärzte; (3) Umfang der öffentlichen Sicherung bzw. Risikodeckung; (4) Angebot und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen; (5) spezifischere Daten zu Ausstattung und Nutzung ausgewählter Einrichtungen und Geräte; (6) Mortalität, Morbidität und Gesundheitsrisiken; (7) Anteil medizinischer Güter an Importen und Exporten; (8) Demographische und ökonomische Basisdaten. Die bislang publizierten Daten decken in der Regel den Zeitraum 1960 bis 1983 ab. An der Aktualisierung bis 1985 wird gegenwärtig noch in Paris gearbeitet. Einige der neueren Daten sind aber bereits in einer von George Schieber verfaßten Auswertung der Datensammlung (OECD 1987) veröffentlicht worden.

Das umfangreiche Datenmaterial ist keineswegs das Produkt der geballten Forschungskapazität einer mit reichlichen Ressourcen ausgestatteten Großforschungseinrichtung, sondern geht auf den Fleiß und die Ausdauer einer Person zurück. Die Sammlung ist tatsächlich fast ausschließlich das Werk Jean-Pierre Poulliers im OECD Directorate for Social Affairs, Manpower and

Education. Das ist umso erstaunlicher, wenn man weiß, daß Poullier für die Aufgabe nur ein Teil seiner Arbeitszeit zur Verfügung stand. Poulliers Leistung setzt die mit großen Namen wie Woytinsky oder Sorokin verbundene Tradition privater Datensammlungen auf überzeugende Weise fort. Sie verdient über den Dank der Datenbenutzer hinaus den Respekt der "scientific community".

Historisch-vergleichende Datensammlungen dieses Umfangs bringen allerdings gravierende methodische Probleme mit sich, die das Lösungsvermögen eines einzelnen unweigerlich übersteigen. Es kann daher nicht ausbleiben, daß auch die Datensammlung der OECD zahlreiche Ungereimtheiten birgt, die gültigen Vergleichen Steine in den Weg legen. Zwei Probleme sind besonders hervorzuheben, nämlich zum einen das Problem der Lückenhaftigkeit und zum anderen das Problem der mangelnden Vergleichbarkeit der Daten über Zeit und Raum.

Die Lückenhaftigkeit ist ein zentrales Problem jeder komparativen Datensammlung in Zeitreihenform. Fast nie wird es gelingen, Kennziffern für denselben Zeitpunkt für alle Länder zu finden. Da die makrosoziologische Forschung immer nur mit einer kleinen Zahl von Fällen arbeitet, bedeutet das aber, daß jedes fehlende Datum die Analysen erheblich beeinträchtigt. So ist z.B. kaum zu beurteilen, ob verschieden starke Korrelationskoeffizienten beim Vergleich diverser Einflußfaktoren oder sich über die Zeit ändernde Assoziationsmaße unterschiedliche Beziehungsmuster indizieren oder lediglich die geänderte Zahl der Fälle widerspiegeln. Auch auf die Messung von Konvergenz bzw. Divergenz abzielende Streuungsmaße sind in

hohem Maße von der erfaßten Ländergruppe abhängig. Der Forscher steht deshalb immer wieder vor der Wahl, entweder Vergleiche nur für eine kleine Zahl von konsistenten Fällen anzustellen oder aber möglichst viele der ihm für einen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Informationen zu nutzen. Da die OECD-Datensammlung von vielen Lücken durchzogen ist, sind standardisierte Vergleiche über die Zeit ebenso unmöglich wie schematische Computeranalysen, und jede Kennziffer erheischt eigentlich Zusatzinformationen darüber, für welche genaue Ländergruppe sie gilt.⁵

- ~ Noch größer als das Unvollständigkeitsproblem ist das Problem der Vergleichbarkeit in komparativen Datensammlungen. Vergleichbarkeitsprobleme stellen sich sowohl in intertemporaler wie in internationaler Perspektive: Statistische Definitionen und Abgrenzungen sind in verschiedenen Ländern fast nie identisch und wandeln sich überdies im Lauf der Zeit. Deshalb sind Vergleiche eigentlich nur dann sinnvoll, wenn der Forscher ein statistisches Zielkonzept präzisiert und Angaben über die Größenordnung nationaler bzw. phasenspezifischer Abweichungen von diesem Idealkonzept macht, um dann mit Korrekturfaktoren zu arbeiten. Das konnte in der Datensammlung der OECD ebenso wenig geleistet werden wie in anderen komparativen Sammlungen. Zwar gehen die recht umfangreichen Anmerkungen oft über die bloße Nennung der Quellen hinaus, aber dennoch bleibt

⁵ Dabei ist in Erinnerung zu rufen, daß die maximal mögliche Größe von N=24 ist - bei Einbeziehung der Zwergstaaten, Island und Luxemburg, sowie der kaum zu den westlichen Industrienationen zu rechnenden Türkei, die hier von der Betrachtung ausgeschlossen wurden.

häufig unklar, welche statistischen Definitionen den berichteten Daten zugrunde liegen, so daß die Gültigkeit der Vergleiche fragwürdig bleibt. Die Größenordnung der daraus resultierenden Probleme soll im folgenden anhand einiger Beispiele illustriert werden.

Bei den der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung entnommenen Ausgabendaten berichtet die OECD neben den Gesamtwerten auch die öffentlichen Ausgaben sowie die bereichsspezifischen Aufwendungen. Eine genaue Abgrenzung des Konzepts "öffentliche Ausgaben" bleibt aber aus. Offen bleibt daher, bis zu welchem Grade es sich bei den berichteten Daten um statistische Artefakte handelt. Merkwürdig sind z.B. die folgenden Ergebnisse: Der Anteil öffentlicher Ausgaben ist in Belgien (92 %) am höchsten, in Österreich (63 %) aber am zweitniedrigsten, obwohl beide Länder ähnliche Krankenversicherungssysteme haben. In Italien sinkt der Anteil öffentlicher Ausgaben zwischen 1975 und 1982, also in dem Zeitraum, in dem das Land einen nationalen Gesundheitsdienst nach englischem Vorbild errichtet. Die Daten zu den bereichsspezifischen Ausgaben addieren sich im Falle Österreichs auf etwa 33 % der berichteten Gesamtausgaben, in einigen Fällen (AUS, CAN, USA) auf 75-85 %, in anderen (BEL, FR) aber bis auf 105 Prozent.⁶

⁶ Analysen der bereichsspezifischen Ausgaben - etwa im Sinne des Vergleichs der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel - sind deshalb kaum aussagekräftig und sollten wohl besser unterbleiben; vgl. dazu OECD (1987:77), wo solche Vergleiche gemacht werden und Österreich den niedrigsten Konsum aufweist.

Auf die Probleme beim internationalen Vergleich des Beschäftigungsvolumens im Gesundheitswesen weist die OECD selbst eindringlich hin. Zum einen variiert das Ausmaß der Teilzeitarbeit, zum anderen die statistische Abgrenzung. Während für Länder wie die Bundesrepublik nur die Gesundheitsberufe berichtet werden, sind für andere Länder wie Großbritannien die Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgewiesen, unabhängig davon, ob es sich um Gesundheits- oder sonstige Berufe (Verwaltungsangestellte, Hilfsdienste) handelt. Darüber hinaus ergeben sich innerhalb einzelner Länder abrupte Sprünge und Definitionsbrüche, auf die die OECD in ihren Anmerkungen z.T. (etwa im Falle Frankreichs 1982/83) hinweist, ohne allerdings zu klären, welches Konzept das für Vergleiche geeignetere wäre. Nicht für Vergleiche zu verwenden sind die für Italien berichteten Ärztezahlen, die sich vermutlich nur auf den Krankenhaussektor beziehen und nur etwa 40 % der in anderen Quellen berichteten Daten erreichen. Diverse andere Daten der OECD-Datei erhalten z.T. erläuterte, z.T. unerklärte Probleme. Zur letzten Kategorie zählt etwa das jähe Absinken der für Irland berichteten Zahl der Krankenhausbetten von 53 428 im Jahr 1969 auf 37 200 in 1970.

Die OECD-Datensammlung schafft also eine wichtige Basis für internationale Vergleiche, bedarf aber der ständigen Prüfung und Weiterentwicklung. Dessen muß sich der Leser auch bei der Lektüre der folgenden Ausführungen stets bewußt sein. Verändert wurden hier nur die italienischen Ärztezahlen, die entsprechend der italienischen und EG-Statistik erheblich nach oben korrigiert wurden. Ansonsten wurden lediglich besonders zweifelhafte Fälle von der Analyse ausge-

schlossen - so die irischen Daten für die Krankenhausbetten und die belgischen Zahlen für das Pflegepersonal, die merkwürdig niedrig erscheinen. Wie die Daten, auf denen sie beruhen, so bedürfen auch die folgenden Analysen der Überprüfung und Revision. Sämtliche Aussagen sollten daher so gelesen werden, als stünde im Text immer der Vorspann: Falls die Daten hinreichend vergleichbar sind, so lassen sich die folgenden Ausführungen machen. Dies gilt im übrigen für alle komparativen Analysen in den Sozialwissenschaften.

III. Deskriptive Befunde aus internationalen Vergleichen

III.1. Einheitliche Entwicklung eines funktionellen Teilsystems oder Vielfalt nationaler Entwicklungsprofile?

Die OECD-Länder sind einander in vielerlei Hinsicht sehr ähnlich. Sieht man von Irland und den Ländern an der mediterranen Peripherie (Türkei, Griechenland, Portugal, Spanien) einmal ab, so gehören sie nicht nur zu den reichsten, sondern auch zu den urbanisiertesten und industrialisiertesten Ländern der Erde, in denen die landwirtschaftliche Beschäftigung nur noch um oder unter 10 Prozent der Erwerbsbevölkerung ausmacht. Von daher stellt sich die Frage, ob sie im Laufe ihrer Entwicklung weitgehend ähnliche Gesundheitssysteme ausdifferenziert haben, oder ob die Vielfalt historischer Ausgangslagen und institutioneller Strukturen ihren Niederschlag in einer weitgehenden Heterogenität findet, die es den einzelnen Ländern u.a. gestattet, von den Vorzügen und Mängeln anderer

zu lernen. Die Tabellen 1-3 bieten einige grundlegende Kennziffern zur Charakterisierung der nationalen Gesundheitssysteme, die eine erste Beurteilung des Grades der Einheit oder Vielfalt ermöglichen. Berichtet werden jeweils drei Indikatoren zum Aufwand an Geld und Personal, zum Angebot an Ärzten und Betten, zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und zum Gesundheitsstand der Bevölkerung (vgl. Tabellen 1-3).

Die Höhe der Gesundheitsausgaben zeigte anfangs der achtziger Jahre eine beträchtliche Variation. Die USA kanalisierten als das ausgabenfreudigste Land mit knapp 11 Prozent einen mehr als doppelt so hohen Anteil ihres Bruttoinlandprodukts in das Gesundheitswesen wie das auf dem letzten Rangplatz rangierende Griechenland. Bei einem Mittelwert von rd. 7 Prozent lag die Bundesrepublik mit einer Ausgabenquote von rd. 8 % im vorderen Mittelfeld, während Großbritannien mit rd. 6 % dem griechischen Niedrigniveau weitaus näher kam als dem amerikanischen Spitzenwert.

Gemeinsam ist allen Ländern, daß die Gesundheitsausgaben seit dem Beginn der sechziger Jahre stärker wuchsen als das Sozialprodukt. Auch bezüglich der Ausgabendynamik zeigen sich allerdings deutliche Variationen (vgl. Tabellen 2 und 3). Die Bundesrepublik verzeichnete langfristig eine dem Durchschnitt entsprechende Kostenexpansion, in der Austeritätszeit seit 1975 aber eine weit überdurchschnittliche Bremsung des Ausgabenanstiegs.⁷ Das zeigt, wie leicht eine nie

⁷ Vgl. dazu neben der Tabelle 3 auch die Tabelle 6 in Teil IV.

über den eigenen Zaun hinausblickende politische Debatte den Sinn für Realitäten zu trüben vermag. Bemerkenswert ist auch, daß gerade die Länder die Ausgabenquote am stärksten steigerten, die einige der in der Diskussion um das deutsche Gesundheitswesen als Kostenbremsen empfohlenen Strukturmerkmale aufweisen, nämlich die USA und Frankreich. Die USA haben nicht nur einen ausgedehnten privaten Gesundheitsmarkt, sondern auch zahlreiche "Health Maintenance Organizations" (HMOs), die Gesundheitsleistungen sowohl anbieten wie finanzieren, so daß sie selbst das Risiko einer Leistungsexpansion tragen. Frankreich arbeitet im ambulanten Bereich dagegen mit einem partiellen Kostenerstattungssystem, das die Kosten für die Patienten nicht nur transparent macht, sondern ihnen z.T. auch aufbürdet. Die Elastizitäten der Gesundheitsausgaben sind seit dem Beginn der Wirtschaftskrise in der Mitte der siebziger Jahre in den meisten Ländern rückläufig. Nur Belgien, Frankreich, Italien, Japan und Spanien konnten bislang keinerlei Erfolge bei der Kostenkontrolle verzeichnen.⁸

Sehr stark variiert der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit. Die Quote öffentlicher Ausgaben reicht von 42 % in den USA bis zu über 90 % in einigen europäischen Gesundheitssystemen. Die bundesrepublikanische Quote von 81 % entspricht in etwa dem Mittelwert. Gemeinsam ist fast allen Ländern, daß der Anteil der über den Staat oder die gesetzliche Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben seit 1960 deutlich gestiegen

⁸ Vgl. dazu die Reaktionsraten in der Tabelle 6 im Teil IV.

ist. Nur Dänemark und Österreich machen hier eine Ausnahme. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen den Entwicklungsmustern der Prosperitäts- und der Austeritätszeit. Stieg der Anteil öffentlicher Ausgaben zwischen 1960 und 1975 um durchschnittlich 13 Prozentpunkte, so ist er seit 1975 nur noch um einen Prozentpunkt gewachsen. 12 der hier betrachteten 21 Länder schraubten die öffentliche Ausgabenquote in den letzten Jahren sogar zurück. Zu ihnen zählt auch die Bundesrepublik. Die privaten Ausgaben für Gesundheit sind in der Mehrzahl der Länder also zuletzt schneller gewachsen als die öffentlichen. Leistungsausgrenzungen im öffentlichen Bereich spielten dabei vermutlich eine wesentliche Rolle.

Das Volumen der Beschäftigung im Gesundheitswesen variiert in noch stärkerem Ausmaß als die Kennziffern zu den Ausgaben. Der Anteil der Gesundheitsbeschäftigung an der Erwerbsbevölkerung war im Spitzenland Norwegen fünfmal so hoch wie im auf dem letzten Rangplatz liegenden Griechenland. Die Vergleichbarkeitsprobleme der Daten sind in diesem Bereich allerdings besonders hoch. Selbst wenn man die Extremfälle ausschaltet, ergibt sich aber immer noch eine beträchtliche Spannweite. Die höchste Beschäftigungsquote haben die skandinavischen Länder sowie Australien, Neuseeland und die Niederlande. Am Ende der Rangskala finden sich mit Griechenland, Portugal und Spanien sowie Deutschland, Italien und Japan die Länder, die über längere Zeit autoritäre Regierungssysteme hatten. Ob das darauf zurückzuführen ist, daß den medizinischen Professionen in autoritären Kontexten die soziale Schließung von Tätigkeitsfeldern besser gelingt oder aber mit spezifischen Institutionen wie

etwa sozialen Pflichtjahren zusammenhängt, muß hier offen bleiben. Gemeinsam ist allen Ländern wiederum, daß die Beschäftigung im Gesundheitswesen seit den sechziger Jahren zugenommen hat und auch im Kontext der Wirtschaftskrise weiter wuchs. Bezüglich der Wachstumsdynamik zeigen sich allerdings erneut ausgeprägte Variationen. Die Bundesrepublik gehört zu den Ländern mit den geringsten Beschäftigungszuwächsen.

Auch bei den Kennziffern der medizinischen Versorgung zeigen sich große nationale Unterschiede. Die Bettendichte ist im hier führenden Finnland dreimal so hoch wie im als Schlußlicht erscheinenden Portugal. Neben den weniger entwickelten mediterranen Ländern fallen auch die USA durch eine geringe Bettendichte auf, während die Bundesrepublik einmal mehr im vorderen Mittelfeld rangiert. Die für das Gesundheitssystem im allgemeinen typischen Wachstumsprozesse zeigen sich im Bereich der Bettenversorgung weniger stark. Im Durchschnitt ist die Bettendichte zwischen 1960 und 1975 zwar um 0.6 Punkte gestiegen, seit 1975 aber wieder um 0.2 Punkte geschrumpft. Selbst in der Prosperitätszeit schraubten fünf Länder die Bettendichte zurück, ein Muster, dem im Kontext der Austerität eine Mehrheit von 12 Ländern - darunter die Bundesrepublik - gefolgt ist.

Die Arztdichte variiert zwischen 32 Ärzten pro 10 000 Einwohnern in Italien und 13 in Großbritannien. Die Bundesrepublik belegt hier Rangplatz 6. Bemerkenswert ist, daß die durch eine geringe Gesamtbeschäftigung aufgefallenen Länder hier fast sämtlich im Vorderfeld zu finden sind. Sowohl Italien wie Spanien, Griechenland und die Bundesrepublik verbinden niedrige Beschäf-

tigungsquoten mit einer hohen Arztdichte. Auch Portugal liegt mit seinen Ärztezahlen noch in der oberen Hälfte der Rangordnung. Eine Ausnahme macht lediglich Japan, wo das niedrige Beschäftigungsniveau mit einer geringen Arztdichte einhergeht.

In allen OECD-Ländern ist die Arztdichte in den letzten Jahrzehnten rasch gestiegen. Der Zuwachs war trotz der geringeren Zahl der zur Verfügung stehenden Jahre in der Austeritätszeit sogar stärker als in den Prosperitätsjahren, weil die Auswirkungen der Bildungsexpansion erst in jüngster Zeit voll zum Tragen kamen. Das ungebrochene Wachstum der Ärztezahlen spricht dafür, daß sich die Versorgung mit Ärzten im Gegensatz zur Versorgung mit Krankenhausbetten politischer Steuerung weitgehend entzieht.

Sehr groß ist die Variationsbreite bei den Arzteinkommen. Spitzenplätze belegen hier die USA und die Bundesrepublik, wo das durchschnittliche Einkommen der Ärzte die Durchschnittsverdienste der Arbeitnehmer um das Fünffache übertrifft. In vielen anderen Ländern müssen sich die Mediziner dagegen mit dem Ein- bis Zweifachen der Arbeitnehmereinkommen zufrieden geben. Auffallend ist, daß sich die relative Einkommensposition der Ärzte in 11 von 13 Ländern seit 1975 verschlechtert hat. Nur Japan und die USA weichen von diesem allgemeinen Entwicklungsmuster, das im Kontext der steigenden Arztdichten und des zunehmenden Anteils angestellter Krankenhausärzte zu sehen ist, ab.

Die Zahl der Arztkontakte variiert ähnlich stark wie die Höhe der Arzteinkommen. Selbst wenn man von dem merkwürdig hohen und möglicherweise nicht vergleichba-

ren Wert in Japan absieht, ergibt sich noch eine Spannweite von über acht Arztbesuchen pro Jahr in Dänemark bis zu weniger als drei in Schweden. Auffallend ist die große Variationsbreite auch innerhalb regionaler Kulturräume bzw. ähnlicher Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens. So gehen die Italiener und Belgier ähnlich häufig zum Arzt wie die Dänen, während Portugiesen, Finnen und Holländer ähnlich zurückhaltend erscheinen wie die Schweden.⁹ Fast in allen Ländern zeigt die Zahl der Arztkontakte steigende Tendenz. Nur in Griechenland und den USA gingen die Bürger in jüngster Zeit seltener zum Arzt als in der Mitte der siebziger Jahre.¹⁰

Die hier durch die Zahl der Krankenhausaufnahmen indizierte Inanspruchnahme stationärer Leistungen ist in den die Rangordnung anführenden Ländern mehr als dreimal so hoch wie in den Ländern am Ende der Rangskala. Die weniger modernisierten Länder der mediterranen Peripherie liegen zwar einheitlich auf den hinteren Rangplätzen, unterscheiden sich aber doch nur in geringem Maße von alten Industrienationen wie Frankreich und den Niederlanden. Die Bundesrepublik liegt einmal mehr im vorderen Mittelfeld. Einen Sonderfall stellt offensichtlich Japan dar, wo die Zahl der Krankenhausaufnahmen extrem niedrig ist. Anscheinend

⁹ Für die Bundesrepublik konnte die OECD keine Daten erhalten. Zu den Organisationsstrukturen vgl. unten die Tabelle 6.

¹⁰ Längerfristige Vergleiche mit der Mitte der sechziger Jahre sind nur für zehn Länder möglich. In neun davon ist die Zahl der Arztbesuche auch längerfristig deutlich gestiegen. Eine Ausnahme machen hier lediglich die Niederländer.

hat Japan eine spezifische Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gefunden, die den Ärzten weitaus mehr Funktionen überläßt als in anderen OECD-Ländern üblich. Dafür spricht die Tatsache, daß die niedrige Zahl der Krankenhausaufnahmen mit einer extrem hohen Zahl von Arztkontakten einhergeht. In allen Ländern zeigt die Zahl der Krankenhausaufnahmen steigende Tendenz. Eine Ausnahme von dieser Regel macht lediglich Canada. Am schwächsten war die auch im Kontext der Austerität anhaltende Expansionstendenz in den USA und der Schweiz, am stärksten in Portugal und Neuseeland. Wiederum zeigen sich bei allgemein ähnlichem Entwicklungstrend ausgeprägte Variationen im Tempo der Entwicklung.

Die Länge der Verweildauer zeigt die stärksten nationalen Variationen. Hier sind allerdings erhebliche Vergleichbarkeitsprobleme zu bedenken. Die Länge der Verweildauer reflektiert nicht nur verschiedene Verteilungsmuster von Krankheiten sowie unterschiedliche Behandlungsstile, sondern auch verschiedenartige Formen der Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Wo Krankenhauseinweisungen sich auf schwerwiegende Fälle beschränken oder die Krankenhäuser auch Pflegefälle übernehmen, muß die Verweildauer lang sein. Ihre Kürze sollte deshalb nicht vorschnell als Indikator der Effizienz der Hospitäler betrachtet werden, zumal über die Qualität der Behandlung in verschiedenen Ländern kaum etwas bekannt ist.¹¹

¹¹ Die OECD (1987:64,78) verweist allerdings auf eine Studie, die angeblich keine Beziehung zwischen der Länge der Verweildauer und Behandlungseffekten fand, nämlich Mark R. Chassin: Variations in Hospital Length of Stay: Their Relationship to Health Outcomes. Health

Im Durchschnitt lag die Verweildauer anfangs der achtziger Jahre bei 18 Tagen. Am stärksten wurde der Mittelwert mit 55 Tagen in Japan übertroffen, das hier schon mehrfach durch seine Sonderstellung aufgefallen ist. An zweiter Stelle rangieren die Niederlande, die insofern einen Sonderfall darstellen, als sie über eine allgemeine Volksversicherung für Pflegefälle verfügen. Schließt man diese beiden Länder von der Betrachtung aus, so ergibt sich aber immer noch eine beträchtliche Spannbreite, denn auch der Wert der dann führenden Schweiz liegt noch um mehr als das Dreifache über dem des Schlußlichts. Die Bundesrepublik liegt mit rd. 19 Tagen knapp über dem Mittelwert. Die sich auch beim Ausschluß evidenter Sonderfälle zeigende Variationsbreite spricht bei aller gebotenen Vorsicht der Interpretation doch dafür, daß die Krankenhäuser in vielen Ländern noch über beträchtliche Rationalisierungsreserven verfügen.

Gemeinsam ist allen Ländern bis auf Canada, daß die Verweildauer erheblich gesenkt wurde. Im Mittelwert der OECD-Länder sank sie zwischen 1965 und 1982 um rd. 7 Tage. Einige Länder wie Norwegen, Italien und die USA erreichten fast eine Halbierung, die Bundesrepublik immerhin eine Reduzierung um ein Drittel oder rd. 9 Tage. Das muß allerdings nicht unbedingt eine Effizienzsteigerung bedeuten, sondern kann auch heißen, daß zunehmend auch leichtere Fälle zur Krankenhausbehandlung gelangen. Nähere Aufschlüsse könnten nur

Zeitreihen über die Länge der Verweildauer bei spezifischen Krankheiten geben.¹²

Ähnlich wie die Indikatoren zu Aufwand, Angebot und Inanspruchnahme zeigen auch die Kennziffern zum Gesundheitsstand der Bevölkerung eine beträchtliche nationale Vielfalt. Bei einem Mittelwert von 10.4 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten ist die Säuglingssterblichkeit in Portugal mit 20.2 mehr als dreimal so hoch wie im hier erfolgreichsten Finnland. Nach Portugal weist Griechenland die ungünstigste Bilanz auf. Selbst wenn man diese beiden weniger industrialisierten Länder von der Betrachtung ausschließt, verbleibt eine Spannbreite von über 100 Prozent. Die Bundesrepublik liegt hier mit ihrem Ergebnis von 10.9 über dem Mittelwert und gleicht den Schlußlichtern stärker als den die Rangskala anführenden Ländern. Allerdings hat sie die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren stärker reduzieren können als die meisten anderen Länder, so daß sie sich zwischen 1960 und 1982 vom 17. auf den 13. Rangplatz verbesserte. Lag die Mortalität der Neugeborenen 1982 im Schnitt bei 38 % des Ausgangswertes von 1960, so wurde sie in der Bundesrepublik gedrittelt, in den Ländern mit den geringsten Fortschritten immerhin noch halbiert. Hier zeigt sich, daß das Gesundheitswesen bei steigenden Kosten durchaus auch beträchtliche Erfolge zu verzeichnen hat.

¹² Momentan enthält die OECD-Datensammlung nur Querschnittvergleiche zur Länge krankheitsspezifischer Verweildauern.

Auch die Daten zur Lebenserwartung von Frauen und Männern in der Mitte des Lebens verweisen auf Fortschritte. Die Lebenserwartung vierzigjähriger Frauen stieg im Schnitt um fast 3 Jahre, die gleichaltriger Männer um 1 Jahr. Während die weibliche Lebenserwartung aber in allen Ländern steigt, ist die der Männer in vier Fällen rückläufig. In der Bundesrepublik konnten sowohl Männer wie Frauen einen Zugewinn an Lebensjahren verzeichnen. Erneut zeigen sich große nationale Differenzen, die im Falle der Männer eine Spannbreite von fast sechs gewonnenen Jahren, bei den Frauen eine solche von knapp fünf Jahren erreichen. 1980 war die Lebenserwartung vierzigjähriger Männer bei einem Mittelwert von rd. 34 Jahren in Griechenland mit über 36 Jahren am höchsten, in Finnland mit knapp 5 Jahren weniger am niedrigsten. Bei den Frauen betrug die Differenz zwischen Spitzenreiter und Schlußlicht der Rangskala bei einem deutlich höheren Durchschnitt von rd. 39 Jahren ebenfalls knapp fünf Jahre. Die Bundesrepublik liegt in beiden Fällen nach durchschnittlichen Zugewinnen im Zeitraum seit 1960 gegenwärtig im hinteren Mittelfeld auf Rangplatz 15.

Als Fazit ergibt sich eine große Vielfalt sowohl bezüglich der Niveaus verschiedener Charakteristika des Gesundheitswesens wie bezüglich des Tempos der Veränderungen seit 1960. Gemeinsam ist allen Ländern lediglich die Richtung des längerfristigen Wandels, die im allgemeinen durch Wachstumsprozesse gekennzeichnet ist. Im Kontext der wirtschaftlichen Schwierigkeiten der jüngsten Zeit zeigen sich in einigen Bereichen allerdings auch erste Trendbrüche. So geht die Ausgabenquote in einigen Ländern leicht zurück, während die Bettendichte in der Mehrzahl der Fälle

schrumpft. Auch die lange gestiegene Quote öffentlicher Ausgaben sinkt in vielen Ländern. Rückläufig sind darüber hinaus auch die relativen Arzteinkommen. Lediglich die Personalstärke, die Arztdichte und die Zahl der Arztkontakte und Krankenhausaufnahmen scheinen weitgehend ungebrochen weiter zu wachsen. Zu fragen ist nun, inwieweit die verschiedenen Strukturmerkmale unabhängig voneinander variieren oder in syndromhaft gebündelter Form auftreten.

III.2. Entwicklungssyndrome oder Komplexität von Strukturmerkmalen?

Um zu beurteilen, bis zu welchem Grade wir es im Gesundheitswesen mit einem komplexen Konglomerat von Komponenten zu tun haben, die unabhängig voneinander variieren, soll zunächst analysiert werden, wie stark verschiedene Kennziffern innerhalb der Dimensionen Aufwand, Versorgung, Inanspruchnahme und "Erfolg" miteinander assoziiert sind, um dann zu untersuchen, welche Beziehungsmuster sich zwischen diesen Dimensionen ergeben. Die Korrelationsmatrix in Tabelle 4 gibt dazu die Informationen.¹³

¹³ Die Präsentation der Korrelationsmatrix weicht von der üblichen Praxis ab, weil die Makrosoziologie wohl doch ihre eigene, von der Umfragenforschung verschiedene Methodologie entwickeln muß. Bei einer Gruppe von 21 Ländern sind Assoziationskoeffizienten nichts weiter als grobe Sammelmaße, die in etwa so aussagekräftig sind wie die Angabe, in einer Gruppe von 9 Sozialhilfeempfängern und einem Multimillionär betrage das Durchschnittseinkommen 500 000 DM. Deshalb wird für jede Assoziation neben dem in der oberen Hälfte der Matrix berichteten Korrelationskoeffizienten in der unteren Hälfte die Zahl der Länder genannt

a) Beziehungen innerhalb der einzelnen Dimensionen

Zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitsaufwands besteht insgesamt nur ein schwacher Zusammenhang. Ein hoher Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben wirkt anscheinend sogar bremsend auf die Entwicklung der Gesamtausgaben. Allerdings geht dieses Ergebnis im wesentlichen auf den atypischen Fall der USA zurück, die bei außergewöhnlicher Dominanz des Privatsektors das höchste Ausgabenniveau aufweisen. Auffallend ist, daß die Höhe der Gesundheitssausgaben und der Gesundheitsbeschäftigung weitgehend unabhängig voneinander variieren. Während ausgabenfreudige Länder wie die USA, Frankreich und die Bundesrepublik wenig personalintensiv sind, stechen Länder mit weniger kostspieligen Gesundheitswesen z.T. durch hohe Beschäftigungsquoten hervor, so vor allem Norwegen¹⁴, Finnland, Dänemark, Großbritannien, Australien und Neuseeland. Bemerkenswert ist, daß es sich dabei ausnahmslos um Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten handelt. Bei Ausschluß des atypischen norwegischen Falles

sowie die "Ausreißer", die den Wert des Koeffizienten bestimmen. Die in der unteren Hälfte zusätzlich aufgeführten Koeffizienten beziehen sich auf die Korrelation bei Ausschluß der Ausreißer. Wo keine Zweitkoeffizienten berichtet werden, ist die Beziehung entweder robust, oder es ergibt sich auch bei Ausschluß der Extremfälle kein stabiles Muster. Die Sternchen zeigen die Signifikanzniveaus an, die allerdings wegen der großen Sensibilität gegenüber dem Ein- oder Auschluß einzelner Länder auch nur von beschränkter Aussagekraft sind.

¹⁴ Die norwegischen Daten sind vermutlich überhöht, weil sie zum einen einen hohen Anteil Teilzeitbeschäftigter enthalten, zum anderen auch nicht unmittelbar zum Gesundheitswesen rechnende Wohlfahrtsberufe umfassen.

ergibt sich allerdings dennoch eine signifikante Positivbeziehung zwischen Ausgabenquote und Beschäftigungsniveau, d.h. die Länder, die dem Gesundheitswesen einen größeren Teil ihres Sozialprodukts widmen, stellen dort in der Regel auch mehr Arbeitsplätze zur Verfügung. Am stärksten weicht die Bundesrepublik mit ihrem deutlich unterproportionalen Beschäftigungsvolumen von diesem Muster ab.

Zwischen den einzelnen Indikatoren der Gesundheitsversorgung zeigt sich kein starker Zusammenhang. Die Arztdichte ist in der Regel sogar dort hoch, wo die – Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten gering ist. Vor allem die mediterranen Länder – Griechenland, Portugal, Spanien und Italien – haben bei geringer Bettendichte eine auffallend hohe Zahl von Ärzten. Skandinavische Länder wie Finnland und Schweden weisen dagegen überproportional hohe Bettendichten auf, während Großbritannien durch ein niedriges Angebot in beiden Versorgungsdimensionen hervorsteicht. Die Beziehung zwischen ambulantem und stationärem Sektor muß man vermutlich als ein Konkurrenzverhältnis sehen, in dem Kompetenz- und Verdrängungskonflikte an der Tagesordnung sind. Wo die Ärzte besonders zahlreich sind, können sie anscheinend zwar die Expansion des Krankenhaussektors verhindern, aber die Sicherung von Einkommensprivilegien fällt ihnen schwerer als in Kontexten mit geringerer Arztdichte.¹⁵ Nur die Bundes-

¹⁵ Die Tatsache, daß Länder mit hoher Arztdichte eher niedrige Arzteinkommen aufweisen, ist zwar mit jedem beliebigen Entwicklungsmuster innerhalb einzelner Länder vereinbar, aber wie in Tabelle 3 gezeigt wurde, sind die Arzteinkommen in den letzten Jahren fast überall bei steigenden Arztdichten weniger rasch

republik kombiniert eine hohe Arztdichte mit auffallend günstigen Einkommenschancen, während sich die Ärzte Großbritanniens und Japans trotz des unterproportionalen Angebots mit vergleichsweise niedrigen Einkommen zufriedengeben müssen.

Das auf der Angebotsseite zu Tage tretende Konkurrenzverhältnis zwischen ambulantem und stationärem Sektor scheint sich auf der Seite der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunächst nicht zu bestätigen, denn zwischen der Zahl der Arztkontakte und der Zahl der Krankenhausaufnahmen ergibt sich eine positive Beziehung, die bei Ausschluß der durch eine atypisch geringe Zahl von Arztkontakten auffallenden skandinavischen Länder auch das statistische Signifikanzniveau überschreitet.¹⁶ Die Zahl der Krankenhausaufnahmen ist allerdings in erster Linie ein Maß für die Umschlagsgeschwindigkeit der Bettenbelegung, das typischerweise mit niedrigen Verweildauern assoziiert ist. Geringe Verweildauern mit hoher Umschlagsgeschwindigkeit erreichen die Krankenhäuser aber gerade dort, wo eine ausgebaute Versorgung im ambulanten Bereich die frühe Entlassung von Patienten erleichtert. Dafür spricht die Negativkorrelation zwischen Arztdichte und Verweildauer sowie die Tatsache, daß die Zahl der Arztkontakte nicht nur positiv mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen, sondern auch negativ mit der Länge der Verweildau-

gewachsen als die Einkommen der Arbeitnehmer.

¹⁶ Japan blieb nicht nur wegen seiner Extremposition ausgeklammert, sondern auch deshalb, weil sich die neueste verfügbare Zahl auf das Jahr 1978 bezieht.

er korreliert.¹⁷ Auch die Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lassen sich also als Indizien dafür interpretieren, daß ambulanter und stationärer Sektor einander zumindest teilweise substituieren.

Die Indikatoren zum Gesundheitsstand der Bevölkerung sind untereinander weniger stark assoziiert, als man es erwarten würde, wenn man körperliches Wohlbefinden allein als Produkt des Gesundheitswesens begreift. So muß die Lebenserwartung nicht unbedingt hoch sein, wo die Kindersterblichkeit niedrig ist. Vor allem Finnland weist bei sehr niedriger Säuglingssterblichkeit eine atypisch geringe Lebenserwartung von Männern in der Mitte des Lebens auf, während Griechenland eine hohe Kindersterblichkeit mit einer außergewöhnlichen Langlebigkeit verbindet. Portugal fällt dagegen durch eine ungünstige Leistungsbilanz in beiden Dimensionen der Lebensqualität auf. Sieht man von den einzelnen Sonderfällen ab, so ergibt sich, daß das Gesundheitsniveau in der Regel doch in mehreren Dimensionen gleichzeitig gut oder schlecht ist. Vor allem die Lebenserwartung von Männern und Frauen ist - bei deutlich unterschiedlichen nationalen Differenzen zugunsten der Frauen, die von weniger als vier bis zu mehr als sieben Jahren reichen - in statistisch signifikantem Maße miteinander verknüpft.

b) Beziehungen zwischen den Bereichen

Zwischen den verschiedenen Merkmalsbereichen lassen sich nur selten ausgeprägte statistische Beziehungen

¹⁷ Der letztgenannte Zusammenhang ist allerdings davon abhängig, welche Ländergruppe man betrachtet.

finden. Die in das Gesundheitswesen gesteckten Ressourcen in Form von Geld und Personal lassen in der Regel keinen klaren Bezug zu den Indikatoren der Gesundheitsversorgung, der Inanspruchnahme oder der Lebensqualität erkennen.

Aufwand und Versorgung variieren weitgehend unabhängig voneinander. Weder die Arzt- noch die Bettendichte sind mit dem Niveau der Ausgaben oder Beschäftigung stark korreliert. Die Arztdichte bleibt ohne erkennbaren Einfluß auf die Höhe der Ausgaben und scheint das Volumen der Gesundheitsbeschäftigung eher zu bremsen als zu fördern. Vor allem die Mittelmeerländer, Griechenland, Portugal und Spanien, haben bei geringer Ausgabenquote und niedrigem Beschäftigungsniveau eine sehr hohe Zahl von Ärzten. Daneben fallen Belgien und Italien durch überproportional hohe Arztdichten auf. Hervorzuheben ist der geringe Zusammenhang zwischen der Zahl der Ärzte und der gesamten Gesundheitsbeschäftigung. Offensichtlich wird das Beschäftigungsniveau im wesentlichen von der Zahl der im Pflegebereich tätigen Personen bestimmt, und die ist in der Regel dort niedrig, wo die Arztdichte hoch ist.¹⁸

¹⁸ Die OECD-Sammlung ermöglicht eine Unterteilung der Gesundheitsbeschäftigung in professionelle (Ärzte und Zahnärzte) und paraprofessionelle Berufe (Pflegepersonal). Das Beschäftigungsvolumen ist mit der Stärke der Professionen leicht negativ ($r = -.19$ für 1980), mit der Stärke der Paraprofessionen dagegen signifikant positiv ($r = .75$) verknüpft. Entsprechend ist das Pflegepersonal dort zahlreich, wo die Zahl der Ärzte relativ gering ist ($r = -.33$).

Das spricht dafür, die Arbeitsteilung zwischen professionellen und paraprofessionellen Berufen ähnlich wie das Verhältnis zwischen ambulantem und stationärem Sektor als ein Terrain für Kompetenz- und Verteilungskonflikte zu verstehen, in dem die Beschäftigungschancen für Paraprofessionelle davon abhängen, bis zu welchem Grade die Ärzteschaft Tätigkeitsfelder besetzt oder frei hält. Die durch hohe Arztdichten gekennzeichneten Mittelmeerländer fallen - ebenso wie die Bundesrepublik - sämtlich durch ein geringes Beschäftigungsvolumen im Pflegebereich auf. In den bezüglich Pro-Kopf-Einkommen und Gesundheitsausgaben "unterentwickelten" Ländern der mediterranen Peripherie wird die Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens anscheinend nicht von Grundversorgungseinrichtungen wie Ambulatorien oder Krankenhäusern getragen, sondern von den schon "früh" expandierenden Professionen.¹⁹ Das bestätigt sich auch, wenn man die Versorgung mit Krankenhausbetten betrachtet, denn hier fallen vor allem die drei peripheren Länder sowie Belgien und Italien durch eine geringe Bettendichte auf. Die reicheren und ausgabefreudigeren Länder lenken die Ressourcen dagegen in stärkerem Maße in den Krankenhaussektor. Sieht man von den wenigen atypischen Fällen ab, so ergibt sich zwischen Ausgabenhöhe und

¹⁹ Der Schluß ist insofern gewagt, als die OECD-Sammlung keine Angaben darüber enthält, ob die Ärzte im Krankenhaus oder in freier Praxis tätig sind. Allerdings ist der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte in frühen Phasen der Entwicklung des Gesundheitswesens in der Regel geringer. Das gilt zumindest für die im Max-Planck-Institut näher untersuchten Länder (Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Schweiz).

Bettendichte auch eine ausgeprägte statistische Assoziation.

Bis zu welchem Grade Ausgaben- und Versorgungsniveau unabhängig voneinander variieren, zeigt sich deutlicher, wenn man die einzelnen Indikatoren der Versorgung zu komplexeren Indices verknüpft. Während die Arztdichte ohne erkennbaren Einfluß auf die Ausgabenhöhe bleibt, korreliert ein Index, der die Höhe der Arzteinkommen mit der Arztdichte multipliziert, hoch mit dem Ausgabenniveau ($r = .63$ für 14 Länder mit verfügbaren Daten). Spitzenplätze in der Kombination der beiden Werte nehmen die Bundesrepublik, die USA, Canada und Frankreich ein; am Ende der Skala rangieren Norwegen, Italien, Großbritannien und Japan.

Faßt man die Arzt- und Bettendichte zu einem Index der Gesundheitsversorgung zusammen, so ergibt sich insgesamt nur ein schwacher Zusammenhang mit dem Ausgabeniveau ($r = .31$, vgl. dazu das Streudiagramm 1).²⁰ In der Regel gehen aber niedrige Versorgungsniveaus durchaus mit geringen, hohe mit beträchtlichen Gesundheitsaufwendungen einher. Von diesem Muster weichen lediglich zwei Länder deutlich ab, nämlich die USA und Finnland. Das amerikanische Gesundheitswesen ist bei einer auffallend schlechten Versorgungsstruktur äußerst kostspielig, während Finnland ein ausgebautes Angebot an medizinischen Dienstleistungen mit einer bemerkenswerten Kostenkontrolle zu verknüpfen versteht.

²⁰ Der Index multipliziert die Arzt- mit der Bettendichte. Ein multiplikatives statt additives Maß wurde benutzt, um zu verhindern, daß Länder, die nur in einer der beiden Dimensionen über ein ausgebautes Angebot verfügen, hohe Versorgungsniveaus erreichen.

Schließt man diese beiden Länder von der Betrachtung aus, so ergibt sich zwischen Gesundheitsversorgung und -kosten eine ausgeprägt positive Beziehung ($r=.68$).²¹

Eine genauere Betrachtung des Streudiagramms ergibt eine Reihe von weiteren nationalen Besonderheiten. Canada fällt ähnlich wie die USA durch eine ungünstige Kombination von hohen Kosten und geringem Versorgungsniveau auf. In der Bundesrepublik verbinden sich die überdurchschnittlich hohen Ausgaben dagegen mit einer ausgebauten medizinischen Versorgung. Großbritannien nimmt für seine beeindruckenden Erfolge bei der Kostenkontrolle offensichtlich eine auffallend schlechte Versorgungsstruktur in Kauf. Der ebenfalls öffentliche, aber im Gegensatz zu Großbritannien nicht durch zentrale, sondern lokale Steuern finanzierte Gesundheitsdienst Schwedens ist dagegen sowohl auf der Ausgaben- wie auf der Angebotsseite expansiv. Eine vergleichsweise günstige Kombination von Versorgung und Kosten weisen neben Finnland auch Belgien sowie auf niedrigerem Entwicklungsniveau Griechenland auf.

Die auffallend günstige Bilanz Finnlands läßt eine nähere Untersuchung des "finnischen Modells" als lohnend erscheinen. Hier muß der Hinweis genügen, daß Finnland eine für alle Wohnbürger freie Grundversorgung in Kliniken und lokalen Gesundheitszentren mit einem System partieller Kostenerstattung für die (eher seltene) Inanspruchnahme frei niedergelassener Ärzte verbindet und im Gegensatz zu dem von lokalen Entschei-

²¹ Bei Verwendung des additiven Index' der Versorgung: .71.

~ dungsträgern dominierten Gesundheitswesen Schwedens eine zentralstaatliche Finanzierung und Planung der medizinischen Versorgung kennt.²² Insgesamt gilt, daß die Länder mit hohen Kosten und relativ niedrigem Versorgungsniveau durch vergleichsweise hohe Arzteinkommen, die Länder mit hoher Versorgung und niedrigen Kosten dagegen durch geringe Arztverdienste gekennzeichnet sind. Ersteres gilt vor allem für die USA und Canada sowie mit Einschränkung auch für Frankreich, letzteres für Finnland, Belgien und auch Italien.²³ Insgesamt ergibt sich zwischen der Höhe der Arzteinkommen und der Ausgabenquote für Gesundheit eine positive statistische Beziehung (s. Tabelle 4).

Die Frequenz der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen determiniert die Höhe des Aufwands in noch geringerem Maße als die Angebotsfaktoren. Die Höhe der Ausgaben variiert weitgehend unabhängig von der Zahl der Krankenhausaufnahmen oder der Arztkontakte. Die Zahl der Krankenhausaufnahmen ist allerdings auf signifikante und auch robuste Weise mit der Höhe der Gesundheitsbeschäftigung assoziiert. Das spricht dafür, daß die Krankenhäuser umso leistungsfähiger sind, je mehr Personal ihnen zur Verfügung steht. Der Effekt ist aber nicht stark genug, um sich auch auf

²² Vgl. zu Finnland die schematischen Übersichten in US Department of Health and Human Services (1986:85) und OECD (1987:27) sowie die Beiträge von Alestalo und Uusitalo (1987) und von Maguire (1986).

²³ Vgl. dazu die zusätzliche Eintragung der Relation zwischen durchschnittlichen Arzt- und Arbeitnehmerinkommen im Streudiagramm für die Länder, für die Daten verfügbar waren.

die Länge der Verweildauern niederzuschlagen, so daß die Ergebnisse hier nicht eindeutig sind.

Interessant ist der Vergleich zwischen dem Angebot und der Nachfrage von Gesundheitsleistungen. Nach dem oft zitierten "Roemerschen Gesetz" schafft sich das Angebot medizinischer Dienstleistungen selbst die Nachfrage.²⁴ Dafür lassen sich auch hier einige Hinweise finden. Die Bettendichte kovariiert mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen und der Länge der Verweildauer. Dieses Ergebnis aus Querschnittvergleichen ist allerdings nicht so zu interpretieren, als – ob eine Erhöhung der Bettendichte längere Verweildauern nach sich zöge. Vielmehr ist in fast allen Ländern die Verweildauer in der Zeit bis 1975 gesunken, während die Bettendichte stieg.²⁵ Danach sind die Bettendichten reduziert worden, während die Verweildauern weiter verkürzt wurden. Bemerkenswert daran ist, daß die Verweildauer schrumpfte, obwohl gleichzeitig die

²⁴ Vgl. die Diskussion in OECD (1987:66ff).

²⁵ Das gilt für 13 der 19 Länder, für die Daten zur Verfügung stehen; in den sechs anderen sank die Verweildauer bei sinkender Bettendichte. Wichtig ist der Hinweis, daß Querschnittvergleiche selbst dann, wenn sie auf Veränderungen statt Niveaus basieren, keine Rückschlüsse auf Längsschnittprozesse erlauben. Eine aus Querschnittanalysen resultierende Positivkorrelation der Veränderungen zweier Variablen besagt lediglich, daß beide Veränderungen bei Vergleichen über den Raum kovariieren, erlaubt aber keinerlei Aussagen darüber, ob die Ausprägungen der beiden Variablen im Zeitverlauf steigen oder sinken. Selbst wenn die Verweildauer in allen Ländern mit der Zeit sinkt, während die Bettendichte steigt, ergibt sich bei Querschnittvergleichen beider Veränderungen eine positive Korrelation, falls die Verweildauer in jenen Ländern am stärksten schrumpft, wo das Wachstum der Bettendichte am schwächsten bleibt.

Belegquote der Betten sank.²⁶ Die Arztdichte korreliert positiv mit der Zahl der Arztkontakte, aber negativ mit der Höhe der Arzteinkommen, ein Ergebnis, das sich auch dann bestätigt, wenn man statt der jeweiligen Niveaus die Veränderungen im Zeitraum 1975 bis 1981 miteinander vergleicht. Anscheinend begegnen die Ärzte dem wachsenden Konkurrenzkampf um Patienten durch Mengenausweitungen, ohne das (relative) Niveau ihrer Einkommen halten zu können.

Auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung wirkt sich weder die Angebotsdichte noch die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen spürbar aus. Das gilt zumindest so lange, wie das Gesundheitsniveau nur mit groben Kennziffern gemessen wird. Die Zahl der Arztkontakte kovariiert weder mit der Säuglingssterblichkeit, noch mit der Lebenserwartung Erwachsener. Von etwas stärkerem Einfluß scheint die Inanspruchnahme von Krankenhäusern zu sein, aber auch hier zeigen sich nur schwache, bzw. nicht robuste Zusammenhänge, die überdies schwer interpretierbar sind. Warum z.B. die Länge der Verweildauer einen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit haben sollte, bleibt ungewiß, und die Tatsache, daß längere Verweildauern mit größerer Langlebigkeit einhergehen, sollte wohl nicht als Indiz für den Erfolg der Krankenhausbehandlung gewertet werden, sondern als Hinweis darauf, daß ältere Menschen die Dienste von Krankenhäusern länger in Anspruch nehmen.

²⁶ Daten zum Absinken der Belegquoten finden sich in OECD (1987: 67).

Interpretationsprobleme sind auch zu bedenken, wenn es um den Zusammenhang zwischen der medizinischen Versorgung und dem Gesundheitsniveau geht. Eine hohe Korrelation zwischen der Zahl der Ärzte und der Häufigkeit von Erkrankungen muß z.B. nicht unbedingt als Indiz für Erfolglosigkeit oder gar iatrogene Wirkungen moderner Medizin im Sinne Ivan Illichs (1977) gelten. Sie kann vielmehr signalisieren, daß die medizinische Versorgung dort am stärksten ausgebaut wird, wo der Problemdruck am größten ist. Das gilt zumal dann, wenn man nicht internationale, sondern interregionale Vergleiche innerhalb eines Landes anstellt. Die Planer im nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens sind z.B. seit 1976 darum bemüht, Ärzte und Ressourcen in die Regionen mit der höchsten Mortalität und Morbidität zu lenken (Ham 1985).

Im internationalen Vergleich fällt zunächst einmal auf, daß die Arztdichte mit keinem der Leistungsindikatoren stark korreliert. Die Versorgung mit Krankenhausbetten bleibt ebenfalls ohne Einfluß auf die Lebenswartung, geht aber mit einer geringeren Kindersterblichkeit einher. Insgesamt spricht die Schwäche der Zusammenhänge aber für eine weitgehende Indifferenz zwischen der Lebensqualität einerseits und dem Ausbau des Gesundheitswesens andererseits. Daß die Höhe der Gesundheitsausgaben ohne klaren Einfluß auf das Gesundheitsniveau bleibt, kann von daher kaum noch überraschen. Zwischen "inputs" und "performance" treten wegen der großen Abhängigkeit der Gesundheit von Lebensstilen, Umweltfaktoren sowie Einkommens-, Ernährungs- und Wohnstandards so viele intervenierende Variablen, daß Bewertungen im Sinne ökonomischer Effizienzkriterien ein hohes Risiko gedanklicher

Kurzschlüsse bergen. Man sollte das Gesundheitswesen wohl nicht als einen Sektor der Dienstleistungsbranche interpretieren, der mit der Produktion des Gutes "Gesundheit" beschäftigt ist, sondern als Funktionsbereich, dem es um die Behandlung von Krankheiten geht, deren Auftreten sich medizinischer Kontrolle weitgehend entzieht.

Als Fazit dieser Analysen ergibt sich, daß das Gesundheitswesen verschiedener Länder anscheinend als ein komplexes Konglomerat verschiedener Strukturmerkmale zu sehen ist, die unabhängig voneinander variieren.

- ~ Nach den hier verwendeten Analysemethoden stehen Aufwand, Versorgung, Inanspruchnahme und Gesundheitsniveau weitgehend unvermittelt nebeneinander, und auch innerhalb dieser Dimensionen herrscht eher komplexe Vielfalt vor als in klare Muster strukturierte "Systemhaftigkeit".²⁷ Zu prüfen ist nun, ob sich die Unterschiede zwischen den Ländern mit der Zeit verkleinert haben oder ob die Heterogenität nationaler Strukturprofile und Entwicklungspfade eine Divergenz der nationalen Gesundheitssysteme zur Folge hat.

III.3. Konvergenz oder Divergenz?

Vergleicht man das Ausprägungsniveau der hier untersuchten Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten, so können statistische Streuungsmaße Auskunft darüber geben, ob die Gesundheitssysteme der OECD-Länder

²⁷ Auf komplexere Analysemethoden wie etwa Faktorenanalysen wurde wegen der geringen Zahl der Fälle verzichtet.

einander mit der Zeit ähnlicher oder unähnlicher geworden sind. Eine "harte" Fassung der Konvergenzthese würde verlangen, daß die Standardabweichungen über die Zeit sinken. Eine "weichere" Fassung könnte der Tatsache Rechnung tragen, daß in den meisten Fällen Wachstumsprozesse untersucht werden. Dies würde implizieren, daß zumindest die Variationskoeffizienten - also die die Niveauverschiebungen der Mittelwerte berücksichtigenden Maße - kleiner werden. Die Tabelle 5 präsentiert die Variationskoeffizienten und Standardabweichungen der zwölf Kennziffern des Gesundheitswesens zu drei Zeitpunkten in den sechziger, siebziger und achtziger Jahren.

Im langfristigen Vergleich - der wegen lückenhafter Daten nicht für alle Variablen für eine hinreichend große und konsistente Ländergruppe möglich ist - überwiegen die Divergenzprozesse. Ähnlicher werden sich die Länder vor allem im Gesundheitsniveau sowie bezüglich der durch die öffentliche Ausgabenquote indizierten Staatspenetration des Gesundheitswesens. Der Anteil öffentlicher Ausgaben nimmt in langfristiger Betrachtung überall zu, wächst aber besonders in jenen Ländern stark, in denen der Privatsektor ursprünglich noch groß war.²⁸ Wachsende Divergenzen zeigen sich dagegen bei der Versorgungsstruktur. Betten- wie Arztdichte der OECD-Länder entwickeln sich zunehmend auseinander. Auch der Umfang der Beschäftigung zeigt zunehmende Heterogenität, denn hier verzeichnen besonders jene Länder hohe Zuwächse,

²⁸ Das ist teilweise natürlich technisch durch die Annäherung an den hier vorhandenen Schwellenwert von 100 Prozent bedingt.

in denen das Personal schon früh zahlreich war. Die Unterschiede in der Länge der Verweildauer werden ebenfalls größer. Ambivalent sind die Ergebnisse für die Entwicklung der Ausgaben, für die Inanspruchnahme der Krankenhäuser und für die Arzteinkommen, wo bei wachsendem Niveau in den beiden ersten Fällen nur die Variationskoeffizienten, bei sinkendem Niveau im Fall der Arzteinkommen nur die Standardabweichung schrumpft, während das jeweils andere Streuungsmaß größer wird. Bemerkenswert ist, daß sich die Länder hinsichtlich des Gesundheitsstandes der Bevölkerung annähern, obwohl sie im Angebot medizinischer Dienstleistungen divergieren. Zumindest bei der Säuglingssterblichkeit und der Lebenserwartung erwachsener Männer ebnen sich die Unterschiede zunehmend ein. Wachsende Divergenzen zeigen sich allerdings in der Lebenserwartung der Frauen.

Den langfristigen Trends liegen unterschiedliche phasenspezifische Entwicklungsmuster zugrunde. In der Prosperitätszeit bis 1975 sind die nationalen Unterschiede fast in allen Bereichen kleiner geworden. Nur bei der Verweildauer und der Lebenserwartung der Frauen zeigte sich auch im früheren Zeitraum zunehmende Heterogenität. In allen anderen Fällen ist zumindest ein Streuungsmaß geschrumpft. Die Einebnung der nationalen Vielfalt mag damit zusammenhängen, daß die Politiker in der Zeit des Wachstums und der gesunden Staatsfinanzen kaum eine Notwendigkeit zu politischer Steuerung sahen, so daß in erster Linie die allen Gesundheitssystemen möglicherweise ähnliche Eigendynamik die Entwicklung bestimmte. In der Austeritätszeit ab 1975 konnten es sich die Politiker dagegen in sehr viel geringerem Maße erlauben, das kostspielige

Gesundheitswesen sich selbst zu überlassen. Politische Eingriffe waren nun an der Tagesordnung.²⁹ Da auch die Länder auf weitgehend identischen Modernisierungsniveaus sich in der politischen Struktur und parteipolitischen Zusammensetzung der Regierung stark unterscheiden, liegt hier vielleicht die Erklärung dafür, warum die nationalen Unterschiede seit 1975 wieder größer wurden. Nur die Arzteinkommen und die Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen glichen sich neben der von Aufholeffekten weniger entwickelter Länder gekennzeichneten Säuglingssterblichkeit weiter an. In allen anderen Bereichen zeigten sich zunehmende Divergenzen oder – zumindest konstante Unterschiede. Der phasenspezifische Einfluß politischer Steuerung und unterschiedlicher Organisationsstrukturen soll im folgenden Abschnitt etwas genauer untersucht werden.

IV. Öffentliche Finanzierung: Rationalitätenfalle oder Steuerungspotential?

Folgt man der Argumentation Herder-Dorneichs (1983), so bewirken öffentliche Gesundheitssysteme, in denen die Finanzmittel durch Umlagen eingezogen werden, eine Entfesselung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen, da das in privaten Systemen vorherrschende Preisbewußtsein durch eine Beitragsmentalität ersetzt wird, die die "Rationalitätenfalle" zuschnappen läßt. Die Ausgabendynamik ist demzufolge dort besonders groß, wo der Grad öffentlicher Finanzierung hoch ist.

²⁹ Zu einer Bilanz der Eingriffe in vergleichender Perspektive siehe Abel-Smith (1984) sowie Maguire (1986).

Herder-Dorneich ergänzt diese auf der Nachfrageseite ansetzende These für den Fall der Bundesrepublik zwar durch zusätzliche Thesen über Rationalitätenfallen auf der Angebotsseite, formuliert sie aber generell für alle über Drittzahler finanzierten Sozialleistungssysteme (Herder-Dorneich 1983: 12, 13, 15).

Allerdings lassen sich auch für die Gegenposition plausible Argumente ins Feld führen. Zunächst ist zu bedenken, daß die infolge der Asymmetrie von individuellem Leistungskonsum und kollektiver Beitragsbelastungen behauptete Umlagenmentalität überall zu erwarten ist, wo Versicherungssysteme für eine Risikostreuung sorgen. Da auch im Privatsektor Versicherungen die Gesundheitsrisiken tragen, bleibt die behauptete Rationalitätenfalle also nicht auf sozialstaatliche Versorgungssysteme beschränkt. Richtig ist allerdings, daß die Beitragssätze in der Privatversicherung nach dem Risiko gestaffelt sind, also in unmittelbarer Weise mit dem individuellen Konsum variieren. Deshalb wäre zu erwarten, daß die Umlagenmentalität zwar nicht nur im öffentlichen Sektor auftritt, dort aber in stärkerem Maße als Kostentreiber wirksam wird.

Das bedeutet allerdings nicht unbedingt, daß öffentliche Gesundheitssysteme auch eine höhere Kostendynamik entwickeln müssen, denn mit der staatlichen Penetration gehen in der Regel auch höhere Kontrollchancen einher. Das hängt zunächst einmal mit dem hohen gesetzlichen Normierungsgrad öffentlicher Systeme zusammen, der es ermöglicht, die Verhaltensparameter für einen Großteil der Patienten und Anbieter gleichzeitig und einheitlich durch rechtliche Änderungen des Leistungskatalogs zu beeinflussen. In nationalen Gesundheits-

diensten bzw. gesetzlichen Krankenkassensystemen mit einheitlicher Organisation gewinnt die öffentliche Finanzierungsinstanz überdies eine Monopolstellung als Käufer der Leistungen, so daß ihre Durchsetzungschancen gegenüber den Anbietern groß sind. Wird das Gesundheitswesen aus öffentlichen Budgetmitteln finanziert, so kommt noch hinzu, daß es jährlich mit den Budgetansprüchen anderer Ressorts konkurrieren muß und von daher auf Grenzen der Expansion stößt.

Ob die öffentliche Finanzierung primär als Rationalitätentafel oder Steuerungsinstrument wirksam wird, kann letztlich nur die Empirie entscheiden. Die These von der auf der Nachfrageseite wirksamen Rationalitätentafel ließe erwarten, daß Niveau und Wachstumsdynamik der Gesundheitsausgaben umso höher sind, je größer der Anteil öffentlicher Finanzierung ist. Die These vom Steuerungspotential läßt dagegen vermuten, daß die Ausgabendynamik allenfalls dann mit dem Grad staatlicher Finanzierung variiert, wenn die gesundheitspolitischen Segel auf Expansionskurs gesetzt sind. Wird dagegen Kostendämpfung zu einem primären Ziel der Gesundheitspolitik, so müßte ein hoher Grad staatlicher Penetration mit einer niedrigen Ausgabendynamik einhergehen. Die folgenden Analysen prüfen diese Thesen, indem sie das Niveau und Wachstum der Gesundheitsausgaben in den Phasen der Prosperität und Austerität zum Grad öffentlicher Finanzierung in Bezug setzen.

Die Streudiagramme 2-4 zeigen den Zusammenhang zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben und dem staatlichen Penetrationsgrad des Gesundheitswesens zu drei Zeit-

punkten. Weder im Jahr 1982, noch in den Jahren 1975 und 1960 erweist sich die öffentliche Finanzierung als ein Kostentreiber. 1982 und 1960 waren die Gesundheitssysteme umso aufwendiger, je niedriger der Anteil öffentlicher Ausgaben war, 1975 variierten die Ausgaben unabhängig vom staatlichen Penetrationsgrad. Das gilt auch dann, wenn man von den als statistische "Ausreißer" auffallenden nationalen Sonderfällen absieht.³⁰

Die Tatsache, daß der öffentliche Finanzierungsgrad sowohl 1960 wie 1982 kostenbremsend wirkt, 1975 aber die Höhe der Gesundheitsausgaben unbeeinflußt läßt, stützt die im vorigen Abschnitt entwickelte These, wonach sich die Gesundheitssysteme in Zeiten der Prosperität weitgehend unabhängig von politischer Steuerung überall ähnlich entwickeln, in Zeiten der Knappheit aber in stärkerem Maße unter politische Kuratel geraten. 1960 standen die meisten OECD-Länder noch im Zeichen des Wiederaufbaus der Nachkriegszeit, so daß die Verteilung der Ressourcen strenger Haushaltungspflicht unterlag. Das Jahr 1975 markiert dagegen den Endpunkt einer längeren Prosperitätsphase, in der das hohe Wachstum Verteilungsprobleme entschärfte und es ermöglichte, mehrere Bereiche der Staatstätigkeit gleichzeitig und weitgehend losgelöst von politischen Ordnungsvorstellungen auszudehnen. Die anschließende Phase gebremsten Wachstums machte dagegen wieder bewußtere Allokationsentscheidungen erforderlich, so daß unterschiedliche Steuerungspotentiale erneut zum Tragen kamen.

³⁰ 1982: $r = -.37$, ohne USA und Schweden $r = -.24$;
1975: $r = -.06$, ohne USA und Griechenland $r = .04$;
1960: $r = -.43$, ohne USA und Niederlande $r = -.37$.

Ein Blick auf die phasenspezifischen Wachstumsmuster der Gesundheitsausgaben bestätigt diese Vorstellung (vgl. die Streudiagramme 5 und 6). In der Prosperitätsphase von 1960 bis 1975 blieb die Ausdehnung der Gesundheitsausgaben weitgehend unbeeinflußt vom zum Beginn dieser Phase erreichten Grad staatlicher Penetration. Bei Betrachtung aller Länder ergibt sich eine schwach negative, bei Ausschluß der beiden Ausnahmefälle (USA und Niederlande) eine schwach positive Assoziation, aber in beiden Fällen sind die Korrelationskoeffizienten nahe Null ($r = -.14$ bzw. $.19$). In der Austeritätszeit von 1975 bis 1982 war die Ausgabendynamik dagegen dort schwach, wo man mit einem hohen staatlichen Finanzierungsanteil in die Krisenjahre steuerte. Zwar bleibt die statistische Beziehung auch jetzt noch insgesamt schwach ($r = -.24$), aber das geht weitgehend auf wenige, vom generellen Muster abweichende Ausnahmefälle zurück (USA, Portugal, Schweden). Schließt man sie von der Betrachtung aus, so ergibt sich eine auch im statistischen Sinn signifikante Negativkorrelation zwischen Wachstumsdynamik und öffentlicher Ausgabenquote ($r = -.47$).

Auch das widerspricht der These, die öffentliche Finanzierung sei eine die Kostenexplosion begünstigende Rationalitätenfalle, stützt aber die Vorstellung, daß die staatliche Penetration des Gesundheitswesens erhöhte Steuerungschancen mit sich bringt. Allerdings mag man einwenden, daß der Anteil öffentlicher Ausgaben doch ein zu grobes und überdies zu wenig vergleichbares Maß ist, um Aussagen über Staatspenetration und Steuerungspotentiale zu rechtfertigen. Deshalb soll abschließend überprüft werden, ob sich das phasenspezi-

fische Muster staatlicher Steuerung auch dann reproduziert, wenn statt der quantitativen Kennziffern eine qualitative Typologie institutioneller Strukturen zur Erfassung des staatlichen Penetrationsgrades verwendet wird.

Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder lassen sich im Prinzip in zwei grobe Typen klassifizieren, nämlich in nationale Gesundheitsdienste auf der einen, und gesetzliche Krankenversicherungssysteme auf der anderen Seite. Die nationalen Gesundheitsdienste zeichnen sich dadurch aus, daß sie allen Wohnbürgern kostenfrei Einrichtungen der medizinischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung stellen, die aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden. Die Krankenversicherungssysteme binden die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen dagegen an die Zahlung von Versicherungsbeiträgen, wobei das Ausmaß der Versicherungspflicht von Land zu Land ebenso variiert wie der Grad der von der gesetzlichen Versicherung getragenen Leistungen. Während in den nationalen Gesundheitsdiensten die staatlichen Stellen weitgehend auch als Träger des Angebots fungieren, liegt das Leistungsangebot in den Versicherungssystemen üblicherweise in der Hand unabhängiger Vertragspartner der Kassen.

Innerhalb dieser beiden Grundtypen lassen sich jeweils zwei Untergruppen bilden. Die nationalen Gesundheitsdienste unterscheiden sich durch den Grad, in dem sie auch jenseits der Grundversorgung in Kliniken und Ambulatorien eine kostenfreie Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen ermöglichen. Während einige Länder umfassende kostenlose Dienste anbieten, verlan-

gen andere im Falle der Konsultation frei niedergelassener Ärzte außerhalb der Kliniken oder Gemeindeambulatorien eine erhebliche private Kostenbeteiligung. Bei den Krankenversicherungssystemen variiert das Ausmaß, in dem es den Finanzierungsinstanzen offen steht, auch als Träger des Angebots aufzutreten. Während in einigen Ländern die Kassen selbst Kliniken und Ambulatorien unterhalten, beschränkt sich ihre Funktion in anderen auf die Finanzierung der von unabhängigen Trägern erbrachten Leistungen.

Diese Typologie - die keineswegs alle zentralen Variationsdimensionen verschiedener Gesundheitssysteme in Betracht zieht - klassifiziert die Länder nach dem Grad der staatlichen Kontrolle des medizinischen Angebots: umfassend in nationalen Gesundheitsdiensten mit Volldeckung, weniger hoch in Ländern mit einem relevanten Privatsektor neben der staatlichen Grundversorgung, mittel in Versicherungssystemen, in denen die Kassen auch Träger des Angebots sind, und niedrig in Ländern mit Kassen als reiner Finanzierungsinstanz.

Die empirische Zuordnung der Ländersysteme zu den beiden Grundtypen bereitet kaum Schwierigkeiten. Nur das Mischsystem Australiens, das für verschiedene Versorgungsbereiche und Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Regelungen kennt, die im Laufe der letzten Jahre überdies wiederholt geändert wurden, entzieht sich der Klassifizierung.³¹ Innerhalb der Untergruppen

³¹ Vgl. die Darstellungen des australischen Gesundheitswesens in Roemer und Roemer (1981: 79-128), Raffel (1984:86-132) sowie die synoptische Zusammenfassung in US Department of Health and Human Services (1986:10-11).

ist die Einordnung der einzelnen Länder dagegen weniger eindeutig. Vor allem Canada und Finnland sind wegen regionaler Variationen schwer zu klassifizieren und könnten in ihrer Zuordnung auch vertauscht werden.³²

Die Tabelle 6 zeigt, welche institutionellen Ausprägungen des Gesundheitswesens in den OECD-Ländern vorherrschen. Darüber hinaus berichtet sie die phasenspezifische Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den unterschiedenen institutionellen Kontexten. Die als Maß der Kostendynamik verwendeten Elastizitäten geben an, in welchem Maße das reale Wachstum der Gesundheitsausgaben über das reale Wachstum des Bruttoinlandprodukts hinausschoß bzw. dahinter zurückblieb.³³

In der Prosperitätsphase bis 1975 verzeichneten die Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten eine Kostenexplosion, in der das Wachstum der Gesundheitsausgaben das Wirtschaftswachstum um das Doppelte übertraf. In den Ländern mit geringerem staatlichen Penetrationsgrad blieb die Kostenentwicklung sehr viel moderater, wenngleich auch hier das Wachstumstempo der Gesundheitsausgaben über das des Wirtschaftsprodukts hinauschoß. Auch die verfeinerte Typologie bestätigt den Eindruck, daß die Wachstumsdynamik mit dem Grad

³² Die hier vorgenommene Zuordnung erschwert die Bestätigung der These, daß im Grad staatlicher Penetration ein Steuerungspotential zu sehen sei. Italien taucht wegen der 1978 erfolgten Umstellung auf einen nationalen Gesundheitsdienst in verschiedenen Zellen der Typologie auf.

³³ Für diese Daten konnte auf die neuere Publikation der OECD (1987) zurückgegriffen werden, so daß es möglich war, den Beobachtungszeitraum bis 1984 zu aktualisieren.

staatlicher Penetration zunahm. Lediglich zwischen den beiden Untergruppen nationaler Gesundheitsdienste ergaben sich keine Unterschiede in dieser Richtung.

In der Austeritätszeit nach 1975 ergibt sich dagegen ein umgekehrtes Bild. Jetzt gelang es den nationalen Gesundheitsdiensten, das Wachstum der Gesundheitsausgaben sehr viel stärker in Schach zu halten, als den Krankenversicherungssystemen. Auch die verfeinerte Typologie zeigt, daß die Wachstumsdynamik nun in der Regel umso größer war, je beschränkter der Grad staatlicher Penetration blieb.

Der Vergleich der Ausgabenelastizitäten in beiden Phasen ergibt ein Maß dafür, bis zu welchem Grade verschiedene Länder auf die Kostenbremse traten (siehe die "Reaktionsraten" in Tabelle 6). Auch hier zeigt sich, daß den öffentlichen Gesundheitsdiensten die Kurskorrektur sehr viel besser gelang als den Systemen mit geringerem staatlichen Penetrationsgrad. Während die Krankenversicherungssysteme im Schnitt das Wachstumstempo der Prosperitätszeit nicht reduzieren konnten, schraubten die Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten die Elastizitäten der Gesundheitsausgaben deutlich auf etwa drei Viertel des früheren Niveaus zurück. Auch die verfeinerte Typologie bestätigt, daß die Bremsung tendenziell umso besser gelang, je größer der staatliche Penetrationsgrad war.³⁴ Auffallend ist allerdings, daß auch innerhalb der einzelnen institu-

³⁴ Sieht man von dem kaum klassifizierbaren Fall Italiens ab, so zeigt sich hier sogar ein "perfekter" Zusammenhang im Sinne der Steuerungsthese, denn die durchschnittliche Reaktionsrate der ersten Ländergruppe liegt dann bei 60.4 %.

tionellen Typen eine große Vielfalt der Wachstums- und Reaktionsmuster festzustellen ist.

Die Replikation der quantitativen Analysen mit Hilfe der qualitativen Typologie institutioneller Kontexte bestätigt im Falle der Austeritätszeit somit vorbehaltlos das frühere Ergebnis einer gebremsten Kostendynamik in öffentlichen Gesundheitssystemen. Für die Prosperitätszeit weichen die Resultate dagegen insofern ab, als sich jetzt für diese Phase nicht eine von institutionellen Kontexten unabhängige Eigendynamik, sondern eine beschleunigte Ausgabenentwicklung in öffentlichen Systemen zeigt. Geht man davon aus, daß in der Prosperität der Ausbau der medizinischen Versorgung im Vordergrund gesundheitspolitischer Zielsetzungen stand, so ist auch dieses Ergebnis mit der Vorstellung vereinbar, daß die Chancen zur Steuerung des Gesundheitswesens mit dem Grad der staatlichen Penetration wachsen. Ob das Steuerungspotential des Staates nur auf dem Gebiet der Kostenkontrolle zum Tragen kommt oder auch für andere Aspekte der Entwicklung gilt, muß hier aus Platzgründen ebenso ununtersucht bleiben wie die Frage, wo die Kostenbremsung in öffentlichen Systemen wirksam wird: auf der Angebots- oder der Nachfrageseite, im ambulanten oder im stationären Bereich?

Schlußfolgerungen zu den Thesen Luhmanns und Herder-Dorneichs

Die hier angestrebten Untersuchungen legen bezüglich der eingangs diskutierten Theorien Luhmanns und Herder-Dorneichs drei Schlußfolgerungen nahe:

(1) Die empirischen Analysen stützen die These, in der sozialstaatlichen Kontrolle der medizinischen Versorgung sei ein Steuerungspotential zu sehen, in sehr viel stärkerem Maße als die Vorstellung einer mit öffentlicher Finanzierung einhergehenden Rationalitätenfalle. Falls es einen derartigen Effekt auf der Seite der Konsumenten medizinischer Dienstleistungen gibt, so ist er offensichtlich nicht stark genug, um die mit der Verfügung über rechtliche und finanzielle Steuerungsmittel einhergehenden Kontrollchancen des Staates zu konterkarieren.

(2) Die Vielfalt nationaler Entwicklungswege und die zumindest phasenspezifisch wachsende internationale Divergenz sind zu groß, um die Vorstellung zu rechtfertigen, in der Ausdifferenzierung des Teilsystems "Gesundheit" sei der Schlüsselfaktor zur Erklärung der Entwicklungsdynamik des Gesundheitswesens zu sehen. Auch die Luhmannsche Vorstellung, ausdifferenzierte Teilsysteme unterlägen einer eigendynamischen Expansionsdynamik, die bremsende Eingriffe durch externe Steuerungsorgane "aussichtslos" mache, wird durch die empirischen Daten nicht gestützt. Im Kontext der Finanzkrise der Staatshaushalte lassen sich vielmehr diverse Trendbrüche feststellen, die langfristige Wachstumsprozesse zum Stillstand brachten oder gar umkehrten. Das legt nahe, die Dominanz teilsystemspezifischer Rationalitäten als eine kontextabhängige Variable zu begreifen, statt sie konzeptionell als Konstante zu setzen.

Die Frage, unter welchen Bedingungen eine einseitig medizinische Rationalität zur Dominanz gelangen kann,

wird freilich erst dann zentral, wenn man den Rahmen der Luhmannschen Systemtheorie verläßt und annimmt, daß nicht Teilsysteme, sondern von Individuen gespielte Rollen als Einheiten der Differenzierung zu gelten haben. Erst dann wird klar, daß Akteure als Spieler verschiedener Rollen immer Mischungsverhältnisse aus verschiedenen Rollenorientierungen definieren, die sie dem Wandel der Kontextbedingungen anpassen können. So ist ein Arzt immer sowohl Wirtschaftssubjekt wie Professioneller, und deshalb ist sein ärztliches Handeln der Steuerung durch die Veränderung ökonomischer Parameter - etwa in Gestalt modifizierter Gebührenordnungen - durchaus zugänglich. In der Austeritätsphase kam es zu einer Durchdringung des Gesundheitswesens mit ökonomischen Rationalitätskriterien, die in der Entwicklung der hier untersuchten Gesundheitssysteme auch deutliche Spuren hinterließ.

(3) Insgesamt betrachtet, ist die Heterogenität der Gesundheitssysteme in OECD-Ländern so groß, daß nationale Unterschiede stärker ins Gewicht fallen als internationale Gemeinsamkeiten. Generelle Theorien sind deshalb über ihre ohnehin beschränkte Relevanz für die empirische Forschung hinaus im Bereich des Gesundheitswesens nur von geringer Erklärungskraft. Das bedeutet, daß der implizite Vorschlag Herder-Dorneichs, den Schwerpunkt der Analyse auf die Erfassung unterschiedlicher institutioneller und organisatorischer Strukturen zu legen, aufzugreifen ist. In der Verknüpfung quantitativer Kennziffern mit qualitativen Indikatoren der Organisationsstrukturen und Regelungsmechanismen liegt vermutlich auch beim Vergleich der Gesundheitssysteme der künftige Königsweg der Forschung zur Staatstätigkeit.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Ausgabenquote (% BIP)																					
Mittelwert: 7.3	USA	SWE	FR	NL	IRL	D	CAN	CH	AUS	ÖS	IT	DAN	NOR	JAP	FIN	SP	BEL	UK	NSL	POR	GRI
Heterogenität: 2.4	10.6	9.7	9.3	8.7	8.2	8.2	8.2	7.8	7.6	7.3	7.2	6.8	6.8	6.6	6.6	6.3	6.2	5.9	5.7	5.7	4.4
Öffentlich. Anteil(%)																					
Mittelwert: 77	BEL	IRL	SWE	NOR	NSL	UK	DAN	IT	D	GRI	NL	FIN	JAP	CAN	SP	FR	POR	AUS	CH	ÖS	USA
Heterogenität: 2.2	92	92	92	89	89	88	84	84	81	79	79	79	74	74	72	71	71	66	65	63	42
Beschäftigungsquote																					
Mittelwert: 4.9	NOR	SWE	NL	AUS	FIN	NSL	CH	USA	UK	IRL	CAN	DAN	BEL	FR	SP	JAP	IT	POR	D	GR	ÖS fehlt
Heterogenität: 5.1	10.2	7.8	7.1	7.0	5.9	5.7	5.6	5.3	5.2	5.0	4.9	4.8	4.5	4.5	3.0	2.9	2.6	2.4	2.2	2.0	
Bettendichte ^{a)}																					
Mittelwert: 94	FIN	SWE	JAP	NL	FR	CH	D	AUS	ÖS	NSL	BEL	UK	IT	DAN	CAN	NOR	GRI	USA	SP	POR	
Heterogenität: 3.1	156	140	121	120	116	115	111	110	108	99	95	81	77	74	69	65	62	59	54	51	
Arztdichte ^{a)}																					
Mittelwert: 21	IT	SP	BEL	GRI	SWE	D	DAN	POR	FIN	FR	NOR	NL	AUS	CAN	USA	ÖS	NSL	CH	JAP	UK	IRL fehlt
Heterogenität: 2.5	32	28	27	25	24	24	24	22	22	22	21	21	20	20	19	17	17	16	14	13	
Arzteinkommen ^{a)}																					
Mittelwert: 2.6	USA	D	CAN	FR	DAN	AUS	NSL	UK	JAP	SWE	FIN	BEL	NOR	IRL	IT	SP, GRI, POR, NL, ÖS, CH fehlen					
Heterogenität: 4.6	5.1	4.9	4.1	3.3	2.8	2.5	2.5	2.4	2.2	2.1	1.8	1.8	1.7	1.2	1.1						
Arztkontakte (1981)																					
Mittelwert: 5.6	JAP	DAN	IT	BEL	AUS	IRL	CH	CAN	GRI	SP	USA	NOR	FR	NSL	UK	POR	FIN	NL	SWE	D, ÖS fehlen	
Heterogenität: 5.3	(14.2)	8.4	8.3	7.1	6.4	6.0	5.7	5.5	5.3	4.7	4.6	4.5	4.4	3.8	3.8	3.6	3.3	3.2	2.7		
Krankenhausaufnahmen																					
Mittelwert: 15.0	AUS	FIN	ÖS	DAN	SWE	D	IRL	USA	NSL	IT	NOR	CAN	BEL	CH	UK	GRI	FR	NL	POR	SP	JAP
Heterogenität: 3.1	21.0	20.9	20.7	19.2	19.2	18.1	17.6	17.0	15.7	15.4	14.9	14.7	13.9	12.8	12.7	11.9	11.8	11.8	9.6	9.2	6.7
Verweildauer																					
Mittelwert: 17.7	JAP	NL	CH	SWE	FIN	D	UK	ÖS	SP	POR	FR	BEL	CAN	GRI	NOR	NZL	IT	DAN	USA	IRL	AUS
Heterogenität: 7.9	55	34	25	23	22	19	19	16	15	14	14	14	13	13	13	12	12	12	10	9	7
Kindersterblichk. ^{c)}																					
Mittelwert: 10.4	FIN	JAP	SWE	CH	NOR	DAN	NL	CAN	FR	SP	AUS	IRL	D	UK	USA	NSL	BEL	ÖS	IT	GRI	POR
Heterogenität: 3.4	6.0	6.6	6.8	8.0	8.1	8.2	8.3	9.1	9.3	9.6	10.2	10.5	10.9	11.0	11.2	11.7	11.7	12.8	13.0	14.7	20.2
Lebenserw. Frauen 40																					
Mittelwert: 39.4	CAN	JAP	NL	CH	SWE	NOR	FR	GRI	AUS	USA	SP	IT	DAN	FIN	D	NSL	ÖS	UK	POR	BEL	IRL
Spannweite: 4.8	41.0	40.7	40.7	40.7	40.4	40.4	40.2	40.1	39.9	39.8	39.6	39.5	39.2	39.0	38.6	38.5	38.3	38.2	38.0	37.5	36.2
Lebenserw. Männer 40																					
Mittelwert: 33.7	GRI	JAP	CH	SWE	NL	NOR	SP	CAN	AUS	DAN	IT	USA	FR	NSL	D	UK	ÖS	BEL	POR	IRL	FIN
Spannweite: 4.6	36.4	35.9	35.1	34.9	34.7	34.7	34.5	34.0	33.9	33.9	33.7	33.3	33.2	33.1	32.9	32.7	32.5	32.0	32.0	32.0	31.8

a) pro 10 000 Einwohner

b) als Vielfaches der durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen

c) Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr pro 1000 Lebendgeburten

Heterogenität = größter Wert als Vielfaches des kleinsten Wertes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Ausgabenquote ^{a)}																						
Mittelwert:	3.4	USA	FR	SWE	NL	CH	IRL	SP	JAP	NOR	IT	D	BEL	DAN	CAN	ÖS	FIN	AUS	UK	GRI	NSL	Por fehlt
Heterogenität:	3.9	5.5	5.0	4.9	4.9	4.5	4.2	3.9	3.7	3.6	3.5	3.4	3.0	3.0	2.6	2.5	2.4	2.3	2.3	1.8	1.4	
Öffentlicher Anteil ^{a)}																						
Mittelwert:	13.1	NL	CAN	BEL	FIN	GRI	SP	SWE	AUS	USA	IRL	D	JAP	FR	NOR	NSL	CH	UK	IT	ÖS	DAN	Por fehlt
Spannweite:	49.7	45.5	31.1	30.7	23.9	21.4	20.7	18.9	18.3	17.2	16.0	14.5	14.1	13.4	11.0	8.7	4.6	3.1	0.7	-2.2	-4.2	
Beschäftigungsquote ^{a)}																						
Mittelwert:	2.8	NOR	SWE	AUS	FIN	NL	CH	BEL	UK	USA	CAN	FR	DAN	IT	JAP	POR	D	GRI				Irl, Nsl, Ös, Sp fehlen
Heterogenität:	9.0	6.3	4.6	3.9	3.7	3.2	3.2	3.0	2.8	2.8	2.5	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	1.1	0.7				
Bettendichte ^{b)}																						
Mittelwert:	107	JAP	BEL	FIN	SP	AUS	FR	CAN	NL	GRI	D	ÖS	IT	SWE	POR	DAN	CH	NSL	UK	NOR	USA	Irl fehlt
Heterogenität:	2.5	164	158	135	124	123	121	112	109	106	106	104	103	102	96	92	91	85	79	70	65	
Arztdichte ^{b)}																						
Mittelwert:	196	FIN	POR	SWE	SP	FR	BEL	GRI	IT	NL	DAN	AUS	NOR	CAN	D	NSL	CH	USA	JAP	ÖS		Irl, UK fehlen
Heterogenität:	2.7	341	282	254	236	221	218	203	201	187	186	183	177	168	166	157	149	135	131	127		
Arzteinkommen																						
Mittelwert:																						
Heterogenität:																						
Arztkontakte																						
Mittelwert:																						
Heterogenität:																						
Krankenhausaufnahm. ^{b)}																						
Mittelwert:	154	POR	NSL	IT	JAP	GRI	AUS	FIN	DAN	ÖS	D	SWE	UK	NL	NOR	USA	CH	CAN				Bel, Fr, Irl, Sp fehlen
Heterogenität:	2.3	229	199	197	181	170	168	160	151	147	145	143	138	137	127	122	103	98				
Verweildauer ^{b)}																						
Mittelwert:	75	NOR	IT	USA	DAN	UK	FR	ÖS	D	NSL	FIN	AUS	POR	GRI	SWE	NL	CH	BEL	JAP	CAN		Irl, Sp fehlen
Heterogenität:	2.3	51	52	56	59	62	67	68	68	73	74	76	76	76	78	87	92	94	97	115		
Kindersterblichkeit ^{b)}																						
Mittelwert:	38	JAP	SP	POR	FIN	IT	D	CAN	FR	IRL	GRI	BEL	CH	DAN	NOR	USA	NL	ÖS	UK	AUS	NSL	SWE
Heterogenität:	2.4	22	22	26	29	30	32	33	34	36	37	38	38	38	43	43	46	49	49	51	52	53
Lebenserw. Frauen 40 ^{a)}																						
Mittelwert:	2.7	JAP	CH	CAN	FIN	SWE	USA	AUS	FR	SPA	NL	IT	D	DAN	NOR	ÖS	GRI	POR	NSL	BEL	UK	IRL
Spannweite:	4.8	5.6	3.8	3.8	3.7	3.3	3.1	3.0	3.0	3.0	2.9	2.8	2.8	2.5	2.1	2.1	1.8	1.8	1.5	1.4	1.3	0.8
Lebenserw. Männer 40 ^{a)}																						
Mittelwert:	1.0	JAP	CH	USA	AUS	FIN	FR	SP	ÖS	CAN	D	IT	UK	GRI	BEL	NSL	SWE	POR	NL	DAN	NOR	IRL
Spannweite:	5.5	4.7	2.2	2.0	2.0	2.0	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.4	0.3	0.1	-0.1	-0.3	-0.4	-0.8

1) Der Zeitraum variiert von Fall zu Fall; Zielgröße war im Falle der Zeilen 1, 2, 4, 5, 8: 1960-1983; im Falle der Zeilen 3 und 10: 1960-1982; im Falle der Zeilen 11 und 12: 1960-1980.

a) Zuwächse

b) Indexwerte (Ausgangsjahr = 100)

Heterogenität = größter Wert als Vielfaches des kleinsten Wertes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Ausgabenquote ^{a)}																						
Mittelwert:	0.7	USA	SWE	FR	SP	JAP	NL	ÖS	BEL	FIN	CAN	CH	IRL	NSL	GRI	IT	UK	DAN	NOR	D	AUS	POR
Spannweite:	2.8	2.0	1.8	1.7	1.3	1.1	1.0	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	-0.0	-0.8
Öffentlicher Anteil ^{a)}																						
Mittelwert:	1.4	GRI	POR	BEL	IRL	NSL	JAP	NL	SP	SWE	D	ÖS	USA	FR	CH	UK	IT	CAN	FIN	AUS	DAN	NOR
Spannweite:	25.1	17.7	12.2	11.4	9.5	6.1	4.1	2.3	2.0	1.3	-0.4	-0.6	-0.6	-1.0	-1.1	-1.9	-2.3	-2.4	-4.6	-7.0	-7.4	-7.4
Beschäftigungsquote ^{a)}																						
Mittelwert:	1.0	NOR	SWE	NL	FR	BEL	FIN	AUS	CH	IRL	USA	UK	SP	IT	JAP	D	GRI	DAN	NSL	POR	Can, Ös fehlen	
Spannweite:	2.7	2.8	2.4	2.0	1.8	1.3	1.3	1.2	1.1	0.9	0.9	0.9	0.8	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1		
Bettendichte ^{b)}																						
Mittelwert:	97	JAP	FR	BEL	AUS	FIN	CH	SPA	ÖS	NL	CAN	SWE	GRI	D	NSL	UK	POR	DAN	USA	IT	NOR	Ir1 fehlt
Heterogenität:	1.4	116	111	107	106	103	102	101	100	98	97	97	95	94	94	93	92	87	87	86	82	
Arztdichte ^{b)}																						
Mittelwert:	134	POR	SP	FIN	IT	BEL	FR	SWE	AUS	NL	NSL	CH	DAN	GRI	D	NOR	ÖS	JAP	UK	CAN	USA	Ir1 fehlt
Heterogenität:	1.7	186	179	153	145	143	140	140	135	131	130	126	126	125	123	122	120	120	116	114	109	
Arzteinkommen ^{b)}																						
Mittelwert:	87	JAP	USA	IT	CAN	UK	FIN	D	NOR	SWE	BEL	IRL	FR	AUS	CH, DAN, GRI, NL, NSL, ÖS, POR, SP fehlen							
Heterogenität:	1.8	111	101	96	95	95	86	85	84	83	80	78	77	61								
Arztkontakte ^{b)}																						
Mittelwert:	110	SP	IT	POR	FR	DAN	CAN	CH	BEL	FIN	IRL	UK	AUS	SWE	NSL	NOR	GRI	USA	D, JA, NL, ÖS fehlen			
Heterogenität:	1.4	127	119	116	116	114	112	112	111	110	109	109	109	108	103	100	98	90				
Krankenhausaufnahm. ^{b)}																						
Mittelwert:	112	POR	NSL	JAP	FR	ÖS	BEL	UK	SP	IRL	CH	D	FIN	GRI	AUS	DAN	NL	SWE	NOR	USA	IT	CAN
Heterogenität:	1.5	133	126	122	122	121	118	114	114	113	112	112	111	110	110	109	107	106	106	102	100	89
Verweildauer ^{b)}																						
Mittelwert:	91	IT	NOR	IRL	ÖS	UK	DAN	D	FIN	USA	SP	SWE	AUS	GRI	NL	POR	NSL	FR	BEL	CH	JAP	CAN
Heterogenität:	1.6	74	77	79	80	81	82	84	85	87	87	88	89	89	93	93	94	97	97	98	101	119
Kindersterblichkeit																						
Mittelwert:																						
Heterogenität:																						
Lebenserw. Frauen 40																						
Mittelwert:																						
Spannweite:																						
Lebenserw. Männer 40																						
Mittelwert:																						
Spannweite:																						

a) Zuwächse
b) Indexwerte (1975=100)
Heterogenität = größter Wert als Vielfaches des kleinsten Wertes

Tabelle 4: Korrelationsmatrix ausgewählter Kennziffern des Gesundheitswesens¹⁾

	Aufwand			Versorgung			Inanspruchnahme			Gesundheitsstand		
	Ausgabenquote	Öffentliche Ausgaben	Beschäftigung	Bettendichte	Arztdichte	Arzteinkommen	Arztkontakte	Krankenhaus- aufnahmen	Verweildauer	Kinder- sterblichkeit	Lebenserw. Frauen 40	Lebenserw. Männer 40
		USA (-)	Nor (+)	Fin (+)	It (+)	USA, D (+)	Dan, It (+)	Jap (-)	Jap (+)	Por (+)	Ir1 (-)	Gr1 (+) Fr (-)
Ausgabenquote		-0.37 *	0.34	0.31	-0.04	0.51 *	-0.13	0.31	0.01	-0.40 *	0.27	-0.04
Öffentliche Ausgaben	-0.06 21 USA		0.15	0.15	0.25	-0.66 **	0.06	0.01	0.00	-0.13	-0.31	-0.07
Beschäftigung	0.48 ** 20 Nor	USA, Nor		0.29	-0.28	-0.26	-0.32	0.41 *	-0.07	-0.52 **	0.25	0.05
Bettendichte	0.68 ** 20 USA, Fin	-0.05 20 USA	0.54 ** 19 Nor		-0.23	-0.25	-0.31	0.34	0.49 **	-0.59 **	0.14	-0.07
Arztdichte		20 USA, It	20 Nor	19	20	-0.24	0.45 *	0.10	-0.42 *	0.22	-0.10	-0.03
Arzteinkommen	0.21 15 USA, D	-0.54 * 15 USA, D	-0.16 15 Nor	14	14		-0.18	0.04	-0.09	0.11	0.28	0.02
Arztkontakte		18 USA	18	18	17	0.17 17 Dan, It	-0.01 13 It, Dan, USA	0.20	-0.51 **	0.08	-0.16	0.01
Krankenhaus- aufnahmen	Jap 21	USA, Jap 21	0.45 * 20 Nor, Jap	0.51 ** 20 Jap	-0.10 20 Jap	Jap 15	0.55 ** 18 Swe, Fin		-0.47 **	-0.19	-0.23	-0.39 *
Verweildauer	0.17 21 Jap	-0.09 21 USA, Jap	0.35 20 Nor, Jap	0.56 ** 20 Jap	-0.20 20 Jap	Jap 15	It, Dan 18	-0.17 21 Jap		-0.42 *	0.39 *	0.43 *
Kinder- sterblichkeit	-0.10 21 Por, Gr1	USA, Por 21	Nor, Por 20	-0.40 * 20 Fin, Por	Por 20	15	0.38 18 Por	Por, Jap 21	-0.47 ** 21 Jap, Por		-0.45 **	-0.30
Lebenserwartung Frauen 40	0.62 ** 21 Ir1, Gr1, USA	-0.09 21 Ir1, USA	Nor, Ir1 20	20	It 20	0.56 * 15 It, D, USA	Ir1 18	-0.07 21 Ir1, Jap	0.24 21 Ir1, Jap	Ir1, Por 21		0.78 **
Lebenserwartung Männer 40	0.33 21 Gr1, Jap	USA 21	0.15 20 Nor, Gr1	0.31 20 Fi, Gr1	-0.15 20 Gr1	0.20 15 D, USA	-0.12 18 Gr1, It, Dan	-0.17 21 Gr1, Jap	0.31 21 Gr1, Jap	-0.79 ** 21 Por, Gr1, Fi	Ir1, Gr1 21	

1) Die Angaben unter den Spaltenköpfen benennen die nach oben (+) bzw. nach unten (-) abweichenden Sonderfälle. Ein Stern signalisiert ein statistisches Signifikanzniveau von <.10, zwei Sterne indizieren ein Signifikanzniveau von <.05.

Tabelle 5: Konvergenzen und Divergenzen der Gesundheitssystementwicklung

	Streuungsmaße ¹⁾						Veränderungsprozesse ²⁾			
	1960 ³⁾		1975 ⁴⁾		1982/83 ⁵⁾		Gesamtzeitraum bis 1982	frühe Phase bis 1975	späte Phase ab 1975	
Ausgabenquote (ohne Por)	0.20	0.81	0.18	1.20	0.19	1.42	(K) D	K D	(D)	D
Öffentlicher Anteil (ohne Por)	0.27	16.7	0.16	12.2	0.16	12.1	K K	K K	0	(K)
Beschäftigung (ohne Ös)			0.39	1.53	0.41	2.00			D	D
Bettendichte (ohne Irl)	0.28	25.2	0.27	26.1	0.30	28.6	D D	(K) D	D	D
Arztdichte (ohne Irl, UK)	0.19	0.22	0.18	0.29	0.21	0.45	D D	(K) D	D	D
Arzteinkommen (10 Länder)	0.38	1.49	0.49	1.48	0.46	1.33	D K	D (K)	K	K
Arztkontakte (ohne D, Ös)			0.50	2.61	0.57	3.15			D	D
Krankenhausaufnahmen	0.30	3.38	0.28	3.89	0.26	3.85	K D	K D	K	K
Verweildauer (ohne Sp)	0.44	10.45	0.53	10.46	0.59	10.73	D D	D (D)	D	D
Kindersterblichkeit	0.46	13.44	0.47	9.64	0.30	3.10	K K	(D) K	K	K
Lebenserw. Frauen 40	0.02	0.85	0.03	1.07	0.03	1.22	(D) D	(D) D	0	D
Lebenserw. Männer 40	0.05	1.47	0.04	1.42	0.04	1.28	(K) K	(K) K	0	K

1) Links oben: Variationskoeffizienten, rechts unten: Standardabweichungen

2) K = Konvergenzen

D = Divergenzen

0 = keine Veränderung

3) Im Falle von Krankenhausaufnahmen und Verweildauer 1965, im Falle von Arzteinkommen 1970

4) Im Falle von Lebenserwartung Männer und Frauen 40 sowie Kindersterblichkeit 1970

5) Im Falle von Lebenserwartung Männer und Frauen 40 1980

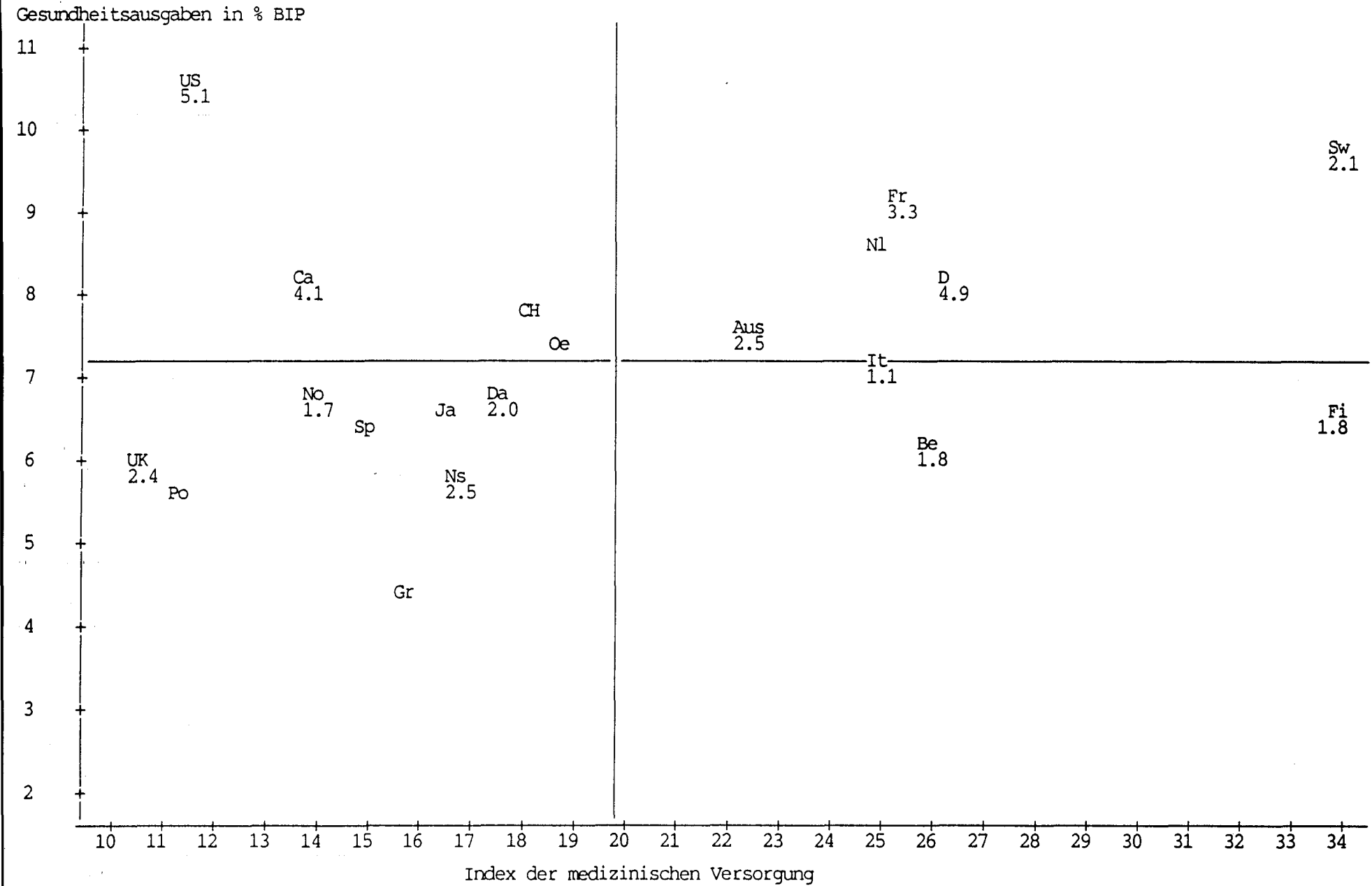
Tabelle 6: Elastizitäten der Gesundheitsausgaben in verschiedenen institutionellen Kontexten¹⁾

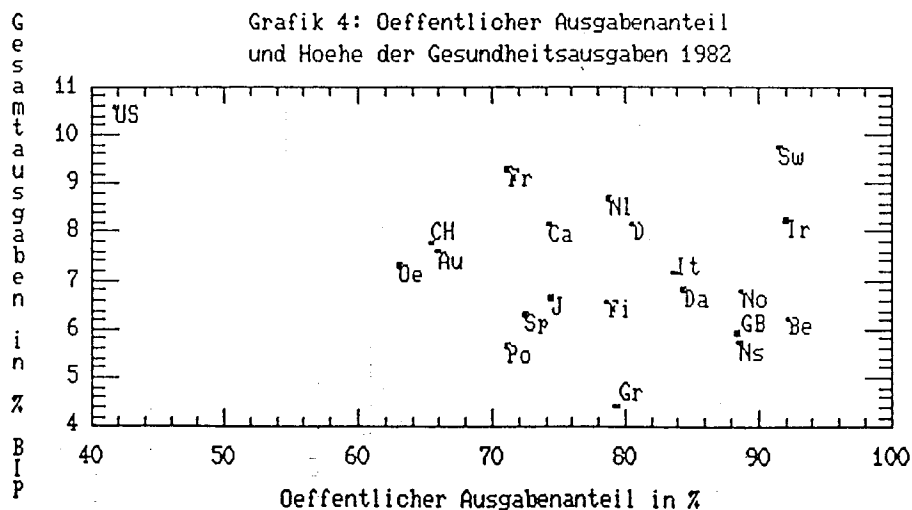
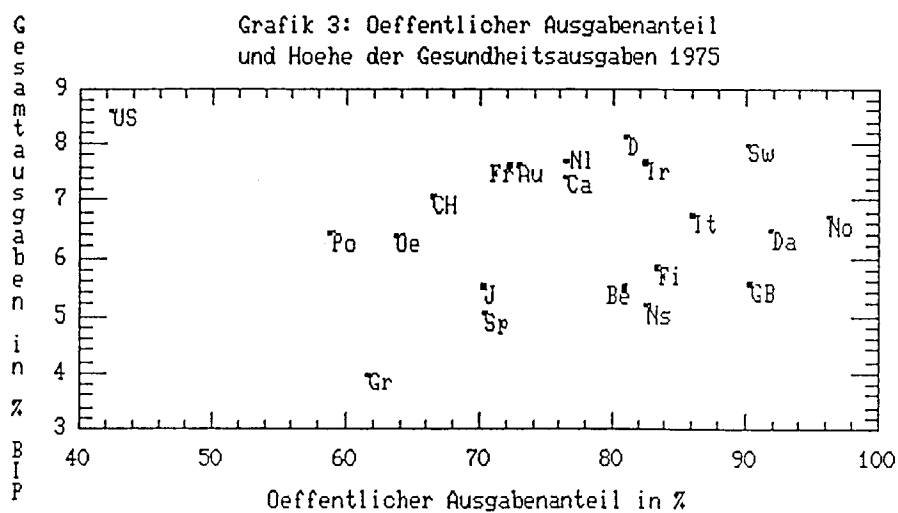
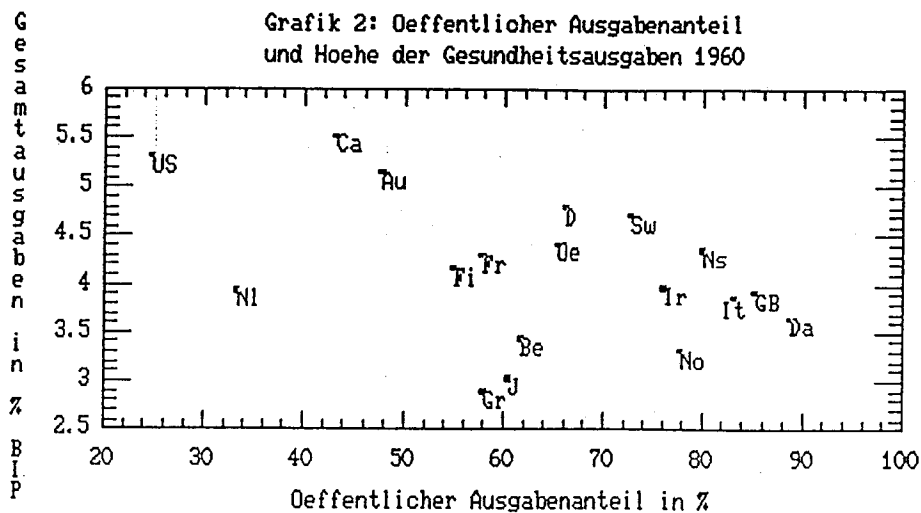
		1960-1975		1975-1984		Reaktionsrate ²⁾		
NATIONALE GESUNDHEITSDIENSTE								
- mit freier Versorgung im stationären und ambulanten Bereich								
	Großbritannien	2.1		1.0		47.6		
	Irland	2.3		0.9		39.1		
	Dänemark	1.9		1.4		73.3		
	Italien	---		(1.3)		(144.4)		
	(Kanada)	1.6		1.3		81.3		
	Mittelwert		1.98		1.18		77.2	
- mit freier Krankenhausversorgung und privater Kostenbeteiligung im ambulanten Bereich								
	Finnland	2.0		0.9		45.0		
	Norwegen	1.7		1.5		88.2		
	Schweden	2.4		1.6		66.7		
	Neuseeland	---		---		---		
	Mittelwert		2.03		1.33		66.6	
MITTELWERT		2.00		1.24		73.3		
Mischsystem		Australien		0.8		0.6		75.0
KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEME								
- mit Fusion von Angebot und Finanzierung der Leistungen								
	Portugal	---		---		---		
	Spanien	1.7		2.1		123.5		
	Griechenland	1.8		1.8		100.0		
	Österreich	0.7		0.7		100.0		
	USA	1.8		1.2		66.6		
	Mittelwert		1.50		1.45		97.5	
- mit Trennung von Angebot und Finanzierung der Leistung								
	Belgien	1.3		1.5		115.4		
	Frankreich	1.6		2.6		162.5		
	Schweiz	---		---		---		
	Niederlande	1.5		0.5		33.3		
	Bundesrepublik	1.2		0.9		75.0		
	Italien	0.9		---		---		
	Japan	1.3		1.6		123.1		
	Mittelwert		1.30		1.42		101.9	
MITTELWERT		1.38		1.43		99.9		
Allgemeiner Durchschnitt		1.59		1.30		86.7		

1) Die Elastizitäten setzen das reale Wachstum der Gesundheitsausgaben (deflationiert mit einem bereichsspezifischen Deflator) in Bezug zum realen Wachstum des BIP. Die Werte sind direkt entnommen aus OECD (1987:56).

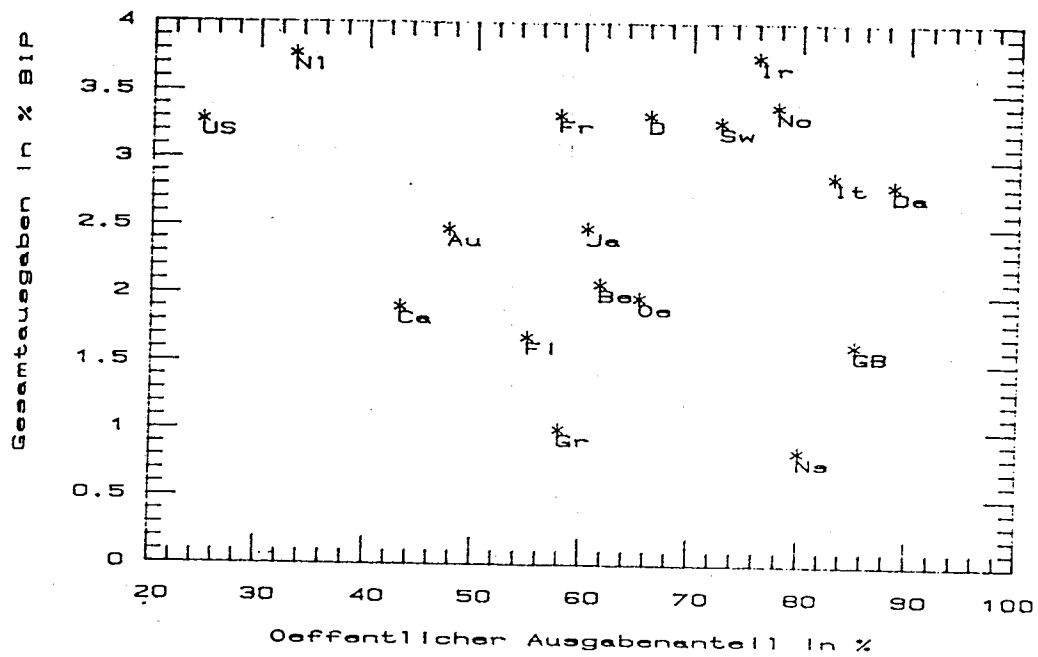
2) Durchschnittliche Elastizität im späten Zeitraum als Prozent der durchschnittlichen Elastizität in der früheren Phase. Die durchschnittlichen Reaktionsraten berechnen sich als Mittelwert der länderspezifischen Reaktionsraten (nicht als Quotient der jeweiligen phasenspezifischen Mittelwerte).

Grafik 1: Medizinische Versorgung und Gesundheitsausgaben

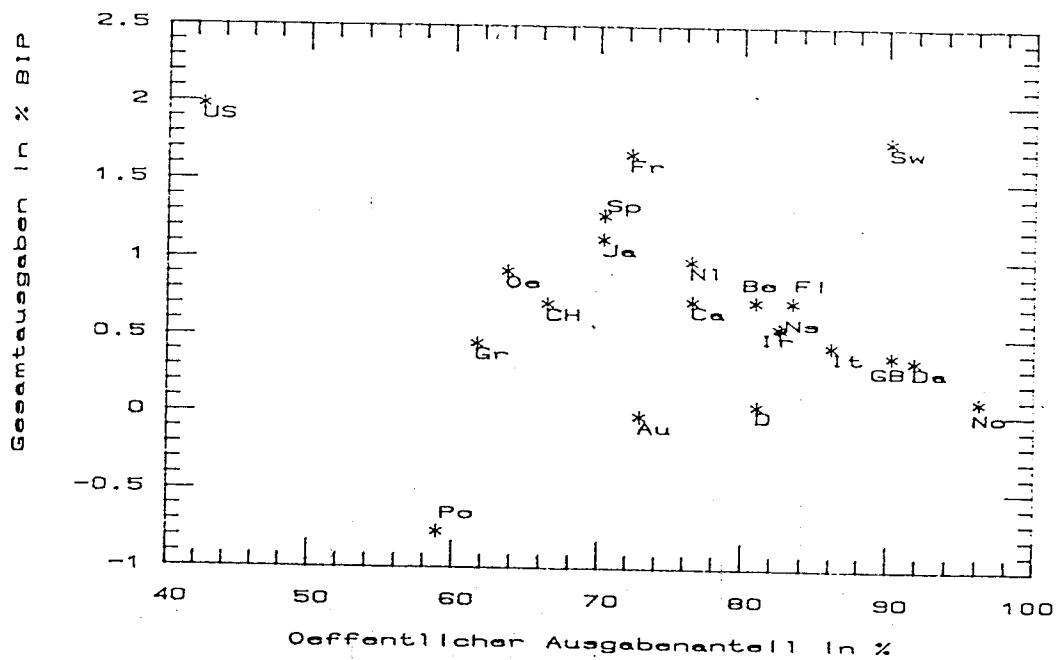




Grafik 5: Öffentlicher Ausgabenanteil 1960 und Wachstum der Gesundheitsausgaben 1960-1975



Grafik 6: Öffentlicher Ausgabenanteil 1975 und Wachstum der Gesundheitsausgaben 1975-1982



Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B., 1984: Cost Containment in Health Care: The Experience of 12 European Countries 1977-83, Luxemburg.
- Abel-Smith, B./ Maynard, A., 1979: Die Organisation, Finanzierung und Kosten des Gesundheitswesens in der Europäischen Gemeinschaft, Luxemburg.
- Alestalo, M./ Uusitalo, H., 1986: Finland, in: Flora, P. (Hrsg.), Growth to Limits: The Western European Welfare States since World War II, Vol.1, Berlin, New York 197-292.
- Baier, H., 1979: Im Dienst des Leviathan - Ivan Illich herrschaftssoziologisch weitergedacht, in Flöhl, R. (Hrsg.), 1979: Maßlose Medizin ? Antworten auf Ivan Illich, Berlin, Heidelberg, New York 7-31.
- Bogs, H./ Herder-Dorneich, P./ Scheuch, E.K./ Wittkämper, G.W. (Hrsg.), 1982: Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln.
- Deppe, H.-U. (Hrsg.), 1983: Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt, New York.
- Ferber, C. von/ Reinhardt, U.E./ Schaefer, H./ Thiemeyer, T./ Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), 1985: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München.
- Ferrera M./ Zincone G., 1986: La salute che noi pensiamo: Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia, Bologna.
- Flora, P. (Hrsg.), 1986: Growth to Limits: The Western European Welfare States since World War II, 4 Bände, Berlin, New York.
- Freidson, E., 1979: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart.
- Ham, C., 1985: Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service, Hampshire, London.

Heclo, H., 1981: Toward a New Welfare State ? in: Flora, P./ Heidenheimer, A. (Hrsg.), The Development of Welfare States in Europe and America, Transaction Books, New Brunswick, London, 383-406.

Herder-Dorneich, P., 1977: Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Külpe, B./ Haas, H.-D. (Hrsg.), Soziale Probleme der modernen Industriegesellschaft, Berlin, 577-597.

Herder-Dorneich, P., 1980: Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart.

Herder-Dorneich, P./ Schuller, A. (Hrsg.), 1983: Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt ? Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Illich, I., 1977: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens, Reinbek.

Klein, R., 1985: The Politics of the National Health Service, London, New York.

Klein, R., 1980: Costs and Benefits of Complexity: The British National Health Service, in: R. Rose (Hrsg.), Challenge to Governance, London, 107-126.

Kocher, G./ Rentchnick, P., 1980: Teure Medizin. Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen, Bern, Stuttgart, Wien.

Landsberger, H./Campbell R./Carlson, J., 1987: Die Meinungen von Interessenvertretern im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika, Sankt Augustin.

Luhmann, N., 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Herder-Dorneich, P./ Schuller, A. (Hrsg.), Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 28-49.

Maguire, M., 1986: Assetti organizzativi e domanda sanitaria: una rassegna comparata, in: Ferrera M./ Zincone G., La salute che noi pensiamo: Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia, Bologna, 145-174.

Maxwell, R.J., 1983: Health and Wealth. An International Study of Health-Care Spending, Lexington, Toronto.

Maynard, A., 1975: Health Care in the European Community, Pittsburgh.

McLachlan, G./ Maynard, A. (Hrsg.), 1982: The Public/Private Mix for Health. The Relevance and Effects of Change, London.

OECD, 1985: Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance, Paris.

OECD, 1986: Historical Statistics 1960-1984, Paris.

OECD, 1987: Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries, Paris.

Poullier, J.-P., 1986: Levels and Trends in the Private-Public Mix of the Industrialised Countries' Health Systems, in: A. Culyer/B. Jönsson (Hrsg.), Public and Private Health Services. Complimentarities and Conflicts, Oxford.

Poullier, J.-P., 1987: Les dépenses de santé: une croissance inéluctable?, in: Revue française de finance publique 18, 55-78.

Poullier, J.-P., 1987: From Risk Aversion to Risk Rating: Trends in OECD Health Care Systems, in: International Journal of Health Planning and Management 5 2, 9-33.

Raffel, M.W., 1984: Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems, University Park, London.

Roemer, M., 1977: Comparative National Policies on Health Care, New York, Basel.

Roemer, M./Roemer, R., 1981: Health care systems and comparative manpower policies, New York, Basel.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987: Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 1985: Jahresgutachten 1985/86, Bundestagsdrucksache 10/4295, Wiesbaden.

Salowsky, H./ Seffen, A., 1976: System- und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industriestaaten, Köln.

Scheuch, E.K., 1982: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik aus der Sicht der Soziologie, in: Gitter, W. (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland und Japan, Köln u.a. , 21-28.

Scheuch, E.K., 1982: Das Verhalten der Bevölkerung als Teil des Gesundheitssystems, in: Bogs, H./ Herder-Dorneich, P./ Scheuch, E.K./ Wittkämper, G.W. (Hrsg.), Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln.

Schieber, G.J./ Poullier, J.-P., 1986: Comparison of Health Expenditures in OECD Countries, in: Virgo, J.M. (Hrsg.), Restructuring Health Policy: An International Challenge, Edwardsville, 81-94.

Sorokin, P.A., 1937-1941: Social and Cultural Dynamics, 4 Bände, New York.

U.S. Department of Health and Human Services, 1986: Social Security Programs Throughout the World - 1985. Washington.

Virgo, J.M. (Hrsg.), 1986: Restructuring Health Policy: An International Challenge, Edwardsville.

Woytinsky, W.S., 1925-1928: Die Welt in Zahlen, 7 Bände, Berlin.