

Claus Wendt

Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?

Gesundheitssysteme im Vergleich
2., überarbeitete Auflage

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG
SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INSTITUTION KONTROLLE
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT VERGENTENKEIT KRAFT HERF
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT SELBSTION VERDEUT ANWISLATION
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG KRAFT KRAFT KRAFT KRAFT KRAFT



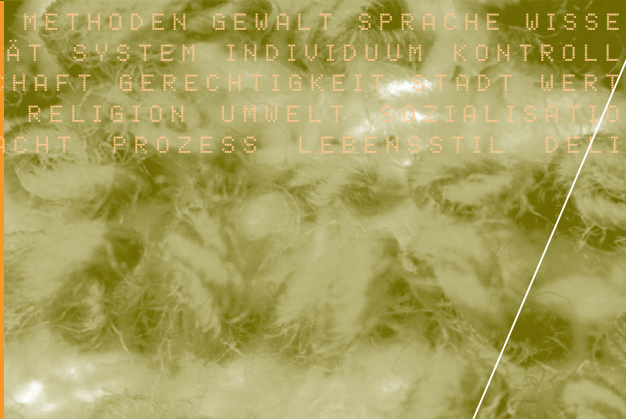
VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Claus Wendt

Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?

Gesundheitssysteme im Vergleich
2., überarbeitete Auflage

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSE
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLL
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERT
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELIGION UMWELT SOZIALISATIO
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELI



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Claus Wendt

Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?

Claus Wendt

Gesundheitssysteme im Vergleich

2., überarbeitete Auflage



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2003
- 2., überarbeitete Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Frank Engelhardt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.vs-verlag.de



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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Meppel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-15918-8

Für meine Eltern

Danksagung

Mein Interesse an einem historisch angeleiteten Gesundheitssystemvergleich wurde bereits während eines Studienaufenthalts in Leicester durch Sydney Holloway geweckt und im Rahmen einer Tätigkeit für die WHO in Kopenhagen bei Assia Brandrup-Lukanow intensiviert. Im Frühjahr 2003 wurde die auf diesen frühen Erfahrungen aufbauende vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen von der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Heidelberg als Dissertation angenommen.

Der Einstieg in dieses Vorhaben wurde durch das von Peter Flora geleiteten Training and Mobility Programme for Young Researchers ‚Family and Welfare State in Europe‘ ermöglicht. Während der darin enthaltenen Forschungsaufenthalte an der Universität Roskilde und der Österreichischen Akademie der Wissenschaften konnte ich vielfältige intellektuelle Anregungen und wichtige Kenntnisse sammeln. Besonderen Dank möchte ich neben dem Projektleiter den beiden Koordinatoren Thomas Bahle und Astrid Pfenning aussprechen sowie Peter Abrahamson und Bent Greve, die mir beim Start in Dänemark hilfreich zur Seite standen. Durch das EUSSIRF-Programm der Europäischen Kommission wurden außerdem Recherchen zum Gesundheitssystem Großbritanniens an der London School of Economics and Political Science finanziert.

Viele Institutionen, Kollegen und Freunde haben ihren positiven Anteil an der Fertigstellung der Arbeit. Bedanken möchte ich mich bei den Gutachtern Jürgen Kohl und Thomas Klein für hilfreiche und kritische Hinweise. Jürgen Kohl, dem Betreuer der Dissertation, danke ich darüber hinaus für die freundschaftliche Zusammenarbeit und für wertevolle Diskussionen am Institut für Soziologie der Universität Heidelberg. Die beiden weiteren Mitglieder der Prüfungskommission, M. Rainer Lepsius und Manfred G. Schmidt, haben bei mir ihre Spuren in den Feldern der Institutionentheorie und der Wohlfahrtsstaatsanalyse schon während meines Studiums in Heidelberg hinterlassen.

Überaus anregend waren außerdem Gespräche mit Ursula Filipic, Mathias Maucher, Katja Koschate, Sabine Kubesch und Silke von Sichart – unverzichtbar ihre Durchsicht des Manuskripts. Herzlichen Dank dafür!

Heidelberg, im April 2003

Für die zweite Auflage konnte ich von den intensiven Diskussionen profitieren, die ich mit Heinz Rothgang, Simone Grimmeisen, Mirella Cacace, Stephan Leibfried und Herbert Obinger am Bremer Sonderforschungsbereich ‚Staatlichkeit im Wandel‘ sowie mit Bernhard Ebbinghaus, Michaela Pfeifer, Monika Mischke und Nadine Reibling am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung geführt habe. Ich danke außerdem Miriam Ott für ihre Hilfe bei der Aktualisierung der Schaubilder.

Mannheim, im August 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	17
2	Institutionentheorie und Wohlfahrtsstaatsanalyse	27
2.1	Institutionentheoretische Grundlagen	29
2.1.1	Institutionen und Ideen	30
2.1.2	Rationalitätskriterien	32
2.1.3	Handlungskontext	33
2.1.4	Soziale Differenzierung	35
2.1.5	Wechselwirkungen zwischen Markt und Wohlfahrtsstaat	36
2.2	Leitideen der Gesundheitsversorgung	40
2.2.1	Gesundheit als besonderes Gut	43
2.2.2	Soziale Sicherheit	44
2.2.3	Gleichheit der Zugangschancen	45
2.2.4	Solidaritätsprinzip	45
2.2.5	Subsidiaritätsprinzip	46
2.2.6	Gesundheitsversorgung als Staatsbürgerrecht vs. Versicherung gegen Krankheitsfolgen	48
2.3	Vom Fürsorgeprinzip zum Versicherungs- und Versorgungsprinzip	51
2.3.1	Fürsorge	56
2.3.2	Versicherung	57
2.3.3	Versorgung	59
2.4	Vertrauen in Institutionen	60
2.4.1	Bezugspunkte von Institutionenvertrauen	61
2.4.2	Vertrauen und die Stabilität von Institutionen	63
3	Ansätze und Fragen der vergleichenden Forschung	68
3.1	Entwicklungslinien der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung	67
3.2	Fall-orientierte vs. variablen-orientierte vergleichende Analysen	69
3.3	Wohlfahrtsstaats-Typologien	71
3.4	Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen	75

4	Gesundheitssysteme im Vergleich	91
4.1	Charakterisierung der Gesundheitssysteme	91
4.1.1	Deutschland: Löst das älteste System heutige Probleme?	92
4.1.2	Österreich: Auf dem deutschen gesundheitspolitischen Pfad oder auf eigenen Wegen?	103
4.1.3	Großbritannien: Vorbild nach außen und im Inneren reformbedürftig?	112
4.1.4	Dänemark: Ist das jüngste Gesundheitssystem auch das modernste?	122
4.1.5	Diskussion	131
4.2	Inklusion und Exklusion: Wer ist abgesichert?	133
4.2.1	Deckungsgrad der Standardsysteme	133
4.2.2	Deckungsgrad der privaten Krankenversicherung	139
4.2.3	Zielgruppenspezifische und regionale Ungleichheit	142
4.2.4	Diskussion	147
4.3	Finanzierung: Umverteilungsmechanismen unterschiedlicher Finanzierungsmodelle	149
4.3.1	Steuerfinanzierung	154
4.3.2	Sozialversicherungsbeiträge	157
4.3.3	Private Krankenversicherungsbeiträge	165
4.3.4	Private Selbst- oder Zuzahlungen	169
4.3.5	Diskussion	175
4.4	Gesundheitsausgaben: Rationierung oder effizienter Einsatz gegebener Mittel?	178
4.4.1	Ausgaben für stationäre Versorgung	186
4.4.2	Ausgaben für ambulante Versorgung	194
4.4.3	Ausgaben für Arzneimittel	200
4.4.4	Diskussion	205
4.5	Gesundheitsleistungen	209
4.5.1	Stationäre Versorgung	213
4.5.2	Ambulante Versorgung	223
4.5.3	Arzneimittelversorgung	233
4.5.4	Gesundheitsleistungen für Kinder	237
4.5.5	Diskussion	245
4.6	Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung	253
4.6.1	Organisationsebenen der Gesundheitsversorgung	255
4.6.2	Wettbewerb vs. staatliche Steuerung: Anreize für eine effiziente Gesundheitsversorgung	267
4.6.3	Freie Arztwahl vs. Hausarztprinzip: Selbstbestimmung oder Kontrolle und Leitung	277
4.6.4	Diskussion	281

5	Vertrauen in Gesundheitssysteme	286
5.1	Einstellungen zu Gesundheitssystemen	289
5.2	Datenbasis	290
5.3	Unterschiede zwischen Gesundheitssystemen	292
5.4	Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen	296
5.5	Vertrauen, Transparenz, Partizipation	298
6	Sozial- und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	301
7	Literatur	324

Verzeichnis der Schaubilder, Tabellen und Abkürzungen

Verzeichnis der Schaubilder

<i>Schaubild 1</i>	Prozesse der Institutionalisierung	31
<i>Schaubild 2</i>	Vertrauen in Institutionen	62
<i>Schaubild 3</i>	Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen	79
<i>Schaubild 4</i>	Annahmen über Umverteilungseffekte unterschiedlicher Finanzierungsmodelle	82
<i>Schaubild 5</i>	Annahmen über Wirkungen von Honorierungsverfahren	86
<i>Schaubild 6</i>	Annahmen über die Auswirkungen struktureller Vorgaben für die fachärztliche Versorgung	88
<i>Schaubild 7</i>	Annahmen über Wirkungen von Hausarztprinzip und freier Arztwahl	90
<i>Schaubild 8</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland in % des BIP	99
<i>Schaubild 9</i>	Personal im deutschen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	100
<i>Schaubild 10</i>	Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems	101
<i>Schaubild 11</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich in % des BIP	107
<i>Schaubild 12</i>	Personal im österreichischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	109
<i>Schaubild 13</i>	Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems	110
<i>Schaubild 14</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Großbritannien in % des BIP	117
<i>Schaubild 15</i>	Personal im britischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	118
<i>Schaubild 16</i>	Organisationsstruktur des britischen Gesundheitssystems	121
<i>Schaubild 17</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Dänemark in % des BIP	125
<i>Schaubild 18</i>	Personal im dänischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	128
<i>Schaubild 19</i>	Organisationsstruktur des dänischen Gesundheitssystems	130
<i>Schaubild 20</i>	Deckungsgrad der Standardsysteme	134
<i>Schaubild 21</i>	Deckungsgrad und Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung	140
<i>Schaubild 22</i>	Steuer- und Abgabenquoten	150
<i>Schaubild 23</i>	Finanzierungsformen in Gesundheitssystemen	152
<i>Schaubild 24</i>	Anteil der Steuerfinanzierung	154
<i>Schaubild 25</i>	Finanzierungsanteil der Sozialversicherung	158
<i>Schaubild 26</i>	Entwicklung der Beitragssätze in Deutschland und in Österreich	159
<i>Schaubild 27</i>	Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung	166
<i>Schaubild 28</i>	Finanzierung durch eine private Krankenversicherung in US\$ pro Einwohner	166
<i>Schaubild 29</i>	Finanzierungsanteil der privaten Selbst- oder Zuzahlungen	169
<i>Schaubild 30</i>	Private Selbst- oder Zuzahlungen in US\$ pro Einwohner	170
<i>Schaubild 31</i>	Gesundheitsausgaben in US\$ pro Einwohner	178
<i>Schaubild 32</i>	Bevölkerungsanteil der über 64-Jährigen	179
<i>Schaubild 33</i>	Gesundheitsausgaben in % des BIP	182
<i>Schaubild 34</i>	Ausgaben für stationäre Versorgung in US\$ pro Einwohner	186
<i>Schaubild 35</i>	Ausgaben für stationäre Versorgung in % der Gesamtausgaben	187
<i>Schaubild 36</i>	Ausgaben für ambulante Versorgung in US\$ pro Einwohner	194
<i>Schaubild 37</i>	Ausgaben für ambulante Versorgung in % der Gesamtausgaben	195
<i>Schaubild 38</i>	Ausgaben für Arzneimittel in US\$ pro Einwohner	200
<i>Schaubild 39</i>	Ausgaben für Arzneimittel in % der Gesamtausgaben	200
<i>Schaubild 40</i>	Ärztteeinkommen in Relation zum Durchschnittseinkommen	208
<i>Schaubild 41</i>	Beschäftigte im Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	210
<i>Schaubild 42</i>	Praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner	212
<i>Schaubild 43</i>	Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner	216
<i>Schaubild 44</i>	Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	217
<i>Schaubild 45</i>	Mittlere Krankenhausverweildauer in Tagen, akute Versorgung	218
<i>Schaubild 46</i>	Personal pro Bett, akute Versorgung	219

<i>Schaubild 47</i>	Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner	222
<i>Schaubild 48</i>	Allgemeinärzte je 1.000 Einwohner	224
<i>Schaubild 49</i>	Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr	230
<i>Schaubild 50</i>	Arzneimittel: Ausgaben in US\$ pro Kopf	233
<i>Schaubild 51</i>	Zahngesundheitszustand bei 12-Jährigen	243
<i>Schaubild 52</i>	Zuständigkeit und Durchführung von Gesundheitsleistungen für Kinder	244
<i>Schaubild 53</i>	Kindersterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene	251
<i>Schaubild 54</i>	Freiheit bei der Wahl von Finanzierern und Anbietern in Gesundheitssystemen	269
<i>Schaubild 55</i>	Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat	288
<i>Schaubild 56</i>	Staatliche Verantwortung im Gesundheitssystem	293
<i>Schaubild 57</i>	Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme	294
<i>Schaubild 58</i>	Allgemeinärzte je 1.000 Einwohner und Zufriedenheit	295
<i>Schaubild 59</i>	Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich	313

Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1</i>	Deckungsgrad und Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherungen	167
<i>Tabelle 2</i>	Private Selbst- oder Zuzahlungen	173
<i>Tabelle 3</i>	Leistungsanbieter von Gesundheitsleistungen für Kinder je 100.000 Einwohner	238
<i>Tabelle 4</i>	Verteilung der Ärzte nach Regionen	247
<i>Tabelle 5</i>	Korrelationen „staatliche Verantwortung“	293
<i>Tabelle 6</i>	Korrelationen Zufriedenheit	295
<i>Tabelle 7</i>	Extensität staatlicher Verantwortung für die Gesundheitsversorgung	296
<i>Tabelle 8</i>	Zufriedenheit mit den Ergebnissen von Gesundheitssystemen	297

Verzeichnis der Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMA	British Medical Association
DH	Department of Health
DHA	District Health Authority
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FHSA	Family Health Service Authority
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General Practitioner
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
KRAZAF	Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds
NHS	National Health Service
NOMESCO	Nordic Medico Statistical Committee
NOSOSCO	Nordic Social-Statistical Committee
OECD	Organization of Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
RHA	Regional Health Authority
RVO	Rechtsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
WHO	World Health Organization

Vorwort

Die vorliegende Studie von *Claus Wendt* zum Vergleich von Gesundheitssystemen kommt zur rechten Zeit. Die Reform des deutschen Gesundheitswesens steht obenan auf der sozialpolitischen Tagesordnung, und Interessenverbände, politische Parteien und Sachverständigenkommissionen legen ihre Vorschläge dazu vor.

Auch dies ist durchaus eine Studie in praktischer, d.h. sozialpolitischer Absicht. Doch ist sie alles andere als ein tagespolitisch motivierter „Schnellschuss“, der Patentrezepte zur Lösung der vielfältigen Strukturprobleme unseres Gesundheitswesens anpreist. Sie ist vielmehr das Ergebnis einer mehrjährigen intensiven Beschäftigung mit den Gesundheitssystemen von vier westeuropäischen Ländern, von denen zwei (Deutschland, Österreich) am Modell einer *Krankenversicherung* im Rahmen eines Sozialversicherungssystems, die beiden anderen (Großbritannien, Dänemark) am Modell einer nationalen *Gesundheitsversorgung* orientiert sind. Systematisch und umfassend untersucht sie zum einen die institutionellen Gestaltungsmerkmale der verschiedenen Systeme, zum anderen ihre sozialpolitische Leistungsfähigkeit und Angemessenheit. Sie sucht also Institutionen- und Wirkungsanalyse miteinander zu verbinden.

Die Studie leistet ferner einen innovativen Beitrag zur komparativen Wohlfahrtsstaatsforschung und demonstriert in mehrerlei Hinsicht deren Nutzen und Vorteile. Sie macht zunächst einmal deutlich, dass die Gesundheitssysteme der Untersuchungsländer sich mit ähnlichen Strukturproblemen konfrontiert sehen (wie der demographischen Alterung oder dem Kostendruck infolge des hohen Anteils personenbezogener Dienstleistungen), aber entsprechend ihrer institutionellen Gestaltung in unterschiedlicher Weise auf diesen Problemdruck reagieren. Der systemvergleichende Ansatz öffnet damit den Blick für andere institutionelle Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der eingefahrenen (und oft geradezu tabuisierten) Strukturen des eigenen nationalen Systems. Die systematische Wirkungsanalyse im Hinblick auf verschiedene Zieldimensionen macht darüber hinaus deutlich, dass es bei der Reform des Gesundheitswesens um mehr geht als um Finanzierungsfragen und die Bewältigung des Kostendrucks, nämlich u.a. um

- die Gewährleistung eines breiten, finanziell erschwinglichen Zugangs für alle Bevölkerungsgruppen zu den Leistungen des Gesundheitssystems,
- die Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems, durch welche die finanziellen und personellen Ressourcen in (mehr oder weniger bedarfsgerechte) Leistungen für die Bürger / Patienten transformiert werden, und
- nicht zuletzt um „die subjektive Seite der sozialen Sicherheit“, wie sie etwa in der Zufriedenheit der Bürger mit den Leistungen des Gesundheitssystems und ihrem Vertrauen in die gesundheitspolitischen Institutionen zum Ausdruck kommt.

Mit ihren zahlreichen nüchtern-empirischen Befunden und ihrer sachlich reflektierten Argumentation steuert die Studie wesentliche Perspektiven und Anregungen zu einer rationalen gesundheitspolitischen Reformdiskussion bei. Ich wünsche der Studie von *Claus Wendt* daher eine weite Verbreitung und viele aufmerksame und kritische Leser.

Heidelberg, im April 2003

Jürgen Kohl

1 Einleitung

Gesundheitssysteme sind einem fortlaufenden Wandel unterworfen. Das hängt zum einen mit den Fortschritten zusammen, die in der Medizin erzielt werden. Die Halbwertszeit medizinischen Wissens liegt bei etwa sechs Jahren, und diese Entwicklung hat grundlegende Folgen für die Gesundheitssysteme. Zum anderen verbessern sich die Kenntnisse darüber, welche Organisationsverfahren, Finanzierungsstrukturen, Honorierungsmodelle und Formen der Leistungserbringung zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung beitragen. Die daraus resultierenden Reformen, die in verhältnismäßig kurzen Frequenzen stattfinden, erzeugen nicht nur für die Bürgerinnen und Bürger Unsicherheiten – auch für den wissenschaftlichen Beobachter wird dadurch der Vergleich von Gesundheitssystemen erschwert. Es ist kaum möglich (und aufgrund der Kurzlebigkeit vieler Reformansätze auch nicht sinnvoll), jede neue in die Gesundheitsreformdiskussion eingebrachte Idee in eine vergleichende Analyse einzubeziehen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass jedes Gesundheitssystem in das jeweils spezifische Institutionengefüge eines Landes eingebunden ist.

„Each country's health care system reflects its own history, culture, political system, and society. And incremental change is one of the most persistent themes in all of our democracies (...). There is no point in discussing whose system is superior. The really interesting questions are how to identify and design politically feasible incremental changes in each country that have a reasonable good chance of making things better. Each country can get useful ideas from others about how to do this“ (Enthoven 1990: 58).

Doch woran sollen sich gesundheitspolitische Akteure bei notwendigen Reformvorhaben orientieren? Ist es wirklich so, dass der Vergleich mit anderen Ländern einen sinnvollen Beitrag zur Gesundheitsreformdiskussion im eigenen Land beisteuert? Wie die Worte des ehemaligen britischen Finanzministers Nigel Lawson demonstrieren, bringen Politiker anderen Gesundheitssystemen häufig erhebliche Skepsis entgegen. Es ist deshalb nicht ohne weiteres zu erwarten, dass Regelungen, die sich in einem Gesundheitssystem als besonders vorteilhaft erwiesen haben, von politischen Akteuren anderer Länder aufgegriffen werden.

„All of them – France, the United States, Germany – had different systems; but each of them had acute problems which none of them had solved. They were all in at least in as much difficulty as we were, and it did not take long to conclude that there was surprisingly little that we could learn from any of the other systems. To try to change from the Health Service to any of the other sorts of systems in use overseas would simply be out of the frying pan into the fire“ (Lawson 1992: 616).

Diese Vorsicht hängt auch damit zusammen, dass der Erfolg eines Gesundheitssystems nicht ohne weiteres zu bestimmen ist. So ist eine lange durchschnittliche Lebenserwartung keineswegs ausschließlich auf die Effektivität eines Gesundheitssystems zurückzuführen, sondern wird bedingt durch Ernährungsgewohnheiten, Bildungs- und Lebensstandards,