



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Relevanz von Vertrauen bei der subjektiven Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems

Quantitative Sekundärdatenanalyse unter Heranziehung des European
Social Survey 2018 (ESS9)

verfasst von / submitted by

Mag. Albin Stephan, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Karl Krajcic

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, sowie keine anderen Quellen als die angegeben benützt habe.

Wien, 13. Aug. 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
1. Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	5
1.2 Zielsetzung, Fragestellung	8
1.3 Methodologie und Methodik	9
2. Theoretischer Bezugsrahmen – Vertrauen als soziales Phänomen	12
2.1 Begriffsannäherung – Vertrauen	13
2.2 Theoretischer Hintergrund	17
2.2.1 Vertrauen – Mechanismus zur Reduktion von Komplexität (N. Luhmann)	18
2.2.2 Vertrauen in abstrakte Systeme (A. Giddens)	21
2.2.3 Vertrauen bei Luhmann & Giddens	24
2.3 Forschungsstand – Ausgewählte empirische Befunde	26
2.3.1 Institutionelles Vertrauen und institutionelle Zufriedenheit	26
2.3.2 Interpersonales Vertrauen als Domäne sozialen Kapitals	35
2.3.3 Sozialkapital als Ressource für subjektives Wohlbefinden	39
2.3.4 Abhängigkeit des Vertrauens von soziodemografischen Merkmalen	41
2.3.5 Gesundheitssystem als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution	43
2.3.5.1 Definition & Zielsetzungen des Gesundheitssystems	43
2.3.5.2 Wohlfahrtsstaatlichkeit und idealtypische Regime	44
2.3.5.3 Österreichische Gesundheitssystem – Ausgewählte Fakten, Daten ...	49
2.3.5.4 Subjektive Einschätzung des österreichischen Gesundheitssystems .	52
3. Zwischenfazit und Schlussfolgerungen	55
4. Methodische Vorgehensweise	59
4.1 Hintergrund der Datengrundlage ESS9	59
4.2 Beschreibung der Stichprobe	60
4.3 Methodisches Verfahren – Quantitative Sekundärdatenanalyse	60

4.4	Methodisches Modell und Hypothesenexplikation	62
4.4.1	Operationalisierung und deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen	64
4.4.2	Operationalisierung und deskriptive Darstellung der abhängigen Variable	77
5.	Empirische Ergebnisse	79
6.	Fazit und Diskussion	84
6.1	Methodische und inhaltliche Limitationen	90
6.2	Vertrauensfördernde Maßnahmen – Vertrauen als Ergebnisparameter	93
7.	Literaturverzeichnis	98
8.	Anhang	112
8.1	Abstract	112
8.2	Kommentierte Modellprämissen der multiplen Regressions-analyse	116
8.3	Ausgewählte Tabellen der Datenanalyse	120
8.4	Syntax IBM-SPSS Statistics 25	122

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance
BIP, GDP	Bruttoinlandsprodukt; Gross domestic product
BMAGSK	Österreichisches Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Konsumentenschutz
BMGF	Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bzw.	beziehungsweise
CI 95	95 % Confidence Interval (Konfidenzintervall)
Cronbachs α	Cronbachs Alpha
d. h.	das heißt
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
ESS9	European Social Survey (Erhebungswelle 9, 2018)
H1, H2 (...)	Hypothese eins, Hypothese zwei (...)
ISSP	International Social Survey Programme
mind.	mindestens
N, n	Gesamt
OR	Odds Ratio (Chancen-/Quotenverhältnis)
Q1	25 % Quartil (erstes Quartil)
Q3	75 % Quartil (drittes Quartil)
Ref	Referenz
SARS-Cov-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus
SD	Standard deviation (Standardabweichung)
SHA	System of Health Accounts (System der Gesundheitskonten)
sog.	sogenannt
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
u. a.	unter anderem, und andere[s], unter anderen
UNO	United Nations Organization
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organization
\bar{X}	Arithmetischer Mittelwert
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theoretische Konzeptualisierung – Ausgewählte Einflussfaktoren auf die Zustandsbewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung.....	58
Abbildung 2: Komponenten des methodischen Modells der Regressionsanalyse.....	64
Abbildung 3: Histogramm – Bewertung des Zustandes des Gesundheitssystems	78
Abbildung 4: Histogramm – Beurteilung der Normalverteilung der Residuen „state of health services in country nowadays“	117
Abbildung 5: Probability-Probability-Plot Diagramm – „state of health services in country nowadays“	118
Abbildung 6: Visuelle Residuenanalyse – Darstellung der Residuen - „state of health services in country nowadays“	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Idealtypische Wohlfahrtsregime	45
Tabelle 2: Deskriptive Darstellung des Index Interpersonales Vertrauen	72
Tabelle 3: Deskriptive Statistik des Vertrauens in Institutionen	66
Tabelle 4: Faktorenmatrix Vertrauen in Institutionen	68
Tabelle 5: Deskriptive Darstellung des Index Institutionelles Vertrauen	69
Tabelle 6: Deskriptive Statistik – Institutionelle Zufriedenheit	70
Tabelle 7: Deskriptive Darstellung des Index Institutionelle Zufriedenheit	70
Tabelle 8: Deskriptive Darstellung des Index Subjektives Wohlbefinden	74
Tabelle 9: Deskriptive Statistik – Zustand des österreichischen Gesundheitssystems..	78
Tabelle 10: Multiples Regressionsmodell mit robuster Standardfehlerschätzung... – „state of health service in country nowadays“	79
Tabelle 11: Kollinearitätsstatistik – Toleranz, Variance Inflation Factor	116
Tabelle 12: Eignung der Korrelationsmatrix – Faktorenanalyse	120
Tabelle 13: Faktorenanalyse – Kommunalitäten als erklärter Varianzanteil	120
Tabelle 14: Faktorenanalyse – Erklärte Gesamtvarianz	121
Tabelle 15: Multiple Regressionsanalyse – Modellzusammenfassung ^b	121
Tabelle 16: ANOVA ^a (Analysis of Variance) – Multiple Regressionsanalyse	121

1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation betrachtet Gesundheit in mehreren Dimensionen und unterstreicht auch die subjektive Ebene, wonach *„Gesundheit ein Zustand des vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“* (WHO, 1948) Die Gesundheit als fundamentales Recht von Einzelpersonen (WHO, 1948) und der Bevölkerung im Gesamten ist dabei von verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Determinanten abhängig. Dabei sind neben individuellen Faktoren wie dem Alter, Gender, Genetik, Lebensstil, dem Vorhandensein von sozialen Netzwerken, Lebens- und Arbeitsbedingungen auch allgemeine sozioökonomische -kulturelle und physische Umweltbedingungen von Bedeutung (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11). Kickbusch betont mit ihrer Gegenwartsdiagnose der Gesundheitsgesellschaft¹ die Bedeutungszunahme von Gesundheit – in nach Luhmann (2005, S. 241f) funktional differenzierten modernen Gesellschaften – zumal Gesundheit zu einem wichtigen persönlichen, soziopolitischen und -ökonomischen Faktor geworden ist, der sämtliche Lebensbereiche tangiert (Kickbusch, 2006, S. 7-30). Gesundheit ist nicht nur elementar für das Individuum, sondern nach Parsons auch eine funktionale Vorbedingung (functional prerequisite) für jedes soziale System und daher eine Grundbedingung für den Erhalt der Gesellschaft (Parsons, 1958, S. 10). Es ist aber auch festzuhalten, dass Gesundheit als wertvolle Ressource in Wohlfahrtsgesellschaften ungleich verteilt ist und in Zusammenhang und Wechselwirkung mit sozialer Ungleichheit und Benachteiligung steht, welche im Falle der Abwesenheit von Gesundheit noch verstärkt wird (Mackenbach, 2017; S. 113; Mackenbach, 2012).

Aus einer ökonomischen Perspektive ist Gesundheit als ein Wirtschaftsfaktor zu betrachten. Produktivitätsverbesserungen sind eine grundsätzliche Quelle für Wirtschaftswachstum und die größten Reserven liegen Nefiodow (2011) folgend in der Gesundheitswirtschaft, dem Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert (sog. sechster Kondratieff Zyklus). Dies liegt auch darin begründet, dass in diesem Bereich die größten vermeidbaren Verluste und Kosten zu verorten sind, vor allem im

¹ Siehe dazu auch Pelikan (2009), der ausgehend von Kickbusch's Gegenwartsdiagnose der Gesundheitsgesellschaft die Frage aufwirft und systemtheoretisch rekonstruiert, ob es sich nicht um eine weitere Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und der Gesundheitsförderung handelt, oder ob wir in der Gesundheitsgesellschaft leben?

Zusammenhang mit der Behandlung von Krankheiten und psychosozialen Störungen (Nefiodow, 2011, S. 25-39). Konsequenterweise ist es zielführend nicht isoliert das Augenmerk auf die Krankenbehandlung, sondern vielmehr auf die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, als die zentralen Bereiche des Feldes „Public Health“ (Krajic, Dietscher, & Pelikan, 2017, S. 3), zu legen.

Die Bedeutung von Gesundheit für den Einzelnen und der Bevölkerung findet ferner auch ihren Niederschlag in den formulierten Rahmengesundheitszielen für Österreich, welche auch dem Ansatz von Gesundheit in allen Politikbereichen (Health-in-All-Policies) folgt. Erklärtes und prioritäres Ziel ist die Förderung und Verbesserung der Gesamtgesundheit in der Bevölkerung Österreichs unabhängig vom Bildungsstand, Einkommenssituation oder der Lebensumstände durch eine günstige Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten (BMAGSK, 2019, S. 16). Die Gesundheitszielsetzungen sind auch als kritische Antwort auf ein Leistungsverständnis des österreichischen Gesundheitssystems, das bislang überwiegend dem Primat der Kuration folgte, zu verstehen (Habimana et al., 2015, S. 120; BMGF, 2012). Bereits in der Ottawa Charta 1986 wird eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste mit stärkerer Konzentration auf die Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Investition akzentuiert, wobei das Ziel dieser Bestrebungen ein Wandel der Einstellungen und Organisationsformen ist, um eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (WHO, 1986).

Die Bedeutungszunahme einer gesunden Bevölkerung lässt sich des Weiteren auch an der verstärkten gesellschaftlichen Zuwendung und Allokation von ökonomischen Ressourcen ablesen. Gesundheitsausgaben werden gemäß dem System of Health Accounts zur besseren internationalen Vergleichbarkeit in verschiedene Sektoren und Leistungsbereiche² eingeteilt. Im Jahr 2007 betragen die nach dem System of Health Accounts (SHA) ermittelten Gesundheitsausgaben³ für Österreich rund 27.069 Milliarden Euro, das entspricht einer Gesundheitsausgabenquote von 9,5 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). 2017 hingegen beliefen sich die laufenden

² Bei sektoraler Betrachtung zählen zu den unterschiedlichen Leistungs- und Ausgabenbereichen im Gesundheitssystem die stationäre Gesundheitsversorgung (Spitäler, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime), die ambulante Gesundheitsversorgung, die häusliche Pflege, Krankentransport und Rettungsdienste, pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, die Prävention sowie die Verwaltung der Gesundheitsversorgung durch den Staat (Bund, Länder, Gemeinden) einschließlich der Sozialversicherungsträger.

³ Die laufenden Gesundheitsausgaben (inklusive Langzeitpflege und exklusive Investitionen) betreffen alle finanziellen Mittel zur Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit (Habimana et al., 2015, S. 9).

Gesundheitsausgaben bereits auf insgesamt 38.457 Milliarden oder entsprechend anteilig 10,4 % des BIP (Statistik Austria, 2017).

Nach Luhmann sind moderne Gesellschaften durch eine hohe funktionale Ausdifferenzierung gekennzeichnet, das bedeutet, dass unterschiedliche (Teil)Systeme wie Recht, Wirtschaft, Politik und auch das Gesundheitssystem – und die ihnen zuordenbaren leistungsfähigen Organisationen – spezifische Funktionen und Leistungen für die Gesellschaftsmitglieder erbringen (Luhmann, 2005, S. 241). Ausgehend von der Prämisse, dass Gesundheit in der Gegenwartsgesellschaft einen zentralen Wert bezeichnet (Paul & Schmidt-Semisch, 2010, S. 7) kommt infolgedessen dem Gesundheitssystem, das die ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung beinhaltet, eine bedeutende Rolle für die Förderung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit zu.

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung nimmt das Konzept des Vertrauens, welches in den wissenschaftlichen und politischen Debatten hinsichtlich einer Erodierung gesellschaftlichen Vertrauens (Calnan & Rowe, 2008, S. 1) fokussiert wird, einen nicht zu vernachlässigenden Stellenwert ein. Gesamtgesellschaftliches institutionelles Vertrauen bzw. das Vertrauen in wechselseitig abhängige Teilsysteme wie beispielsweise der Politik, Gesundheit, Medien, Wirtschaft, Justiz hat Bedeutung für die Funktionsfähigkeit dieser Systeme, sowie auch für den gesellschaftlichen Zusammenhalt im Allgemeinen (Miztal, 1996⁴; Cook, 2001; Gilson, 2003).

Die Bedeutung des Vertrauens als Grundlage des sozialen Zusammenhaltes (Hartmann & Offe, 2001) wird unter anderem auch dadurch unterstrichen, dass soziales Handeln in modernen Gesellschaften sich unter Bedingungen von Uneindeutigkeit, Ungewissheit und Unsicherheit auszeichnet (Böhle & Wehrich, 2009, S. 9f). Eine erhöhte individuelle und gesellschaftliche Reflexivität, Globalisierungstendenzen, Individualisierung und die Zunahme von Risiken, die als

⁴ Miztal (1996, S. 96-101) lenkt mit einer soziologischen Herangehensweise den Blick auf die Funktion von Vertrauen und konstatiert in diesem Zusammenhang mehrere Grundannahmen: a) erstens die Funktionalität von Vertrauen im Kontext von unterschiedlichen sozialen Ordnungen hinsichtlich der Förderung der Stabilität, der Kohäsion und des Zusammenhalts b) zweitens verlangt Vertrauen ontologische Sicherheit (in der persönlichen kindlichen Entwicklung gewonnenes Grundvertrauen) damit überhaupt soziale Beziehungen gefördert werden können c) und drittens die Betrachtung von Vertrauen als soziales Gut oder soziales Kapital.

Charakteristika der (reflexiven⁵) Moderne betrachtet werden können, sind damit in Verbindung zu bringen (Giddens, 1990, 1991; Beck, 1986; Beck, Bonss & Lau, 2003). Vertrauen in die Institutionen moderner Gesellschaften (Eid, 2003, S. 815), wie beispielsweise in die institutionalisierte Gesundheitsversorgung und deren Expert*innen ist fundamental und gleichzeitig aufgrund unterschiedlicher Gründe massiv problematisiert. Zu einem führt ein verstärkter Konsumerismus zu einem Verhalten, dass man als shopping around⁶ bezeichnen kann, der gleichzeitig mit einem kulturellen Pluralismus das Gesundheitswesen berührt. Zweitens führen moderne Haltungen dazu, dass die Wissenschaft, einschließlich der Biomedizin nicht aktives Vertrauen genießen, sondern kritisches Hinterfragen und Testen der professionellen Expertise vordergründig auf der Tagesordnung stehen. Dies führt unter anderem dazu, dass die moderne Medizin immer mehr infrage gestellt wird und sich ein neuer komplementärer Gesundheitsmarkt etabliert hat (Scambler & Britten, 2001, zit. in Calnan & Rowe, 2008, S. 2). Kuhlmann (2006, S. 608) stimmt überein, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem ein wichtiger Faktor ist und dieses Vertrauen bedeutenden Wandlungen unterworfen ist. Erstens sind eine Vielzahl von Akteur*innen wie beispielsweise ärztliches und nicht ärztliches Personal, alternativmedizinisch praktizierende Personen, Patient*innengruppen und neue Informations- und Kommunikationstechnologien im Kampf, bzw. in Konkurrenz hinsichtlich des Vertrauens der Nutzer*innen in die Qualität und Quantität ihrer Informationen. Bude, Fischer & Huhnholz (2010, S. 22) attestieren in diesem Zusammenhang, dass je weniger qualitative Information zur Verfügung steht, desto riskanter ist es auch, zu vertrauen und Hintergrundinformationen sind elementar, damit überhaupt ein reflexives Handeln möglich wird. Zweitens sieht Kuhlmann (2006) überdies auch einen Wandel des Vertrauens in die individuellen Qualifikationen einer verkörperten Betreuungspraxis, hin zu Vertrauen in

⁵ Nach Wehrich (2009, S. 316) verliert in der zweiten Moderne das als zuvor sicher erachtete wissenschaftliche Wissen und Expert*innenwissen, die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage sowie gesellschaftliche Institutionen wie der Nationalstaat an Problemlösungskraft für Handlungsentscheidungen. Individuen stehen gesichertem Wissen skeptischer gegenüber, Individualisierungsprozesse setzen Akteur*innen aus sozialen Zusammenhängen und der damit verbundenen Verhaltenssicherheit frei und Institutionen wie die gesellschaftliche Organisation von Arbeit oder Nationalstaat stehen durch die Entgrenzung von Arbeit und Globalisierung vor intensivierten Herausforderungen, um Vertrauensverluste zu vermeiden.

⁶ Beispielsweise konsultieren Personen mit gesundheitsbezogenen Anliegen regelmäßig verschiedene ärztliche Personen (doctor shopping), um sicher zu gehen und zu validieren, dass auch die richtige Diagnose gestellt wird, oder darauf aufbauend die richtige Therapie eingeleitet wird (Wendt, 2007, S. 380; Rhodes & Strain, 2000, S. 212).

wissenschaftlich-bürokratische Maßnahmen und Bewertungen sowie Sammlung und Analyse biomedizinischer Daten des Körpers. Dieser Wandlungsprozess zeigt sich in einem entkörpernten oder depersonalisierten Beziehungsmuster, wie beispielsweise im Rahmen von electronic health (e-Health) in Telefon- Videoberatungen, medizinischen Informationsangeboten im Internet u. a. (Kuhlmann, 2006, S. 608f).

1.1 Problemdarstellung

Lenkt man das Augenmerk auf das Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem/Gesundheitswesen, als ein Funktionssystem in einer differenzierten Gesellschaft, so ist Vertrauen wie bereits betont für die öffentliche Gesundheit von eminenter Bedeutung. Vertrauen ist gerade bei Personen mit gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen in einer strukturell asymmetrischen Interaktionsbeziehung eine unabdingbare Voraussetzung, um positive Gesundheitsergebnisse zu erzielen und um ein erweitertes Vertrauen in die Systeme der modernen Gesellschaft zu fördern und zu stabilisieren. In sozialen Interaktionen mit Professionist*innen befinden sich betroffene Personen mit Gesundheitsanliegen häufig in einer vulnerablen Situation. Zu einem deshalb, weil diese möglicherweise mit einschneidenden alltagsbeeinflussenden Gesundheitsproblemen konfrontiert sind und zum anderem, weil diese oftmals mit Laienwissen ausgestattet sind. Betroffene Personen befinden sich demnach häufig aufgrund von Ungewissheit und einer Informationsasymmetrie in einer herausfordernden Situation, wenn beispielsweise hoch technisierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, respektive eine Angewiesenheit auf eine Gesundheitsexpertise besteht (Siegrist, 2005, S. 250f). Insofern ist unbedingt mit zu berücksichtigen, dass ein vorsichtiger Umgang mit Vertrauen in bestimmten Beziehungsverhältnissen auch vor Machtmissbrauch schützen kann (Gilson, 2003, S. 364).

Greift man wiederholt die Tatsache der Angewiesenheit auf Expertenwissen auf, so wird ebenfalls transparent, wie bedeutend eine Vertrauensbasis ist. Simmel meint in Zusammenhang mit dem Nichtwissen und Wissen von Interaktionspartner*innen, dass *„wir [unsere] wichtigsten Entschlüsse auf ein kompliziertes System von Vorstellungen [bauen], deren Mehrzahl das Vertrauen, dass wir nicht betrogen sind, voraussetzt.“* (Simmel, [1922] 1999, S. 389).

Die Vertrauenswürdigkeit der Gesundheitsprofessionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (beispielsweise Gesundheitszentren, Ambulanzen) und

professionelles Gesundheitswissen sind darüber hinaus essenziell, damit das Gesundheitswesen seinen gesellschaftlichen Versorgungsauftrag erfüllen kann (Rhodes & Strain, 2000, S. 214). Nachvollziehbarerweise spielen daher für die Kooperation innerhalb des Gesundheitssystems multiple Vertrauensbeziehungen oder -ketten zwischen den unterschiedlich organisierten Versorgungssettings und den darin involvierten Personen eine wichtige, wenn nicht gar notwendige Voraussetzung, um Gesundheitsdienstleistungen bedarfs- und bedürfnisgerecht anzubieten und um Gesundheit zu ermöglichen (Gilson, 2006, S. 361-364; Gilson, 2003, S. 1453).

Um die vielfältigen Vertrauensverhältnisse und -beziehungen zu fassen, kann man Vertrauen angeordnet in konzentrischen Kreisen oder analytisch auf mehreren Ebenen modellhaft betrachten. Die Mikroebene des Vertrauens umfasst das Vertrauen zwischen Patient*innen und ärztlichem Personal und nicht ärztlichem Gesundheitspersonal, die Mesoebene hingegen das Vertrauen in die Gesundheitsanbieter und Gesundheitsorganisationen, während Vertrauen auf einer Makroebene das jeweilige Gesundheitswesen als Gesundheitssystem und Institution, umfasst (Calnan & Rowe, S. 3; Krot & Rudawska, 2016, S. 85). Es ist davon auszugehen, dass sich diese unterschiedlichen Ebenen der Betrachtung oder Vertrauensebenen wechselseitig beeinflussen. Der zentrale Schnittpunkt der Leistungserbringung und Leistungskonsumption im Gesundheitswesen ist dabei unwiderrprochen die Beziehung zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen (Bauch, 2000, S. 193; Calnan & Sanford, 2004, S. 96), welche nachvollziehbarerweise einen maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheitssystemvertrauen haben (Krot & Rudawska, 2016, S. 85). Gesundheitssystemvertrauen und Vertrauen in die Repräsentant*innen des Gesundheitswesens (health professionals) ist eine Voraussetzung, damit gesundheitsvorsorgliche und präventive Maßnahmen, wie beispielsweise Krebsfrüherkennung, Immunisierungen oder Lebensstiländerungen durchgeführt werden. Vertrauen ist aber auch unabdingbar, dass überhaupt medizinische Behandlungsempfehlungen bei akuter oder chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigung von betroffenen Personen in gemeinsamer Entscheidungsfindung getroffen und zeitlich überdauernd eingehalten werden. Ohne ein Mindestmaß an Vertrauen ist es zugleich nicht zu erwarten, dass überhaupt private und persönliche Informationen, die aller Voraussicht nach präventions- diagnose- und

therapierelevant sind, mitgeteilt werden (Hall, Dugan, Zheng, & Mishra, 2001, S. 629, Jneid et al., 2018, S. 536-539; Georgopoulou et al., 2018, S. 773). Der Aufbau und Erhalt einer stabilen Vertrauensbeziehung in der Interaktion mit Gesundheitsprofessionen und inanspruchnehmenden Personen ist daher von elementarer Bedeutung für positive Gesundheitsergebnisse, respektive sind im Falle von Misstrauen gegebenenfalls negative Gesundheitsergebnisse zu erwarten. Hillen, de Haes, & Smets (2011) unterstreichen in einer systematischen Übersichtsarbeit zu Vertrauen von Krebsbetroffenen in Interaktionsbeziehungen mit ärztlichem Personal, das bei entsprechendem Vertrauen die interpersonale Kommunikation gefördert wird, die gemeinsame Entscheidungsfindung forciert und damit in Verbindung stehend die Adhärenz steigt, d. h. die Bereitschaft präventive und therapeutische Behandlungsempfehlungen einzuhalten. Bei vorhandenem interpersonalem Vertrauen wird weniger nach komplementärmedizinischen Strategien gesucht und es werden außerdem weniger zweite (absichernde) Meinungen von ärztlichen Personen eingeholt. Allgemein sinkt bei bestehendem oder entgegengebrachtem Vertrauen auch das emotionale Disstressniveau der Patient*innen (Hillen, de Haes, & Smets (2011, S. 8f; Straten, Friele & Groenewegen, 2002, S. 228). Bei mangelndem Vertrauen in persönlichen Beziehungen, wie beispielsweise in professionell vermittelten Interaktionen in Gesundheitsorganisationen oder/und der Erfüllung genereller Erwartungen in das Gesundheitssystem (Endreß, 2012, S. 67), sind nicht nur schlechtere Gesundheitsergebnisse zu erwarten (Lee et al., 2018, S. 792), sondern obendrein Beschwerden und medizinische Klagen über Unzulänglichkeiten in der Behandlung (Hew Hei & Ismail, 2017, S. 15). Eine Abnahme des Vertrauens in das Gesundheitssystem kann darüber hinaus weitreichende Folgen mit sich bringen, wenn beispielsweise bei Parteienwahlen gesundheitspolitisch verantwortlichen Personen der Zuspruch entsagt bleibt oder dass aufgrund von Unsicherheit verstärkt zur Absicherung kostenintensive Mehrfachkonsultationen von ärztlichen Personen erfolgen. Zusätzliche oder häufige Abschlüsse von privaten Krankenversicherungen verstärken zudem die soziale Ungleichheit zwischen den Personen mit und ohne (privaten) Zusatzversicherungen (Wendt, 2007, S. 380) und fördern unter Umständen die Wahrnehmung einer Zwei-Klassen-Medizin.

Ein Zugang, um Informationen über und Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erlangen ist die Bewertung der Gesundheitsversorgung durch die Bürger*innen. Wendt (2007) geht im Rahmen einer vergleichenden

Analyse europäischer Länder der Frage nach, ob das Vertrauen in die Gesundheitssysteme sinkt. Die Analyseergebnisse bestätigen, dass Vertrauen in die Gesundheitssysteme einen wichtigen Stellenwert einnimmt, sowie damit gepaart auch die Vorstellung, dass es eine staatliche Aufgabe ist bei Erkrankung durch das wohlfahrtsstaatliche Teilsystem des Gesundheitswesens im Sinne eines chancengleichen Zuganges für Bedürftige abgesichert zu sein. Demgegenüber hat das Ausmaß der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung so Wendt abgenommen, d. h. auch, dass das Vertrauen der Bürger*innen immer weniger von der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems gestützt wird (Wendt, 2007, S. 16-20).

1.2 Zielsetzung, Fragestellung

Die Zielsetzung und das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist es, insbesondere aufzuzeigen und zu sensibilisieren, welche Bedeutung Vertrauen als soziales Alltagsphänomen, beziehungsweise Vertrauen als soziales Verhalten auf die Gesundheit hat. Daran anknüpfend geht es primär darum, die Relevanz des Vertrauensphänomens in Zusammenhang mit einer subjektiven Wahrnehmung und Beurteilung des Gesundheitswesens, der institutionalisierten Gesundheitsversorgung näher zu beleuchten. Dabei nähert sich die vorliegende Arbeit dem Konzept des Vertrauens mit dem Fokus auf eine Verschränkung des Personen- und Systemvertrauens.

In der Analyse geht es folglich konkret darum, zu überprüfen, welchen Einfluss bestimmte ausgewählte Faktoren auf die subjektive Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems/Gesundheitswesens ausüben. Aufgrund dessen, dass diese Arbeit das Vertrauensphänomen fokussiert, wird auf der Grundlage theoretischer Annahmen und empirischer Befunde im Speziellen die Einflussgrößen des Vertrauens und die Zufriedenheit mit gesellschaftlichen Institutionen und das interpersonale (zwischenmenschliche) Vertrauen als eine Komponente des sozialen Kapitals berücksichtigt. Als weitere einflussnehmende Faktoren werden ausgewählte soziodemografische Größen (Alter, Gender, Bildung, Einkommen, Wohnumfeld), die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden in die Analyse miteinbezogen.

Ausgehend von der theoretischen Auseinandersetzung und der in der Problemdarstellung skizzierten und von der Zielsetzung abgeleiteten Aspekte, steht die folgende Fragestellung im Fokus der vorliegenden Arbeit:

- Inwieweit wird die subjektive Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems von interpersonalen, institutionellen Vertrauen, institutioneller Zufriedenheit, soziodemografischen Aspekten und dem subjektiven Wohlbefinden beeinflusst?

1.3 Methodologie und Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und Prüfung der explizierten Hypothesen (siehe Seite 62f) setzt diese Arbeit an einer quantitativen deduktiven Forschungslogik an, d. h., im Allgemeinen, dass die Untersuchungsplanung, die Datenerhebung, die Hypothesenprüfung und Evaluation mit Quantifizierungen arbeitet. Die aus theoretischen Annahmen und empirischen Befunden abgeleiteten Zusammenhangsvermutungen (Hypothesen) sollen an der Realität überprüft werden (Bortz & Döring, 2005). Als Datengrundlage für die Überprüfung und Testung der formulierten und im methodischen Modell festgehaltenen Hypothesen (siehe Abbildung 2, S. 64) werden Daten des European Social Survey (Welle 9) 2018 für Österreich einer Sekundäranalyse unterzogen. Die Daten werden mittels multipler Regression analysiert, die grundsätzlich dazu dient Beziehungen zwischen einer abhängigen (erklärten) und einer oder mehreren unabhängigen (erklärenden) Variablen darzustellen. Zur Datenanalyse wird die Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 verwendet (Backhaus et al., 2016, S. 64).

Der Aufbau der vorliegenden Auseinandersetzung lässt sich in drei Abschnitte gliedern:

Der **erste Teil** der Arbeit wird eingeleitet mit einer Begriffskonturierung des multidimensionalen Konzeptes des Vertrauens und der Betonung des Vertrauens als soziales Phänomen (*Kapitel 2.1*), bevor daran anschließend die Darstellung des theoretischen Hintergrundes (*Kapitel 2.2*) erfolgt. Dazu werden zunächst die Grundzüge sozialer Theorien zum Konzept des Vertrauens aus systemfunktionalistischer (Niklas Luhmann) und strukturationstheoretischer (Anthony Giddens) Perspektive behandelt. Beide Sozialtheoretiker messen dem Phänomen des Vertrauens in der Moderne eine besondere und gesteigerte Bedeutung bei (*Kapitel 2.2.1 bis Kapitel 2.2.3*).

Im Anschluss an die theoretische Rahmung wird der Forschungsstand zu den in der Arbeit berücksichtigten Konzepten theoretisch und anhand von ausgewählten empirischen Befunden beleuchtet (*Kapitel 2.3*). Die Bedeutung gesamtgesellschaftlichen institutionellen Vertrauens und institutioneller Zufriedenheit wird aus institutionstheoretischer Sicht dargestellt und soll unter anderem die vertrauensvermittelnde Funktion von interdependenten institutionellen Arrangements unterstreichen und darlegen, dass ein Vertrauensaufbau an sogenannten Zugangspunkten zu Systemen oder Institutionen im Rahmen von professionell vermittelten Interaktionen auch Institutionsvertrauen evozieren kann (*Kapitel 2.3.1*). Im Anschluss daran wird interpersonales Vertrauen als eine Domäne oder essenzielle Komponente des Sozialkapitals aufgefasst, wobei insbesondere die Funktion von Vertrauensintermediären hervorgehoben wird (*Kapitel 2.3.2*). Die Bedeutung des sozialen Kapitals und die positiven Konsequenzen auf die Gesundheit, bzw. das individuelle Ressourcenpotenzial sozialen Kapitals, welches von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängt, werden im Besonderen im *Kapitel 2.3.3* herausgearbeitet. Anschließend wird hingegen im *Kapitel 2.3.4* vor allem die Abhängigkeit des Personen- und Systemvertrauens von möglichen soziodemografischen Merkmalen fokussiert, bzw. soll allgemein der Einfluss von soziodemografischen Merkmalen von Individuen im Zusammenhang mit der Relevanz des Vertrauens auch in Bezug auf Bewertungen der institutionalisierten Gesundheitsversorgung beleuchtet werden. Das darauf folgende *Teilkapitel (2.3.5)* zielt darauf ab, einen Einblick in das österreichische Gesundheitssystem zu eröffnen und thematisiert unter anderem idealtypisch Grundzüge verschiedener staatlicher Wohlfahrtsmodelle. Diese modellhaften Ausführungen sollen einen Verständnisbeitrag für die wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution des Gesundheitssystems leisten und darüber hinaus pointieren, dass das Gesundheitssystem von wohlfahrtsstaatlichen Rahmenbedingungen maßgeblich beeinflusst wird.

Mit Rekurs auf die Ausführungen des theoretischen Teils dieser Arbeit wird am Ende des ersten Abschnittes (*Kapitel 3*) ein Zwischenfazit vorgenommen und es werden Schlussfolgerungen gezogen, welche die Grundlage für das theoretische Modell dieser Arbeit bilden.

Der **zweite Teil** der Arbeit widmet sich der methodischen Vorgehensweise (*Kapitel 4*). Zunächst wird der Hintergrund der Datengrundlage des European Social Survey⁹ dargelegt (*Kapitel 4.1*), bevor anschließend zentrale und ausgewählte Merkmale der Stichprobe (*Kapitel 4.2*) und das methodische Verfahren (*Kapitel 4.3*) beschrieben und die theoretisch begründeten Zusammenhangsvermutungen expliziert werden (*Kapitel 4.4*). Die Dokumentation der messtheoretischen Operationalisierungen der berücksichtigten Variablen in Vernetzung mit dem European Social Survey⁹ steht im Fokus der *Kapitel (4.4.1 und 4.4.2)*. Gleichzeitig werden in diesen Kapiteln für die Nachvollziehbarkeit der Datenanalyse wesentliche Ansätze der Datenaufbereitung beschrieben und erste Ergebnisse deskriptiv dargestellt.

Im **dritten Teil** werden die empirischen Ergebnisse der multivariaten Analyse präsentiert und interpretiert (*Kapitel 5*). Die Arbeit schließt zusammenfassend und diskutierend mit den zentralen Ergebnissen (*Kapitel 6*), auch unter der Beachtung und der Herausarbeitung der methodischen und inhaltlichen Begrenzungen der vorliegenden Auseinandersetzung (*Kapitel 6.1*). Daran anknüpfend wird ein Ausblick zu vertrauensfördernden Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung skizziert, der auch verstärkt die Relevanz von Vertrauen in Hinblick auf die Zustandsbewertung der wohlfahrtsstaatlichen Teilinstitution des Gesundheitssystems unterstreichen soll (*Kapitel 6.2*).

2. Theoretischer Bezugsrahmen – Vertrauen als soziales Phänomen

Beim Phänomen des Vertrauens handelt es sich zunächst um ein multidimensionales Konzept, das empirisch schwer zu fassen ist. In diesem Kapitel soll die Bedeutung dieses Phänomens in der Gegenwartsgesellschaft und daran anschließend im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen aufgezeigt werden. Um den Begriff des Vertrauens zu systematisieren, werden im Folgenden verschiedene Begriffsannäherungen dargelegt, wobei vor allem Vertrauen aus einer soziologischen Perspektive, Vertrauen als soziologische Kategorie (Preisendörfer, 1995), beschrieben und definiert wird. Diesem Anliegen folgend steht nicht im Vordergrund eine anerkannte Begriffsklärung vorzunehmen, sondern vielmehr über Eigenschaften und die Funktion des Vertrauens, Vertrauen als Beziehungsmodus und soziales Verhalten mit kognitiven und affektiven Komponenten zu fassen. In weiterer Folge soll die Bedeutung des Phänomens des Vertrauens in interpersonalen Beziehungsverhältnissen und im Rahmen von generalisiertem Vertrauen in soziale Systeme/Institutionen dargestellt werden, wobei ergänzend dazu empirisch ausgewählte Befunde expliziert werden. Im Weiteren wird unter Aufgriff der Ausführungen der theoretischen Perspektiven von Niklas Luhmann und Anthony Giddens, die aus gesellschaftstheoretischer und entwicklungsgeschichtlicher Sicht eine Bedeutungszunahme des entpersonalisierten Vertrauens in der modernen Gesellschaft konstatieren, der theoretische Bezugsrahmen dargelegt. Den Versuch die analytische Trennung des interpersonalen Vertrauens und Systemvertrauens aufzubrechen, zielt speziell die Auseinandersetzung mit den methodisch berücksichtigten Variablen des institutionellen Vertrauens, der institutionellen Zufriedenheit und dem interpersonalen Vertrauen darauf ab, diese theoretisch näher zu beleuchten, bzw. sollen Argumentationen im Vertrauensdiskurs ergänzt und vertieft werden. Es ist vorzuschicken, dass in dieser Arbeit davon ausgegangen wird, dass das Vertrauen in das Gesundheitswesen auch von Bewertungen begleitet wird, d. h. wenn Vertrauen in Beziehungsverhältnissen zu individuellen, korporativen Akteur*innen oder gar Systemen ausgesprochen wird, dies auch in Interdependenz mit positiven Bewertungen, respektive im Falle von Misstrauen mit negativen Bewertungen verbunden ist.

2.1 Begriffsannäherung – Vertrauen

Vertrauen bedeutet allgemein, dass ein fester Glaube, eine Haltung oder Einstellung vorherrscht, dass man sich auf jemanden oder etwas verlassen kann, dass jemand oder etwas als zuverlässig eingestuft wird, Zuversicht vorherrscht. Das Verb „trauen“ lässt sich etymologisch betrachtet aus dem Althochdeutschen „trū(w)ēn“ ableiten und übersetzen mit (ver)trauen, glauben, hoffen, zutrauen' (Pfeiffer, 2019; Hahmann, 1969).

Bei disziplinspezifischer Annäherung an den Begriff des Vertrauens wird dieser recht unterschiedlich definiert, als Disposition, als affektiver Zustand, Persönlichkeitsmerkmal oder als rationales Kalkül, womit auch der multidimensionale Charakter dieses Konstrukts mit kognitiven, affektiven und behavioralen Komponenten vermengt in den sozialen Erfahrungen, hervorgehoben wird (Shapiro, 1987; S. 625 Hall et al., 2001, S. 615-624, Lewis & Weigert, 1985, S. 976). Anfang und Urban (1994, S. 2) halten sogar fest, dass aufgrund der Mehrdimensionalität und der multidisziplinären Betrachtung Vertrauen nur unzureichend definiert wird, respektive eben nur eine bestimmte Dimension fokussiert wird. Lewis & Weigert (1985, S. 982) konstatieren im Gegensatz zu reduktionistischen Konzeptualisierungsversuchen und Untersuchungen des Vertrauens von beispielsweise Psycholog*innen, dass Vertrauen grundsätzlich eine fundamentale Realität darstellt, die nicht nur das individuelle und interindividuelle menschliche Erleben und Verhalten tangiert, sondern eben auch als soziale Realität das gesamte Gefüge der Gesellschaft durchdringt. Die genannten Argumente aufgreifend, ist für die vorliegende Auseinandersetzung unter dem Blickwinkel einer soziologischen Thematisierung die generelle Bestimmung von Vertrauen – nicht eine reduktionistische Bestimmung auf unumstritten bedeutende kognitive und affektive Komponenten – als ein Steuerungsmedium in der sozialen Interaktion leitend (Anfang & Urban, 1994, S. 22; Lewis & Weigert, 1985, S. 973). Im Folgenden werden daher Begriffsbestimmungen und -annäherungen deskriptiv dargestellt, um sich schrittweise an den Begriff und an das Verständnis von Vertrauen als eine soziale Realität (Lewis & Weigert, 1985) anzunähern.

Preisendörfer (1995, S. 264) bestimmt Vertrauen in einer soziologischen Perspektive als Merkmal von sozialen Beziehungen von zumindest zwei individuellen oder auch korporativen Akteur*innen. Wenn Vertrauen als ein grundlegendes Merkmal von sozialen Beziehungen bestimmt wird, respektive Vertrauen als Beziehungsmodus

(Endreß & Maring, 2010, S. 108) zu betrachten ist, rückt zugleich die Reziprozität und die soziale Organisation dieser Beziehungen in den Fokus (Shapiro, 1987, S. 625 - 626).

Coleman (1990, S. 91), Thom, Hawl & Pawlson (2004, S. 124) und Gambetta (2001, S. 230) bestimmen oder deuten an, dass das Vertrauen oder eben Misstrauen in sozialen Relationen auch als ein Problem begriffen werden kann, und zwar insofern, als dass Personen von der Erwartungshaltung ausgehen, dass die vertrauensnehmende Person im wohlwollenden Interesse der vertrauensgebenden Person, welche sich daran anknüpfend in einer vulnerablen und noch ergebnisoffenen Situation befindet, handelt. Für Coleman (1990, S. 91) ist Vertrauen ein „*unilateralen Transfer von Kontrolle*“ oder wie Shapiro (1987, S. 626) konstatiert, ein in die Zukunft gerichteter Ressourcentransfer, der im Falle von Nichterfüllung des gewünschten ungewissen Ausgangs Misstrauen generiert. Vertrauen „*als riskante Vorleistung*“ (Luhmann, 2014 [1968], S. 30) bezieht sich daher stets auch auf die oder eine kritische Alternative, die darin besteht, dass der Schaden beim Vertrauensbruch größer sein kann, als der Vorteil, der aus dem Vertrauenserweis gezogen werden kann.

Mit der Hinwendung zur Frage wie ein Bedarf an Vertrauen überhaupt interpersonal oder auch korporativ entsteht, argumentiert Preisendörfer, dass ein Bedarf an Vertrauen einerseits aufgrund eines Zeitproblems und andererseits damit zusammenhängend aufgrund eines Informationsproblems⁷ entsteht. Das Zeitproblem betrifft die Tatsache, dass Leistungen meist zeitlich protrahiert oder sequenziell ausgetauscht werden. Aus der Ungewissheit oder dem Risiko vertrauensgebender Akteur*innen, das nicht garantiert ist, dass sich vertrauensnehmende Akteur*innen an die impliziten oder expliziten Regeln halten, ergibt sich weiteres ein

⁷ Preisendörfer rekurriert in Zusammenhang mit der Zeit- und Informationsasymmetrie auf die Agency Theory: Demnach überträgt ein Akteur (der Prinzipal) [sic] einem anderen Akteur (dem Agenten) [sic] Ressourcen und aufgrund der genannten Asymmetrie besteht die Gefahr einer Täuschung, oder Ressourcenmissbrauchs durch den Agenten [sic]. Die Situation des Agency-Dilemma und der möglichen Lösungsversuche wird anhand eines Arztperson- und Patient*inverhältnis betrachtet: a) individuelle Strategien des Handelns: sind beispielsweise die Vermeidung der Konsultation ärztlichen Personals, b) eine Risikostreuung durch Absicherung beispielsweise der Diagnose, c) die Personalisierung des Verhältnisses zum ärztlichen Personal (z. B. gemeinschaftliches Golf spielen etc.), d) vor jeder Verhandlung auf vertragliche Festlegung sistieren (kaum umsetzbar) und letztlich die Möglichkeit der Beobachtung von zuverlässigen Signalen (wie z. B. hohes Prestige, überfülltes Wartezimmer als Ausdruck von Kompetenz). Genau aus diesen angeführten Gründen und um nicht jedes Mal in einem komplizierten Aushandlungsprozess zu gelangen haben sich eben strukturelle Absicherungen – gewisse soziale Institutionen herausgebildet (Preisendörfer, 1995, S. 265).

Informationsproblem. Vertrauen ist daher nach Preisendörfer ein Mechanismus zur Überwindung der Zeit- und der Informationsungewissheit. Dies geschieht dadurch, dass die vertrauensgebende Person eine einseitige Vorleistung erbringt (Preisendörfer, 1995, S. 264).

Nach Luhmann (2014 [1968], S. 625) der aus systemtheoretischer Perspektive argumentiert, reflektiert Vertrauen Kontingenz und Selektivität im Handeln und reduziert demzufolge auch die Komplexität der Wirklichkeit. Diese Reduktion der Komplexität der Wirklichkeit ist als eine Vorbedingung für aktives Alltagshandeln zu sehen, oder wie Shapiro (1987, S. 625) ausdrückt, wird dadurch überhaupt erst „agency“ möglich.

Fasst man wesentliche Aspekte einer soziologischen Begriffsannäherung zusammen, so ist Vertrauen nach Deutsch (1962, 275 -319, zit. in Preisendörfer, 1995, S. 265) aufzufassen als ein vertrauensvolles Verhalten oder eine Verhaltensweise mit drei wesentlichen Elementen. Erstens als ein Verhalten, das die eigene Verwundbarkeit steigert, zweitens als ein Verhalten, das gegenüber Akteur*innen erfolgt, die nicht der eigenen Kontrolle unterliegt und drittens als ein Verhalten, das vor allem in Situationen bedeutend ist, in denen der mögliche oder potenzielle Schaden größer ist, als der Nutzen, denn man eben aus diesem Verhalten ziehen kann. Folgt man der Definition von Hall et al. (2001, S. 615), die Vertrauen als „the *optimistic* acceptance of a *vulnerable* situation in which the trustor believes the trustee will care for the trustor's interests“ bestimmt, so sind ebenfalls wesentliche Kernmerkmale des Vertrauensbegriffes angesprochen. Zu diesen Merkmalen zählen vor allem die Relationalität des Vertrauens sowie ein (optimistisches) soziales Verhalten hinsichtlich in die Zukunft gerichteter Erwartungen, das die vertrauensnehmende Person oder Instanz diese Erwartungen auch erfüllt, womit zugleich ein gewisser Grad der Verletzlichkeit und des Risikos der Enttäuschung von diesen Erwartungen einhergeht. Vulnerabilität und Ungewissheit sind demnach Kernelemente von Vertrauensbeziehungen und Vertrauen wird einerseits bei der Lösung von Risikobedingungen bedeutsam und andererseits ist es möglich, dass Vertrauen erst Risikobedingungen schafft und damit die eigene Vulnerabilität steigert (Misztal, 2011, S. 363).

Mit Blick oder Rekurs auf die Eigenschaften und Funktionen einer Situation des Vertrauens sind zusammenfassend folgende bereits erwähnte und angedeutete Aspekte hervorzuheben:

- Vertrauen als Merkmal der Interaktion von zumindest zwei Akteur*innen (Personen oder Organisationen)
- die Reziprozität von Vertrauensbeziehungen
- Vertrauen als eine Risikoleistung mit der inhärenten Gefahr der Enttäuschung der vertrauensgebenden Person, des einhergehenden Kontrollverlustes mit Steigerung der eigenen Vulnerabilität bei flankierender Ungewissheit des Ausgangs.
- Vertrauen als eine positive Zukunftserwartung (d. h. tätigen von Annahmen, dass keine Täuschung oder Nutzenziehung durch die vertrauensnehmende Person/Instanz vorliegt).
- Vertrauen als Mechanismus der Reduktion von Komplexität, als sozialer Kitt und Transaktionskostensenker, als Medium, welches aktives Handeln, bzw. das Ausschöpfen der Möglichkeiten rationalen Handelns erst ermöglicht (Bruckner, 2016, S. 7-11; Hall et al., 2001; Endreß & Maring, 2010; Luhmann, 2001, [1968] 2014).

Für eine systematische und analytische Bestimmung der Funktionalität von Vertrauen unterscheidet im Rahmen einer Mehrebenenbetrachtung Endreß (2012, S. 67) auf der Mikroebene die Betrachtung des funktional diffusen persönlichen Vertrauens im Rahmen von dichten Sozialbeziehungen, von der Mesoebene, welche das funktional spezifische Vertrauen in professionell vermittelten Interaktionen in Organisationen (beispielsweise der Gesundheitsversorgung) betrifft. Die Perspektive der Makroebene umfasst hingegen das Institutions- oder Systemvertrauen (beispielsweise in das Gesundheitssystem und überdies wie Kuhlmann (2008, S. 4441) ergänzt, mit Bezügen zu der Gesundheitspolitik und der wohlfahrtsstaatlichen Politik).

Potenzielle Objekte von Vertrauen können auf einer individuellen persönlichen Ebene sein, die bekannte hausärztliche Person, oder auf institutioneller Ebene das bekannte Spital oder Klinik, wobei Vertrauen hier vor allem auf persönlichen Erfahrungen beruht. Hingegen bei systemischer Sichtweise kann Gesundheitsprofessionen oder dem Krankenbehandlungssystem, Gesundheitsplänen oder dem Gesundheitssystem/Gesundheitswesen im Ganzen, generell vertraut werden. Dieses Vertrauen stützt sich vorwiegend auf die Professionalität der Institutionen, legalen und regulatorischen Bestimmungen und auch medienvermittelten Darstellungen (Hall et al., 2001, S. 619f). Damit ist

angedeutet, dass unterschiedliche Vertrauensobjekte wie beispielsweise eine ärztliche Person, Gesundheitsprofessionen oder das Gesundheitssystem im Allgemeinen durch mögliche Transmissioneffekte auf unterschiedlichen Wegen miteinander interagieren. So können persönliche Erfahrungen mit Gesundheitsprofessionen das Vertrauen in eine Einrichtung oder in Gesundheitspläne etc., sich wechselseitig dynamisch beeinflussen (Gray, 1997, zit. in Hall et al., 2001, S. 620; Calnan & Rowe, 2008, S. 168). Greift man den Aspekt der Gesundheitsmedien heraus, so zeigt sich, dass akzentuiert im Falle von Krisen- und Skandalberichten sowie auch andere Wissensnetzwerke einen nicht unbeträchtlichen Einfluss auf das Vertrauen haben. Allgemein ist davon auszugehen, dass der öffentliche Diskurs hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen, der in gesellschaftlichen Gesundheitsüberzeugungen und Gesundheitsnormen gründet, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem eindrücklich berührt. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt um Vertrauen zu fördern, ist der Zugang zu einer qualitativen Gesundheitsversorgung, d. h. auch, dass der jeweilige soziokulturelle Kontext und das jeweilige Setting in welchen Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden, bedeutsam sind (Gille et al., 2017, S. 33ff).

In den nachfolgenden Ausführungen wird Vertrauen als ein soziales Verhalten aufgefasst und zwischen dem Personenvertrauen (interpersonales Vertrauen) in Beziehungsverhältnissen, beispielsweise im Rahmen von spezifischen individuellen Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistungsanbietern als Repräsentant*innen des Systems oder anderen personalen Vertrauenssubjekten (signifikanten Bezugspersonen) und dem System- oder Institutionsvertrauen, differenziert. Die Begriffe System- oder Institutionsvertrauen werden synonym verwendet und sollen das Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen, wie beispielsweise dem Gesundheits- Rechts- Wirtschafts- oder Politikwesen zum Ausdruck bringen. Ausgeblendet bleibt eine mesoanalytische Betrachtungsweise, beispielsweise zu konkreten ambulanten oder stationären Einrichtungen des Gesundheitssystems (Organisationsvertrauen).

2.2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt in Vernetzung mit der Forschungsfrage und den abgeleiteten Hypothesen eine Skizzierung des theoretischen Hintergrundes. Einleitend wird daher auf die Bedeutung und Funktion des interpersonalen und des

Systemvertrauens eingegangen, wobei das Interesse auf der Integration und der Verquickung dieser beiden Vertrauensperspektiven liegt. Zugleich soll dadurch auch ein Beitrag zu einem vertiefenden Verständnis von Vertrauen in das Gesundheitswesen geleistet werden. Die Fokussierung wird anfänglich überblicksmäßig aus systemtheoretischer Perspektive nach Luhmann und nachfolgend in strukturationstheoretischer Sicht nach Giddens thematisiert. Es ist in diesem Rahmen nicht der Anspruch, die theoretischen Auffassungen der beiden genannten Autoren detailliert darzustellen, wenngleich auch die Theorie der Strukturation (Dualität der Struktur) von A. Giddens sich als ein roter Faden für diese Arbeit erweist. Anschließend erfolgt eine Darstellung ausgewählter relevanter empirischer Befunde zu den in der Arbeit berücksichtigten Einflussfaktoren auf die Bewertung der Gesundheitsversorgung.

2.2.1 Vertrauen – Mechanismus zur Reduktion von Komplexität (N. Luhmann)

Luhmann konzipiert Vertrauen zunächst als personales Vertrauen (begrenzt Vertrauen), das auf allgemeiner Weltvertrautheit beruht und sich auf Personen bezieht, um Unsicherheitsmomente zu überbrücken (Luhmann, 2014 [1968], S. 28). Vertrauen ist dabei von Vertrautheit zu trennen, denn Vertrautheit ist nach Luhmann eine unvermeidbare Tatsache, während Vertrauen in einer vertrauten Welt erst erlangt werden muss (Luhmann, 2001, S. 144). Im Rahmen der Modernisierung ist eine zentrale These von Luhmann (2005), dass soziale Systeme und Personensysteme danach streben Komplexität zu verringern (zit. in Meyer, Ward, Coveney & Rogers, 2008, S. 181) und Vertrauen ist nach Luhmann ein Mechanismus zur Reduktion von sozialer Komplexität. Komplexität bezeichnet dabei die Tatsache, dass die (ungewisse) Zukunft sich als kontingent erweist, d. h. immer sehr viel mehr Möglichkeiten in sich birgt, als in der Gegenwart aktualisiert werden. Dadurch ist das Individuum ständig darauf angewiesen „*das Maß seiner Gegenwart zurückzuschneiden, Komplexität zu reduzieren.*“ (Luhmann, 2014 [1968], S. 18). Vertrauen erlaubt in der Gegenwart die Komplexität zu erfassen und zu reduzieren, d. h., zwischen der Komplexität der Welt und des aktuellen Erlebens und Handelns/Unterlassens zu vermitteln, indem unter einer Vielzahl von Entwicklungsmöglichkeiten gewisse keine Berücksichtigung finden. Dies gilt gleichfalls für das funktionale Äquivalent des Misstrauens. Vertrauen ist, nach Luhmann jedenfalls auch als soziale Beziehung aufzufassen die

Eigengesetzlichkeiten unterliegt und sich in einem Interaktionsfeld bildet, welches sowohl durch psychische als auch von sozialen Systembildungen beeinflusst wird und dabei keinem exklusiv zugeordnet werden kann (Luhmann, 2014 [1968], S. 10, S. 21).

Ob man in zukünftige Ereignisse vertraut hängt wesentlich von der subjektiven Bewertung und Wahrnehmung des Risikos ab, aber auch inwieweit vergangene Erfahrungen zukünftige Erwartungen stützen können. Vertrauen (trust) setzt eine Risikosituation voraus und ist bestimmt durch eine vertrauensvolle Wahl, während hingegen im Falle der Situation der Zuversicht (confidence) keine Alternativen in Betracht gezogen werden (Luhmann, 2001, S. 152). Risiken bestehen dabei nicht per se, sondern sind nur als Komponenten von Entscheidungen – der Abwägung interner und externe risikobehafteter Umstände – und Handlungen existent, beispielsweise eine ärztliche Person zu konsultieren oder einer gesundheitlichen operativen Intervention zuzustimmen.

Systemvertrauen⁸ bezieht sich nicht auf Personen, sondern vielmehr auf die im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung – der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft – wichtiger werdenden Kooperationsentwicklungen, die immer stärker von sozialen Systemen tangiert werden. Systemvertrauen als unpersönliches Vertrauen bezeichnet Luhmann (2014, S. 79) auch als *„Vertrauen in die Fähigkeit von Systemen, Zustände oder Leistungen innerhalb bestimmter Grenzen identisch zu halten“*. Damit ist eine Erwartungshaltung angesprochen, dass man beispielsweise wiederholt im Falle von Gesundheitsanliegen entsprechende kompetente systemische Hilfestellungen erhält. Luhmann zufolge kann Vertrauen in einer hochkomplexen Welt auch nicht durchgängig persönliches Vertrauen sein, es ist vielmehr ein Vertrauen *„in spezielle und nachweisbare Fähigkeiten der Informationsverarbeitung, in funktionale Autorität und letztlich in die*

⁸ Worauf sich konkret dieses diffuse Gesamtvertrauen (Systemvertrauen) beruft, problematisiert Luhmann anhand der nachteiligen Wirkungen des Vertrauens in Expert*innen im Zusammenhang mit den fatalen Nebenwirkungen des Medikamentes Contergan (Arzneimittelskandals). *„Es bezieht sich auf Wissenschaften, auf die Technik, aber auch auf jenes ungeheure Tatsachenwissen, das in stark differenzierten Sozialordnungen angesammelt und gespeichert werden kann. System ist dieses Wissen nicht etwa im Sinne einer logisch geschlossenen Zusammenstellung von Sätzen, sondern im Sinne einer Ordnung kommunikativen Verhaltens, die eine gewisse Sorgfalt und Beachtung bestimmter Regeln bei der Auswahl und Anwendung von Prämissen einer Mitteilung sicherstellt. Jeder verläßt sich beim Bezug solchen Wissens darauf, daß im System genug Kontrollen der Zuverlässigkeit eingebaut sind und daß diese Kontrollen unabhängig von den persönlichen Motivationsstrukturen der jeweils Beteiligten funktionieren, so daß er diejenigen, die das Wissen erarbeitet haben, nicht persönlich zu kennen braucht.“* (Luhmann, 2014, S. 62)

Funktionsfähigkeit der Wissenschaft als Handlungssystem.“ (Luhmann, 2014 [1968], S. 60). Systemvertrauen berücksichtigt nach Luhmann [1968] (2014, S. 28) somit Menschen als personale Systeme (als Verursacher der zunehmenden Komplexität), die bewusst auf mögliche weitere Informationen und laufende Erfolgskontrolle verzichten. Das heißt, die vertrauensgebende Person findet sich demnach in einer Situation der „*riskanten Vorleistung*“ (Luhmann, [1968], (2014, S. 49), oder wie Simmel (1922, S. 263f, zit. in Luhmann, 2014, S. 32) ausdrückt, in einer „*Mischung aus Wissen und Nichtwissen.*“ Vertrauen substituiert fehlende Informationen und ermöglicht damit Handeln in komplexen Situationen, beispielsweise im Falle einer gesundheitlichen Bedrohung zu einer mehrstündigen Operation zuzustimmen, die Tatsache berücksichtigend, dass hierbei nie alle Informationen in der Situation der Ungewissheit des Ausgangs zugänglich sind (Luhmann, 2014, S. 38).

Luhmann (2001, S. 156) differenziert wie bereits angedeutet, dass Vertrauen eine unerlässliche Komponente in zwischenmenschlichen Beziehungen ist, während hingegen die Partizipation an funktionalen Subsystemen wie der Wirtschaft, Politik sich entpersonalisiert darstellt und daher Zuversicht erfordert. Eine soziale Entwicklung so Luhmann (2001, S. 151-153), die zunehmend komplexe Gesellschaftssysteme schafft, setzt mehr Zuversicht als Voraussetzung zur Partizipation und Vertrauen als Bedingung der Nutzung voraus. Zuversicht in das System und Vertrauen zu Partner*innen sind unterschiedliche Haltungen in Bezug auf Alternativen, sie können sich aber beeinflussen. Greift man das Beispiel einer ärztlichen Konsultation auf, so kann diese Entscheidung als unvermeidliche Zuversicht in das Gesundheitssystem oder auch als eine riskante Vorleistung oder Wahl betrachtet werden. Das bedeutet konsequenterweise ferner, dass Vertrauen auf der Mikroebene aufgebaut werden kann und dadurch Systeme auf der Makroebene vor Zuversichtsverlust geschützt werden können (Luhmann, 2001, S. 159).

Funktionssysteme sind nicht nur an Zuversicht, sondern ebenso an Vertrauen gebunden. Zuversichtsverluste können zur Entfremdung, Anomie führen mit nicht notwendigerweise unmittelbaren Auswirkungen auf das System. Bei fehlendem Vertrauen hingegen ändert sich die Art und Weise ob und wie riskante Entscheidungen in lokalen Kontexten unter Berücksichtigung persönlicher Erfahrung und medialen Einflüssen zugelassen werden (Luhmann, 2001, S. 156). Damit ist zugleich die Interdependenz von personalem Vertrauen und Systemvertrauen

pointiert, wenn beispielsweise fehlende Zuversicht in ein Funktionssystem auch Schwierigkeiten eröffnet vertrauenserweckende Situationen und Partner*innen zu finden. Vertrauen/Zuversicht ist nach Luhmann ein Systemerfordernis, denn mangelnde Zuversicht oder Schwierigkeiten vertrauenserweckende Situationen oder Partner*innen zu finden, kann den Umfang der dem System verfügbaren Aktivität verringern oder erst gar nicht ermöglichen. Systeme, wie beispielsweise das ökonomische, legale oder politische System erfordern Luhmann (2001) folgend daher als Eingangsbedingung Vertrauen. Fehlt das Vertrauen können keine oder nur schwerlich Handlungen in riskanten und ungewissen Situationen stimuliert werden, beispielsweise gesundheitsförderliche invasive Untersuchungen wie Gewebeentnahmen für diagnostische Zwecke durchzuführen. Anderweitig können aber auch strukturelle und operationale Eigenschaften des Systems Zuversicht erodieren und dadurch gleichzeitig Bedingungen des Vertrauens untergraben (Luhmann, 2001, S. 157f).

2.2.2 Vertrauen in abstrakte Systeme (A. Giddens)

Giddens (1990, S. 53; 1991, S. 20) Auseinandersetzung mit dem Konzept des Vertrauens ist eingebettet im Kontext der Konsequenzen der Moderne, die sich von prämodernen Gesellschaften vor allem durch Zeit-Raum-Distanzierung, der Entbettung und Rückbettung von sozialen Beziehungen und der reflexiven Aneignung von Wissen unterscheidet. Giddens (1990, S. 83) argumentiert, dass *„the nature of modern institutions is deeply bound up with mechanisms of trust in abstract systems, especially trust in expertsystems.“* Die Relevanz von Vertrauen wird bekräftigt durch die Tatsache, dass wir in der Moderne zusehends von Expertensystemen abhängig sind, über welche wir nicht ausreichend Wissen, Information und Kontrolle haben. Dieser Umstand trägt dazu bei, dass die korrekte Funktionsfähigkeit und zukünftige Auswirkungen von Expertensystemen häufig nicht antizipiert werden können. Vertrauen ist dabei eine unerlässliche inkorporierte Komponente in den Routinen der Alltagspraxis. In allen Settings, wo Vertrauen eine Rolle spielt, ist eine Balance zwischen bewusster Risikokalkulation und Vertrauen vonnöten, basierend auf einem schwachen induktiven Wissen (weak inductive knowledge).

Konsequenzen der Moderne sieht Giddens (1990, S. 21-29) unter anderem begründet in der Entbettung von sozialen Beziehungen, das Herausheben von

sozialen Beziehungen aus lokal gebundenen Interaktionszusammenhängen über Zeit und Raumdistanzen. Dabei sind zwei Entbettungsmechanismen, die Giddens (1990, S. 80) als abstraktes System bezeichnet, hervorzuheben. Zum einen umfasst der Begriff des abstrakten Systems symbolische Zeichen (wie beispielsweise das Geld) und zum anderen Expertensysteme (Systeme technischer Leistungsfähigkeit und professioneller Sachkenntnis). Beide Entbettungsmechanismen bauen auf dem Phänomen des Vertrauens auf, das man diesen abstrakten Systemen zugesteht, die allen voran eine Entlastungs- und Sicherheitsfunktion inne haben. Damit abstrakte Systeme (Symbol- & Expertensysteme) leistungsfähig sein können, bzw. ihre Funktion entfalten können ist Vertrauen eine Grundbedingung. Vertrauen definiert dahingehend Giddens als *„Zutrauen oder Zuverlässigkeit einer Person, oder eines Systems mit Bezug zu einer gegebenen Menge an Ergebnissen oder Ereignissen, wobei dieses Zutrauen einen Glauben in die Redlichkeit oder Zuneigung zu einer Person, bzw. an die Richtigkeit abstrakter Prinzipien (technisches Wissen zum Ausdruck bringt).“* (Giddens, 1990, S. 34).

Giddens (1990) geht davon aus, dass interpersonales Vertrauen quasi zwischen den Interaktionspartner*innen verhandelt wird und auch eine gelernte Persönlichkeitseigenschaft darstellen kann, die sich im Rahmen von gesichtsabhängigen Begegnungen aufbaut. Vertrauen in Expertensysteme ist damit nicht unwesentlich beeinflusst durch die Repräsentant*innen des jeweiligen Systems, wie beispielsweise durch die unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen im Gesundheitssystem und die dazugehörigen Rollenerwartungen.

Giddens (1990) unterscheidet grundsätzlich gesichtsabhängige Begegnungen/Bindungen (facework commitments), welche Vertrauensverhältnisse in sozialen Beziehungen in Situationen der Kopräsenz betreffen, von Vertrauen in gesichtsunabhängigen Begegnungen/Bindungen (faceless commitments) welche vor allem bei abstrakten Systemen von Bedeutung sind (Giddens, 1990, S. 80). Durch gesichtsabhängige und gesichtsunabhängige Bindungen werden Menschen oder Laien an Zugangspunkten zum System (access points) wie beispielsweise bei einer ärztlichen Konsultation oder Kontakten mit anderen Gesundheitsprofessionen ins Expertensystem eingebunden, indem man im Falle von gesichtsabhängigen Begegnungen in Kopräsenz die Vertrauenswürdigkeit prüfen und herstellen kann. Vertrauen wird dabei nicht in die Einzelperson gelegt, sondern in das Expertensystem, welches durch die Person repräsentiert wird. Gesichtsabhängige

Begegnungen sind verstärkt abhängig von der „*Haltung*“ (demeanour) der Repräsentant*innen des Systems. Zugangspunkte zum System stellen somit eine Verbindung zwischen Laien, Kollektiven und den Repräsentant*innen des Systems her und sind einerseits vulnerabel, da sich hier möglicherweise Spannungen zwischen Laienskeptizismus mit unterschiedlich hoher Gesundheitskompetenz und professioneller Expertise eröffnen können (Giddens, 1990, S. 83-88). Andererseits stellen sie Orte des Vertrauensaufbaues oder -erhaltes dar. Entbettungsmechanismen stehen daran anschließend im Handlungskontext in Reziprozität zu Rückbettungsmechanismen (der Rückaneignung von sozialen Beziehungen), die in gesichtsabhängigen Begegnungen durch Vertrauensaufbau in entbettete Institutionen gestützt oder eben auch nicht gestützt werden kann. Damit sorgen gesichtsabhängige Begegnungen dafür, dass gesichtsunabhängige Bindungen in abstrakte Systeme aufrechterhalten werden können. Anders ausgedrückt können gesichtsabhängige Bindungen interpersonales Vertrauen an Zugangspunkten von abstrakten Systemen evozieren und damit eine Verbindung zu institutionellen Vertrauen/Systemvertrauen schaffen, indem interpersonales Vertrauen ausgedehnt, erweitert und generalisiert wird (Giddens, 1990; S. 79f). Vertrauen oder Misstrauen zu einem abstrakten System ist demzufolge im Rahmen von gesichtsabhängigen Begegnungen stark beeinflusst durch Erfahrungen an Systemzugangspunkten, denn dadurch wird die Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Systems aufrechterhalten, bzw. wird in diesen Rückbettungsmechanismen Vertrauen in das abstrakte System (gesichtsunabhängiges Vertrauen) gestärkt oder im Falle von Misstrauen eben zerstört. Giddens (1991, zit. in Meyer et al., 2008, S. 181) argumentiert in dieser Hinsicht, dass die Funktion des Vertrauens in modernen Gesellschaften als Medium der Interaktion zwischen modernen Systemen und deren Repräsentant*innen fungiert. Die Überlegungen zur Funktion des Vertrauens sind in dessen Strukturationstheorie, der Dialektik der Struktur und Handlung einordenbar.

Although everyone is aware that the real repository of trust is in the abstract system, rather than the individuals who in specific contexts „represent“ it, access points carry a reminder that it is flesh-and-blood people (who are potentially fallible) who are its operators.“ (Giddens, 1990, S. 85)

Vertrauen stellt somit ein Bindeglied zwischen institutionellen Strukturen wie beispielsweise des Gesundheitssystems und der Einzelperson her und produziert im

Handeln diese Struktur, womit Vertrauen bei dualistischer Betrachtung gleichzeitig Bedingung und Ergebnis dieser Struktur darstellt. Damit ist ebenfalls ausgedrückt, dass institutionelles Vertrauen interpersonales Vertrauen voraussetzt und durch dieses auch (mit)determiniert ist (Meyer et al., 2008, S. 181).

2.2.3 Vertrauen bei Luhmann & Giddens

Giddens (1990) und Luhmann (2005) unterstreichen wie bedeutsam die beiden miteinander verbundenen Formen, des Personenvertrauens und Institutions-/Systemvertrauens in der modernen Gesellschaft für deren Funktionsfähigkeit sind. Das heißt, es dominiert die These, dass der Übergang von vormodernen zu modernen Gesellschaften als Wechsel von personalen zu depersonalisierten generalisierten Vertrauensverhältnissen (Systemvertrauen) zu betrachten ist und Vertrauen immer weniger auf Vertrautheit beruht und dass Vertrauen in modernen Gesellschaften zusehends problematisiert wird, zugleich aber für deren Funktionieren im gesteigerten Maß erforderlich ist (Endreß, 2001, 163).

Giddens (1990) bekräftigt zunächst eindimensional, dass interpersonales Vertrauen an Zugangspunkten sehr bedeutsam, wenn nicht gar erforderlich für den potenziellen Aufbau von Vertrauen/Zutrauen in abstrakte Systeme ist. Gesichtsabhängiges und gesichtsunabhängiges Vertrauen wird nicht vorrangig in Gegensätzen dargestellt, sondern vielmehr in Unterschied zu Luhmann, in der Gleichzeitigkeit von einem systemischen und interpersonalem Vertrauen (Evers, 2018, S. 47), die sich in Giddens Dualität von Struktur und Handeln einbetten lässt. Institutionelles Vertrauen betrifft dabei vor allem die Aufgabenerfüllung des Gesundheitssystems und dass diese Funktion entpersonalisiert durch Repräsentant*innen des Systems – ohne diese persönlich zu kennen – wohlwollend im Interesse der Personen mit Gesundheitsanliegen erfüllt wird.

Luhmann (2005) hingegen unterstreicht in systemfunktionalistischer Perspektive, bzw. fasst das Vertrauensphänomen systemtheoretisch, dass im Rahmen der Modernisierung soziale Systeme und Personensysteme danach streben Komplexität zu reduzieren. Vertrauen/Zuversicht hat die Funktion der Komplexitätsreduktion und stellt dabei ein Systemerfordernis dar und ist daher wesentlich, dass interpersonales Vertrauen aufgebaut werden kann und damit Handeln unter Risiko möglich wird. Vertrauen ist demzufolge sowohl Ergebnis und Reaktion auf die wachsende gesellschaftliche Komplexität der Moderne, bzw. hilft die Komplexität zwischen und

innerhalb von sozialen Systemen und Individuen zu reduzieren. Daran anknüpfend ist angedeutet, dass Vertrauen in ein soziales System auch in Interdependenz mit Vertrauen in (multiple) andere soziale Systeme (wie beispielsweise der Rechtsordnung, dem Wirtschaftssystem, dem politischen System), steht (Meyer et al., 2008, S. 180-182).

Ward (2006) hält ebenfalls im Rahmen eines explorativen Vorgehens zur Erfassung der Erfahrungen mit primären lokalen Gesundheitsanbietern in Fokusgruppen mit sozioökonomisch benachteiligten Personen fest, dass Vertrauen recht widersprüchlich gewonnen und verloren wird und interpersonales und Systemvertrauen sich gegenseitig oft widersprüchlich beeinflussen. Damit soll beispielhaft zum Ausdruck gelangen, dass einerseits hohes interpersonales Vertrauen in ärztliche Personen vorliegen kann, aber andererseits kein Vertrauen dem System zugesprochen wird und umgekehrt. Zusätzlich wird betont, dass beispielsweise Misstrauen gegenüber lokalen allgemeinärztlichen Personal vor allem als ein generelles Systemmisstrauen (beispielsweise in politische, wirtschaftliche und andere Institutionen) zu interpretieren ist und nicht einzig und allein der Gruppe der allgemeinärztlichen Personen oder alleinig dem medizinischen System zugeschrieben wird (Ward, 2006, S. 152-155). Anderweitig ist es auch möglich, dass bei Vertrauen der Bürger*innen zu dem Gesundheitssystem ein breiterer sozialer Wert errungen wird, d. h. auch, dass Übertragungseffekte wirksam werden können (Gilson, 2006, S. 368). Dieses Argument basiert nach Gilson (2006, S. 361) darauf, dass Gesundheitssysteme nicht nur die Zielsetzung verfolgen Gesundheit zu fördern, sondern in Zusammenarbeit mit anderen soziopolitischen Institutionen Normen etablieren, die generalisiertes Vertrauen (oder allgemeines Institutionsvertrauen) fördern. Folgt man diesem Aspekt eines komplexen Vertrauensnetzes und der Aufhebung der analytischen Trennung der Betrachtung von Person- und Systemvertrauen, so sind auch die theoretischen Überlegungen auszuweiten. Lewis & Weigert (1985, S. 974) halten konsequenterweise fest, dass *„an adequate sociological theory of trust must offer conceptualisation of trust that bridges the interpersonal and systemic levels of analysis, rather than dividing them into separate domains.“*

2.3 Forschungsstand – Ausgewählte empirische Befunde

Im folgenden Kapitel werden zunächst im Zusammenhang mit der Darstellung des Forschungsstandes der Schwerpunkt auf die thematischen Komplexe des institutionellen und interpersonalen Vertrauens und der Bewertung der Gesundheitsversorgung gelegt. Dazu werden zunächst grundlegende institutionstheoretische Aspekte und der Sozialkapitalansatz aufgegriffen. Es wird in Folge darauf Wert gelegt anhand empirischer Ausführungen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – darzulegen, dass interdependente institutionelle Arrangements für die Generierung generalisierten Vertrauens und institutioneller Zufriedenheit eine wichtige Rolle einnehmen. Anschließend wird interpersonales Vertrauen als eine Domäne sozialen Kapitals und als eine bedeutende Gesundheitsressource aufgefasst und es werden Zusammenhänge zwischen dem interpersonalen und institutionellen Vertrauen konturiert. Eher am Rande findet Erwähnung, dass soziodemografische Merkmale und das subjektive Wohlbefinden der bewertenden Person einen möglichen Einfluss auf die Bewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung haben. Aufgrund der Tatsache, dass der jeweilige wohlfahrtsstaatliche Kontext in Verbindung steht mit der subjektiven Bewertung der wohlfahrtsstaatlichen Teilinstitution des Gesundheitssystems, werden unterschiedliche Wohlfahrtsstaatsregime idealtypisch dargestellt. Des Weiteren wird das österreichische Gesundheitssystem skizziert und anhand ausgewählter Befunde wird hervorgehoben, dass die Gesundheitsversorgung in Österreich vergleichsweise zu vor allem anderen europäischen Staaten sehr positiv beurteilt wird. Von besonderem Interesse ist bei theoretischer und empirischer Betrachtung, inwieweit generalisiertes Institutionsvertrauen und -zufriedenheit, interpersonales Vertrauen und Merkmale auf der Individualebene Einfluss auf die Einschätzung des Zustandes der institutionalisierten Gesundheitsversorgung nehmen, welcher darüber hinaus grundlegend vom wohlfahrtsstaatlichen Kontext tangiert wird.

2.3.1 Institutionelles Vertrauen und institutionelle Zufriedenheit

Institutionen sind *„normativ geregelte, mit gesellschaftlichem Geltungsanspruch dauerhaft strukturierte und über Sinnbezüge legitimierte Wirklichkeit sozialen Handelns.“* (Häußling, 2018, S. 171). Gukenbiehl (2016, S. 174) bezeichnet gleichfalls Institutionen als eine *„Sinneinheit von habitualisierten Formen des Handelns und der sozialen Interaktion“* (Gukenbiehl, 2016, S. 174). Institutionen

erfüllen dabei, wie sich aus den Begriffsvorschlägen von Häußling und Gukenbiehl ableiten lässt, mehrere Funktionen mit sozialer Relevanz. Institutionen schaffen aufgrund ihrer Habitualisierung und Dauerhaftigkeit Sicherheit durch Stabilität und Ordnung und begrenzen auch aufgrund eines gewissen Zwangscharakters die Handlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus fördern Institutionen durch die geregelte, dauerhafte Kooperation die soziale und kulturelle Identitätsentwicklung und soziale Integration, indem diese Entlastung im sozialen Handeln bieten (Gukenbiehl, 2016, S. 178-180). Häußling (2018) folgend, sind Institutionen dabei allgemein von besonderer Relevanz für die a) generative Reproduktion (z. B. Familie), b) für die Vermittlung spezifischer Fertig- und Fähigkeiten (z. B. Erziehungs- Bildungs- und auch Gesundheitseinrichtungen), c) die Versorgung mit Gütern (wirtschaftliche Einrichtungen), d) für die Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Ordnung nach innen und außen (Herrschaft, Rechtsnormen, Politik) und für die Fortentwicklung von Sinnbezügen und symbolischer Codes (Kultur) (Häußling, 2018, S. 191f).

Nach Gukenbiehl (2016) der sich auf Malinowski (2006) bezieht, bestehen Institutionen dabei aus verschiedenen Strukturen oder Elementen. Dazu zählen die Leitidee der Institution (beispielsweise im Gesundheitssystem eine Patient*innenorientierung, Verteilungsgerechtigkeit), der Personalstand (Personen die bestimmte Rollen ausüben, beispielsweise die Rolle der ärztlichen Person und Patient*innenrolle⁹), die Regeln und Normen denen sich diese Personen unterwerfen und der materielle Apparat (physische Gegenstände, Räume etc.) (Malinowski, 2006, zit. in Gukenbiehl, 2016, S. 176).

Vertrauen in Institutionen bezieht sich im Gegensatz zum interpersonalen Vertrauen eben auf Institutionen wie das Gesundheitssystem, das politische System, juridisches System, ökonomisches System etc. Eine direkte Beziehung zu Repräsentant*innen dieser Systeme ist häufig aufgrund der komplexen Ausdifferenzierung und Koppelung dieser Systeme nicht realisierbar. Das heißt, es handelt sich demnach wie Giddens (1990) ausdrückt, um ein gesichts unabhängiges Vertrauen. In diesem Zusammenhang wirft sich die Frage auf, worin institutionelles Vertrauen – wenn nicht über Rückbettungsmechanismen im Sinne von gesichtsabhängigen Interaktionen an Zugangspunkten zu Systemen – gründet. Nach Lepsius (1997) kommt das

⁹ Siehe dazu auch Parsons [1951] zit. in Morgan, 2008, S. 59 und die der strukturfunktionalistischen Theorie verpflichtete Analyse der Rolle von ärztlichem Personal (Arztrolle) und der Rolle von Personen mit gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen (Krankenrolle), die anhand von Verpflichtungen, Erwartungen und Rechten der Rolleninhaber*innen idealtypisch dargestellt werden.

Vertrauensverhältnis vor allem über feste dauerhafte und stabile Normen, Werte und Systempraktiken zustande. Vertrauen in Institutionen kann sich auf die materiellen Ergebnisse der institutionellen Ordnung, wie im Falle des Gesundheitssystems die Bekämpfung von Krankheit, respektive die Förderung von Gesundheit beziehen (Lepsius, 1997, S. 286-290). Wendt (2013) pointiert ebenso, dass Vertrauen in die Gesundheitsversorgung im Wesentlichen davon abhängt, ob vor allem im Krankheitsfall die notwendigen Gesundheitsleistungen bereitgestellt werden, oder ob die (wiederholte) Erfahrung gemacht wird, dass die Versorgung unzureichend oder unangepasst erfolgte. Vertrauen kann sich ebenso direkt auf die Institutionsordnung (d. h. auf die Umsetzung von Leitideen und Wertvorstellungen) beziehen. Das heißt, vertraut wird demnach, wenn den Regeln und Verfahren die das Handeln involvierter Akteur*innen steuern und kontrollieren Effizienz zugesprochen wird und/oder dieses Verhalten möglicherweise auch durch Beobachtung der die Institution repräsentierenden Personen zugänglich ist. Ein hohes Institutionsvertrauen ist Lepsius (1997, S. 286-290) zufolge gleichzusetzen mit der Tatsache, dass funktionierende Institutionen (zeitlich dauerhaft) Vertrauen kumulieren, während nicht funktionierende Institutionen Vertrauen konsumieren.

Offe (2001; S. 274) wirft die Fragestellung auf, ob Institutionen Substitute für persönliches Vertrauen darstellen können. Dabei wendet er sich gegen eine Verdinglichung des Institutionsbegriffes, worunter gemeint ist, dass institutionelle Regeln immer und überall und zeitlich überdauernd entlastend gelten. Demzufolge würde man einer ärztlichen Person des Vertrauens, als ein personifiziertes Ereignis einer professionellen und gut kontrollierten Ausbildung und Berufspraxis überdauernd trauen. Offe (2001, S. 275) hält diesbezüglich kritisch fest, dass Institutionen zum einen immer unvollständig und zum anderen immer umstritten sind. So gelten institutionelle Regeln nicht flächendeckend und können nicht alle Eventualitäten (erschöpfend) abdecken und sie bieten dem Personal ständig Gelegenheit, die Selbsterhaltung der Institutionen zu unterbinden. Regeln selbst sind zudem nicht sakrosankt und ihre Geltung ist kontextabhängig und häufig auch unvollständig. Daher spielen neben Regeln Entscheidungen zur Aufrechterhaltung und Durchsetzung der institutionellen Regelstruktur eine wichtige Rolle, damit die zuständigen Akteur*innen als Vertretung der Institution diese auch loyal im Handeln umsetzen. Es sind daher vor allem die auszeichnenden Qualitätsmerkmale von Institutionen, die Vertrauen wecken, indem sie Personen dazu befähigen

Rollenträger*innen zu vertrauen, denen man vorher noch nie begegnet ist. Institutionen sind außerdem nicht bloße Konventionen. Vertrauen in die anonymen Mechanismen der Institution ist, so Offe mit Lepsius übereinstimmend (1987, S. 286-290), alleinig durch das Vertrauen in Personen gerechtfertigt, *„die jene Regeln verstehen, anerkennen und befolgen; bzw. durch das Vertrauen in diejenigen, die für die Überwachung und Durchsetzung dieser Regeln zuständig sind.“* (Offe, 2001, S. 276)

Als Katalysator für Vertrauen fungieren die (institutionellen) Bezugswerte Wahrheit und Gerechtigkeit. Das bedeutet auch, dass Vertrauen davon abhängt, inwieweit es gelingt Wahrheits- und Gerechtigkeitsverletzungen zu sanktionieren, Lügen und Täuschungen zu unterlassen, Verträge einzuhalten und Benachteiligung und Diskriminierung zu vermeiden, bzw. Benachteiligung oder Nachteile vor allem für inanspruchnehmende Personen auszugleichen. Institutionen, die eine sinn- und vertrauensvermittelnde Funktion überzeugend erfüllen (beispielsweise Wissenschaft, Justiz, Bildung oder das Gesundheitssystem), teilen allen beteiligten Akteur*innen ihren Sinngehalt beständig mit und orientieren ihr Handeln in übereinstimmender Weise (Offe, 2001, S. 276). Damit Vertrauen aufgebaut und kumuliert werden kann, ist es nicht nur erforderlich, dass die Funktionsweise von Institutionen positiv bewertet wird, sondern auch inwieweit es wohlfahrtsstaatlichen Institutionen wie beispielsweise des Gesundheitssystems allgemein gelingt, gegen existenzielle Notlagen abzusichern. Neben der gesundheitlichen Absicherung ist es zudem von Belang inwieweit bei diesem Vorhaben Transparenz und Partizipation ermöglicht wird (Wendt, 2013, S. 294) und damit Zustimmung zu Wertbeziehungen in Institutionen ausgedrückt wird (Wendt, 2013, S. 57). Es ist dran anschließend nachvollziehbar, dass das Vertrauen in Institutionssysteme, d. h. nicht in einzelne Institutionen wie das Gesundheitssystem, sondern in Verknüpfung mit anderen Institutionen wie beispielsweise dem politischen System und anderen, demzufolge eine weit höhere Komplexität aufweist, weil Systeme unterschiedlichen Rationalitätskriterien oder Leitideen folgen (Lepsius, 1997, S. 292).

Im Rahmen der Erhebungen der europäischen Wertestudie wurde unter anderem eruiert, wie das Vertrauen der österreichischen Wohnbevölkerung (n = 1948) in unterschiedliche Systeme gelagert ist. Generell kann anhand der mit computerunterstützten persönlichen Interviews gewonnenen und analysierten Daten abgelesen werden, dass an der Spitze der Rangliste des Vertrauens („sehr viel und

ziemlich viel Vertrauen“) die Polizei (87 %), vor dem Gesundheitswesen (83 %), den Sozialversicherungssystemen (74 %), dem Rechtssystem (72 %) und Bildungssystem (68 %) steht. Im Mittelfeld liegen das Parlament (45 %), die Europäische Union (42 %) und die Vereinten Nationen (44 %). Am Ende der Rangliste finden sich vor allem die sozialen Medien (20 %) und die politischen Parteien (27 %) (Statista, 2018).

Lenkt man das Augenmerk auf die institutionalisierte Gesundheitsversorgung, so macht Wendt (2003) deutlich, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem einerseits davon abhängt, welche Gesundheitsergebnisse diese erzielen. Andererseits gründet das Vertrauen aber auch in die durch Institutionen der Gesundheitsversorgung vermittelt Wertvorstellungen (wie Transparenz, Partizipation, Verteilungsgerechtigkeit). Die Wahrnehmungen von Gesundheitssystemen durch inanspruchnehmende Personen werden dabei häufig eindrücklich beeinflusst durch die Organisation des Verhältnisses zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen. Es liegt auf der Hand, dass erste Kontakte mit dem Gesundheitssystem vor allem über allgemeinärztliche Personen stattfinden und diese daher einen nachhaltigen Einfluss auf die generelle subjektive Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung ausüben können (Wendt, 2003, S. 371; Wendt, Kohl, Mischke, & Pfeifer, 2010, S. 188). Greift man den Aspekt des Verhältnisses von ärztlichem Personal und Patient*innen heraus, so zeigen empirische Untersuchungen, dass mangelnde interpersonale Kommunikationsfähigkeiten, eine limitierte Zeitaufwendung bei der Konsultation, fehlendes aktives Zuhören, oder das Gefühl, dass die eigene Meinung nicht wahrgenommen wird, bzw. Konsultationen insgesamt dominiert durch die ärztliche Person verlaufen, als Indikatoren für Misstrauen gelten (Croker et al., 2013, S. 5; Hew Hei & Ismail, 2017, S. 15, Skirbekk, Middelthon & Hjortdahl, 2011, S. 1187). Im Wesentlichen sind für den Aufbau und Erhalt einer vertrauensvollen Beziehung zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen zu einem, vor allem die wahrgenommene kommunikative (interpersonelle Kompetenz) und zum anderem, die technische Kompetenz ausschlaggebend, wie Hillen et al. (2011, S. 7f) in einer Übersichtsarbeit mit Fokus auf Krebsbetroffene festhalten. Hall et al. (2001, S. 620-624) unterscheiden und heben fünf bedeutende Dimensionen¹⁰ des Vertrauens in

¹⁰ Hall et al. (2001, S. 625f) berücksichtigen in dem Fragebogen „*Trust in physician*“ die Dimensionen fidelity, competence, honesty, confidentiality and global trust, um Vertrauen messbar zu machen. Diese sind auch allgemein als ausschlaggebende Faktoren für den Aufbau und Erhalt von spezifischen Vertrauensbeziehungen mit Gesundheitsprofessionen zu

ärztliches Personal hervor die maßgeblich den Aufbau und Erhalt einer Vertrauensbasis bestimmen: fidelity (Personentreue), competence (Kompetenz), honesty (Ehrlichkeit/Redlichkeit), confidentiality (Vertraulichkeit) und global trust (generalisiertes Vertrauen). Positive Erfahrungen mit der institutionellen Ordnung verstärken das Vertrauen und steigern gleichzeitig die Erwartung, dass sich diese in vergleichbarer Situation wiederholen. Wenn auch die Binärinteraktionen zwischen Nutzer*innen der Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsprofessionen als Repräsentant*innen des Systems von evidenter Bedeutung sind, so bestimmt Wendt (2003; et al. 2010), dass insbesondere Institutionen die subjektive Wahrnehmung und Bewertungen von Individuen prägen. So wird unter Heranziehung der Eurobarometerdaten in einem europäischen Ländervergleich zum Vertrauen und der Wahrnehmung der Bevölkerung dargelegt, dass vorwiegend Institutionen Einfluss auf das Vertrauen von Bürger*innen nehmen und weniger die individuelle soziale Position von Einzelpersonen die institutionelle Wahrnehmung bestimmt (Wendt, 2003, S. 383). Das heißt, somit auch, dass die Unterstützung des Gesundheitssystems kaum von der sozialen Lage abhängig ist, wobei Wendt einschränkend festhält, dass dieses Argument sich auf Erhebungen bezieht die Mitte der 90er erfolgten und die Einstellung zum Gesundheitssystem vor allem über Zufriedenheitserhebungen und der Frage nach der staatlichen Verantwortung messbar gemacht wurde (Wendt, 2013, S. 284f).

betrachten. Hall et al. (2006, S. 458) unterstreichen, dass für die Vertrauensforschung die Domänen zum spezifischen Arztvertrauen in folgender Reihenfolge bedeutsam sind: loyality or caring, competency, honesty and confidentiality.

1. Unter Fidelity (Patiententreue) ist zu verstehen, dass die Arztperson ohne auf ihren Vorteil zu achten die Interessen der Patient*in vertritt, wie häufig in verwandten Konzepten der Loyalität, Respekt, Advocacy und Vermeidung von Interessenskonflikten zum Ausdruck gelangt. 2. Die Kompetenz (competence) betrifft hingegen das Bemühen die besten erreichbaren (Behandlungs-) Resultate zu erzielen und (kognitive und/oder technische) Fehler zu vermeiden. Grundsätzlich ist es für Patient*innen schwierig, die Kompetenz des ärztlichen Personals einzuschätzen, stellvertretend werden daher häufig die interpersonellen Fähigkeiten (Kommunikationsfähigkeiten und „Visiteverhalten“) als Bewertungsgrundlage herangezogen. 3. Ehrlichkeit (honesty) betrifft die Wahrheit am Krankenbett, d. h. keine Halbwahrheiten zu verbreiten, Falschaussagen zu tätigen, oder auch die Täuschung durch Schweigen. Beispiele hierfür sind, je nachdem wer von fehlender Wahrheit profitiert: die ärztliche Person die Fehler nicht zugibt, die Person oder Familie durch „Näherung von Hoffnung oder Auslösung von Placeboeffekten“ oder die Institution selbst, indem bestimmte Entscheidungsprozesse verschleiert werden. 4. Vertraulichkeit (confidentiality) betrifft den sorgsamsten Umgang und die Weitergabe von sensiblen privaten Informationen, welche nachteilige persönliche und ökonomische Konsequenzen nach sich ziehen können. Die letzte Dimension betrifft 5. das globale Vertrauen (global trust), welches zwei Funktionen erfüllt: einerseits sammelt es alle Überlegungen in Zusammenhang mit dem Vertrauen und andererseits fasst oder greift es den holistischen Aspekt von Vertrauen auf (Hall et al., 2001, S. 621-625).

Aus der Erhebung der Einstellungen hinsichtlich der staatlichen Verantwortung und der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitssystem in 14 europäischen Ländern geht unter Heranziehung der Eurobarometerdaten 57.2/2002¹¹ hervor, dass eine hohe Anzahl von allgemeinärztlichen Personal sowie der verbrachte Zeitaufwand in der Interaktion mit Patient*innen und die freie Wahl ärztlichen Personals sich positiv auswirken. Personen mit hohem Einkommen und über 65 Jahre sind zufriedener als solche mit geringerem Einkommen und einem Alter zwischen 20 und 64 Jahren. Ein Großteil der Personen ist zudem der Überzeugung, dass es in der staatlichen Verantwortung liegt eine angepasste Gesundheitsversorgung sicherzustellen (Wendt et al., 2010, S. 183). In niedrigeren Zufriedenheitswerten – als Indikator für die Stärke des Vertrauens in Gesundheitssysteme (Wendt, 2003, S. 373) – kann zugleich ein Hinweis für niedrigeres Vertrauen in das Gesundheitssystem erkannt werden (Wendt, 2009, S. 7).

Abelson, Miller, & Giacomini explorieren in einer qualitativen Studie anhand der Daten von neun Fokusgruppeninterviews, die im Zeitraum von 2002-2004 in kanadischen Städten durchgeführt wurden, was es bedeutet dem Gesundheitssystem zu vertrauen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Gesundheitssystem (Canadian Medicare) genauso wie die individuellen Gesundheitsanbieter*innen als Objekt von Vertrauen wahrgenommen wird. Kern der Vertrauensbeziehungen ist die häufig geäußerte und subjektive Erfahrung von Verletzlichkeit, die die treibende Kraft für Vertrauen oder eben Misstrauen in Gesundheitsanbieter*innen, Regierungen und politische Parteien und dem Gesundheitssystem ist (Abelson et al., 2008, S. 63).

Die bisherigen Ausführungen unterstützen, dass wenn man Vertrauen in das Gesundheitssystem singular konzeptualisieren will, das es einer erweiterten

¹¹ Zur Überprüfung und zum Vergleich der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und deren Einfluss auf die Einstellungen wurden folgende Merkmale herangezogen: 1. Gesundheitsausgaben (pro Einwohner*in und in Prozent des Bruttoinlandproduktes) mit der Annahme, dass höhere Ausgaben auch die Leistungsfähigkeit des Systems beeinflusst; 2. die Anzahl allgemeinärztlichen Personals (je 1.000 Einwohner*innen) zur Abbildung des Leistungsniveaus, da diese einen Großteil von Gesundheitsleistungen veranlassen; 3. Die Höhe privater Zuzahlungen (in % der Gesamtausgaben für Gesundheit), um das Ausmaß der Privatisierung des Krankheitsrisikos abzubilden und 4. Die Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben (pro Einwohner*in und Prozent der Gesamtausgaben), um das Interventionspotenzial des Staates im Gesundheitssystem abzubilden. Die Zustimmung zum Gesundheitssystem wurde erhoben über die Fragen nach der Funktion oder Verbesserungspotenzialen im Gesundheitssystem (Wendt, 2013, S. 286f).

Perspektive bedarf. Das bedeutet eine Sichtweise anzuwenden, die über die konkreten persönlichen Erfahrungen mit individuellen und korporativen Akteuren im Gesundheitssystem hinausgeht und auch wohlfahrtsstaatliche Aspekte und die Vernetzung des Gesundheitssystems mit anderen sozialen Institutionen wie beispielsweise der Politik berücksichtigt (Gille, Smith & Mays, 2017, S. 39). Gleichzeitig ist damit ausgedrückt, dass der Prozess der Leistungserbringung und die erzielten Gesundheitsergebnisse wesentlich durch Maßnahmen und Regulierungen außerhalb des Gesundheitssystems determiniert sind (Schwarz & Janus, 2006, S. 79). Diese Tatsache ist für die vorliegende Arbeit nicht zu vernachlässigen und von Wert, da damit auch die Relevanz von Kooperationsbeziehungen (Gilson, 2003, S. 1461) unterschiedlicher institutioneller Regime in ihrer gemeinsamen Bedeutung hervorgehoben wird, um Gesundheit für die Bevölkerung zu ermöglichen. Es ist überdies anzumerken, dass obwohl die Gesundheitsversorgung eine vorwiegend nationale Aufgabe ist, sich die Austauschbeziehungen im Rahmen einer Europäisierung und Globalisierung von Gesundheitssystemen noch ausweiten (Siegrist, 2005, S. 339). Diese expandierende Bedeutung wird auch beispielsweise im Rahmenkonzept Gesundheit 2020¹² mit dem Bestreben einer (gemeinsamen) Gesundheitspolitik in der Europäischen Union zum Ausdruck gebracht (WHO Regionalbüro für Europa, 2020).

Die Befunde legen nahe, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem zu einem von den institutionell erzielten Leistungsergebnissen abhängt, d. h. dass das Gesundheitssystem alles unternimmt, um eine qualitative Versorgung sicherzustellen. Zum anderem hängt Vertrauen davon ab, inwieweit institutionelle Leitideen und Wertvorstellungen, wie beispielsweise Chancengleichheit, Partizipation umgesetzt werden. Institutionsvertrauen basiert und ist günstigenfalls Wendt (2007, S. 381) zufolge, am besten abgesichert, wenn eine hohe Zustimmung zu den zugrunde liegenden Wertvorstellungen als auch eine hohe Zustimmung zu den Leistungsergebnissen, vorliegt. Es liegt nahe, dass sich Erfahrungen mit

¹² Das Rahmenkonzept Gesundheit 2020 für eine Gesundheitspolitik in der Europäischen Region soll Maßnahmen in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft unterstützen und verfolgt folgende Ziele: Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung, Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, Stärkung der öffentlichen Gesundheit und die Gewährleistung nachhaltiger flächendeckender bürger*innennaher Gesundheitssysteme die Chancengleichheit und qualitative hochwertige Gesundheitsleistungen bieten (WHO Regionalbüro für Europa, 2020).

Gesundheitsdiensteanbietern im Rahmen von gesichtsabhängigen Vertrauensbeziehungen und der damit steigenden Erwartungssicherheit sich positiv auswirken. Nach institutionstheoretischer Auffassung liegt allerdings die Quelle des Vertrauens weniger in den konkreten die Institution repräsentierenden Interaktionspartner*innen, sondern vielmehr in den institutionell vermittelten Normen und Werten. Demgemäß vertraut man den wohlwollenden Prinzipien des Systems (Fuchs, Gabriel & Vökl, 2002, S. 430). Eine positive Wahrnehmung und Vertrauen in andere Institutionen (Politik, Wirtschaft, Justiz) kann dabei einen nicht unbeträchtlichen wechselbeziehenden Vertrauenseinfluss auf die institutionalisierte Gesundheitsversorgung nehmen, womit zum Ausdruck gelangen soll, dass Institutionsvertrauen und -zufriedenheit¹³ von gesellschaftlichen Verhältnissen abhängt. Geht man von den bisherigen Überlegungen aus, das vorrangig Institutionen Vertrauen schaffen, so ist das empirische Interesse demnach gelagert in Erfahrung zu bringen, inwieweit ein generalisiertes Vertrauen in unterschiedliche institutionelle Regime (gesamtgesellschaftliches Institutionsvertrauen) die Einzelbewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung berührt.

Öffentliches oder gesamtgesellschaftliches Institutionsvertrauen steht auch in Verbindung mit interpersonalem Vertrauen. Vertrauenserfahrungen an Zugangspunkten mit health care professionals können Vertrauen wecken und Systemvertrauen aufbauen. Umgekehrt beeinflusst das Gesundheitssystemvertrauen auch das Verhalten in Interaktionsbeziehungen mit Gesundheitsprofessionen (Straten et al., 2002; S. 227ff).

¹³ Die begriffliche Abgrenzung der Konzepte Zufriedenheit und Vertrauen ist teilweise schwer zu treffen. Hall (2001, S. 617f; 2006, S. 461) pointiert vor allem in Hinblick auf die Interaktion von Patient*innen und ärztlichen Personen, dass Zufriedenheit eine ähnliche Einstellung wie Vertrauen ist, aber vorwiegend zur Messung von erfahrenen Leistungen verwendet wird. Zufriedenheit als Möglichkeit die Performanz zu messen bezieht sich dabei eher auf retrospektive Erfahrungen (beispielsweise Interaktionen mit Gesundheitsprofessionen, erlebte Stationsaufenthalte), während Vertrauen sich vor allem auf künftige Verhaltenserwartungen (forward-looking evaluation) bezieht. Wendt (2009, S. 7), der nicht die individuelle Beziehungsebene fokussiert, erkennt in seinen vergleichenden Untersuchungen von europäischen Gesundheitssystemen in niedrigen Zufriedenheitswerten auch einen Zusammenhang mit niedrigen Vertrauenswerten.

In der vorliegenden Arbeit wird die Auffassung vertreten, dass Zufriedenheit in einer wechselseitigen Beziehung zu dem Konzept des Vertrauens steht und Zufriedenheit sich auch tendenziell vor allem auf die Leistungsebene bezieht und als Vorhersagegröße wirksam wird, d. h. auch, dass Erfahrungen der Zufriedenheit zeitlich betrachtet auch Vertrauen etablieren können (Hall, 2006, S. 461; Krot & Rudawska, (Platonova, Kennedy, & Shewchuk, 2008, S. 700).

Im Folgekapitel wird daran anknüpfend die Bedeutung des interpersonalen Vertrauens und mit diesem der Sozialkapitalansatz fokussiert.

2.3.2 Interpersonales Vertrauen als Domäne sozialen Kapitals

Wie eingangs erwähnt ist Vertrauen als ein öffentliches Gut oder als eine Domäne sozialen Kapitals begreifbar (Misztal, 1996, S. 96). Putnam, Leonardi, & Nanetti (1993, S. 167) betrachten ebenfalls soziales Kapital insoweit, als dass es spezielle Eigenschaften oder Domänen wie Vertrauen, soziale Netzwerke und Normen beinhaltet, um effizient Handlungen anzubahnen und zu koordinieren. Bourdieu (1983) unterscheidet verschiedene Kapitalsorten und bestimmt soziales Kapital als eine Kapitalform die vorwiegend aus den Möglichkeiten besteht andere um Hilfe, Rat oder Informationen zu bitten. Soziales Kapital bildet sich, beziehungsweise entsteht innerhalb von sozialen Netzwerken (Freundschafts-, Vertrauensbeziehungen, Bekanntschaften) und durch eingegangene Mitgliedschaften (beispielsweise in Organisationen, Verbänden etc.), die das Ausmaß des sozialen Kapitals widerspiegeln. Soziales Kapital korreliert dabei auch mit anderen Kapitalsorten, bzw. lässt sich auch in ökonomisches oder kulturelles Kapital transformieren (Bourdieu, 1983, zit. in Fuchs-Heinritz & König, 2014, S. 133f). Interpersonales Vertrauen ist, davon wird ausgegangen, einerseits ein mögliches Ergebnis und gleichzeitig Voraussetzung für die soziale Kapitalanhäufung und folglich eine bedeutende Komponente oder Domäne sozialen Kapitals. Die Höhe und das Ausmaß des sozialen Kapitals sind dabei im Wesentlichen von der Größe des Netzwerkes und der erlebten Qualität des Austausches bestimmt (Islam et al., 2006, S. 5).

Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass Vertrauen als eine Domäne des Sozialkapitals die Kooperation den Aufbau und die Kooperation in sozialen Beziehungen fördert. Daran anknüpfend hält Coleman (1991) fest, dass soziales Kapital komplexen Beziehungen innewohnt, die zwei Aspekte gemeinsam haben. Erstens *„[bestehen] Sie alle [...] aus irgendeinem Aspekt einer Sozialstruktur, und sie begünstigen bestimmte Handlungen von Individuen, die sich innerhalb dieser Struktur befinden.“* (Coleman, 1991, S. 392). Mit Aufgriff des Argumentes der Funktion wie bei Putnam et al. (1993), dass soziales Kapital Handlungen begünstigen kann, ist auch eine wichtige Form des in Beziehungsstrukturen innewohnenden Sozialkapitals, das Informationspotenzial, besonders zu beachten. Gesundheitsinformationen sind wichtig für die Schaffung von Handlungsgrundlagen, beispielsweise präventive oder

gesundheitsvorsorgliche Maßnahmen zu treffen oder ärztliches Personal überhaupt zu konsultieren. Eine Möglichkeit sich Informationen zu beschaffen, besteht eben im Rückgriff auf soziale Beziehungen, womit zugleich das individuelle Ressourcenpotenzial von sozialem Kapital angesprochen ist (Coleman, 1991, S. 402). Dabei fungieren die Personen, die Informationen häufig in Form von Bewertungen und Empfehlungen abgeben, als Vertrauensintermediäre (Vertrauensvermittlungsinstanzen). Dieser Aspekt ist für den vorliegenden Beitrag relevant und findet methodisch Berücksichtigung. Es wird angenommen, dass nicht nur direkte Erfahrungen mit Systemrepräsentant*innen an Zugangspunkten für die Vertrauensbildung und in Interdependenz institutionelles Vertrauen durch die Orientierung an Leitbildern und Normen und Werte von Bedeutung sind, sondern zusätzlich auch vertrauensvermittelnde Instanzen. Dazu zählen, wie Grünberg¹⁴ (2014) in einer qualitativen Studie zum öffentlichen Vertrauen in das Gesundheitssystem erörtert, neben direkten Vertrauenserfahrungen mit ärztlichem Personal, auch das sozial vermittelte Vertrauen durch Bezugspersonen und das medienvermittelte Vertrauen¹⁵) (Grünberg, 2014, S. 172). Lenkt man den Blick auf das sozial vermittelte Vertrauen als Ressource, so liefert Granovetter (1973) eine differenzierte Sicht auf soziale Bezugsgruppen und deren vertrauensgenerierendes Potenzial. Nach Granovetter ist die Stärke von symmetrischen Bindungen (beispielsweise im Freundeskreis, familiären Umfeld) vorwiegend bestimmt durch das gemeinsam verbrachte Zeitausmaß, der eingebrachten emotionalen Intensität, dem gegenseitigen vertraulichen Umgang und der gegenseitigen Unterstützung. Granovetter argumentiert aus einer Netzwerkperspektive, dass sich starke Bindungen (strong ties) vor allem in ähnlichen (statusähnlichen) oder gleichen Beziehungsverhältnissen ausbilden. Schwache Bindungen (weak ties) hingegen

¹⁴ Grünberg (2014) geht in Ihrer qualitativen Studie mit Patient*innen (17 Leitfadeninterviews) der Frage nach, wie Vertrauen in das Gesundheitssystem – aus einer mesoanalytischen Betrachtung des Vertrauens in die Organisation Krankenhaus – aufgebaut wird und inwieweit direkte Kontakte mit ärztlichem Personal, sozialer Austausch mit Bezugspersonen und mediale Berichterstattungen sich auf das öffentliche Vertrauen in das Gesundheitssystem auswirken.

¹⁵ Es sei an dieser Stelle ergänzend und sensibilisierend erwähnt, dass mediale Themensetzungen und die damit verbundene quantitative und qualitative gesundheitsbezogene Kommunikation durch die vierte Gewalt der Medien (vor allem von (digitalen) Massenmedien) eine erhebliche Trag- und Reichweite hinsichtlich der Gesundheitswirkungen zukommt. Beispielsweise werden durch allgemeine Berichte über das Gesundheitssystem, Präventionsthemen, Berichte über gesundheitsrelevante Gesundheitskrisen (z. B. Coronavirus) die öffentliche Meinungsbildung und auch Vertrauensgenerierung durch Medieninstitutionen beträchtlich beeinflusst.

haben ein verstärktes Potenzial Vertrauen zu erweitern und haben demzufolge Potenzial Sozialkapital aufzubauen. Dies wird damit begründet, dass Akteur*innen in einem Netzwerk von schwachen Bindungen (beispielsweise flüchtigen Bekanntschaften) einen intensivierten Zugriff auf Kommunikation und Informationen haben, da Personen in einem differenten Netzwerk über andere gewinnbringende Informationen verfügen, als in einem vertrauten und sich strukturell ähnelnden Netzwerk von starken Beziehungen (Granovetter, 1973, S. 1371-1373).

Man vertraut demgemäß dem Urteil und den Empfehlungen von Personen, die Coleman (1991) als Vertrauensintermediäre bezeichnet, die wiederum ihre Urteile über direkte oder indirekte Erfahrungen (mittelbare Kontakte) mit relevanten Vertrauensobjekten (beispielsweise andere Bekannte, oder mit konkreten ärztlichen Einzelpersonen oder allgemeiner health professionals, bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens etc.) mitteilen, oder über diese Erfahrungen berichten.

Putnam (2000, S. 22f) differenziert in dessen Sozialkapitaltheorie zwischen brückenbildendem (bridging social capital) und bindendem (bonding social capital¹⁶) oder inklusivem oder exklusivem Sozialkapital. Das brückenbildende Kapital bezieht sich vorwiegend auf Kooperationsbeziehungen mit Personen, mit denen man bisher wenige Kontakte hatte. Brückenbildendes Kapital kommt dabei üblicherweise in Beziehungen vor, die hinsichtlich von Status, sozialer Herkunft, Alter etc. sehr unterschiedlich ausfallen, wie beispielsweise im Falle von Beziehungen zu Gesundheitsprofessionen. Unter bindendem Sozialkapital werden mit unterschiedlicher Ausprägung regelmäßige Kooperationen, Unterstützungsleistungen, beispielsweise in Form von Informationen gegenüber oder in vorwiegend homogenen Gruppen wie Familienzugehörigen, Bekannten, Verwandten oder im Freundeskreis, verstanden (Putnam et al., 1993, zit. in Murayama, Fujiwara & Kawachi, 2012, S. 180).

Diese Unterscheidungen sind auch für die vorliegende Arbeit bedeutsam und nutzbar, da davon ausgegangen wird, dass neben brückenbildendem Sozialkapital (beispielsweise in der grundsätzlich asymmetrischen Binärinteraktion von ärztlichen Personen und Patient*innen) ebenso soziale vermittelte Erfahrungen im Rahmen von bindendem Sozialkapital auch individuelle Vorstellungen von Individuen prägen. Diese Vorstellungen und indirekten Erfahrungen können die Basis für generalisierte

¹⁶ Gittel & Vidal bezeichnen Beziehungen zwischen Personen, die sich kennen als „bonding capital“ (1998, S. 15) und übernehmen in einer vereinfachten Typisierung auch den Begriff „bridging capital“ von Putnam (2000).

und kollektive Wahrnehmungen von Institutionen, wie beispielsweise des Gesundheitssystems maßgeblich mitbestimmen. Zhao et al. (2019, S. 37) eruierten in deren Querschnittstudie anhand der Analyse von Daten des International Social Survey Programme von 2011-2013 (n = 5347), dass das Vertrauen in das Gesundheitswesen neben Vertrauen in die lokale Regierung, auch beeinflusst wird von interpersonalem Vertrauen (generelles Vertrauen in andere Personen). Auch Schiffman, Thelen & Sherman (2010, S. 375ff) bezwecken mit ihrer Untersuchung aufzuzeigen, wie generelles interpersonales Vertrauen mit drei Konstrukten politischen Vertrauens zusammenhängt: 1. Vertrauen in die Regierungsform (trust in governmentform), 2. politischer Zynismus (political cynicism) und 3. Vertrauen in Amtsinhaber*innen/Amtsträger*innen (incumbent trust). Die Erhebung mittels Email-Fragebögen erfolgt in 4000 zufällig ausgewählten amerikanischen Haushalten und die analysierten Daten zeigen, dass interpersonales Vertrauen positiv assoziiert ist mit der jeweiligen Regierungsform und politischen Amtsträger*innen. Interpersonales Vertrauen steht folglich in einem Wechselbeziehungsverhältnis zu institutionellem Vertrauen.

Mit Blickwendung zu den Auswirkungen des sozialen Kapitals und des Vertrauens als eine Domäne des sozialen Kapitals auf die Gesundheit von Personen, kann festgehalten werden, dass positive Auswirkungen in zahlreichen Studien hinreichend belegt und diskutiert sind (Murayama et al., 2012; Rocco et al., 2011; Islam et al., 2006). Beispielsweise zeigen Giordano, Mewes & Miething (2019) in einer in den Vereinigten Staaten durchgeführten Mehrebenenstudie den Zusammenhang zwischen Vertrauen und der Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit auf. Um die Annahme zu prüfen, dass generalisiertes Vertrauen im Zusammenhang mit der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung steht, wurden in deren Analyse repräsentative gepoolte Daten (Sekundärdaten) von 1978 bis 2010 aus dem US General Social Survey (GSS) verbunden mit dem National Death Register/Index (NDI), verwendet. Es konnten Daten von 25.270 Personen, verteilt im Zeitraum von 1978 bis 2010 zur Auswertung herangezogen werden und es lagen in der Stichprobe 2014 6.424 Sterbefälle vor. Die Studie verfolgte das Ziel, die Zusammenhänge zwischen generalisiertem Vertrauen auf der Individualebene (Überzeugung, dass man den meisten Personen vertrauen kann) und auf der aggregierten Ebene (Vertrauen in bekannte Individuen/Gruppen, Institutionsvertrauen) und der Gesamtmortalität zu eruiieren. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen

dem individuellen und generalisierten Vertrauen und der Gesamtmortalität festgestellt werden. Hohe Werte von generalisiertem Vertrauen können daher als protektiv bezeichnet werden und die Sterblichkeit senken, während Personen mit niedrigerem Vertrauen ein höheres Mortalitätsrisiko aufweisen. Höheres Vertrauen ist als Gesundheitsressource zu betrachten und fördern die Resilienz in Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen aufgrund sozialer Benachteiligung (Giordano, Mewes & Miething, 2019, S. 53f).

Wie eng soziales Kapital mit gesundheitlichen Befunden in Verbindung zu bringen ist, zeigt auch, dass diese Dimension vielfach in integrierten Erklärungsmodellen Berücksichtigung findet, um Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Gesundheit darzustellen. Jungbauer-Gans und Gross (2009) gehen in ihrem Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit davon aus, dass sich soziale Differenzierung¹⁷ über vermittelnde Instanzen auf die Morbidität und Mortalität auswirkt. Zu diesen vermittelnden Instanzen zählen das Gesundheitsverhalten (Konsumverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitspräventivleistungen etc.), Gesundheitsbelastungen im Wohn-, Arbeits- und/oder sozialen Umfeld und kulturelle, genetische und soziale Ressourcen, wie beispielsweise das Sozialkapital als immaterielle Ressource, welches entsprechende Wirkungen entfalten kann (Jungbauer-Gans & Gross, 2009; S. 91). Diese möglichen Wirkungen des Sozialkapitals, bzw. die Zusammenhänge zwischen subjektivem Wohlbefinden und sozialem Kapital sollen im nächsten Kapitel kurz angesprochen werden, da das subjektive Wohlbefinden als eine mögliche Einflussgröße in Zusammenhang mit der Bewertung des Gesundheitssystems erachtet wird.

2.3.3 Sozialkapital als Ressource für subjektives Wohlbefinden

Soziale Beziehungen können, wie bereits angedeutet, in Abhängigkeit der quantitativen strukturellen Dimension (Umfang des Netzwerkes) und der qualitativen kognitiven Dimension (Vertrauensqualität, erlebten Qualität) als Ressource für die Gesundheit betrachtet werden (Islam et al., 2006, S. 5). In einer Vielzahl an Studien wird konstatiert, dass Personen welche über ein hohes Sozialkapital – als Ressourcengenerierungspotenzial – verfügen, auch einen besseren oder höheren

¹⁷ Mit Blickwendung auf die soziale Differenzierung berücksichtigen Jungbauer-Gans & Gross (2009, S. 91) die vertikale Differenzierung (Einkommen, Bildung, Beruf und berufliche Position) und die horizontale Differenzierung (Alter, Gender, soziale Herkunft, Lebensstil, Milieu) sowie den sozioökonomischen Kontext.

Gesundheitszustand aufweisen, beziehungsweise das subjektive Wohlbefinden besser eingeschätzt wird (Hartung, 2019, S. 177-189). Die Zusammenhänge sind diesbezüglich als durchwegs komplex zu betrachten. Gross & Jungbauer-Gans (2012) heben die Bedeutung des Sozialkapitals in vielerlei Hinsicht als Bildungs-, Arbeitsmarkt und Gesundheitsressource hervor. Insbesondere mit Blick auf die Einflussmechanismen des Sozialkapitals auf den Gesundheitszustand werden verschiedene Zusammenhänge aufgezeigt. So wirkt sich individuelles Sozialkapital in Form von sozialer Unterstützung und des sozialen Rückhaltes direkt auf die Gesundheit aus. Das soziale Umfeld (Familie, Freundschafts-, Bekanntenkreis) fungiert aber auch als eine vermittelnde Instanz, die das Gesundheitsverhalten indirekt beeinflusst (beispielsweise durch die Sozialisationsinstanz Familie, wo bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen vorgelebt werden). Ein weiterer Einflussmechanismus auf die Gesundheit ist durch die Moderation und Abschwächung von Stressbelastungen gegeben. Die sogenannte Pufferthese besagt, dass soziale Beziehungen akute oder chronische Stresszustände abfedern können. Darüber hinaus sind Kontexteffekte nicht zu vernachlässigen, d. h., dass bei Vorliegen eines eigenständigen Effektes von kollektiven Merkmalen, beispielsweise ein sozialer Zusammenhalt in der Nachbarschaft / Wohnumfeld, oder durch die soziale Kontrolle in Bezug auf das individuelle Wohlbefinden und der subjektiven Gesundheit positive Gesundheitsergebnisse zu erwarten sind (Gross & Jungbauer-Gans, 2012, S. 119-125). Dass der positive Einfluss nicht nur unidirektional verläuft, zeichnen Rocco, Fumagalli & Suhrcke (2014, S. 14) anhand der Analyse der Daten der ersten vier Wellen (2002/3; 2004/5, 2006/7 und 2008/9) des European Social Survey nach. Zu einem wird betont, dass soziales Kapital (beispielsweise durch leichteren Zugang zu Gesundheitsinformationen, oder durch informelle Unterstützungsleistungen und psychologische Unterstützung) mit einem höheren subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand in Verbindung zu bringen ist und zum anderem, dass ein höherer subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand auch mit höherem Sozialkapital einhergeht (Rocco et al., 2014, S. 4f, S. 18).

Kawachi et al. (1997) berücksichtigen in einer Querschnittstudie die Dimension des Sozialkapitals zur Untersuchung der Verbindung zwischen dem sozioökonomischen Status und gesundheitlicher Ungleichheit. Zur Analyse wurden kumulierte Daten des General Social Survey von 1986 bis 1990 herangezogen. Soziales Kapital wurde dabei anhand der Dichte des sozialen Netzwerks, des zivilen Engagements und der

Überzeugung, dass den meisten Personen vertraut/misstraut werden kann gemessen¹⁸. Die Ergebnisse zeigen, dass Einkommensungleichheit demnach stark mit sozialer Gruppenmitgliedschaft (per capita group membership) und sozialem Vertrauen korreliert. Bei geringem Sozialkapital wirkt sich die Einkommensungleichheit stärker aus und ist zudem assoziiert mit einem höheren Mortalitätsrisiko von Herz- Kreislauferkrankungen, Malignomen und erhöhter Kindersterblichkeit (Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997, S. 1493-1496). In explorativen Analysen wird ferner eine hohe Assoziation zwischen dem Vertrauen und der Patient*innenzufriedenheit mit vor allem der Behandlung, einem produktiven Gesundheitsverhalten sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgehalten. Birkhäuser et al. (2017) halten dahingehend in einer Metaanalyse gleichfalls einschränkend fest, dass dies allerdings nicht für objektive Gesundheitsresultate (observer rated outcomes) zu beanspruchen ist (Birkhäuser et al., 2017, S. 6). Dass, das Patient*innenvertrauen eng mit positiven Gesundheitsverhalten und damit auch spezifischen Gesundheitsoutcomes assoziiert ist, wird insbesondere durch die Interdependenz von Personenzufriedenheit – wobei Vertrauen allgemein als ein Prädiktor für die Zufriedenheit zu betrachten ist (Platonova, Kennedy, & Shewchuk, 2008, S. 700) – mit dem ärztlichen Personal in der Gesundheitsversorgung und der Adhärenz zu Behandlungsempfehlungen in Verbindung gebracht (Birkhäuser et al., 2017, S. 6f).

2.3.4 Abhängigkeit des Vertrauens von soziodemografischen Merkmalen

Einige Autor*innen pointieren eine Vielzahl von miteinander in Verbindung stehenden soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren, welche das Vertrauen in das Gesundheitssystem, oder in Repräsentant*innen des Systems oder auch in Vertrauensintermediäre maßgeblich beeinflussen. Dazu zählen unter anderem die individuellen Merkmale Bildungsstatus, Alter, Gender, soziale Herkunft, Einkommen, Wohnumfeld, Versicherungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem und andere. Eine Reihe von Untersuchungen verweisen vor allem auf die Bildungs-, Einkommens-, Alters-, Herkunfts-, Genusgruppen- und Wohnumfeldabhängigkeit von Vertrauensbeziehungen in unterschiedliche Vertrauensdimensionen. Aufgrund der

¹⁸ Soziales Kapital wurde erhoben anhand der Antworten der Respondent*innen auf die Fragestellungen: a) Most people would try to take advantage of you if the can; b) You can't be too careful in dealing with people; c) People mostly look out for themselves (Kawachi et al., 1997, S. 1493).

variierenden methodischen Vorgehensweise und kontextuellen Abhängigkeit sind die Ergebnisse allerdings recht inkonsistent (Batbaatar et al., 2017; Peck & Conner, Ward, 2008; Schwei, Kadunc, Nguyen & Jacobs, 2014, Croker et al., 2013; Zhao, Rao & Zhang, 2016; Schnittker, 2004, Schoenthaler et al., 2014).

Um internationale Unterschiede des Vertrauens in das Gesundheitssystem zu analysieren und zu vergleichen, verwendeten Zhao D. et al. (2019) Umfragedaten des International Social Survey Programms (ISSP) von 2011 bis 2013 in 31 vorwiegend europäischen Staaten (n=46.432). Aus dem Umfrageprogramm wurden zur Messbarmachung von Vertrauen unterschiedliche Variablen verwendet, die Zufriedenheit mit der Behandlung, der subjektive Gesundheitszustand, die subjektive soziale Positionierung, die ärztliche Konsultationsfrequenz und soziodemografische Variablen wie das Alter, Geschlecht, Einkommen, Wohnumfeld und der Bildungsgrad. Eine der stärksten Prädiktoren für das Gesundheitssystemvertrauen stellten dabei kürzliche Erfahrungen der Respondent*innen im Gesundheitssystem sowie der subjektive Gesundheitszustand dar. Ein höherer Bildungsstatus, ein urbanes Wohnumfeld und ein geringeres Bruttoinlandsprodukt (bzw. niedrigere Gesundheitsausgaben pro Kopf) sind mit niedrigeren Vertrauenswerten in das Gesundheitssystem in Verbindung zu bringen (Zhao D., Zhao H., & Cleary, 2019, S. 132-135).

Croker et al. (2013) halten im Rahmen einer nationalen Studie in England zum Vertrauen in allgemeinärztliches Personal fest, dass ein höheres Alter (> 65 Jahre) tendenziell mit höherem Vertrauen in allgemeinärztliches Personal einhergeht, Frauen und bestimmte ethnische Zugehörigkeiten in diesem Zusammenhang ein geringeres Vertrauen in allgemeinärztliches Personal haben (Croker et al., 2013, S. 4). Auch das jeweilige Gesundheitssystem mit dem jeweiligen Finanzierungssystem ist als beeinflussender Faktor zu betrachten. Wang et al. (2018) zeigen in einer Querschnittserhebung in mehreren Spitälern in China auf, dass eine höhere Bildung, höheres monatliches Einkommen/Familieneinkommen mit niedrigeren Vertrauenswerten zusammenhängt, und betonen gleichzeitig, dass dieser Befund sich von westlichen Gesellschaften unterscheidet (Wang et al., 2018, S. 28). Wendt et al. (2010) verweisen in deren komparativen Untersuchungen zu der Wahrnehmung von Gesundheitssystemen in vierzehn europäischen Staaten anhand der Eurobarometerdaten 57.2 (2002) darauf, dass Personen mit höherem Einkommen, mit gutem Gesundheitszustand und höherem Alter (> 65 Jahren)

signifikant zufriedener mit der Gesundheitsversorgung sind, als die Vergleichsgruppe mit niedrigem Einkommen, schlechtem Gesundheitszustand und Personen in einem Alter von 20 bis 64 Jahren (Wendt, Kohl, Mischke & Pfeifer, 2010, S. 185ff).

Schnittker (2004, S. 217) meint, dass obwohl verschiedene Beobachtungsstudien geringere Vertrauenswerte von ethnischen Minoritäten und Personen mit niedrigeren sozioökonomischen Status als Gründe für Misstrauen aufzeigen, werden die zugrunde liegenden Ursachen eher wenig beachtet. Die sieht Schnittker (2004) vor allem in der sozialen Distanz in klinischen asymmetrischen Begegnungen, respektive in professionell vermittelten Interaktionen, vor allem zwischen Patient*innen und ärztlichen Personen.

2.3.5 Gesundheitssystem als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution

In diesem Kapitel erfolgt eine Begriffsannäherung und Darstellung des Gesundheitssystems als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution/Teilsystem. Im Zuge der Ausführungen werden idealtypische Wohlfahrtsstaatsmodelle und das österreichische Gesundheitssystem anhand ausgewählter Daten und Fakten beschrieben. Die Ausführungen zielen insgesamt darauf ab, einerseits einen kurzen Einblick in Wohlfahrtsstaatlichkeit und in das Gesundheitssystem zu erhalten, und andererseits soll damit gleichzeitig verstärkt auf die Kontextgebundenheit, beispielsweise im Zusammenhang mit Bewertungen des Gesundheitswesens, verwiesen werden. Die Tatsache, dass Individuen sich an Institutionen orientieren und ihr Handeln darauf ausrichten führt dieser Perspektive folgend, auch dazu, dass unterschiedlich institutionalisierte Gesundheitssysteme zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und Bewertungen durch die Bevölkerung führen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass damit auch ein differentes Inanspruchnahmeverhalten und auch Gesundheitsverhalten einhergeht (Wendt, 2008, S. 287).

2.3.5.1 Definition & Zielsetzungen des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution kann mit Bezugnahme auf die Zielsetzungen definiert werden als *„Gesamtheit von Einrichtungen, Maßnahmen und Programmen mit dem Zielen, gesundheitliches Wohlbefinden der Bevölkerung oder einzelner Zielgruppen zu verbessern, Erkrankungsrisiken zu minimieren und durch professionelle Dienste und*

Einrichtungen der Erkennung und Therapie von Krankheiten zu dienen.“ (Schwarz & Janus, 2006, S. 73) Nach Murray & Frenk (zit. in Siegrist, 2005, S. 324) umfasst das Gesundheitssystem alle Mittel, Personen, Institutionen die zum Einsatz gelangen, um gesundheitsbezogene Leistungen durchzuführen, einschließlich der Organisation und Finanzierung dieser Dienste. Siegrist (2005, S. 324) erweitert mit Bezug auf die Zielsetzungen des Gesundheitssystems, das neben der Sicherung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung unter Priorisierung der Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit darüber hinaus andere Ziele zu verfolgen sind. Dazu gehören im Wesentlichen die Fairness beim Zugang zu dem Gesundheitssystem und die Gerechtigkeit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, fußend auf einer Klient*innenorientierung die den Respekt der Person sowie die Wahrung ihrer Rechte (wie beispielsweise Vertraulichkeit, Würde, informierte Zustimmung etc.) berücksichtigt.

Inwieweit diese Zielsetzungen realisiert werden hängt nicht unwesentlich davon ab in welchem Umfang und Ausmaß die Regulierung des Gesundheitswesens, als eine wohlfahrtsstaatlich zu steuernde Aufgabe, wahrgenommen wird.

2.3.5.2 Wohlfahrtsstaatlichkeit und idealtypische Regime

Den Wohlfahrtsstaat kann man als ein soziales, wirtschaftliches und politisches System betrachten, indem der Staat die Verantwortung und Befugnis übernimmt, die Sicherheit und das Wohlbefinden der Bürger*innen in sozioökonomischer Hinsicht zu fördern. Die Einrichtung des Wohlfahrtsstaates ist dabei selbst in ein komplexes System von miteinander vernetzten anderen Institutionen eingeflochten und hängt nachvollziehbarerweise nicht nur von politischen Entscheidungen, sondern nicht zuletzt von ökonomischen Verbindungen ab, welche die Quantität und Qualität der Ressourcen(Verteilung) beeinflussen. Neben der Einrichtung des Wohlfahrtsstaates sind soziale Netzwerke, lokale Gemeinschaften etc. ebenso bedeutend für die Sicherstellung des Wohlbefindens der Bevölkerung. Das allgemeine Wohlbefinden kann man auch als das vielfältige Zusammenwirken von dreierlei Institutionen, dem Staat, dem Markt und der Familie begreifen (Vogliotti & Vattai, 2014, S. 12).

In den europäischen Staaten haben sich dabei unterschiedliche Wohlfahrtssysteme entwickelt, die im Rahmen von Gesundheitssystemvergleichen insbesondere häufig idealtypisch dargestellt werden. Im Rahmen einer vergleichenden Perspektive ist daher zu berücksichtigen, dass die idealtypischen Darstellungen der

Gesundheitssysteme so in reiner Form nicht vorkommen und nicht die Komplexität des jeweiligen Wohlfahrtssystems wiedergeben können (Deeming, 2017). Eine durchaus häufige idealtypische Unterscheidung ist die entlang der Esping-Andersen'schen Typologie des Drei-Welten-Wohlfahrtsstaatskapitalismus. Esping Andersen (1989) differenziert das liberale, das konservativ korporatistische und das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsmodell. Diese unterscheiden sich grundsätzlich hinsichtlich der Prinzipien der Berechtigung (Anspruchsberechtigung) und der (sozialen) Stratifizierung, die wiederum unterschiedliche Arrangements zwischen den Instanzen Staat, Markt und Familie zulassen. Wie unterschiedlich diese Modelle wahrgenommen werden, geben Kohl & Wendt (2004, zit. in Wendt, 2006, S. 289f) in einer Analyse der Eurobarometerdaten (1996 und 2002) wieder. Dabei wird ersichtlich, dass an der Spitze der Zufriedenheitsskala das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsmodell (80 % Zustimmung) gefolgt vom konservativen Modell (70 %) und dem liberalen Wohlfahrtsstaatsmodell (50 %), steht.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die unterschiedlichen idealtypischen Wohlfahrtsstaatsmodelle und berücksichtigt dabei die Aspekte der Intensität der Leistungserbringung, die Auswirkung auf die soziale Stratifizierung und die Bestimmung der hauptsächlichen Steuerungsinstanzen (Akteursinstanzen) von Staat, Markt und Familie.

Tabelle 1: Idealtypische Wohlfahrtsregime

	Leistungen	Soziale Stratifizierung	Hauptakteur (Staat, Markt, Familie)
Liberale Modell (z. B. USA, Großbritannien)	Niedrige Sozialfürsorge, Transferleistungen, Versicherungsprogramme (Sozial-, Staatsbeiträge)	Erhöht die Schichtungsordnung	Markt Staat fördert den Markt (marktförmig differenzierte Wohlfahrt)
Konservative-korporatistische Modell (z. B. Deutschland, Österreich, Frankreich)	Mittelmäßige Leistungen (Sozial-, Staatsbeiträge)	Weitgehender Erhalt der Statusdifferenzen	Staat und Familie; Subsidiarität (Dämpfung der Marktwirkung)
Sozialdemokratische Modell (z. B. Schweden, Finnland, Norwegen, Dänemark)	Hohe Leistungen (vorwiegend Staatsbeiträge)	Verringerung der Statusdifferenzen	Staat (angestrebt wird bestmögliche Marktunabhängigkeit) Universale Solidarität

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Esping-Andersen 1989, S. 20-25 & Vogliotti & Vattai, 2014, S. 19-21

Das österreichische Gesundheitssystem ist ein Teilsystem eines wesentlich konservativ korporatistisch geprägten Wohlfahrtsstaatsregimes, da die Leistungen vorwiegend über Sozialbeiträge (Sozialversicherungsbeiträge und Steuern) erfolgen. In diesem Modell ist auch ein weitgehender Zusammenhang zwischen den sozialen Leistungen und der Erwerbsposition vorgesehen, wobei Statusdifferenzen weitgehend erhalten bleiben. In der sozialen Absicherung kommt der Familie und dem Staat eine bedeutende Rolle zu. Das konservative Modell folgt dem Subsidiaritätsprinzip, d. h., der Staat greift nur dann ein, wenn die Familie Bedürfnisse Angehöriger nicht erfüllen kann. Dabei ist die Dekommodifizierung¹⁹ als mittelgroß zu bewerten, d. h. dass der Staat Markteingriffe in die Gesundheit abschwächt, aber nicht umfassend aufhebt (Vogliotti & Vattai, 2014, S. 20f).

Gerade innerhalb und auch außerhalb der europäischen Wohlfahrtsstaaten kann festgehalten werden, dass eine Vielzahl der Länder über hoch entwickelte Gesundheitssysteme verfügen (Schölkopf & Pressel, 2017, S. 1) und dass weitgehend von der Bevölkerung die Auffassung vertreten wird, dass es Aufgabe des Staates ist, für eine angemessene Gesundheitsversorgung zu sorgen (Wendt, 2006, S. 290). Dabei gibt es bei einer vergleichenden Betrachtung der Gesundheitssysteme erhebliche Unterschiede. Eine noch durchaus gebräuchliche und genutzte Typologisierung ist die Differenzierung der Länder, deren Gesundheitswesen sich am Bismarck- oder Beveridgemodell orientieren, weshalb diese Modelle noch kurz ausgeführt werden (Schölkopf & Pressel, 2017, S. 2).

Bismarckmodell und Beveridgemodell

Das Bismarckmodell zielt auf eine Lebensstandardsicherung sowie Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit ab. Zentral ist dabei das Sozialversicherungsprinzip: d. h. sozialrechtliche Ansprüche werden im Sinne der Versicherung aus dem Lohneinkommen erworben. Einkommensersatzleistungen hängen in der Regel von

¹⁹ Übernimmt der Staat Risiken wie beispielsweise die Unterstützung im Falle von Invalidität, so ist die Erfüllung der Bedürfnisse defamilisiert (d. h. diese werden der Familie entzogen) und auch dekommodifiziert (die Leistungen sind unabhängig vom Markt). Unter Kommodifizierung kann man hingegen das Fehlen von menschlichen Beziehungen zu Gunsten eines reinen Geldaustausches verstehen (Vogliotti & Vattai, 2014, S. 20). Dekommodifizierte Staaten sind in der Praxis ein noch junges Phänomen und Esping-Anderson (1989, S. 22) hält im Zusammenhang mit der Begriffsannäherung an die Dekommodifikation fest: „[...] a minimalist definition must entail that citizens can freely, and without potential losses of job, income or general welfare, opt out of work under conditions when they, themselves, consider it necessary for reasons of health, family, age or even educational self-improvement [...].“

zuvor geleisteten Einzahlungsbeträgen ab (besonders charakteristisch beim Arbeitslosengeld, Altersrente). In der Gesundheitsversorgung wird dies nur bei Krankengeld bedeutsam, sonst dominiert das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit, heißt, versicherte Personen erhalten die Leistung gemäß ihrem Bedarf und unabhängig von geleisteten Beiträgen (Schölkopf & Pressel, 2017, S. 1ff). Damit erfolgt eine Absicherung des Krankheitsrisikos, dass sowohl von der finanziellen Leistungsfähigkeit der versicherten Personen (sozialer Ausgleich), als auch von den persönlichen unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken (Risikoausgleich) unabhängig ist (Ullrich & Christoph, 2006, S. 406f).

Die Aufgabe des Staates ist es, vor allem den rechtlichen Rahmen zu gestalten, während hingegen die konkrete Steuerung durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Leistungserbringer, insbesondere ärztliches Personal und Krankenhäuser, erfolgt.

Die Überlegungen des Beveridgemodells zielen hingegen auf eine universelle Basissicherung, d. h. dass im Bedarfsfall ein bestimmtes Mindesteinkommen bzw. die notwendige medizinische Versorgung für die ganze Bevölkerung zur Verfügung steht. Beim Beveridgemodell dominiert das Versorgungsprinzip und finanziert werden diese Leistungen vor allem aus den steuerlichen Abgaben, nicht aus Beiträgen. Der Staat übernimmt hier gegenüber dem Bismarck-Modell eine verstärkte Verantwortung, da diesem die Planung der Kapazitäten und die Zurverfügungstellung der medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung in Form von Sachleistungen obliegt (nationaler Gesundheitsdienst) (Schölkopf & Pressel, 2017²⁰, S. 1-14).

Wie bedeutend der jeweilige soziokulturelle Kontext für die Gesundheit der Bevölkerung ist, zeigen unter anderem Eikemo et al. (2008) anhand der Variation einkommensbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen verschiedenen

²⁰ Schölkopf & Pressel gehen von der Grundlage der idealtypischen Darstellung des Ländervergleiches der Gesundheitssysteme nach dem Bismarck- und Beveridgemodell aus und stellen Länderberichte auf, die deren erweiterte Typologisierung widerspiegelt: Länder mit nationalem Gesundheitsdienst (Großbritannien, Irland, Portugal, Griechenland), Länder mit regionalem Gesundheitsdienst (Italien, Spanien, Australien, Neuseeland, Kanada); Länder mit kommunalen Gesundheitsdienst (Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden); Länder mit Sozialversicherungssystemen (Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Japan); Versicherungssysteme mit Kopfpauschalen (Schweiz, Niederlande); Freiwillige Pflichtversicherung und staatliche Fürsorge (USA) sowie Gesundheitssysteme in Mittel und Osteuropa (Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn) (siehe dazu ausführlicher Schölkopf & Pressel, 2017, S. 13-126).

Wohlfahrtsregimen, angelehnt an die Typologie der Drei-Welten-Wohlfahrtsstaaten von Esping Andersen, auf. Dabei wurden fünf Wohlfahrtsstaatsmodelle herangezogen (skandinavisches, angelsächsisches, Bismarck'sches, Süd und osteuropäisches Regime). Eikemo et al. (2008, S. 596) zeigen anhand der Daten des European Social Survey 2002 und 2004 in einem 23 Staatenvergleich, dass bei konservativen Wohlfahrtsstaaten (Bismarck'sche Tradition) die niedrigsten und in den angelsächsischen Wohlfahrtsregimen (Beveridge Tradition) die höchsten einkommensbezogenen Unterschiede in der Gesundheit festzustellen sind. Sozialdemokratische Wohlfahrtsregime (skandinavische Staaten) und südeuropäische/mediterrane Regime liegen im Vergleich dazu im Mittelfeld. Wohlfahrtsregime unterschiedlicher Ausrichtung sind daher wichtige Gesundheitsdeterminanten, welche das Ausmaß und den Einfluss der sozioökonomischen Position auf die Gesundheit medieren (Eikemo et al., 2008, S. 594).

Basierend auf den Daten des ISSP (2011) (n = 34.968) gingen Huang et al. (2018) der Fragestellung nach, inwieweit die Kommodifizierung²¹ oder Dekommodifizierung des Gesundheitssystems mit generellem Vertrauen²² in das ärztliche Personal zusammenhängt, bzw. ob eine Kommodifizierung des Gesundheitssystems ein möglicher Einflussfaktor auf das öffentliche Vertrauen darstellt. Dabei konnte unter anderem aufgezeigt werden, dass die Respondent*innen in Ländern mit kommodifizierten Gesundheitssystem das Vertrauen, verglichen mit den Gesundheitssystemen der Referenzländer (weder kommodifiziert noch dekommodifiziert), beinahe um die Hälfte weniger ausgeprägt ist (OR: 0,47; CI 95 %: 0,31-0,72) (Huang et al., 2018, S. 5-7).

²¹ Die Quantifizierung der Kommodifizierung des Gesundheitswesens erfolgte in Anlehnung an den Dekommodifikationsindex von Bambra (2005, zit. in Huang et al., 2018, S. 3). Der Index besteht dabei aus drei Messungen: 1. Private Gesundheitsausgaben in Prozent des gross domestic product (GDP), 2. Anzahl privater Spitalbetten im Verhältnis zu allen (öffentlichen) Bettenkapazitäten und 3. dem Prozentsatz der öffentlichen Gesundheitsabdeckung (bezieht sich auf Regierungsprogramme und die damit verbundene Steuerfinanzierung sowie auf die Sozialversicherungssysteme und die generelle Finanzierung durch Lohnsteuerabgaben) (Huang et al., 2018, S. 3).

²² Das generelle Vertrauen in ärztliches Personal wurde unter Verwendung von fünf Items zur Erfassung des Vertrauens messbar gemacht: zu einem mittels der aus vier Items bestehenden „*general trust in physician scale*“ und der ergänzenden Fragestellung: „All things considered, doctors in (your country) can be trusted“ (Likert-Skala: strongly agree to strongly disagree) (Huang et al., 2018, S. 4).

2.3.5.3 Österreichische Gesundheitssystem – Ausgewählte Fakten, Daten

In diesem Teilkapitel kann und ist es auch nicht beabsichtigt, einen umfassenden Einblick in die Komplexität des österreichischen Gesundheitssystems hinsichtlich deren spezifischen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu geben. Es wird vielmehr anhand ausgewählter Daten versucht, einen kurzen Einblick in die Grundzüge des österreichischen Gesundheitswesens als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution zu geben.

Die Sicherung und Förderung der Gesundheit und die Steuerung des Gesundheitssystems ist in Österreich eine öffentliche Aufgabe. Das bedeutet auch, dass die Gesundheitsversorgung pluralistisch organisiert ist und Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzliche Interessensvertretungen an einer fairen und universellen Verteilung von Gesundheit mitwirken. Mit Hinwendung zu den Finanzierungsinstrumenten im Gesundheitswesen ist festzuhalten, dass die Geldmittelaufbringung zu drei Viertel aus Beiträgen und Steueraufkommen und zu einem Viertel aus privaten Quellen (aus Selbstbehalten, privaten Krankenversicherungen, Non-Profit-Organisationen) erfolgt (Hofmarcher, 2013, S. 7, S. 31; BMASGK, 2019, S. 6f). Bachner et al., (2019, S. 14) halten ebenfalls bestätigend fest, dass das Gesundheitssystem aus einem Mix aus Steuereinnahmen und einkommensabhängigen Pflichtbeiträgen der sozialen Krankenversicherung finanziert wird. 60 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden durch die Pflichtversicherung und 40 % aus dem auf der Bundesebene eingehobenen allgemeinen Steueraufkommen abgedeckt (Umsatz-, Einkommens- und Tabaksteuer).

Mit Blick auf die institutionellen Strukturen des Gesundheitssystems, kann grob zwischen dem intramuralen und extramuralen Leistungsbereich differenziert werden. Der intramurale Bereich betrifft vor allem die stationäre Versorgung in Kranken-, Kuranstalten und in Einrichtungen der Langzeitpflege (Alten- und Pflegeheime). Zum extramuralen Bereich zählt der ambulante, niedergelassenen Versorgungsbereich, d. h. alle Leistungen in Einzel- und Gruppenpraxen, Ambulatorien von ärztlichem Personal und nicht ärztlichem Gesundheitspersonal, aber auch die Versorgungsleistungen im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Betreuung für Personen in Privathaushalten (Hofmarcher, 2013, S. 117f; BMASGK, 2019, S. 19-25).

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben²³ rund 34 % wird von dem technik- und personalintensiven Sektor der stationären kurativen und rehabilitativen Versorgung absorbiert (intramuraler Bereich). Diese Ressourcenallokation spiegelt auch wider, dass in Österreich traditionell überdurchschnittlich viele Leistungen in Spitälern stationär erbracht werden. Österreich zählt zudem zu den europäischen Staaten mit der höchsten Bettendichte (64.800 Betten in 271 Spitälern) und den meisten stationären Krankenhausaufenthalten (BMAGSK, 2019, S. 19-22). In der Gesundheitsversorgung sind am stärksten die Berufsgruppe des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege gefolgt vom ärztlichen Personal, vertreten. Österreich hat mit 4,77 ärztlichen Personen je 1000 Einwohner*innen im europäischen Vergleich eine hohe Dichte an ärztlichem Personal (EU 27: 3,3 je 1000 Einwohner*innen) und liegt damit deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Bei der in der Gesundheitsversorgung am stärksten vertretenen Berufsgruppe des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege liegt Österreich mit 7,61 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen je 1000 Einwohner*innen unter dem europäischen Durchschnitt (EU 27: 8,24 je 1000 Einwohner*innen) (Hofmarcher, 2013, S. 167; Bachner et al., 2019, S. 14f).

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit angedeutet, entfallen etwa 10,4 % des Bruttoinlandsproduktes auf die laufenden Gesundheitsausgaben, womit das österreichische Gesundheitssystem im europäischen Vergleich als relativ teuer imponiert (BMASGK, 2019, S. 33f). Dass ein hoher finanzieller Ressourcenaufwand nicht per se mit positiven Ergebnissen zu assoziieren ist, zeigt, dass die Anzahl der gesunden Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung 2010 mit beinahe drei Lebensjahren unter dem europäischen Durchschnitt lagen, womit zugleich ein Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial gegeben ist (Hofmarcher, 2013, S. 260). Rezenter Daten von Eurostat (2019) zeigen ein ähnliches Bild der gesunden Lebensjahre ab der Geburt, d. h. jener Jahre, die weitgehend ohne Einschränkungen oder Funktionseinbußen verbracht werden können. Österreichische Frauen und Männer liegen bei dem herangezogenen Indikator der gesunden Lebensjahre (healthy life years at birth) 2016 rund sieben Jahre unter dem europäischen Durchschnitt (Frauen: 64,2 und Männer 63,5 Jahre) (Eurostat, 2019; Bachner et al.,

²³ Die laufenden Gesundheitsausgaben – die Mittelverwendungen 2017 verteilen sich wie folgt: 25,3 % für ambulante kurative und rehabilitative Versorgung, 17,1 % für Heilmittel und Heilbehilfe, 7,8 % für stationär und ambulante Langzeitpflege, 7,0 % für Pflegeleistungen für häusliche Gesundheitsversorgung, Prävention: 2,2 % und Verwaltung 3,8 % (BMAGSK, 2019, S. 34).

2019, S. 11). Dahingehend werden vor allem als Gründe eine fragmentierte Finanzierung (unterschiedliche Bezahlssysteme in den Versorgungsbereichen), eine verstärkte Fokussierung auf den akutstationären kurativen Bereich (Krankenbehandlungssystem), ein schleppender Ausbau des ambulanten Bereiches durch Primärversorgungseinrichtungen und eine mangelnde Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Bereich (Schnittstellenmanagement) ins Treffen geführt (Hofmarcher, 2013, S. 14f; Bachner et al., 2019, S. 30). Argumente, die auch aktuell mit unterschiedlicher Intensität und Gewichtung von Bedeutung sind.

Mit Blick auf die potenziellen Nutzer*innen und Nutzer*innen²⁴ der Gesundheitsversorgung kann festgehalten werden, dass in der Österreichischen Gesundheitsbefragung (2014) rund 80 % der Österreicher*innen mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand recht zufrieden sind, d. h. ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ bewerten (Statistik Austria, 2014). Folgt man der Spitalsentlassungsstatistik, welche die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Patient*innen in Diagnosegruppen nach dem ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten 10 Revision) festhält, dominieren als Entlassungsdiagnosen an erster Stelle (bösartige) Neubildungen und an zweiter Stelle Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems, welche das gegenwärtige Morbiditäts- und Mortalitätspanorama abbilden (BMAGSK, 2019, S. 13f).

Wenn auch die österreichische Gesundheitsversorgung mit seinem sichergestellten guten und freien Zugang und dem breiten Ressourceneinsatz im europäischen Vergleich im Spitzenfeld liegt (BMAGSK, 2019, S. 19), zeigen beispielsweise die Anzahl gesunder Lebensjahre der Bevölkerung ein unzufriedenstellendes Bild, dass sich auch in dem Ruf nach einer verstärkten Forcierung und Berücksichtigung der Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern niederschlägt (Health in All Policies) (Hofmarcher, 2013). Besondere zentrale Herausforderungen, mit denen das Gesundheitswesen sich gegenwärtig und zukünftig konfrontiert sieht, sind unter anderem die Veränderung des Morbiditätsspektrums (Zunahme chronisch

²⁴ Die Inanspruchnahme der institutionalisierten Gesundheitsversorgung zeigen beispielsweise folgende ausgewählte Daten: 2017 erfolgten 249 Spitalsaufenthalte je 1.000 Einwohner*innen in allen Spitälern mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,5 Tagen (in gemeinnützigen Spitälern 4,9 Tage) und durchschnittlich dreizehn Kontakten je krankenversicherter Einwohner*in mit vertragsärztlichem Personal im extramuralen Bereich. Von den 136,3 Millionen ambulanten Kontakten in Vertragseinrichtungen (bzw. gemeinnützigen Spitälern) finden rund zwei Drittel bei ärztlichem Personal – mit Verträgen mit den Sozialversicherungskassen – in Einzelpraxen statt (BMAGSK, 2019, S. 20-22).

progredienter nicht übertragbarer Erkrankungen oder non communicable diseases) und der soziodemografische Strukturwandel. Mit der Zunahme älterer und vor allem hochaltriger Personen mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) geht auch ein erhöhtes Risiko des Auftretens von Gesundheitsbeeinträchtigungen einher und damit die mögliche Angewiesenheit auf ein breites Spektrum an medizinischer, pflegerischer und sozialer Hilfe, bei gleichzeitigem Befund der Abnahme des privaten (informellen) Sorgepotenzials. Damit gehen Erfordernisse einher, Prozesse der Kooperation von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung, dem Gesundheits- und Krankenpflegesektor und weiteren sozialen Dienstleistungen, zu gestalten (Wolf & Wendt, 2006, S. 22f) und natürlich erstrangig, überhaupt entsprechend person- und lebensweltorientiert anzubieten.

2.3.5.4 Subjektive Einschätzung des österreichischen Gesundheitssystems

Prozesse und Praktiken des Wertens und Bewertens sind ubiquitär in der kontemporären Gesellschaft und beziehen sich auf „*Bezugspunkte, die sich gegebenenfalls als solche im Vollzug erst darstellen.*“ (Nicolae, Endress, Berli & Bischur, 2019, S. 9) Grundsätzlich, kann alles zum Bewertungs- oder Einschätzungsobjekt werden, wie beispielsweise individuelle und kollektive Akteur*innen und ihre zugeschriebene Leistungsfähigkeit, Handlungen, Handlungsentwürfe, Handlungsfolgen und auch Artefakte. Genauso vielfältig wie die Bewertungsobjekte ausfallen, genauso kontingent und vielseitig sind auch die Kriterien der Wertigkeit und die Assessmentinstrumente, welche diese Kriterien bündeln (Nicolae et al., 2019, S. 9f). Greift man beispielsweise das Vertrauen in das Gesundheitssystem als ein Kriterium der Wertigkeit auf, so zeigen Ozawa & Sripad (2013) in einer systematischen Übersichtsarbeit „*how do you measure trust in health system*“, auf, dass als Bezugspunkte des Bewertens in einer Vielzahl von Studien überwiegend die Gestaltung und Aufrechterhaltung von Beziehungsverhältnissen zwischen ärztlichem Personal, Pflegepersonal und Patient*innen gefolgt von Bewertungen des Gesundheitssystems als Ganzes Berücksichtigung findet. Festzuhalten ist auch, dass bei Evaluationen von Gesundheitssystemen die Berücksichtigung der Nutzer*innenperspektive eine steigende Bedeutung erfährt (Kuhlmann, 2006, S. 613f), worin sich eine verstärkte Orientierung des Gesundheitswesens an einer Patient*innenorientierung ablesen lässt. Dies hängt einerseits mit einer veränderten Sicht auf Krankheit und andererseits hinsichtlich des

damit in Verbindung stehenden Patient*innenmanagements zusammen. Der epidemiologische Wandel von akuten zu chronisch progredienten Erkrankungen oder die Dominanz lebensstilassoziierter Erkrankungen geht tendenziell mit häufigeren Inanspruchnahmen von Gesundheitsdienstleistungen und einem forcierten Selbstmanagement im Umgang mit gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen einher. Davon ist nachvollziehbarerweise auch die medizinische pflegerische und soziale Betreuung in den unterschiedlichen gesundheitsdienstleistungs anbietenden Settings berührt. Die Dominanz von chronisch progredienten Gesundheitsbeeinträchtigungen erfordert eine Trendwende von der Heilung von Krankheiten hin zum Monitoring chronischer Krankheiten. Damit rücken das Selbstmanagement, die Bewältigung und der Umgang mit subjektiv belastenden Situationen und Symptomen in den Vordergrund, mit dem Ziel ein rasches Voranschreiten gesundheitsbezogener Beeinträchtigungen zu verhindern. In diesem Zusammenhang ist es elementar, die subjektive Sicht der Nutzer*innen zu berücksichtigen, wie dies auch im Sinne einer patient*innenorientierten Versorgung oder allgemein in der Versorgung von betroffenen Personen verstärkt gefordert wird (Morgan, 2008, S. 57f). Die steigende Anzahl von Studien zu Erfassung der Nutzer*innensicht können des Weiteren als Beleg für eine Neuausrichtung der Forschungsperspektive gelten und dass den Patient*innen die Kompetenz zugeschrieben wird, zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen zu können (Wolf & Wendt, 2006, S. 25).

Richtet man den Fokus auf die Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems, so kann festgehalten werden, dass die Österreicher*innen im Rahmen internationaler Befragungen mit der Gesundheitsversorgung gegenüber anderen europäischen Staaten weitgehend zufrieden sind und die Gesundheitsversorgung auch weitläufig positiv bewerten (European Commission, 2014a, S. 11, European Commission 2014b, S. 48). Zieht man beispielsweise die Eurobarometerdaten (2010) zur Patient*innensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen heran, so beurteilen 95 % der Befragten die Qualität der Gesundheitsversorgung als „gut“ oder „sehr gut“ (Eurobarometer, 2010).

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde 2016 eine repräsentative Bevölkerungsumfrage mit Personen über dem 18. Lebensjahr durchgeführt (n = 3480). Die Datenerhebungen erfolgten mittels Telefoninterviews (Computer Assisted Telephone Interviews), wobei inhaltlich unter

anderem die Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem und die Bewertung der Gesundheitsversorgung eruiert wurde. Neben der Zielsetzung der Bevölkerungsbefragung 2016 Kenntnis über die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem zu erlangen, wurden auch die Erwartungen und Erfahrungen der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem erfasst, um daraus Erkenntnisse für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zu gewinnen. Durch das Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten sollte die Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen zur Optimierung des Gesundheitssystems unterstützt werden. Als Bewertungsgrundlage wurden Parameter wie die Zeitdauer für das Gespräch zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen, Zusammenarbeit von hausärztlichen und fachärztlichem Personal und die Koordination zwischen niedergelassenem ärztlichem Personal und den Krankenhäusern (Schnittstellenmanagement) erhoben. 68 % bewerten dabei die Zeitdauer für Gespräche zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen als „sehr gut“ bis „gut“. Die Zusammenarbeit mit den Expert*innen wird gleichfalls von 63 % der Befragten als positiv bewertet. Hingegen konnte die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Personal im niedergelassenen Bereich und den Krankenhäusern von einem Drittel der Befragten nicht beurteilt werden, 45 % bewerten diese jedoch als „sehr gut“ bzw. „gut“.

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit bestimmten Einrichtungen des Gesundheitssystems an Zugangspunkten, unabhängig von Kontakten mit diesen Einrichtungen im letzten Jahr, d. h. es wurden indirekt auch Imagewerte abgefragt, sind 70 % „sehr oder eher zufrieden“ mit dem Krankenhaus, 58 % sind „sehr zufrieden oder eher zufrieden“ mit den Spitalsambulanzen. Sehr positiv wird das fachärztliche Personal (85 % sind „sehr oder eher zufrieden“) sowie das praktische oder hausärztliche Personal (89 % sind „sehr oder eher zufrieden“) bewertet (BMG, 2016, S. 11f).

3. Zwischenfazit und Schlussfolgerungen

Vertrauen ist eine bedeutende Komponente für die effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, respektive für die Erfüllung des Leistungsauftrages des Gesundheitssystems Gesundheit zu fördern (Calnan & Rowe, 2008). Daran anschließend ist die Differenzierung von interpersonalem Vertrauen und institutionellem Vertrauen/Systemvertrauen sowie die wechselseitige Dependenz dieser differenzierten Betrachtung für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Meyer et al. (2008, S. 177) bringen dies auf dem Punkt, indem vorgeschlagen wird „*trust as a determined by a web of mutually interacting relationships between individuals and social systems*“, zu betrachten.

Vertrauen lässt sich gewinnen, wenn positive Erfahrungen mit Repräsentant*innen der institutionellen Ordnung oder des Systems an konkreten Zugangspunkten gesammelt werden können und damit kann auch institutionelles Vertrauen aufgebaut werden. Um konkrete Erfahrungen sammeln zu können, bedarf es gleichzeitig des Vertrauens in die institutionalisierte Gesundheitsversorgung, da Vertrauen eine Eingangsbedingung in soziale Systeme darstellt. Personenvertrauen steht daher eng in Verbindung und in einem reziproken Verhältnis mit dem Systemvertrauen, welches in der modernen Gesellschaft an Bedeutung gewinnt. Vertrauen in die Gesundheitsversorgung wird als ein soziales Verhalten, als riskante Vorleistung gefasst und baut auf direkten und indirekten Erfahrungen mit institutionellen Arrangements auf. Bestehen keine direkten persönlichen Erfahrungen mit institutionellen Arrangements, ist ein möglicher Rückgriff auf vor allem das Informationspotenzial von sozialen Bezugspersonen, Vertrauensintermediären (Coleman, 1990) eine zentrale Ressource. Dies erfordert allerdings als Voraussetzung Vertrauen in die vermittelten Erfahrungen – als essenzielle Komponente des Sozialkapitals (Putnam et al., 1993, S. 170) – in Personen, die eine (positive) Mediatisierungsfunktion übernehmen können. Daher ist auch der Sozialkapitalansatz für diese Arbeit bedeutsam, da dieser besagt, dass zunehmendes soziales Vertrauen Normen generalisierter Reziprozität schaffen kann (Putnam et al., 1993, S. 173f). Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass ein höheres interpersonales (soziales) Vertrauen auch zu institutionellen Arrangements transferiert oder übertragen werden kann. Das heißt es werden Brehm & Rahn (1997, S. 100) folgend, Projektions- oder Übertragungseffekte angenommen. Personen mit hohem zwischenmenschlichem Vertrauen haben demnach auch ein

höheres Vertrauen in Institutionen (Brehm & Rahn, 1997, S. 1023). Wenn auch kritisch mit Offe (2001) einstimmend, dass Institutionen nicht a priori Vertrauen substituieren können, so wird zum anderem davon ausgegangen, dass diesen neben einer sinnvermittelnden Funktion obendrein eine vertrauensvermittelnde Funktion zukommt (Offe, 2001, S. 278), welche im Rahmen einer reflexiven Modernisierung auch zusehends infrage gestellt werden (Beck, Bonss & Lau, 2003, S. 14). Unter der Prämisse des institutionellen Gelingens der Umsetzung der jeweiligen Leitideen und der angepassten Erfüllung des institutionellen Leistungsauftrages vertraut man demgemäß aus institutionstheoretischer Perspektive nicht den konkreten repräsentierenden Interaktionspartner*innen (und ihren Charaktereigenschaften und Kompetenzen), sondern vielmehr den zugrunde liegenden Prinzipien und institutionellen Werthaltungen (Gross & Jungbauer-Gans, 2012, S. 120-125; Kotzian, 2011, S. 26). Die letztgenannten Argumente fokussierend, wird überdies der rote Faden dieser Arbeit aufgegriffen. Vertrauen fungiert gleichsam als Transmissionsriemen (Bude et al., 2010, S. 35) zwischen Handeln und der Struktur (Giddens, 1990), insofern als dass sich handelnde Individuen auf gegebene strukturelle Eigenschaften und Prinzipien im Vertrauen beziehen und diese damit (re)produzieren.

Wenn Vertrauen eine wichtige Komponente für die institutionalisierte Gesundheitsversorgung ist, dann ist auch ins Kalkül zu ziehen, dass für die Zielsetzung einer gesunden Bevölkerung gleichzeitig andere Systeme für die Gesundheitsproduktion von Bedeutung sind und diesbezüglich einen wichtigen Beitrag leisten. Dieser Umstand ist auch für den vorliegenden Beitrag essenziell, da angenommen wird, dass Vertrauen und Zufriedenheit mit anderen in die Gesundheitsproduktion involvierten Institutionen mit ihren differenten Regimen wie beispielsweise politische, ökonomische, juristische Systeme, mittels Generalisierungen oder Übertragungseffekten sich positiv auf die wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution des Gesundheitssystems umschlagen (Gilson, 2003, S. 1463; 2006, S. 361f; Kuhlmann, 2008, S. 4461).

Die institutionelle Leistungsfähigkeit, die Umsetzung der Leitideen, positive Erfahrungen an Zugangspunkten sowie Erfahrungen von vertrauensvermittelnden Personen (Intermediären) hängen dabei im Wesentlichen vom soziokulturellen Kontext und den individuellen Merkmalen und Charakteristika der Institutionen ab, da sich diese hinsichtlich administrativer, rechtlicher und politischer Aspekte kontextuell

unterscheiden, wie beispielsweise die institutionalisierte Gesundheitsversorgung (Wendt, 2013, S. 56f). Unterschiedliche institutionalisierte Gesundheitssysteme, so die Annahme, führen auch dazu, dass diese aus Nutzer*innenperspektive unterschiedlich wahrgenommen, bewertet und auch unterschiedlich in Anspruch genommen werden (Wendt, 2006, S. 287). Gleiches gilt für den soziokulturellen Einfluss auf das Gesundheitsressourcenpotenzial des Sozialkapitals, welches als individuelle Ressource und Produkt gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu betrachten ist (Gross & Jungbauer-Gans, 2012). Für Personen mit gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen ist, oder hat Vertrauen als Domäne des Sozialkapitals das Potenzial, indirekt und/oder direkt positive Konsequenzen für das subjektive Wohlbefinden hervorzurufen.

Der allgemeine theoretische Bezugsrahmen zur Relevanz des Vertrauens in der Einschätzung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung, greift die enge Verquickung von System- und Personenvertrauen und die wachsende Bedeutung des Systemvertrauens in der modernen Gesellschaft auf (Giddens, 1990; Luhmann, 2001). Es fließen darüber hinaus institutionstheoretische und sozialkapitaltheoretische Überlegungen (siehe dazu auch Kotzian, 2011, S. 28), unter der Berücksichtigung von individuellen soziodemografischen und soziokulturellen Merkmalen mit ein. Dabei liegen die Hintergrundannahmen zugrunde, dass zu einem das Vorherrschen eines allgemein höheren institutionellen Vertrauens und einer institutionellen Zufriedenheit – als Ausdruck einer subjektiven Bewertung der Leistungsfähigkeit von Institutionen – mittels Übertragungseffekten auf das Gesundheitswesen von (generalisierten) institutionellem Vertrauen berührt ist. Anders ausgedrückt, wird bei einem gesamtgesellschaftlichen hohen institutionellen Vertrauen auch davon ausgegangen, dass dies das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung als bedeutende wohlfahrtsstaatliche Institution mit einschließt. Vor dem Hintergrund dieses Argumentes und der Annahme von Vertrauensübertragungseffekten auf das Gesundheitssystem wird weiters vermutet, dass auch der Zustand der Teilinstitution Gesundheitsversorgung tendenziell positiv bewertet und eingeschätzt wird. Zum anderem wird interpersonales Vertrauen in Wechselwirkung zu institutionellem Vertrauen, als eine weitere Einflussgröße mit Bezug zur Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution, unterstrichen, wie dies in direkten Erfahrungen mit health professionals an Zugangspunkten oder über indirekte Erfahrungen durch das

Informationspotenzial von Vertrauensintermediären diskutiert wurde. Als Einflussgröße werden zusätzlich der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden, das auch im Zusammenhang mit dem Sozialkapital als Gesundheitsressource zu sehen ist, berücksichtigt. Diese Kernaussagen stehen unmittelbar im primären Fokus der empirischen Herangehensweise: den Zusammenhang und den Einfluss des Vertrauens, institutioneller Zufriedenheit, gesundheitlichen Befindens sowie soziodemografischer Merkmale auf die Einschätzung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems zu prüfen.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die zuvor präsentierten Schlussfolgerungen aus der theoretischen Bearbeitung des ersten Teils der Arbeit und sammelt die Aussagesysteme über (wechselseitige) Beziehungen (Urban & Mayerl, 2011, S. 26), Einflüsse und postulierte Übertragungseffekte des Vertrauens.

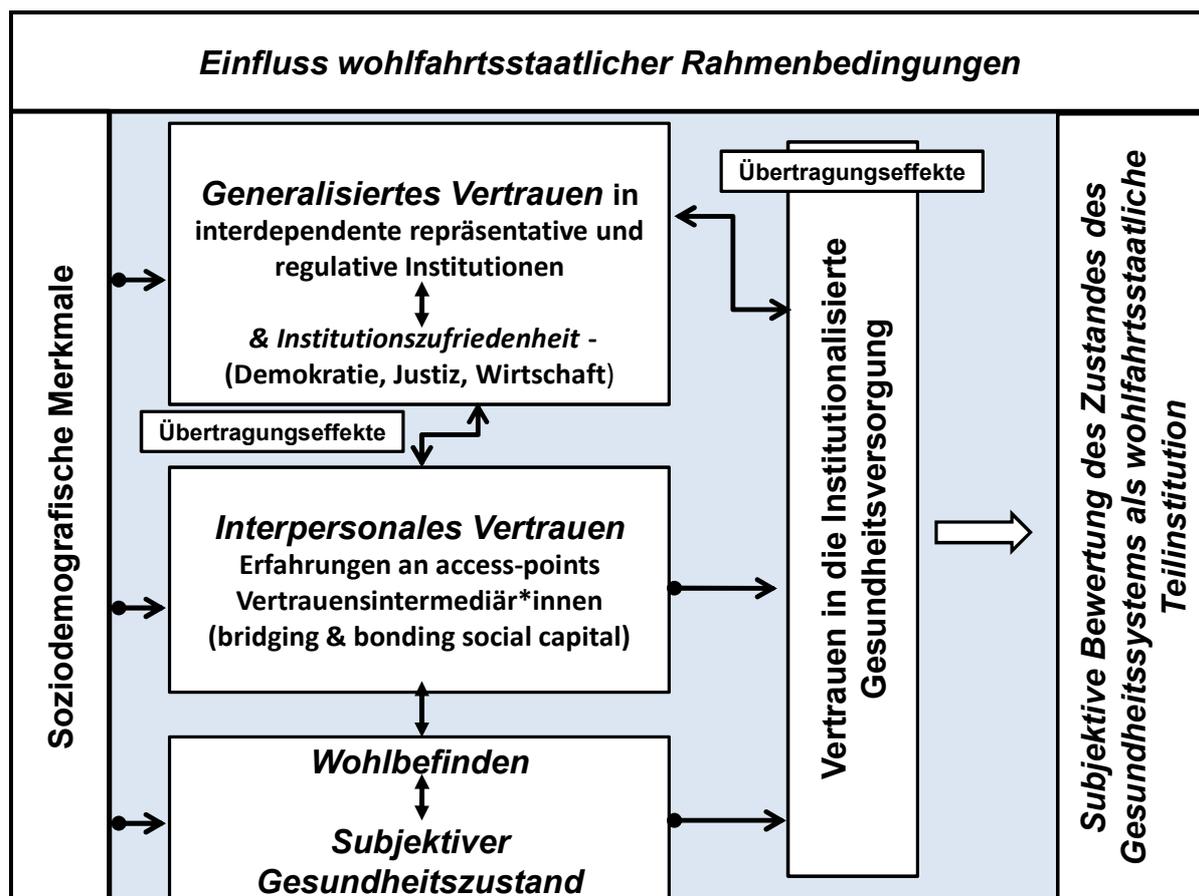


Abbildung 1: Theoretische Konzeptualisierung – Ausgewählte Einflussfaktoren auf die Zustandsbewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung, eigene Darstellung

Anmerkungen: Symbolisierungen

Einfachpfeil: Einflussfaktor: ●→

Doppelpfeile: Wechselbeziehungen: ↔

Gewinkelte Verbindungen mit Doppelpfeil: Übertragungs-/Projektionseffekte: ↗↔

4. Methodische Vorgehensweise

In diesem Kapitel wird aus Gründen der Nachvollziehbarkeit die methodische Vorgehensweise beschrieben. Dazu werden die Datengrundlage, das methodische Modell und die formulierten Hypothesen, Schritte der Datenaufbereitung und die Datenauswertung (quantitative Sekundärdatenanalyse) sowie die Resultate der multiplen Regressionsanalyse beschrieben und interpretiert.

4.1 Hintergrund der Datengrundlage ESS9

Zur Beantwortung der Fragestellung werden Daten aus der neunten Befragungswelle des European Social Survey⁹ (2018) für Österreich einer quantitativen Sekundäranalyse unterzogen. Der European Social Survey ist eine seit 2001 wissenschaftlich geleitete und in einem Zweijahresrhythmus stattfindende länderübergreifende Befragung von Europäer*innen in über dreißig Staaten. Die Befragung verfolgt das Ziel Einstellungen, Wertorientierungen und Verhalten der Personen zu bestimmten Themen wie Demokratie, Politik, Mediennutzung, Wohlbefinden etc. zu explorieren. Der Fragebogen besteht aus einem Hauptteil, der in jeder Erhebungswelle dieselben Themen berücksichtigt: Medien, Politik, Vertrauen in Institutionen, Immigration, Angst vor Kriminalität, Gesundheit, Religion, Wohlbefinden, Werte und Demografie. Zusätzlich erfolgt in den Erhebungswellen eine wechselnde Schwerpunktthemensetzung (beispielsweise 2014 zur gesundheitlichen Ungleichheit und Immigration und 2016 zu Einstellungen zum Energieverbrauch, -sicherheit und dem Wohlfahrtsstaat). Ein weiterer Bestandteil ist ein Zusatz, der vor allem die human value scale enthält, die aus 21 Items zur Eruerung von Wertorientierungen der Respondent*innen enthält (siehe dazu auch Schwartz, o. J.; ESS 2019).

Seit der siebten Befragungswelle (2014) erfolgt die Datenerhebung im Rahmen eines persönlichen Interviews computerunterstützt (CAPI – Computer Assisted Personal Interview). Die Stichprobenziehungen sind dabei repräsentativ für Personen ab dem 15. Lebensjahr (keine Altersobergrenze) mit Wohnsitz in Österreich (unabhängig von der Nationalität, Staatsangehörigkeit oder Sprache). Der Fragebogen in deutscher Fassung basiert auf dem englischsprachigen Quellfragebogen und enthält für die unterschiedlichen Länder auch spezifische Informationen, wie beispielsweise die politischen Parteien, staatlich anerkannte Religionsgemeinschaften aber auch

andere nationale Ausprägungen, wie beispielsweise Variationen des Bildungssystems, standesamtliche Belange. Um von einer effektiven Stichprobengröße zu sprechen wird ein Minimum von 1500 erreichten Personen angestrebt (ESS, 2019).

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobengröße des European Social Survey 2018 (ESS9) für Österreich beträgt 2499 Personen (n = 2499). In der Stichprobe der ESS Welle 9 sind die Genusgruppen annähernd gleichverteilt. Der Anteil der Genusgruppe „Frau“ ist mit 1346 Personen (53,6 %) etwas höher als der Anteil der Genusgruppe „Männer“ (46,4 %). Das Durchschnitts- und Medianalter der Respondent*innen beträgt rund 52 Jahre und mit Blick auf die Altersspanne sind die befragten Personen zwischen 15 und 90 Jahre alt. Das Verhältnis der befragten Personen mit ländlicher Wohnumgebung und städtischer Wohnumgebung in der Stichprobe entspricht annähernd der österreichischen Bevölkerung. Die häufigsten angegebenen Wohnumgebungen der Respondenti*innen betreffen das „Dorf“ (39,7 %), gefolgt von der „Kleinstadt“ (24,6 %), und der „Großstadt“ (22,8 %). Fasst man den Bildungsstand ins Auge, eruiert über die höchste abgeschlossene Ausbildung, so verfügen rund 17,5 % über eine formal niedrige Bildung (Pflichtschulabschluss), rund 71 % über eine formal mittlere Bildung (Lehrabschluss, Matura, Kolleg) und rund 10,5 % verfügen über eine formal hohe Bildung (Hochschulabschluss)²⁵. Mit Hinwendung zum Erwerbsstatus in der Stichprobe erklären 54 % der Respondent*innen einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen, 33,5 % befinden sich im Ruhestand und rund 6 % erhalten soziale Transferleistungen. 85 % der Befragten geben an mit ihrem Haushaltseinkommen weitgehend gut zurechtzukommen bzw. komfortabel/bequem damit zu leben, und in etwa 15 % sehen es als schwierig oder sehr schwierig an, mit dem gegenwärtigem Haushaltseinkommen Auslangen zu finden (ESS, 2018).

4.3 Methodisches Verfahren – Quantitative Sekundärdatenanalyse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Überprüfung der erstellten Hypothesen wird eine quantitative Sekundärdatenanalyse durchgeführt.

²⁵ Die Einteilung/Kategorisierung in unterschiedliche formale Bildungsstufen erfolgte in Anlehnung an Littig et al., 2016.

Datengrundlage für die Auswertung bilden dabei die Daten des European Social Survey (Welle 9) 2018. Die Daten werden mittels der multiplen linearen Regressionsanalyse, die zu der Kategorie der strukturprüfenden Verfahren zählt, analysiert. Strukturprüfende Verfahren sind solche multivariate Verfahren, die den Zusammenhang zwischen Variablen überprüfen (Backhaus et al., 2016, S. 13ff). Die Regressionsanalyse unterstellt ein Kausalmodell (beispielsweise X verursacht Y ²⁶) und ermöglicht eine Aussage darüber, ob und in welchem Ausmaß Variablen zusammenhängen und gleichzeitig wird auch die Richtung des Zusammenhanges überprüft (Schendera, 2014, S. 36f). Voraussetzung für die Durchführung ist, dass aufgrund sachlogischer und theoretischer Überlegungen eine kausale Abhängigkeit einer interessierenden Variable (im vorliegenden Falle die Zustandsbeurteilung des österreichischen Gesundheitssystems „ Y “) von einer oder mehreren sogenannten unabhängigen Variablen („ X “) (im vorliegenden Falle institutionelles Vertrauen & Zufriedenheit, interpersonales Vertrauen, subjektives Wohlbefinden und bestimmte soziodemografische Merkmale) entwickelt wurde, welche folglich an den empirischen Daten (European Social Survey) überprüft wird.

Vorrangige Zielsetzung der Regressionsanalyse stellt daran anschließend die Beschreibung und Erklärung sowie auch die Vorhersage von Ausprägungen der abhängigen Variable dar. Der primäre Anwendungsbereich ist dabei wie erwähnt die Darstellung und Untersuchung von Kausalbeziehungen (Ursache-Wirkungsbeziehungen). Bei einer Mehrfachregression²⁷ liegt keine monokausale Beziehung vor und es wird die untersuchte Variable/abhängige Variable (Y) durch zahlreiche Größen/unabhängige Variablen (X_n) beeinflusst. Dies lässt sich formal folgendermaßen ausdrücken: $Y = f(X_1, X_2, \dots, X_j, \dots, X_J)$ (Backhaus et al., 2016, S.

²⁶ Die in den Regressionsanalysen verwendete Terminologie der Variablen wird oft danach unterschieden, ob es sich beim Forschungsziel um eine Vorhersage (Prädiktion) oder Erklärung (Explanation) handelt (Padhazur, 1982, S. 135 – 137, zit. in Schendera, 2014, S. 37). Häufig wird in Kausalmodellen die Variable „ Y “ als abhängige Variable, erklärte Variable, Zielvariable, Kriteriumsvariable, endogene Variable oder Regressand bezeichnet. Wohingegen die Variable „ X “ als unabhängige, erklärende Variable, Prädiktor, exogene Variable, Einflussgröße oder Regressor bezeichnet wird (Backhaus et al., 2016, S. 67; Schendera, 2014, S. 36). In der vorliegenden Auseinandersetzung werden weitgehend die Begriffe abhängige Variable („ Y “) (jene Variable, auf die ein Einfluss ausgeübt wird) und unabhängige Variable („ X “ jene Variable, die diesen Einfluss ausübt), verwendet (Urban & Mayerl, 2011, S. 26).

²⁷ Das stochastische Modell der Regressionsanalyse lässt sich folgendermaßen darstellen:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_j X_j + \dots + \beta_J X_J + u$$

mit: Y = abhängige Variable, β_0 = konstantes Glied der Regressionsfunktion, β_j = Regressionskoeffizient ($j = 1, 2, \dots, J$); X_j = unabhängige Variable ($j = 1, 2, \dots, J$), u = Störgröße (Backhaus, 2016, S. 70, 80f).

64ff). Zur Datenauswertung mittels multipler Regressionsanalyse gelangt die Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 zur Anwendung.

4.4 Methodisches Modell und Hypothesenexplikation

In dem vorliegenden methodischen Modell wird konstatiert, dass Personen die über hohe Vertrauenswerte (interpersonal, institutionell) und hohe institutionelle Zufriedenheitswerte verfügen – dies inkludiert bei Annahme von Übertragungseffekten zudem, dass ein hohes Vertrauen und Zufriedenheit mit der institutionalisierten Gesundheitsversorgung besteht – auch den Zustand des österreichischen Gesundheitssystems (abhängige Variable) besser bewerten. Als weitere unabhängige oder einflussnehmende Variablen auf die Zustandsbewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung, werden das subjektive Wohlbefinden, der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand und die soziodemografischen Merkmale Alter, Bildung, Einkommen, Gender und Wohnumfeld aufgenommen. Als eine theoretische mitzudenkende Einflussgröße wird der soziokulturelle, der wohlfahrtsstaatliche Kontext betrachtet, der auch durch das Bewertungsobjekt der wohlfahrtsstaatlichen Teilinstitution des Gesundheitssystems mit präsentiert gesehen wird, der aber im methodischen Modell nicht weiter berücksichtigt wird, beispielsweise im Rahmen eines Gesundheitssystemvergleiches. Die folgenden explizierten Zusammenhangsvermutungen (Hypothesen) sollen im Rahmen der methodischen Umsetzung geprüft werden.

- H1: Eine höhere Ausprägung generalisierten institutionellen Vertrauens geht tendenziell mit einer positiveren Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems einher.
- H2: Bei hoher Institutionszufriedenheit wird der Zustand des österreichischen Gesundheitssystems auch positiv bewertet.
- H3: Interpersonales Vertrauen als eine Domäne des sozialen Kapitals beeinflusst die Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems positiv.
- H4: Das subjektive Wohlbefinden (H4.1) und der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand (H4.2) haben einen Einfluss auf die Zustandsbewertung des österreichischen Gesundheitssystems.

H5: Soziodemografische Merkmale wie Einkommen (H5.1), Bildung (H5.2), Alter (H5.3), Gender (H5.4) und Wohnumfeld (H5.5) beeinflussen die Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems.

Mit den Daten des European Social Survey 9 für Österreich wird in einem linearen multiplen Regressionsmodell (ordinary least squares regression) die subjektive Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems erklärt, respektive die zuvor genannten Hypothesen geprüft. Dazu wird, wie bereits eingebracht, eine Reihe von unabhängigen/erklärenden Variablen verwendet. Das interpersonale Vertrauen wird im Modell als berechneter Summenindex von drei Variablen mit einer bipolaren elfstufigen Ratingskala gemessen: 1. „kann den meisten Menschen vertrauen“; 2. „die meisten Menschen versuchen, Sie auszunutzen“, 3. „die meisten Menschen versuchen, hilfsbereit zu sein“). Ebenfalls wird zur Erfassung des interpersonalen Vertrauens die Variable „Anzahl der Vertrauenspersonen, mit denen persönliche Dinge besprochen werden können“, berücksichtigt. Als weitere Komponente im Modell wird das institutionelle Vertrauen einbezogen, welches durch eine faktorenanalytische Bündelung der Daten von sechs Variablen (Vertrauen in das österreichische Parlament, in die Justiz, in die Politiker*innen, politische Parteien, in das Europäische Parlament und in die UNO) und durch die Bildung eines Summenindexes dargestellt wird. Die institutionelle Zufriedenheit wird ebenfalls als additiver Index von drei Variablen berechnet: „Zufriedenheit mit der derzeitigen Wirtschaftslage, mit der Arbeit der Bundesregierung und der Demokratie in Österreich“, jeweils gemessen anhand einer unipolaren elfstufigen Ratingskala. Bei allen gebildeten additiven Indizes bildet ein hoher Indexwert auch einen hohen Zustimmungswert ab. Eine Reihe von individuellen Merkmalen: das Alter (auf das Gesamtmittel von 52 Jahren zentriert), Gender (Geschlecht weiblich), Bildung, die subjektive Einkommenssituation („mit dem Haushalteinkommen zurechtkommen“) die Wohnumgebung (Großstadt und andere Wohnumgebung), sowie das subjektive Wohlbefinden (additiver Index aus den Variablen „Lebenszufriedenheit und Glück“ beurteilt auf einer elfstufigen unipolaren Skala), die Beurteilung des Gesundheitszustandes (beurteilt auf einer fünfstufigen Skala), sollen einen weiteren Erklärungsbeitrag leisten. In der folgenden Abbildung sind die unabhängigen und abhängigen Variablen als Komponenten des methodischen Modells visualisiert.

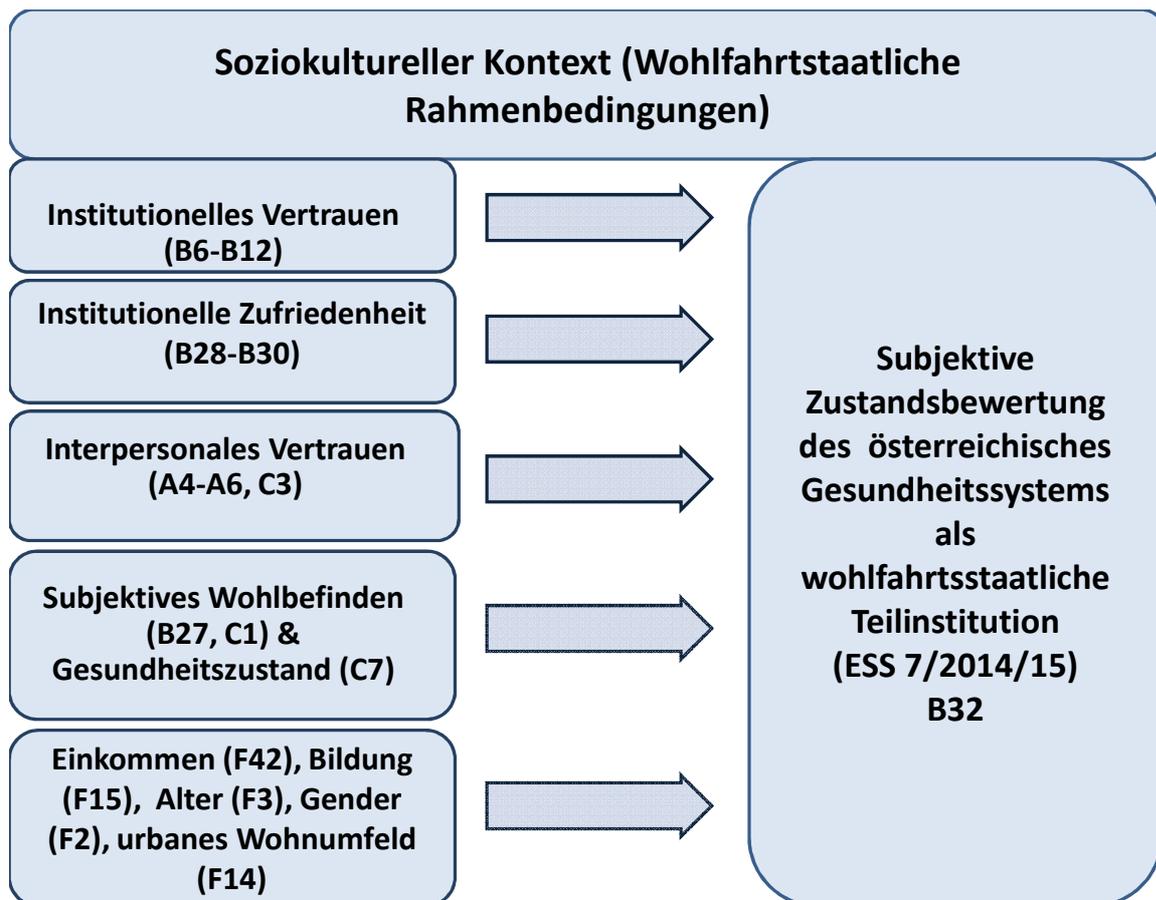


Abbildung 2: Komponenten des methodischen Modells der Regressionsanalyse, eigene Darstellung

Anmerkung: Großbuchstaben und Zahlen in den Klammern stellen die Kurzbezeichnungen im Fragebogenkatalog des ESS9 (2018) dar

4.4.1 Operationalisierung und deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen

Im Folgenden werden, die im Modell berücksichtigten Variablen kurz beschrieben und die zugrunde liegende Operationalisierung im European Social Survey (ESS9) sowie die Aufbereitung der Daten (Indexbildungen, Faktorenanalyse, Dummybildung) wiedergegeben. Erste deskriptive Ergebnisse der berücksichtigten Variablen fließen überblicksmäßig in die Ausführungen mit ein.

Institutionelles Vertrauen und Institutionszufriedenheit

Die zugrunde liegende Annahme lautet, dass Personen, die ein höheres Vertrauen in Institutionen haben gleichzeitig dem Gesundheitssystem vertrauen und dieses folglich auch positiv bewerten. Die Respondent*innen des ESS9 wurden befragt, wie hoch Ihr Vertrauen ist, dass Sie den funktional wechselseitig verbundenen parteistaatlichen und rechtsstaatlichen (Fuchs et al., 2002, S. 438) sowie

supranationale Institutionen entgegenbringen. Zur Erhebung der Merkmalsausprägung des Institutionsvertrauens wurde eine elfstufige unipolare Antwortskala verwendet, wobei 0 die Ausprägung „überhaupt kein Vertrauen“ und 10 die Ausprägung „vollkommenes Vertrauen“, repräsentiert (siehe nachfolgend die Details zur Operationalisierung des Vertrauens in Institutionen).

Sagen Sie mir bitte auf einer Skala von 0 bis 10, wie sehr Sie persönlich jeder dieser Institutionen vertrauen. 0 heißt, Sie vertrauen dieser Institution überhaupt nicht, 10 bedeutet, Sie vertrauen ihr vollkommen.

- B2 dem österreichischen Parlament (trstprl)
- B3 der Justiz (trstgl)
- B4 der Polizei (trsplc)
- B5 den Politiker*innen (trstplt)
- B6 den politischen Parteien (trsprt)
- B7 dem Europäischen Parlament (trstep)
- B8 den Vereinten Nationen (trstun)

Das Vertrauen der Österreicher*innen in die genannten Institutionen ist recht unterschiedlich ausgeprägt. Auffallend ist, dass ein durchschnittliches hohes Vertrauen vor allem den rechtsstaatlichen regulativen Institutionen der Polizei ($\bar{X} = 7,40$, $SD = 2,17$) und der Justiz ($\bar{X} = 6,67$, $SD = 2,30$) entgegengebracht wird.

Die durchschnittlich niedrigsten Vertrauenswerte erhalten die parteienstaatlichen repräsentativen Institutionen. Dazu zählen die politischen Parteien ($\bar{X} = 4,13$, $SD = 2,28$) und die Politiker*innen ($\bar{X} = 4,24$, $SD = 2,34$) und die österreichische Bundesregierung (Parlament) ($\bar{X} = 5,42$, $SD = 2,28$).

Im Übrigen lässt sich ablesen, dass das Vertrauen in die supranationale Institution des Europäischen Parlamentes ($\bar{X} = 4,42$, $SD = 2,53$) und in die Vereinten Nationen ($\bar{X} = 4,86$, $SD = 2,66$) im Mittel vergleichsweise gering ausgeprägt ist.

Die Verteilung der Werte des Vertrauens in die nationalen Institutionen des österreichischen Parlamentes, der Politik, der Polizei, den Politiker*innen, den politischen Parteien sowie in die supranationalen Institutionen des Europäischen Parlamentes und der Vereinten Nationen ist in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik des Vertrauens in Institutionen
Vertrauen in nationale und supranationale Institutionen

	trstpri Trust in country's parliament	trstlgl Trust in the legal system	trstpplc Trust in the police	trstplt Trust in politicians	trstprt Trust in political parties	trstep Trust in the European Parliament	trstun Trust in the United Nations
Mittelwert	5,42	6,67	7,40	4,24	4,13	4,42	4,86
Median	5,00	7,00	8,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Standard- abweichung	2,28	2,30	2,17	2,34	2,28	2,53	2,66
Schiefe	-0,320	-0,707	-1,036	0,67	0,66	0,31	-0,171
Kurtosis	-0,218	0,045	0,863	-0,428	-0,388	-0,662	-0,789
25 % Quartil	4,00	5,00	6,00	3,00	3,00	3,00	3,00
75 % Quartil	7,00	8,00	8,00	6,00	5,00	6,00	7,00
N	2448	2475	2495	2457	2448	2393	2329

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung ESS9 (2018)

Um die Vielzahl an Daten zu bündeln und eine Struktur in dem Variablenset Vertrauen in nationale und supranationale Institutionen zu explorieren, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, auch mit der Zielsetzung die Daten zu reduzieren (Backhaus et al., 2016, S. 386). Das statistische Ziel der Faktorenanalyse ist es ausgehend von Reaktionen der Befragten auf die Items, eine oder mehrere Dispositionsvariablen (Faktoren) zu konstruieren (Fromm, 2012, S. 54). Statistisch drückt sich das Beziehungsgefüge zwischen den Variablen in Korrelationen aus, d. h. auch, dass stark miteinander korrelierende unabhängige Variablen zu einem/oder mehreren Faktoren zusammengefasst werden. In einem ersten Schritt erfolgten daher die Überprüfung der Höhe der Korrelationen der Variablen und die Signifikanzüberprüfung der Korrelationsmatrix, auch um etwaige Variablenbündel vorweg zu erkennen. Die Korrelationen (r = Korrelationskoeffizient) sind bei gewählter Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % signifikant ($p < 0,05$) und fallen nach Schendera (2014, S. 16) weitgehend „gering bis mittelmäßig“ ($r = 0,4$ bis $0,7$) und „hoch“ ($r > 0,7$) aus. Am höchsten korrelieren „trst in politicians“ mit „trust in political parties“ ($r = 0,883$) und „trust in the European Parliament“ mit „trust in United Nations“ ($r = 0,765$) (siehe Tabelle 12, S. 120).

Der Bartlett-Test auf Sphärizität prüft die Nullhypothese (H_0), dass die Variablen in der Grundgesamtheit unkorreliert sind. In der vorliegenden Untersuchung ergab der Bartlett-Test bei der Prüfgröße *Chi-Quadrat* (21) 10602,035 eine Signifikanz von $p < 0,001$. Aufgrund dessen, dass dieser Wert unter dem festgelegten Signifikanzniveau

von 0,05 liegt, kann die Nullhypothese verworfen werden und es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Variablen in der Grundgesamtheit korrelieren. Eine weitere Prüfgröße zur Durchführung der Faktorenanalyse ist der MSA-Wert (measuring of sampling adequacy), auch als KMO Wert bezeichnet. Der KMO-Wert (Kaiser Meyer Olkin Kriterium) basiert auf der Basis der Anti-Image-Matrix, und beträgt 0,807, d. h. nach Kaiser & Rice, 1974, S. 111ff (zit. in Backhaus, 2016, S. 399) wird dieser Wert, der Auskunft über die Eignung der Stichprobe gibt, als „*verdienstvoll*“ angesehen. Im vorliegenden Fall eignen sich die Ausgangsvariablen damit sehr gut, um einen Faktor zu extrahieren. Als Kommunalitäten werden der anfänglich gegenseitig erklärte Varianzanteil der Variablen bzw. der nach der Extraktion durch den Faktor erklärte Varianzanteil der Variablen bezeichnet. Anders ausgedrückt geben diese das Ausmaß an, inwieweit die Variablen durch die gemeinsamen Faktoren/den gemeinsamen Faktor erklärt werden. Die vorliegenden extrahierten Kommunalitäten²⁸ deuten an, dass der extrahierte Faktor die Variablen unterschiedlich gut erklärt, bzw. beziffern diese wie gut die Variablen zu dem eruierten Faktor passen (siehe Tabelle 13, S. 120). Hohe Faktorladungen sind gleichzusetzen mit einem hohen Einfluss auf die Variable, bzw. wird angezeigt, wie gut die Variable zu dem eruierten Faktor passt (siehe nachfolgende Faktorenmatrix/Faktorenladungsmatrix Tabelle 4).

Die durchgeführte explorative Faktorenanalyse (Hauptachsenanalyse²⁹) bestätigt, dass die zuvor genannten Items erwartungsgemäß auf einen Faktor laden. Als Entscheidungskriterium bei der Faktorextraktion wurde nach dem Kaiser Kriterium vorgegangen, welches besagt, dass alle Faktoren mit einem Eigenwert > 1 extrahiert

²⁸ Jener Teil der Gesamtvarianz einer Variablen der durch gemeinsame Faktoren erklärt werden soll, wird als Kommunalität (entspricht den quadrierten Faktorladungen) bezeichnet (h_j^2). Diese setzt sich bei einer 1-Faktorlösung zusammen aus einer erklärten spezifischen Varianz auch Image (a_j^2) einer Variablen und einer jeweiligen Fehler- oder Restvarianz auch Anti-Image (s_j^2). Somit zeigt die Kommunalität eines Faktors in Bezug auf die einzelnen Variablen den Beitrag zur Aufklärung der Varianzaufteilung (Backhaus et al., 2016, S. 411; Guttman, 1953, S. 277ff, zit. in Backhaus et al., 2016, S. 398).

²⁹ Die Hauptkomponentenanalyse geht davon aus, dass die Varianz von Ausgangsvariablen gänzlich durch die Faktorextraktion erklärt werden kann, d. h. auch, dass keine Einzelrestvarianz angenommen wird und daher bei den Kommunalitätenschätzungen immer der Wert 1 vorgegeben ist. Die Hauptachsenanalyse hingegen unterstellt, dass die Varianz einer Variablen sich immer in die Komponenten Kommunalität und Einzelvarianz aufteilt. Dabei ist das Ziel die Varianzen der Variablen in Höhe der Kommunalitäten zu erklären. Da davon auszugehen ist, dass die Varianz der Ausgangsvariablen nicht gänzlich durch die Faktoren/den Faktor erklärt werden kann, wird die Hauptachsenanalyse verwendet (Backhaus et al., 2016, S. 412f).

werden (Backhaus et al., 2016, S. 415). Es wurde dem Kaiser Kriterium zufolge ein Faktor eruiert, der 60,3 % der Gesamtvarianz der berücksichtigten Variablen erklärt (siehe Tabelle 12, S. 120). Die nachfolgende Matrix zeigt die hinreichenden Faktorladungen auf die einzelnen Ausgangsvariablen. Aufgrund dessen, dass alle Faktorladungen über der als Konvention betrachteten Ladungshöhe von 0,5 liegen (Backhaus et al., 2016, S. 418), werden alle Variablen dem Faktor zugeordnet.

Tabelle 3: Faktorenmatrix Vertrauen in Institutionen
Faktorenmatrix: Vertrauen in Institutionen

Items	Faktor 1
trstprl Trust in country's parliament	0,799
trstgl Trust in the legal system	0,690
trstplc Trust in the police	0,579
trstplt Trust in politicians	0,819
trstprt Trust in political parties	0,813
trstep Trust in the European Parliament	0,761
trstun Trust in the United Nations	0,655

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung: Extraktionsmethode: Hauptachsenfaktorenanalyse ESS9 (2018)

Der extrahierte Faktor wurde inhaltlich als institutionelles Vertrauen bezeichnet und aus den berücksichtigten Variablen wurde ein additiver Index gebildet, wobei 0 „niedriges Vertrauen“ und 10 „hohes Vertrauen“ bedeutet. Für die Prüfung des Index wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, um die Zuverlässigkeit der einzelnen Indikatoren zu überprüfen. Als Maß für die Güte des Index wurde Cronbachs Alpha herangezogen. Dabei handelt es sich um eine Maßzahl, die die interne Konsistenz der gewählten Skala angibt, d. h. es wird ausgesagt inwieweit die einzelnen Items ein theoretisches Konstrukt abbilden, bzw. ob die Items, aus denen die Skala besteht, auch als eine zusammengehörige Klasse von Situationssimulationen zu verstehen ist. Die Reliabilitätsanalyse zeigt somit, wie gut eine Skala geeignet ist, um Dispositionen zu messen. Je höher Cronbachs Alpha ausfällt, desto besser bilden die Items die Einstellungsdimension ab (Fromm, 2012, S. 54-58). Die Reliabilitätsstatistik zeigt, dass Cronbachs α mit 0,888 über dem vorgeschlagenen Referenzwert von 0,7 liegt (Rammstedt, 2013, zit. in Danner, 2015, S. 1). Ein Wert über 0,8 wird allgemein als „gut oder robust“ eingestuft (Taber, 2018, S. 1279). Die interne Konsistenz der Skala institutionelles Vertrauen ist folglich unter Heranziehung von Cronbachs $\alpha = 0,888$ gegeben und kann durch Weglassens eines

Items nicht erhöht werden. Das durchschnittliche institutionelle Vertrauen beträgt in der Stichprobe (n = 2246) 5,33 (SD: 1,83) und das Medianvertrauen liegt bei 5,43.

Tabelle 4: Deskriptive Darstellung des Index Institutionelles Vertrauen

Index: Institutionelles Vertrauen	
Median	5,43
Mittelwert	5,33
Standardabweichung	1,84
Schiefe	-0,179
Kurtosis	-0,113
25 % Quartil (Q1)	4,14
75 % Quartil (Q3)	6,43
N	2246

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018)

Institutionelle Zufriedenheit

Zur Erhebung der institutionellen Zufriedenheit, die zudem als eine Vorhersagegröße für Vertrauen gesehen wird, werden folgende drei Fragestellungen aus dem European Social Survey herangezogen:

- B28 Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit der derzeitigen Wirtschaftslage in Österreich? (stfeco)
 - B29 Wenn Sie nun an die österreichische Bundesregierung denken, wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit verrichtet? (stfgov)
 - B30 Und wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit der Art und Weise, wie die Demokratie in Österreich funktioniert? (stfdem)
- Antwortmöglichkeit: 0 = äußerst unzufrieden und 10 äußerst zufrieden

und Ganzen in Österreich funktioniert, ist auffallend, dass insbesondere der durchschnittliche Zufriedenheitswert mit der Bundesregierung ($\bar{X} = 5,38$, $SD = 2,61$) gegenüber der durchschnittlichen Zufriedenheit mit der Wirtschaftslage ($\bar{X} = 6,86$, $SD: 1,84$) und der Einstellung wie die Demokratie funktioniert ($\bar{X} = 6,41$, $SD = 2,26$), geringer ausfällt.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik – Institutionelle Zufriedenheit**Zufriedenheit mit dem Wirtschaftsstand, Bundesregierung, Demokratie**

	Stfec0 How satisfied with present state of economy in country	Stfgov How satisfied with the national government	Stfdem How satisfied with the way democracy works in country
Mittelwert	6,86	5,38	6,41
Median	7,00	6,00	7,00
Standard- abweichung	1,84	2,61	2,26
Schiefte	-0,832	-0,338	-0,649
Kurtosis	1,034	-0,590	-0,107
25 % Quartil (Q1)	7,00	6,00	5,00
75 % Quartil (Q3)	8,00	7,00	8,00
N	2440	2426	2455

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis ESS9 (2018)

Zur Messung der institutionellen Zufriedenheit mit der österreichischen Wirtschaft, der österreichischen Bundesregierung und der Funktionsweise der Demokratie in Österreich wurde ebenfalls ein additiver Index aus den genannten drei Items (B28 - B30) gebildet (*Cronbachs* $\alpha = 0,7888$). Der durchschnittliche institutionelle Zufriedenheitswert liegt beim Indexwert 6,23 ($SD = 1,81$) und der indexierte Medianwert liegt bei 6,33.

Tabelle 6: Deskriptive Darstellung des Index Institutionelle Zufriedenheit**Index: Institutionelle Zufriedenheit**

Median	6,33
Mittelwert	6,23
Standardabweichung	1,81
Schiefte	-0,530
Kurtosis	0,128
25 % Quartil (Q1)	5,00
75 % Quartil (Q3)	7,33
N	2349

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018)

Interpersonales Vertrauen

Islam, Merlo, Kawachi, Lindström & Gerdtham (2006) unterscheiden in der Operationalisierung der unterschiedlichen Dimensionen des Sozialkapitals einerseits

das kognitive soziale Kapital, welches vor allem die Wahrnehmung von Personen, die erlebte Qualität in den sozialen Interaktionen betrifft und andererseits das strukturelle soziale Kapital, welches vor allem anhand der Dichte des sozialen Netzwerkes und des zivilen Engagements messbar gemacht wird (Islam et al., 2006, S. 5; Hartung, 2019, S. 179).

Für die Operationalisierung der Variable interpersonales Vertrauen werden weitgehend dieselben Indikatoren verwendet wie im General Social Survey, die ebenfalls im European Social Survey 9 inkludiert sind, um interpersonales Vertrauen zu messen. Die reliable und valide Kurzsкала³⁰ zur Erhebung des zwischenmenschlichen Vertrauens enthält eine ähnliche Operationalisierung. In der Kurzsкала finden folgende drei Fragestellungen Verwendung: „Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben; heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen; im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.“ Als Antwortkategorie steht in der Kurzsкала eine fünfstufige Ratingsкала zur Verfügung (Beierlein, Kemper, Kovaleva, & Rammstedt, 2012, S. 17). Zur Messbarmachung und Erfassung des Phänomens interpersonales Vertrauen werden im ESS9 folgende Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten formuliert:

1. A3 Würden Sie ganz generell sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann oder dass man im Umgang mit den Menschen nicht vorsichtig sein kann?
(ppltrst)
Antwortmöglichkeit elfstufige bipolare Skala: 0 = man kann nicht vorsichtig genug sein; 10 = den meisten Menschen kann man vertrauen
2. A4 Glauben Sie, dass die meisten Menschen versuchen, Sie auszunutzen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten, oder würden sie sich Ihnen gegenüber fair verhalten?
(pplfair)
Antwortmöglichkeit Skala: 0 = die meisten Menschen würden versuchen, mich auszunutzen; 10 = die meisten Menschen würden versuchen, sich fair zu verhalten
3. A5 Würden Sie sagen, dass die meisten Menschen im Großen und Ganzen versuchen, hilfsbereit zu sein, oder sind sie meistens nur auf den eigenen Vorteil bedacht? (pplhlp)
Antwortmöglichkeit Skala: 0 = die meisten Menschen sind nur auf den eigenen Vorteil bedacht; 10 = die meisten Menschen versuchen, hilfsbereit zu sein

³⁰ Die Kurzsкала zur Messung zwischenmenschlichen Verhaltens ist positiv mit dem Vertrauen in politische Institutionen, der Größe des sozialen Netzwerkes (strukturelles Kapital), der politischen Wirksamkeit, sowie mit dem politischen Engagement assoziiert (Beierlein et al., 2012, S. 17).

Dass man den meisten Personen vertrauen kann oder man nicht vorsichtig genug sein kann bewerten die Respondent*innen (n = 2497) mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 5,54 ($SD = 2,37$). Ähnlich symmetrisch verteilt ist die Variable, dass sich die meisten Menschen hilfsbereit verhalten ($\bar{X} = 5,69$, $SD = 2,28$). Differenzierter und tendenziell positiver bewertet wird im Vergleich dazu die Frage, dass sich die meisten Menschen gegenüber einem fair verhalten ($\bar{X} = 6,29$, $SD = 2,13$).

Aus diesen drei Items wurde ein Summenindex gebildet und die Skala (*Cronbachs α* = 0,810) zur besseren Übersichtlichkeit wieder reduziert, sodass „0“ kein Vertrauen und „10“ hohes Vertrauen bedeutet. Ein hoher Wert entspricht demgemäß einem hohen Ausmaß an interpersonalem Vertrauen.

Das durchschnittliche interpersonale Vertrauen beträgt auf einer elfstufigen Skala von (0 = „kein Vertrauen“ bis 10 = „hohes Vertrauen“) 5,84 ($SD = 1,92$) und der Medianwert beträgt 6,0, d. h. 50 % der Befragten beurteilen das interpersonale Vertrauen unter und über den Indexwert von 6 (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 7: Deskriptive Darstellung des Index Interpersonales Vertrauen

Index: Interpersonales Vertrauen

Mittelwert	5,84
Median	6,0
Standardabweichung	1,92
Schiefe	-0,396
Kurtosis	-0,079
25 % Quartil (Q1)	4,67
75 % Quartil (Q3)	7,33
N	2486

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018)

Als eine weitere Variable wurde im methodischen Modell die Anzahl der Vertrauenspersonen herangezogen. Hier liegt der Fokus auf dem bindenden Sozialkapital (Putnam et al., 1993) oder der vor allem strukturellen Dimension (Netzwerkgröße) des Sozialkapitals (Islam et al., 2006, S. 5; Murayama et al., 2012, S. 180), bzw. starken symmetrischen Bindungen (Granovetter, 1973). Folgende Fragestellung und Antwortmöglichkeiten sind dahingehend im ESS9 formuliert:

- C3 Wie viele Menschen haben Sie, mit denen Sie über intime und persönliche Angelegenheiten sprechen können? (inprdsc)
Antwortmöglichkeiten: keinen, einen, zwei, drei, vier bis sechs, sieben bis neun, mehr als zehn

Mehr als die Hälfte aller Befragten (n = 2473) gibt an, zwischen einer und drei Vertrauenspersonen zu verfügen (59,8 %). Etwas mehr als ein Viertel hat zwischen vier und sechs Personen (29,8 %) und etwa 10 % der Befragten haben mehr als 6 bis 10 Personen, mit denen Sie über private und intime Angelegenheiten sprechen können.

Aus der Variablen „Anzahl der Vertrauenspersonen“ wurde eine Dummyvariable gebildet „Vertrauenspers_ja“, wenn die Person zumindest über drei Vertrauenspersonen verfügt, d. h. dass diese Variable als Indikator dafür herangezogen wurde, dass eine Person zumindest drei Vertrauenspersonen hat. Für 39,8 % der Respondent*innen (n = 994) trifft dies in der österreichischen Stichprobe des European Social Survey zu (n = 2473) zu.

Subjektives Wohlbefinden & subjektiver Gesundheitszustand

Subjektives Wohlbefinden kann neben objektiven Faktoren wie beispielsweise der Lebenserwartung oder der Chancengleichheit im Bildungssystem, als ein Wohlstandsindikator betrachtet werden (Noll, 1989, S. 26). Häufige für die Quantifizierung des subjektiven Wohlbefindens (der subjektiven Lebensqualität) verwendete Konzepte sind dabei die subjektiven Indikatoren Glück und Zufriedenheit (Weidekamp-Maicher, 2008, S. 143). Mit Bezug zu der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (1948) wird Lebensqualität als mehrdimensionales, subjektives und dynamisches Konstrukt betrachtet, d. h., dass damit analytisch betrachtet physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden gemeint ist, welches von der individuellen subjektiven Bewertung abhängt und wandelbar ist. Indirekt wird damit auch die Zufriedenheit mit gegebenen objektiven Verhältnissen (soziopolitischen, -kulturellen, -ökonomischen Verhältnissen) in Erfahrung gebracht, indem diese Relata an gegenwärtigen internen Standards (Erwartungen und Ansprüche) abgeglichen und vorwiegend kognitiv bewertet werden. Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen (privat wie öffentlich) ist als eine übergreifende Bilanzierung aufzufassen. Bei dem Indikator Glück – nach Bradburns (1969, zit. in Noll, 1989, S. 31) als persönlicher Saldo von positiven und negativen bewerteten Gefühlen und Erwartungen – ist zu erwähnen, dass in der Bewertung vor allem die affektive Komponente überwiegt (Noll, 1989, S. 31). Die subjektiven Indikatoren Glück und Zufriedenheit können folglich auch als aggregierte Urteile für die gegenwärtige Lebenssituation (der in Wechselwirkung stehenden objektiven

Lebensbedingungen) aufgefasst werden (Weidekamp-Maicher, 2008, S. 15). Im ESS9 2018 sind folgende Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten zur Erfassung der Konzepte subjektive Zufriedenheit und Glück vorgesehen:

- B27 Alles in allem betrachtet, wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Leben? Bitte antworten Sie mit Hilfe dieser Karte, wobei 0 äußerst unzufrieden und 10 äußerst zufrieden bedeutet (stflife)
- C1 Alles in allem betrachtet, wie glücklich sind Sie? (0 = äußerst unglücklich und 10 äußerst glücklich) (happy)

Die Verteilung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Skala von 0 „äußerst unzufrieden“ bis 10 „äußerst zufrieden“) ist tendenziell linksschief verteilt und die Respondent*innen (n=2495) bringen ein hohes Zufriedenheitsgefühl zum Ausdruck ($\bar{X} = 7,85$; $SD: 1,83$).

Ähnlich wie bei der Zufriedenheitsverteilung zeigt sich, dass die Österreicher*innen (n =2490) im Großen und Ganzen recht glücklich sind ($\bar{X} = 7,80$ ($SD = 1,69$)). Der ermittelte Indexwert „subjektives Wohlbefinden“ (0 = „niedrig“ - 10 = „hoch“) setzt sich aus den beiden addierten Items Zufriedenheit und Glück zusammen (Cronbachs $\alpha = 0,831$) und der durchschnittliche Indexwert des subjektiven Wohlbefindens liegt bei 7,83 ($SD = 1,63$).

Tabelle 8: Deskriptive Darstellung des Index Subjektives Wohlbefinden
Index: Subjektives Wohlbefinden

Median	8,00
Mittelwert	7,83
Standardabweichung	1,63
Schiefe	-1,218
Kurtosis	2,120
25 % Quartil (Q1)	7,00
75 % Quartil (Q3)	9,00
N	2489

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018)

Betrachtet man patient*innenbezogene Faktoren, welche in Vertrauensbeziehungen beispielsweise zu Gesundheitsprofessionen eine Rolle spielen, so hängt Vertrauen auch vom selbst wahrgenommenen und beurteilten Gesundheitszustand ab (Croker

et al., 2013, Seite 4f). Vor allem negative wahrgenommene und spezifisch mit der Krankheit assoziierte Aspekte wie Angst, Stress und dadurch ein schlechter wahrgenommener Gesundheitszustand stehen mit einem geringeren Vertrauen in Verbindung (Kim et al., 2018, S. 3; Wang et al., 2018, S. 22).

Der subjektive Gesundheitszustand wird im ESS9 erhoben durch die folgende Fragestellung und Antwortmöglichkeiten:

- C7 Wie ist ihr allgemeiner Gesundheitszustand? Würden Sie sagen, er ist...?
Antwortmöglichkeiten: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht

Die Modalkategorie bei der Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand (n = 2487) ist "gut" (41,1 % oder 1016 Personen), weitere 32,2 % entfallen auf "sehr gut" und 21,2 % (531 Personen) auf „durchschnittlich“. In Summe entfallen auf die beiden Kategorien Gesundheitszustand "schlecht" und "sehr schlecht" 5,4 % (136 Personen). Für die Analyse wurden die Variablen recodiert, sodass hohe Werte auch eine hohe Zustimmung abbilden. Die Antwortkategorien (Variablen Gesundheitszustand „schlecht“ und „sehr schlecht“) wurden zu einer Kategorie (Variable) für die weitere Analyse zusammengefasst und es wurden insgesamt vier Dummyvariablen gebildet. Um den Einfluss des allgemeinen Gesundheitszustandes auf die Bewertung des Zustandes des Gesundheitssystems zu eruieren, wurde in der Regressionsanalyse die Ausprägung „Subjektive Gesundheit sehr gut“ als Referenzkategorie bestimmt.

Soziodemografische Variablen

Die Altersvariable ist in der Stichprobe annähernd symmetrisch um den Mittelwert von 52 Jahren verteilt und die Standardabweichung (*SD*) beträgt rund 18. Für eine leichtere Interpretation des Alters im Regressionsmodell erfolgt eine Zentrierung der Variable „Alter“ an den arithmetischen Mittelwert gerundet in Jahren. Die kategoriale Variable Gender wurde im weiteren datenanalytischen Vorgehen als Dummyvariable ausgedrückt, wobei Männer die Referenzgenusgruppe darstellen.

Lenkt man die Aufmerksamkeit auf den wirtschaftlichen Gesichtspunkt des Haushaltseinkommens, so schätzt ein Großteil der befragten Personen (n = 2499) die gegenwärtige Einkommenssituation im Haushalt als sehr komfortabel (33,2 %) ein, bzw. kommt gut damit zu Recht (50,5 %). Im Vergleich dazu bewerten rund 12,5

% der befragten Personen die Haushaltseinkommenssituation als schwierig und 2,6 % als sehr schwierig. Für die weitere Analyse wurden die Variablen mit dem Haushaltseinkommen schwierig oder sehr schwierig zurechtkommen zusammengefasst und es wurden infolge drei Dummyvariablen gebildet: „subjektive Einkommenssituation sehr gut“, „subjektive Einkommenssituation zurechtkommen“ und „subjektive Einkommenssituation (sehr) schwer zurechtkommen.“ Die Variable subjektive Einkommenssituation „sehr gut“ wurde als Referenzkategorie im weiteren datenanalytischen Vorgehen verwendet.

Aus den Angaben der Respondent*innen zu ihrem höchsten Bildungsabschluss wurden drei neue Variablen („formal niedrige, formal mittlere und formal hohe Bildung“) berechnet.

Über eine „formale niedrige Bildung“ verfügen in der österreichischen Stichprobe (n = 2499) 438 Personen (17,5 %), d. h. damit sind jene Personen gemeint, die keinen Abschluss, Volksschulabschluss, Abschluss der Hauptschule, Neue Mittelschule, Abschluss Polytechnikum oder Abschluss der AHS-Unterstufe 8. Schulstufe), verfügen. In der neu berechneten Variablen „formal mittlere Bildung“ (n=1725 Personen bzw. 69,0 %) wurden folgende höchste Abschlüsse berücksichtigt: Lehre, Berufsbildende mittlere Schule, Matura allgemein höherer Schulen (inkl. Sonderpädagogik), Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege, Matura berufsbildender höherer Schulen (Handelsakademie, höhere technische Lehranstalt, Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik) und Kolleg-Diplom, Meister-Prüfung. „Hohe formale Bildung“ (n = 331 Personen bzw. 13,2 %) bezeichnet hingegen die erfolgreiche Absolvierung einer pädagogischen Akademie, Bachelor & Master an der Fachhochschule oder Universität, Diplomstudienabschluss, postgraduale Lehrgänge und das Doktorat. In der weiteren Analyse wurde Personen mit formal hoher Bildung als Referenzgruppe herangezogen.

Des Weiteren wurde eine Dummyvariable „Wohnumfeld Großstadt“ in Zusammenhang mit der Angabe des Wohnortes der Respondent*innen (n = 2499) gebildet. Die Antwortreaktionen der Respondent*innen zur Angabe ihres Wohnumfeldes verteilen sich dabei wie folgend: Großstadt (22,8 %), suburbaner Raum (8,7 %), Stadt oder Kleinstadt (24,6 %), Dorf (39,7 %), Bauernhof oder Haus am Land (4,2 %). Als Referenzgruppe wurden in der weiteren Datenanalyse Personen zugeteilt, die nicht in der Großstadt leben.

4.4.2 Operationalisierung und deskriptive Darstellung der abhängigen Variable

Die abhängige Variable im theoretischen Modell bildet die Statusbewertung des österreichischen Gesundheitssystems („state of the health services in country nowadays“). Nationale Befragungen zur Bewertung des Gesundheitssystems verdeutlichen einen weitgehenden positiven Tenor der österreichischen Bevölkerung (siehe beispielsweise Hofmarcher, 2013, BMG, 2016). Die relativ positiven Bewertungen der Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems werden auch in den Ergebnissen der repräsentativen Stichprobenbefragung im Rahmen des European Social Survey hinsichtlich der Beurteilung des österreichischen Gesundheitssystems bestätigt.

2014 bewerten 39 % der Befragten (n = 1788) das österreichische Gesundheitssystem auf einer Skala von „0“ (äußerst schlecht) bis „10“ (äußerst gut) bei Zusammenfassung der Skalenpunkte von acht bis zehn, als „ziemlich oder äußerst gut“, 56 % als „mittel“ (Skalenpunkte drei bis sieben) und 5 % als „ziemlich oder äußerst schlecht“ (Skalenpunkte 0 bis zwei) (Littig et al., 2016, S. 1f, S. 18). Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Daten des European Social Survey 2018 (n = 2481), so zeigt sich ebenfalls bei Zusammenfassung der Skalenpunkte von acht bis zehn, dass im Bezugszeitraum sogar rund 53 % (1322 Personen) das Gesundheitssystem als „ziemlich oder äußerst gut“, rund 44 % (1104 Personen) als „mittel“ (Skalenpunkte drei bis sieben) und nur 2,6 % das sind 65 Personen (Skalenpunkte 0 bis zwei) als „ziemlich oder äußerst“ schlecht bewerten. Für die Messbarmachung der Einstellung hinsichtlich des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems wird folgende Fragestellung im European Social Survey formuliert:

B32 Verwenden Sie weiterhin diese Karte.

Sagen Sie mir bitte, wie Sie alles in allem den derzeitigen Zustand des österreichischen Gesundheitssystems einschätzen)?

Antwortmöglichkeit unipolare Skala: 0 = äußerst schlecht bis 10 = äußerst gut)

Die nachfolgende Tabelle und das Histogramm zeichnet die weitgehend positive Einschätzung des Gesundheitssystems durch die österreichischen Respondent*innen 2018 nach.

Tabelle 9: Deskriptive Statistik – Zustand des österreichischen Gesundheitssystems

Zustand des österreichischen Gesundheitssystems	
Median	8,00
Mittelwert	7,23
Standardabweichung	2,01
Schiefe	-0,912
Kurtosis	0,650
25 % Quartil (Q1)	6,00
75 % Quartil (Q3)	9,00
N	2491

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018)

Im Durchschnitt beurteilen die befragten Personen (n = 2491) den Zustand des Gesundheitssystems von 0 = „äußerst schlecht“ bis 10 = „äußerst gut“ mit 7,23 (*SD*: 2,014). Insgesamt lässt sich von den Daten ableiten, dass die Respondent*innen das Gesundheitssystem, bzw. den Zustand des Gesundheitswesens als weitgehend gut bis sehr gut betrachten.

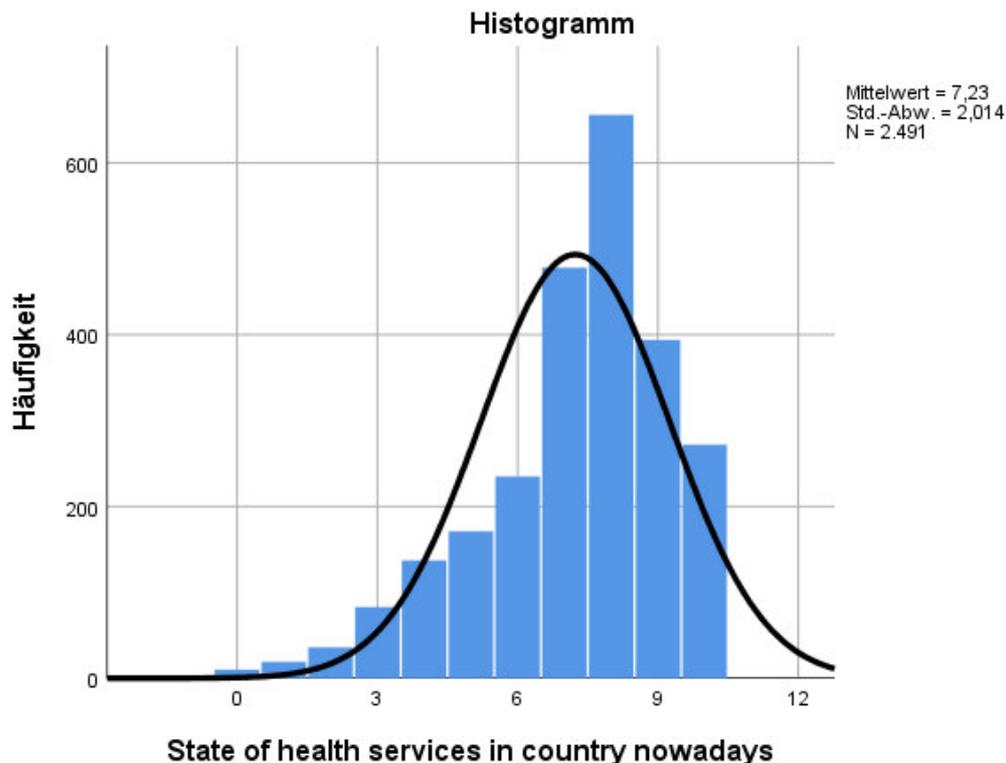


Abbildung 3: Histogramm – Bewertung des Zustandes des Gesundheitssystems

Quelle: SPSS-Output, eigene Berechnung anhand der Daten des ESS9 (2018)

5. Empirische Ergebnisse

Im Folgenden wird auf die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse eingegangen. Aufgrund dessen, dass die vorrangige Zielsetzung die Überprüfung der formulierten Zusammenhangsvermutungen ist, werden die Ergebnisse auch im Zusammenhang mit den formulierten Hypothesen berichtet. Der nachfolgenden Tabelle können die Regressionsergebnisse entnommen werden.

Tabelle 10: Multiples Regressionsmodell mit robuster Standardfehlerschätzung – „state of health service in country nowadays“

	<i>b</i>	<i>SE</i> <i>B^a</i> <i>Robust</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i> <i>p</i>	<i>95%</i> <i>CI</i> <i>Unter-</i> <i>grenze</i>	<i>95%</i> <i>CI</i> <i>Ober-</i> <i>grenze</i>
(Konstante)	2,785	0,367	7,581	0,000***	2,065	3,506
Interpersonales Vertrauen: 0 (niedrig) bis 10 (hoch)	0,132	0,028	4,711	0,000***	0,077	0,186
Vertrauen in Institutionen 0 (niedrig) bis 10 (hoch)	0,179	0,031	5,814	0,000***	0,119	0,240
Subjektives Wohlbefinden: 0 (niedrig) bis 10 (hoch)	0,099	0,038	2,622	0,000***	0,025	0,172
Subjektive Gesundheit (sehr) schlecht (Ref.: sehr gut)	-0,300	0,250	-1,200	0,230	-0,791	0,191
Subjektive Gesundheit mittel (Ref.: sehr gut)	-0,162	0,138	-1,172	0,241	-0,433	0,109
Subjektive Gesundheit gut (Ref.: sehr gut)	-0,055	0,098	-0,559	0,576	-0,246	0,137
Subjektive Einkommenssituation: zurechtkommen (Ref.: Eink. sehr gut)	0,029	0,084	0,340	0,734	-0,137	0,194
Subjektive Einkommenssituation: (sehr) schwer zurechtkommen (Ref.: Eink. sehr gut)	-0,070	0,147	-0,474	0,636	-0,358	0,219
Wohnumgebung Großstadt	0,357	0,095	3,777	0,000***	0,172	0,543
Zufriedenheit mit Institutionen	0,259	0,032	8,185	0,000***	0,197	0,321
Alter zentriert (0=52 Jahre)	-0,001	0,003	-0,445	0,656	-0,006	0,004
Geschlecht weiblich	-0,076	0,078	-0,973	0,331	-0,230	0,077
Vertrauenspersonen (mind. 3)	-0,048	0,082	-0,587	0,557	0,209	0,113
Formale Bildung niedrig (Ref.: Bildung hoch)	0,696	0,159	4,370	0,000***	0,384	1,008
Formale Bildung mittel (Ref.: Bildung hoch)	0,365	0,121	3,025	0,003**	0,128	0,601
N = 2111 R² = 0,213 R²_{korr.} = 0,208 *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001						

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach ESS9 (2018); Robuste Standardfehlerschätzung mit der HC3-Methode

Anmerkungen: R² = Bestimmtheitsmaß; R²_{korr.} = korrigiertes Bestimmtheitsmaß;
t = t Statistik; b = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler (standard error);
Sig. (p) = Signifikanz/Irrtumswahrscheinlichkeit; 95 % CI = 95 % Confidence interval

Die Modellvoraussetzungen für die Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse (siehe kommentierte Modellprämissen im Anhang) wurden weitgehend zufriedenstellend erfüllt. Ausgenommen davon ist die Modellprämisse der Heteroskedastizität, die nicht extrem ausgeprägt ist. Aufgrund dieser Tatsache wurde eine robuste heteroskedastizitätskonsistente Standardfehlerschätzung vorgenommen (Hayes & Cai, 2007; Long & Ervin, 2000).

Um eine Aussage bezüglich der Güte des Modells zu treffen, wird die F-Statistik herangezogen. Der F-Test prüft den Erklärungsgehalt des Modells global und zeigt, dass die Nullhypothese, dass keine der Variablen einen Effekt auf die abhängige Variable haben, bei einem gewählten Signifikanzniveau von 5 % abgelehnt werden kann. Das heißt, es liegt ein statistisch signifikantes Modell vor $F(15, 2095) = 37,882$, $p < 0,001$ (siehe Tabelle 15 Modellzusammenfassung, S. 121). Rund 21 % ($R^2 = 0,213$) der Variation in der Bewertung des Zustandes des Gesundheitssystems können in diesem Modell durch die aufgenommenen unabhängigen Variablen/Regressoren erklärt werden. Nach Cohen (1992, S. 157)³¹ kann dieser Wert als mittlere Effektstärke bezeichnet werden. Im Folgenden werden die Regressionsergebnisse weitgehend in der Reihenfolge/Gliederung der erstellten Hypothesen interpretiert.

Der positive Einfluss der Zufriedenheit (***institutionelle Zufriedenheit***) mit dem wirtschaftlichen und politischen System und wie die Demokratie funktioniert, bedeutet, dass unter Konstanzhaltung der anderen Einflussgrößen jede positive Veränderung mit einer erwarteten Erhöhung der Bewertung des Gesundheitssystems um $b = 0,259$ Einheiten ($b =$ partieller Regressionskoeffizient) einhergeht. Dieser Effekt ist bei gewähltem Signifikanzniveau von 5 % statistisch signifikant ($t = 8,185$, $p < 0,001$) und zeigt den stärksten Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitssystems.

Auch der partielle Effekt des Vertrauens in repräsentative und regulative Institutionen (***institutionelles Vertrauen***) ist positiv und statistisch signifikant mit der Bewertung des Gesundheitssystems in Verbindung zu bringen ($b = 0,179$, $t = 5,814$, $p < 0,001$). Mit jeder zusätzlichen Skaleneinheit des institutionellen Vertrauens (0 = „überhaupt

³¹ Formel zur Berechnung der Effektstärke nach Cohen ($f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$), ($f^2 = .02$ (small), $f^2 = 0.15$ (medium), $f^2 = 0.35$ (large) (Cohen, 1992, S. 157).

kein institutionelles Vertrauen“ und 10 „vollkommen institutionelles Vertrauen“) steigt unter Kontrolle der anderen Variablen auch der erwartete Bewertungswert des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems um rund 0,18 Punkte an. Das bedeutet, dass sich der erwartete Wert der Einschätzung des Zustandes des Gesundheitssystems zwischen Personen mit geringstem institutionellen Vertrauen und dem höchsten institutionellem Vertrauen um rund 1,8 Skalenpunkte unterscheidet. Den Ergebnissen des Regressionsmodells zufolge kann daher die Hypothese 1 (H1), dass eine höhere Ausprägung generalisierten institutionellen Vertrauens mit einer positiveren Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems einhergeht und die Hypothese 2 (H2), dass bei hoher Institutionszufriedenheit der Zustand des österreichischen Gesundheitssystems auch positiv bewertet wird, angenommen werden.

Mit Fokus auf das **interpersonale Vertrauen** zeigt sich ebenfalls ein positiver Einfluss. Jede positive Veränderung des interpersonalen Vertrauens um eine Einheit, geht unter der Kontrolle aller anderen unabhängigen Variablen, mit einer erwarteten Erhöhung der abhängigen Variable um 0,132 einher. Dieser Effekt ist bei einer gewählten Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % statistisch signifikant ($t = 4,711$, $p < 0,001$). Damit kann wie in der Hypothese 3 (H3) vermutet, dass interpersonales Vertrauen als eine Domäne des sozialen Kapitals die Einschätzung/Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems positiv beeinflusst, vorerst, wenn auch nicht gänzlich, angenommen werden. Denn Personen, die über mindestens drei Vertrauenspersonen verfügen, mit denen diese intime und persönliche Dinge besprechen können, bewerten den Zustand des Gesundheitssystems negativer als die Referenzgruppe mit weniger als drei Vertrauenspersonen. Dieser negative Zusammenhang ist bei gewähltem Signifikanzniveau von 5 % allerdings statistisch nicht signifikant, d. h. der zugehörige p-Wert ist größer als 0,05 ($b = -0,048$, $t = -0,58$, $p = 0,557$). Bei differenzierter Betrachtung der strukturellen Dimension des sozialen Kapitals oder der Netzwerkgröße (**Vertrauensperson_ja**) ist daher einschränkend festzuhalten, dass die strukturelle Dimension keinen Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitssystems hat.

Die Hypothese (H4.1), die Annahme eines Einflusses des subjektiven Wohlbefindens auf die Bewertung des Gesundheitssystems kann vorerst als bestätigt angesehen werden. Das subjektive Wohlbefinden hat einen schwach positiven statistisch

signifikanten Einfluss auf die Zustandsbewertung des Gesundheitssystems. Das bedeutet, dass je höher das subjektive Wohlbefinden ausfällt, desto besser wird das Gesundheitssystem gesehen. Der partielle Regressionskoeffizient beträgt $b = 0,099$. D. h. auch, dass unter Konstanthaltung der anderen Modellvariablen jede zusätzliche Veränderung des subjektiven Wohlbefindens eine schwach positiv erwartete Veränderung der Bewertung um 0,099 bedeutet ($t = 2,622$; $p = 0,009$).

Einen negativen aber statistisch nicht signifikanten Einfluss auf die Bewertung der institutionalisierten Gesundheitsversorgung hat der **subjektive Gesundheitszustand**. Personen die einen schlechteren wahrgenommenen Gesundheitszustand im Vergleich zur Referenzgruppe mit sehr gutem Gesundheitszustand äußern, sehen das Gesundheitssystem negativer. Der erwartete Wert bei der Einschätzung des Gesundheitssystems liegt für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand mit -0,300 Punkte ($t = -1,200$, $p = 0,230$), für Personen mit mittlerem Gesundheitszustand -0,162 Punkte ($t = -1,172$, $p = 0,241$) und für Personen mit gutem Gesundheitszustand -0,055 Punkte ($t = -0,559$, $p = 0,576$) unter dem Schätzwert für die Referenzgruppe der Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand. Damit zeigt sich bei Betrachtung der unterschiedlichen Gesundheitszustände, dass je schlechter der Gesundheitszustand wahrgenommen wird, desto schlechter wird das Gesundheitssystem bewertet. Dieser Einfluss ist bei gewähltem Signifikanzniveau von 5 % allerdings statistisch nicht signifikant, weshalb die Hypothese (H4.2), dass der subjektive Gesundheitszustand einen Einfluss auf die Bewertung des Zustandes des Gesundheitssystems hat, nicht zutreffend ist.

Personen die mit ihrem **Einkommen** sehr schwer zurechtkommen bewerten den Zustand des Gesundheitssystems im Vergleich zu jenen Personen, die mit ihrer Einkommenssituation sehr gut einschätzen, negativer ($b = -0,070$, $t = -0,474$, $p = 0,636$). Es zeigt sich die Tendenz, dass je schlechter die Einkommenssituation bewertet wird, desto negativer wird das Gesundheitssystem bewertet. Dieser schwache Einfluss ist allerdings im Vergleich zur Referenzkategorie nicht statistisch signifikant, womit die Hypothese H5.1 sich nicht bestätigen lässt.

Bei Betrachtung des **Bildungsstandes** kann festgehalten werden, dass Personen mit formal niedriger Bildung ($b = 0,696$, $t = 4,370$, $p < 0,001$) und formal mittlerer Bildung ($b = 0,365$, $t = 4,370$, $p = 0,003$) das Gesundheitssystem im Vergleich zur Referenzgruppe mit formal hoher Bildung das Gesundheitssystem positiver sehen. Dieser Effekt stellt sich für Personen mit formal niedriger Bildung und formal mittlerer

Bildung bei einer gewählten Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % als statistisch signifikant ($p < 0,05$) heraus, d. h. die Hypothese H5.2 kann als bestätigt angesehen werden.

Das **Alter** (zentriert auf 52 Jahre) hat einen sehr schwachen negativen aber Einfluss auf die abhängige Variable, d. h. mit sinkendem Alter in Jahren im Vergleich zu 52-jährigen Respondent*innen sinkt auch das institutionelle Vertrauen ($b = -0,001$, $t = -2,260$, $p = 0,656$). Betrachtet man die Genusgruppen, so zeigt sich, dass weibliche Personen (**Geschlecht_w**) im Vergleich zu männlichen Personen das Gesundheitssystem gering negativer bewerten ($b = -0,076$, $t = -0,970$, $p = 0,331$). Beide genannten Einflussgrößen sind statistisch allerdings nicht signifikant ($p = > 0,05$). Aufgrund dessen, dass die statistische Signifikanz nicht gegeben ist, werden die formulierten Zusammenhänge, dass das Alter (Hypothese H5.3) und Gender (Hypothese H5.4) einen Einfluss auf die Zustandsbewertung des Gesundheitssystems hat, abgelehnt.

Für Personen die in der **Großstadt** leben zeigt sich im Vergleich zu Personen mit anderer Wohnumgebung ein positiver Einfluss auf die Zustandsbewertung des Gesundheitssystems ($b = 0,357$, $t = 3,777$, $p < 0,001$). Personen die in der Großstadt leben bewerten das Gesundheitssystem im Vergleich zu Personen, die nicht in der Großstadt leben, um rund 0,36 Skalenpunkte höher. Die Hypothese (H5.5), dass das Wohnumfeld einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitssystems ausübt, kann bei einer festgelegten Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % nachgewiesen werden.

Basierend auf den Daten des European Social Survey 2018 (ESS9) sind zusammenfassend nennenswerte Regressionsergebnisse, dass insbesondere das institutionelle Vertrauen (Hypothese 1), die institutionelle Zufriedenheit (Hypothese 2), interpersonales Vertrauen (Hypothese 3) und das subjektive Wohlbefinden (Hypothese 4.2) einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Zustandsbewertung des Gesundheitssystems haben. Im Hypothesenkomplex Soziodemografie zeigen der Bildungsstand (Hypothese 5.2) und das Wohnumfeld Großstadt (Hypothese 5.5) ebenfalls eine statistische Signifikanz. Alle anderen explizierten Hypothesen müssen der Regressionsanalyse zufolge verworfen werden. Das bedeutet, dass die Nullhypothese (H_0), dass kein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p > 0,05$) mit der Zustandsbewertung des Gesundheitssystems besteht, beibehalten wird.

6. Fazit und Diskussion

Die gegenwärtige pandemische Gesundheitskrise³², die durch das Coronavirus (SARS-Cov-2) ausgelöst wurde, verdeutlicht, wie wichtig interpersonales und institutionelles Vertrauen für die soziale Kohäsion ist, bzw. auch wie essenziell der soziale Zusammenhalt für Gesundheit ist. Zugleich tritt deutlich zutage, wie ungleich die mit der Krise einhergehenden Belastungen und Gesundheitsrisiken sozial verteilt sind. Die grenzüberschreitende Risikoausbreitung untermalt ferner die Bedeutsamkeit eines chancengerechten Zuganges zum Gesundheitssystem als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution und dass Vertrauen in unterschiedliche Teilsysteme (Politik, Medien, Wirtschaft, Justiz etc.) für das Funktionieren und den Zusammenhalt in der lokalen und globalen Gesellschaft unbestritten eine eminente Bedeutung zukommt.

In dieser Arbeit wurde basierend auf den Daten des European Social Survey Welle 9 (2018) analysiert, wie bedeutend verschiedene Vertrauensdimensionen für die Einschätzung durch (potenzielle) Nutzer*innen des Gesundheitssystems in Österreich sind und damit zusammenhängend, ob Vertrauen auch positive Wahrnehmungen und Bewertungen impliziert. Die Resultate machen deutlich, dass neben bestimmten individuellen Charakteristika vor allem die institutionelle Zufriedenheit und das institutionelle Vertrauen sowie das interpersonale Vertrauen maßgeblich die Einschätzung des Zustandes der institutionalisierten Gesundheitsversorgung in Österreich beeinflussen und daher den höchsten Erklärungsgewinn leisten. Die Ergebnisse unterstreichen daran anknüpfend die Relevanz unterschiedlicher miteinander verwobener Vertrauensdimensionen oder -quellen, respektive die Reziprozität von interpersonalen Vertrauen und System- oder Institutionsvertrauen und eines erweiterten Vertrauens in interdependente multiple Teilsysteme/Teilinstitutionen.

Die Aussagen stützen sich grundlegend darauf, dass Vertrauen grundsätzlich in sozialer Interaktion, in organisationalen und institutionellen Kontexten geschaffen, erhalten, erweitert oder entzogen wird. Vertrauen ist zunächst Luhmann (2001, S. 159f) aufgreifend ein Systemerfordernis und auch Systemeingangsbedingung, damit einerseits vertrauensvolle Beziehungen an Zugangspunkten von abstrakten

³² Aus der Sicht des Autors offenbart die Coronaviruspandemie auch die interaktive Beziehung zwischen einer reflexiven Modernisierung und einer Risikogesellschaft, d. h. einer Selbstkonfrontation mit selbst produzierten Risiken (siehe dazu auch Eid, 2004, Beck, Bonss & Lau, 2003).

Systemen (Giddens, 1990) entstehen können, welche andererseits über diese Vertrauensleistungen Systemvertrauen ermöglichen.

Die berichteten Ergebnisse lassen sich insbesondere mit den aufgegriffenen strukturationstheoretischen Überlegungen verbinden, dass Vertrauen gleichsam als Scharnier zwischen Handeln (human agency) und Struktur (social structure) fungiert und Ergebnis und Bedingung dieser Dualität ist. Zugleich ist zu erwähnen, dass im Rahmen der Dualität von Struktur und Handeln vor allem die Struktur bei zusätzlicher Berücksichtigung von institutionstheoretischen Annahmen in den Fokus rückte. Es liegt nahe, dass insbesondere direkte gesichtsabhängige Austauschbeziehungen mit Expert*innen an Systemzugangspunkten den höchsten Erklärungsbeitrag zu Vertrauensleistungen aufweisen. Die Dimension des Handelns im Rahmen von gesichtsabhängigen Austauschbeziehungen, wurde in dieser Arbeit nicht berührt und wenn dann nur indirekt durch sozial vermittelte Erfahrungen von Dritten durch Aufgriff des Sozialkapitalansatzes bemüht.

Die Reziprozität von Vertrauensverhältnissen fokussierend, wurde von vielfältigen teils zeitlich stabilen invarianten Übertragungs- Projektions- oder Generalisierungseffekten des Vertrauens ausgegangen. Vertrauenserfahrungen werden beispielsweise in der direkten Interaktion mit systemrepräsentierenden Gesundheitsprofessionen gesammelt und erstrecken sich zu einem auf das Gesundheitssystem als wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution und zum anderem darüber hinaus auch auf andere institutionelle Arrangements wie beispielsweise der Politik. Kuhlmann (2008, S. 4461) legt dahingehend dar, dass Vertrauenserfahrungen in Austauschbeziehungen in der institutionalisierten Gesundheitsversorgung Systemgrenzen überschreiten und eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Legitimität des Staates haben und demzufolge auch auf wohlfahrtsstaatliche institutionelle Regime und politische Arrangements zurückwirken. Generalisierungseffekte lassen sich auch in mehreren institutionellen Arrangements oder Regimebündel vermuten. Dies lässt sich unter anderem aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ableiten, dass bei Vorliegen eines generalisierten (institutionellen) Vertrauens und institutioneller Zufriedenheit – als eine retrospektive Evaluation in regulative und repräsentative Institutionen – andere Teilinstitutionen, wie vorliegend beispielsweise das Gesundheitssystem, positiver wahrgenommen werden. Institutionen nehmen unter der Prämisse der Umsetzung von institutionellen

Leitideen, die auch breite gesellschaftliche Werthaltungen widerspiegeln, Offe (2001, S. 278) folgend, eine „*katalysatorische Funktion der Vertrauensvermittlung*“ ein.

Die gegenwärtige Coronaviruspandemie und die damit in Verbindung zu bringenden folgenschweren Eingriffe in alle privaten und öffentlichen Lebensbereiche und vor allem in die Grundrechte von Einzelpersonen verdeutlicht, dass institutionelles Vertrauen wiederholt vor Herausforderungen gestellt wird. Ohne Vorliegen eines Mindestmaßes an Vertrauen in repräsentative Institutionen wie beispielsweise in die Politik und deren Verantwortung tragenden Repräsentant*innen, wie auch in die regulativen Institutionen können Maßnahmen des sozialen Abstandhaltens, Masken tragen, die Durchführung konsequenter Händehygiene, Kontaktreduktion etc. nicht flächendeckend umgesetzt und aufrechterhalten werden (Ennser-Jedenastik, 2020). Maßgebend dabei ist, inwieweit es Institutionen – die selbst unter Anforderungs- und Legitimitätsdruck stehen – mit ihrem jeweiligen Regimen gelingt Komplexität zu reduzieren, indem sinnvermittelt und orientiert im Interesse der Allgemeinheit Leitideen umgesetzt werden, um Ungewissheit und Unsicherheit zu vermeiden oder zu überbrücken. Dass davon sämtliche gesellschaftliche Teilsysteme (Politik, Wirtschaft, Bildung, Wissenschaft, Medien, Gesundheit und andere) berührt sind, ist gegenwärtig in allen Gesellschaften erfahrbar. Es liegt auf der Hand, dass im Falle von fehlenden Strukturen, inadäquaten prozessbasierten Abläufen und Ergebnissen Vertrauen schwer generiert werden kann. Wenn beispielsweise ein Mangel an Beatmungsgeräten an Intensivabteilungen des Krankenbehandlungssystems zu Allokationsproblemen bei SARS-Cov-2 betroffenen Personen führt, kann dies nicht nur eine lebensbedrohliche Situation darstellen, sondern es wird Misstrauen in die institutionalisierte Gesundheitsversorgung provoziert, dass auch auf andere in Wechselbeziehung stehende Systeme transferiert werden kann und wohl in erster Linie politische legitimierte Verantwortungsträger*innen als Systemrepräsentant*innen betrifft. Zur Förderung und des Erhalts der Gesundheit der Bevölkerung benötigt es nachvollziehbarerweise (Gilson 2003, S. 1461) zufolge entsprechende juristische, ökonomische, soziopolitische Grundlagen. Demnach kulminieren gesellschaftliche Rahmenbedingungen (wohlfahrtsstaatlicher Kontext) in institutionellen Grundlagen in der Gestalt von administrativen, rechtlichen und politischen Kulturen, welche einen prägenden Vertrauenseinfluss ausüben oder eine Kultur des Vertrauens maßgeblich tangieren (Gross & Jungbauer-Gans, 2012, S. 125). Diese Argumente aufgreifend erklärt sich auch, dass institutionelles Vertrauen

und auch soziales Vertrauen bei vergleichender Staatenbetrachtung unterschiedlich ausgeprägt ist/sein kann. Ein Umstand, welcher in diesem Beitrag nur theoretisch im Konnex mit der Ausführung von (idealtypischen) wohlfahrtsstaatlichen Regime und der Darstellung ausgewählter Gesundheitssystemdaten Berücksichtigung finden konnte.. Nach Ward (2017, S. 3f; Ward & Coates, 2006) ist das Ausmaß der sozialen Inklusion von Personen in ihrem Alltagsleben zentral, d. h. inwieweit Individuen Zugang zu unterschiedlichen Systemen und Serviceleistungen (Gesundheit, Wohlfahrt, Bildung etc.) haben und sich vor diesem Hintergrund eingebunden in sozialen Beziehungen sehen. Personen mit einem hohen sozialen Inklusionsgrad äußern auch höhere interpersonale und institutionelle Vertrauenswerte.

Bleibt man bei der gegenwärtigen SARS-Cov-2-Gesundheitskrise mit ihren vielfältigen Herausforderungen, so hat diese Krise nach Ennser-Jedenastik (2020) nicht nur das Potenzial Vertrauen in repräsentative und regulative Institutionen, sondern auch das soziale oder interpersonale Vertrauen zu erschüttern und auch zu verändern. Ohne interpersonales Vertrauen und soziale Verantwortungsübernahme für die Mitmenschen im Alltag liegt ein Eskalationspotenzial bereit, wenn bei den Einzelpersonen das Gefühl oder die subjektive Wahrnehmung dominiert, dass kooperatives Verhalten wenig zielführend ist. Nach Putnam et al. (1993, S. 167) ist *„Trust [is] an essential component of social capital.“* und Sozialkapital ist als eine mehrfache Ressource für die Individuen und das Gemeinwohl zu betrachten, wie Putnam in seinen Ausführungen *„making democracy work“* (1993), *„bowling alone“* (2000) darlegt. Dass interpersonales Vertrauen als eine Domäne sozialen Kapitals einen positiven Einfluss auf die Zustandsbewertung des Gesundheitssystems hat, stellt ein weiteres nennenswertes Kernergebnis dieser Arbeit dar und ist insbesondere von Belang, wenn keine direkten gesichtsabhängigen (Vertrauens-) Erfahrungen an Zugangspunkten zu Systemen gewonnen werden können. Die Ergebnisse bestärken die Bedeutsamkeit, dass in schwachen oder starken Sozialbindungen Vertrauen von Bezugspersonen mediiert wird, indem diese ihre bewerteten direkten und indirekten Vertrauenserfahrungen zur vertrauensgebenden Person transferieren. In diesem Sinne zeigen die Resultate tendenziell, dass vor allem die qualitative Dimension (kognitive soziale Kapital) besonders bedeutsam erscheint und weniger die quantitative Dimension (strukturelles soziales Kapital), die Größe des Netzwerkes ausschlaggebend für Vertrauenserfahrungen ist. Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist zudem, dass Institutionsvertrauen und interpersonales

Vertrauen sich bedingen (Straten et al., 2002; Brehm & Rahn, 1997). Brehm & Rahn (1997, S. 100) führen aus, dass ein höheres Sozialkapital zu Institutionen, vor allem zu politischen Institutionen übertragen wird. Kotzian (2011, S. 26) nuanciert dahingehend, dass soziales Vertrauen aber nur dann in institutionelles Vertrauen umschlägt, wenn Institutionen vertrauenswürdig erscheinen.

Bei der Bewertung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems spielen des Weiteren verschiedene soziodemografische Merkmale eine, wenn auch untergeordnete, Rolle, wie vor allem die Analyseergebnisse berücksichtigend, das subjektive Wohlbefinden, die Wohnumgebung Großstadt und der Bildungsstatus. Insgesamt betrachtet bleibt die Erklärungsleistung dieser Variablen allerdings auf geringem Niveau. Bei Ausdruck von subjektivem Wohlbefinden zeigen die Ergebnisse, dass auch die wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution des Gesundheitssystems positiv bewertet wird. Der ebenfalls positive Einfluss des Wohnumfeldes Großstadt leistet möglicherweise aufgrund der ergiebigen großstädtischen Gesundheitsinfrastruktur einen Erklärungsbeitrag. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich zudem bei Heranziehung des Bildungsstandes, dass je niedriger der formale Bildungsstand ist, umso höher fällt das Vertrauen in das Gesundheitssystem aus. Jüngere Personen (unter 52 Jahre) und Frauen sowie Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen und subjektiv schlechter wahrgenommenen Gesundheitszustand tendieren eher dazu die Gesundheitsversorgung negativer zu sehen/zu bewerten. Die Ergebnisse und der relative Erklärungsgehalt der soziodemografischen Variablen und des selbst eingeschätzten Gesundheitszustandes lassen keine allgemeinen plausiblen konsistenten Schlussfolgerungen zu. Die Ergebnisse sprechen aus institutionstheoretischer Perspektive eher dafür, dass die eigene sozioökonomische Lage oder erklärende Merkmale auf individueller Ebene für die Einschätzung des Gesundheitssystems weniger von Bedeutung sind (Wendt, Kohl, Mischke, & Pfeifer, 2010, S. 189; Kotzian, 2011, S. 26).

Bettet man die vorliegenden Befunde zur Soziodemografie und Zustandsbewertung in Debatten gesundheitlicher Ungleichheit ein, so können Annahmen vertreten werden, wonach Vertrauens- oder (gesunde) Misstrauensleistungen und die damit möglicherweise verbundenen Konsequenzen von soziodemografischen Merkmalen abhängig sind. Vertrauen ist unumstritten eine zentrale Komponente für effiziente und effektive Funktionsfähigkeit in der institutionalisierten Gesundheitsversorgung

(Gille, Smith & Mays, 2017, S. 25f) und paradoxerweise ist Vertrauen mit der Reflexivität des Wissens als ein Charakteristikum der Moderne (Giddens, 1990) bei steigender Gesundheitskompetenz (health literacy) schwieriger zu gewinnen (Gille et al., 2015, S. 63). Die vorliegenden Befunde stützen die Annahme, dass Personen mit hoher Gesundheitskompetenz (elaborierten Gesundheitswissen bei formal höherer Bildung) Risikosituationen bei gegebener Informationsasymmetrie in einer strukturell asymmetrischen Beziehung, beispielsweise in Kontakt mit Gesundheitsexpert*innen (Siegrist, 2005, S. 250f) durch kritisches Hinterfragen unterschiedlich bewerten und Vertrauen tendenziell zurückhaltender und kontrolliert aufgebaut wird. Insofern ist im Zusammenhang mit einem Vertrauensdiskurs auch von stratifizierter Reflexivität (Ward, 2006, S. 145) zu sprechen. Darunter ist zu verstehen, dass sich für Personen mit sozioökonomischer Benachteiligung oder niedrigerer Positionierung in der sozialen Hierarchie sich weniger Möglichkeiten für reflexive Handlungen ergeben und daher in (riskanten) Ausnahmesituationen möglicherweise gar nichts anderes übrig bleibt als Expert*innen, die selbst nur mit spezifischen Wissensausschnitten ausgestattet sind, bei Systemkontakten (blind) zu vertrauen.

Giddens (1990) pointiert in diesem Zusammenhang, dass signifikante Differenzen zu einem zwischen Expert*innen(meinungen) vorherrschen und zum anderen auch zwischen unzureichend informierten Laien, beispielsweise Personen mit geringer Gesundheitskompetenz. Das Vorliegen von unvollständiger und nicht verständlicher/oder schwer verständlicher Information verhindert, dass Vertrauen auf eine zeitlich stabile Basis gestellt werden kann. Daran anknüpfend sind wie Giddens ausführt unterschiedliche adaptive Reaktionen in risikobehafteten Situationen wie beispielsweise an Systemzugangspunkten, dem Treffpunkt von Expert*innen und Laien möglich: pragmatische Akzeptanz, anhaltender Optimismus, zynischer Pessimismus und radikales Engagement (Giddens, 1990, S. 134-137).

Ein zusammenfassender Befund der vorliegenden Ausführungen ist auch, dass Vertrauen ein Faktor zu Bestimmung der Beziehungs- und Institutions-/Systemqualitäten ist und daher auch implizite wie explizite Bewertungen beinhaltet. Anders ausgedrückt ist davon auszugehen, dass institutionelles Vertrauen eine Bewertung der institutionellen Leistungsfähigkeit und der durch die Institution verkörpert Werte und Normen durch repräsentierenden Akteur*innen, beinhaltet.

6.1 Methodische und inhaltliche Limitationen

Die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse sind vor dem Hintergrund von methodischen und inhaltlichen Limitationen zu betrachten, weshalb diese ohne Anspruch auf Vollständigkeit, thematisiert werden. Zielsetzung ist es neben dem Aufzeigen der Begrenzungen der Reichweite der Analyseergebnisse auch eine kritische Einordnung der auf Basis der Ergebnisse getätigten Schlussfolgerungen.

Da es sich bei dieser Auseinandersetzung mit dem Vertrauensphänomen um ein nicht direkt beobachtbares Phänomen handelt, ist eine inhaltlich methodische Begrenzung nachvollziehbarerweise die theoretische Konzeptualisierung und Operationalisierung dieses Phänomens und der anderen berücksichtigten Konzepte, bzw. das Auffinden von messbaren Indikatoren, die dieses Phänomen oder die berücksichtigten anderen Konzepte, abbilden.

In dieser Arbeit ist Vertrauen vor allem bei Betrachtung auf einer Mikroebene als soziales Verhalten bestimmt, das bedeutet allerdings nicht, dass personales Vertrauen nicht auch als eine (relativ stabile) Persönlichkeitseigenschaft mit einer Sozialisationsgeschichte gesehen werden kann. Zudem ist nachvollziehbar, dass es sich bei persönlichen und institutionellen Vertrauen oder Misstrauen nicht um ein statisches Phänomen handelt und daher situativ konkrete Erlebens-, Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster in veränderlichen Situationen nicht wiedergegeben werden. Fokussiert man verschiedene Vertrauensdimensionen oder die Quellen des Vertrauens so ist zu erwähnen, dass insbesondere spezifisches interpersonales Vertrauen, also bedeutungsgeladene Erfahrungen die in Gesundheitseinrichtungen oder mit health professionals gesammelt werden, unberücksichtigt bleiben.

Des Weiteren ist anzumerken, dass das Konzept des Misstrauens in dieser Arbeit nicht Platz finden konnte, bzw. nur am Rande Erwähnung findet und Vertrauen und Misstrauen auch gleichzeitig oder alternierend auftreten können. Luhmann (2014) weist auf die Funktionalität von Misstrauen hin, indem Misstrauen verstanden wird als ein „*funktionales Äquivalent für Vertrauen*“ (Luhmann, 2014 [1968], S. 82), das zur Komplexitätsreduktion durch eine negative Erwartungshaltung beitragen kann. Funktionales Misstrauen als Ausdruck von gesundem Skeptizismus³³ bewahrt vor

³³ Im Zusammenhang mit Laienskeptizismus wird an dieser Stelle auch auf kritische Perspektiven im Rahmen der Medikalisierung der Gesellschaft und einer übersteigerten Zuwendung zum Thema Gesundheit (healthism) und einer Überbetonung individueller Gesundheitsverantwortung bei gleichzeitiger Vernachlässigung politischer Verantwortung

naivem und blindem Vertrauen und hat somit eine belangvolle Selbstschuttfunktion, während hingegen dysfunktionales Misstrauen kooperative Beziehungen hemmt (Neumann, 2007, S. 25).

Lenkt man den Blick auf die in dieser Arbeit berücksichtigten theoretischen Konzepte und mögliche Einflussgrößen auf die Bewertung des Gesundheitssystems, ist zu erwähnen, dass insbesondere die Gesundheitsmedien als Informationsquelle und als berichterstattende Instanz sowie allgemein öffentliche Gesundheitsdiskurse das Vertrauen der Bevölkerung nicht unbeträchtlich berühren (Grünberg, 2014, S. 275f; Gille et al., 2017, S. 39). Daran anknüpfend ist davon auszugehen, dass die Bewertung der institutionellen Gesundheitsversorgung auch noch von weiteren (unbestimmten) Faktoren, wie dem Vertrauen an Zugangspunkten, medienvermittelten Vertrauen etc. geprägt ist. Damit soll unter anderem angemerkt werden, dass bestimmte andere Einflussgrößen vernachlässigt wurden oder gegebenenfalls sogar übermäßig berücksichtigt wurden. Backhaus et al. (2016, S. 100) spricht im Zusammenhang mit der methodischen Umsetzung von modellhaften Annahmen mittels statistischer Analyseverfahren von einem *underfitting* oder *overfitting*.

In dieser Arbeit kann auch nicht auf Gesundheitssystemvergleiche eingegangen werden, die aber einen maßgeblichen Einfluss auf Vertrauenskulturen haben (beispielsweise Wendt 2013, 2008, 2006; Ennser-Jedennastik; 2020). Gesundheitssysteme sind zudem einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterworfen, der beispielsweise durch gesundheitspolitische Reformen und formulierte Gesundheitszielsetzungen zum Ausdruck gelangt (Bachner et al., 2019).

Im theoretischen Konzeptualisierungsversuch des Vertrauensphänomens und in der methodischen Umsetzung dieser Arbeit nehmen Übertragungseffekte einen nicht unbedeutenden Stellenwert ein. Dabei ist limitierend einzuwenden, dass die unterschiedlichen vertrauenserweiternden Generalisierungs- oder Übertragungspfade nur unzureichend die Komplexität der reziproken Generalisierungen wiedergeben. Greift man den Erklärungsbeitrag des institutionellen Vertrauens zur Bewertung des Gesundheitssystems auf, so ist davon auszugehen, dass Vertrauen in unterschiedliche institutionelle Regime (Politik

hingewiesen. Vergleiche dazu den Überblicksbeitrag: Die „Gesundheitsgesellschaft“ – eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? Eine Einleitung (Krajcic, Forster, & Mixa, 2009).

Parteien, Regierung, Justiz, Polizei etc.) unterschiedlich ausgeprägt ist und auch die institutionelle Zufriedenheit mit nationalen und supranationalen Institutionen als angenommener Ausdruck eines retrospektiven Bewertungsprozesses, nicht gleich mit Vertrauen in Teilinstitutionen oder gesamtgesellschaftliche Institutionen gleichzusetzen ist. Institutionelles Vertrauen als die Bündelung von Regimeinstitutionen zu fassen, lässt nach (Inkinen & Thyen, 2019, S. 320-324) auch außer acht, dass Institutionen ein unterschiedliches Ausmaß an Vertrauen oder Misstrauen genießen. Nachvollziehbarerweise variieren Vertrauenswerte nicht nur zwischen den als regulativ und repräsentativ gebündelten dargestellten Institutionen, sondern es herrschen auch qualitative Unterschiede zwischen den Institutionen vor (Kotzian, 2011, S. 44). Diese Annahmen würden für die vorliegende Auseinandersetzung unter anderem bedeuten, dass ein grundsätzlich hohes Institutionsvertrauen nicht vorschnell gleichzusetzen ist mit einem Vertrauen in die wohlfahrtsstaatliche Teilinstitution des Gesundheitssystems.

Auch ist anzumerken, dass Befragungen häufig von einer gefestigten Alltagssemantik ausgehen (Offe, 2001, S. 365) und, dass befragte Personen eine differenzierte Unterscheidung auf konzeptueller Ebene, beispielsweise zwischen nicht trennscharfen Konzepten von Zufriedenheit, Vertrauen, fällen können. Ferner ist zu relativieren, inwieweit und auf welcher Grundlage differenzierte Einschätzungen von Personen mit unterschiedlichen Erfahrungshorizonten zum Zustand des österreichischen Gesundheitssystems getroffen werden können. Empirisch ist eine Annäherung an das Phänomen des Vertrauens günstigenfalls durch eine Kombination von experimentellen Versuchsanordnungen und in Kombination von qualitativen Erhebungsmethoden zu fassen (Offe, 2001, S. 366).

Es bieten sich für zukünftige Forschung unter Erwägung des Vertrauensphänomens mehrere Anknüpfungspunkte an. Zu einem sind aus institutionstheoretischer Perspektive Gesundheitssystemanalysen zu nennen, die sich mit den durch die Ökonomie, Recht und Gesundheitspolitik vorgegebenen Rahmenbedingungen befassen (Siegrist, 2005, S. 324, Schwartz & Janus, 2006; S. 79f). Da die Konzepte Vertrauen und Gesundheit auch dazu dienen können den Blick auf unterschiedliche Beziehungsverhältnisse zu lenken (Gilson, 2006; Scambler, 2018; Shea et al., 2008), bietet es sich zum anderen an, diese Konzepte in organisationssoziologischer Forschung (beispielsweise im Rahmen von gesundheitsförderlicher Settingentwicklung) zu berücksichtigen.

Ebenfalls von Bedeutung ist eine professionssoziologische Perspektive vor allem mit dem Fokus auf strukturell asymmetrische Beziehungen zwischen Gesundheitsprofessionen und Patient*innen (Brennan et al., 2013). Nicht zuletzt können empirische Annäherungen an gesundheitliche Ungleichheit unter Berücksichtigung der Gesundheitsressource des Sozialkapitals, aber auch die in dieser Arbeit nicht thematisierte Funktionalität von Misstrauen in einer medikalisierten und medialisierten Gesellschaft gewinnbringend sein.

6.2 Vertrauensfördernde Maßnahmen – Vertrauen als Ergebnisparameter

Wenn man davon ausgeht, dass Vertrauen das Ergebnis und Bedingung von komplexen Interaktionsverhältnissen³⁴ zwischen Gesundheitsprofessionen, zwischen health professionals und Patient*innen, dem medizinischen System und anderen sozialen Systemen ist, so sind damit auch mögliche Ebenen angesprochen, wo anzusetzen ist, um Vertrauen in Zusammenhang mit Gesundheit zu verbessern (Meyer et al., 2008, S. 182; Abelson, Miller, & Giacomini, 2009, S. 69; Douglass & Calnan, 2016, S. 401-409).

Die vorliegenden Resultate legen die Schlussfolgerung nahe, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem und damit in Verbindung stehend eine positive Bewertung auf der Basis von direkt und indirekt (vermittelten) Erfahrungen darüber hinaus das gesamtgesellschaftliche Vertrauen (institutionelles Vertrauen) tangiert (Gilson, 2003, S. 1463). Insofern ist es zugleich plausibel anzunehmen, dass in Abhängigkeit des Ausmaßes inwiefern Gesundheit als staatliche Steuerungsaufgabe wahrgenommen wird, auch unterschiedliche vertrauensfördernde Effekte erzielt werden (können). Differente wohlfahrtsstaatliche Modelle, die auch immer das Gesundheitssystem miteinschließen, repräsentieren unterschiedliche soziopolitische Gestaltungsoptionen. Gesundheit als wertvolle individuelle und kollektive Ressource ist im Wesentlichen durch materielle und psychosoziale Lebensbedingungen und Kontextbedingungen mitbestimmt. Neben einem verbesserten und niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem und Steigerung der Versorgungsqualität wird und ist der Erfolg vor allem daran zu messen, inwieweit Voraussetzungen für eine

Douglass & Calnan (2016) halten fest, dass die Perspektive eines Vertrauensnetzes (lattice of trust) in ärztliches Personal verschiedene Dimensionen oder Bereiche des Vertrauens umfasst: trust in patients, self trust, workplace trust and system trust.

Angleichung von Lebenschancen geschaffen und erweitert werden und gesundheitliche Ungleichheit verringert wird (Siegrist, 2005, S. 340f).

Nach Gilson (2003) & Abelson et al. (2009, S. 68) ist es von entscheidender Bedeutung die Vertrauenswürdigkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen, indem die Entwicklung des Gesundheitssystems als soziale Institution gefördert wird. Zu einem, indem die Normen Wahrheit, Solidarität und Fairness Berücksichtigung finden, und zum anderen geht es damit in Verbindung stehend, die institutionelle Performanz zu verbessern. Kotzian (2011, S. 26) sieht Vertrauen in Institutionen als additives Kompositum in die Moral und die institutionelle Leistungsfähigkeit der Institution. Soziales Vertrauen wird nur übertragen, wenn Institutionen auch als vertrauenswürdig imponieren.

Innerhalb des Gesundheitssystems sind Ansätze zur Förderung des Vertrauens daher vor allem in unterschiedlichen intra- und extramuralen organisatorischen Kontexten³⁵ gewinnbringend und zielen im Wesentlichen auf Organisationsentwicklung³⁶. Gesundheitseinrichtungen können evidenzbasierte Medizin und Pflege sowie Leitlinien (systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für ärztliches Personal, Patient*innen) als explizite Bestandteile eines Qualitätsmanagements und andere Instrumente dabei als neue Signifikanten für Vertrauen zur Verfügung stehen (Kuhlmann, 2008, S. 4459; Siegrist, 2005, S. 335f). Luhmann führt desgleichen aus, dass für ein durchschauendes Vertrauen es notwendig ist, dass personale und soziale Handlungssysteme stabilisiert werden und

³⁵ Als Abgrenzung zum Institutionsbegriff soll folgende Anmerkung zum Begriff der Organisation erfolgen: Nach Richter (2017) ist der Begriff der Organisation in der Organisationsforschung aufgrund von multidisziplinären Theorien und Schulen nicht einheitlich definiert. March/Simon 1958, Mayntz 1963 (zit. in Richter, 2017, S. 66) zufolge sind drei Definitionsmerkmale bedeutsam: 1. Organisationen sind auf spezifische Zwecke ausgerichtet (Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung); 2. Organisationen setzen sich aus mehreren Organisationsmitgliedern zusammen (wie z. B. ärztliches und nichtärztliches Personal, administratives und medizintechnisches Personal), welche durch (kündbare) Verträge gebunden sind und spezifische Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben sind nach Rationalitätserwägungen verteilt, sodass sich eine formale Organisationsstruktur herausbildet. 3. Zweck und Zielsetzungen, Verträge und formale Organisationsstruktur bilden eine definierte Grenze zwischen Innen (Organisationsmitglieder, welche ihr Handeln an Zweck, Vertrag und Struktur ausrichten) und dem Außen (Nichtorganisationsmitglieder).

³⁶ Vergleiche dazu auch den Beitrag von Pelikan, der einen systemtheoretischen Lösungszugang für Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung behandelt. Organisationen werden dabei als soziale Systeme aufgefasst, die spezifische Leistungen erbringen und häufig speziellen Funktionssystemen zugeordnet sind (Pelikan, 2007, S. 79). In einem vereinfachten Handlungsmodell werden dabei Interventionsmöglichkeiten als System-, Umwelt- und Settingentwicklung dargestellt, die auch gewinnbringend übertragbar für die vorliegende Auseinandersetzung im Zusammenhang mit vertrauensfördernden Maßnahmen ist (Pelikan, 2007, S. 77).

„in ihren Funktionsbedingungen durchsichtig gemacht werden.“ (Luhmann, 2014, S. 78). Zur Erhöhung Umsetzung von Transparenz ist es daher sinnvoll, dass beispielsweise das Krankenbehandlungssystem evidenzbasierte Gesundheitsleistungen anbietet, Kennziffern etabliert und operative Abläufe transparent gestaltet (Luhmann, 2014, S. 78). Pfaff & Scheibler (2006, S. 434f) halten bei Fokussierung auf das Krankenbehandlungssystem (intramuraler Bereich) fest, dass die wesentlichen Trends und Strategien zur Steigerung der Versorgungsqualität die Standardisierung und Individualisierung sind, die auch Vertrauenseffekte mit sich bringen können und überdies in abgeänderter Form für den extramuralen Leistungsbereich von Bedeutung sein können. Die Standardisierung betrifft dabei eine hohe Prozessqualität, d. h. die inhaltliche und formale Organisation und transparente Gestaltung der Prozessabläufe auf den neuesten Stand der Wissenschaft, gepaart mit der klinischen Erfahrung der Praktiker*innen und den Präferenzen der betroffenen Person mit Gesundheitsanliegen (Sackett et al., 1996, zit. in Pfaff & Scheibler, 2006, S. 434). Nachvollziehbarerweise sind für eine optimale Prozessqualität entsprechende sachliche und personelle Voraussetzungen (Strukturqualitäten) von Bedeutung, welche insgesamt mit der Prozessqualität die kooperativ erbrachten Leistungsergebnisse bedingen. Die Erhebung des Vertrauens, respektive die Messung von Vertrauen, kann dabei als ein Ergebnisparameter oder Qualitätsindikator, mit und neben der Bewertung von Strukturen und Prozessen, dienen (Siegrist, 2005, S. 336; van der Schee, Groenewegen & Friele, 2006, S. 468). Individualisierung bezeichnet eine verstärkte Berücksichtigung der Perspektive der Person mit gesundheitsbezogener Beeinträchtigung, die Wahrnehmung der Person als Koproduzent*in der eigenen Gesundheit und ein personorientiertes umfassendes Leistungsangebot. Dies kann beispielsweise erfolgen durch shared-decision-making (partizipative Entscheidungsprozesse) und dem Fallmanagement (Case Management), d. h. der Sicherstellung und Optimierung der Versorgungskontinuität und -qualität innerhalb eines organisatorischen Kontextes und auch zwischen organisatorischen Kontexten (Schnittstellenmanagement) (Pfaff & Scheibler, 2006, S. 434-441; Saheb-Kashaf, McGill & Berger, 2017, S. 2159; Faller, 2012, S. 1109). Dass Vertrauen nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen und innerhalb von Organisationen (Richter, 2017) und Nutzer*innen des Gesundheitssystems berührt ist ebenso wichtig, wie die begünstigende

Voraussetzung, dass in teamförmig geregelten Arbeitsweisen intra- und interdisziplinär den Gesundheitsprofessionen vertraut wird. Demzufolge kann Vertrauen als messbares Leistungsergebnis nicht nur zur Effektivität, sondern auch zur Effizienz der Versorgung beitragen und hat damit organisationsbezogene und ökonomische Relevanz (Kuhlmann, 2008, S. 4459).

Bleibt man bei einer mesoanalytischen Betrachtung der Gesundheitsorganisationen, so ist ein weiterer wichtiger Aspekt im Rahmen einer Patient*innenorientierung die Erhebung der Betroffenenperspektive. Erhebungen des Vertrauens durch beispielsweise Befragungen – sog. patient surveys als eine Form der Patient*innenbeteiligung (Strodtholz & Badura, 2006, S. 444f) – sind leicht settingspezifisch in bestehende Monitoring- und Evaluationsmechanismen zu integrieren und ermöglicht Vertrauen als Leistungs- oder Qualitätsparameter heranzuziehen. Gesammelte und analysierte Surveydaten erlauben Zeitvergleiche, bevölkerungsspezifische Aussagen u. a., die auch mit Faktoren wie der Versorgungsqualität, Gesundheitsvorsorgeverhalten, Betreuungskontinuität, Adhärenz zu Behandlungsempfehlungen und mit anderen gesundheitsrelevanten Themen in Verbindung gebracht werden können. Gewonnene Daten zum Vertrauensphänomen können daher eine maßgebende Rolle spielen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Diese Aspekte sind wiederum mit einer besseren individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheit in Verbindung zu bringen (Ozawa & Sripad, 2013, S. 13f; Thom et al., 2004, S. 125-130).

Wie in dieser Auseinandersetzung mehrfach hervorgehoben nimmt dementsprechend kommunikatives Handeln zwischen Gesundheitsprofessionen und systeminanspruchnehmenden Personen einen eminenten Stellenwert ein und ist die Voraussetzung, um Vertrauen zu generieren und zu stabilisieren. Ein wichtiger Ansatz um die Zufriedenheit und das Vertrauen in Gesundheitssysteme zu erhöhen ist demnach die Verbesserung einer personorientierten Beziehungsgestaltung und Betreuung mit den Gesundheitsprofessionen, insbesondere des ärztlichen Personals an Systemzugangspunkten (Wendt et al., 2010, S. 189; Pellegrini, 2017; S. 95). Ansätze zur Verbesserung des Vertrauens in ärztliches Personal oder in das Gesundheitspersonal allgemein sind edukative Interventionen, wie beispielsweise das Training von kommunikativen oder interpersonellen Kompetenzen im Sinne einer personorientierten Gesprächsführung und professionellen Beziehungsgestaltung im

Rahmen einer partnerschaftlichen Allianz. Ebenfalls zielführend sind Interventionen, welche die Offenheit, Ehrlichkeit und Redlichkeit von ärztlichen Personen greifbarer machen. Dazu zählen beispielsweise, dass das Leistungsangebot, Forschungsbeteiligungen, Publikationen, finanzielle Anreize u. a. transparent gemacht werden. Die Offenlegung von Qualifikationen, laufende professionelle Weiter- und Fortbildungen geben Hinweise auf die technische Kompetenz der Person. Die Sicherstellung der Versorgungskontinuität und die Erreichbarkeit sind ebenfalls mögliche Parameter, die Vertrauen wecken können, vor allem auch für den extramuralen („niedergelassenen“) Bereich (Rolfe, Car, Scheikh, & McKinstry, 2014, S. 16-20; Ommen, Janßen, Neugebauer, & Pfaff, 2007, S. 60).

Eine nicht zu vernachlässigende Thematik und Aufgabe ist zudem, wie künftig die gesundheitliche Versorgung der europäischen Bevölkerung ohne hegemoniale Allüren und Überbetonung ökonomischer Wettbewerbskriterien (Lepsius, 1997) von den Mitgliedsstaaten gestaltet wird und supranational institutionelles Vertrauen im Angesicht grenzüberschreitender Gesundheitsprobleme, wie beispielsweise der SARS-Cov-2 Infektionen, aufgebaut werden kann (Paoli, Schmidt, Wigzell & Rys, 2019). Unumstritten ist Vertrauen und funktionales Misstrauen unter Bedingungen stratifizierter Reflexivität und der Ungleichverteilung von Gesundheitskompetenz (health literacy), d. h. dem Wissen und der Kompetenz von Personen im Umgang mit komplexen Anforderungen der Gesundheit in der modernen Gesellschaft, bedeutsam (Sørensen et al., 2012).

Institutionen wie das Gesundheitssystem generieren und generalisieren Vertrauen jedenfalls nur dann, wenn es gelingt, die Bezugswerte Wahrheit und Gerechtigkeit in (reflexiven) modernen Gesellschaften eine nachhaltige Stimme zu verleihen (Offe, 2001, S. 277, S. 281f). Vertrauen als soziologische Kategorie kann als hilfreiche Linse fungieren (Gilson, 2005), um die vielfältigen interdependenten Beziehungen zwischen Individuen und sozialen Systemen/Institutionen mit ihren vielfältigen Organisationen in den Blick zu nehmen, dort sind nicht zuletzt Ansatzpunkte der Auflösung, Stabilisierung, Veränderung und Erweiterung zu verorten, um in Koproduktion Gesundheit als zentralen Wert für die Einzelperson und die Bevölkerung zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen.

7. Literaturverzeichnis

- Abelson, J., Miller, F. A., & Giacomini, M. (2009). What does it mean to trust a health system? *Health Policy*, 91(1), S. 63-70.
- Anfang, P., & Urban, D. (1994). *SISS. Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart. Vertrauen soziologisch betrachtet. Ein Beitrag zur Analyse binärer Interaktionssystem No. 1.* IfS - Institut für Sozialwissenschaften. Abteilung für Soziologie I. <https://dnb.info/1048047628/34> [Abruf: 20.03.2020]
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). Gesundheitssystem im Wandel. Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. *European Observatory on Health Systems and Policies*, S. 1-288.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (14., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), S. 89-101.
- Bauch, J. (2000). *Medizinsoziologie*. Walter de Gruyter GmbH. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5049144> [Abruf: 12.02.2020]
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1. Aufl., Erstausg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U., Bonss, W., & Lau, C. (2003). The Theory of Reflexive Modernization: Problematic, Hypotheses and Research Programme. *Theory, Culture & Society*, 20(2), S. 1–33.
- Beierlein, C., Kemper, C. J., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2012). Kurzskala zur Messung des zwischenmenschlichen Vertrauens: Die Kurzskala Interpersonales Vertrauen (KUSIV3). (GESIS-Working Papers, 2012/22). *GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-312126> [Abruf: 27.05.2020]
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2), S. 1-13.
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 70 Tabellen* (3., überarb. Aufl., Nachdr.). Heidelberg: Springer.

- Böhle, F., & Wehrich, M. (2009). Ungewissheit, Uneindeutigkeit, Unsicherheit – Braucht die Theorie reflexiver Modernisierung eine neue Handlungstheorie. In Fritz Böhle, & Margit Wehrich (Hrsg.). *Handeln unter Unsicherheit* (1. Auflage, S. 9 – 24). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brehm, J., & Rahn, W. (1997). Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital. *American Journal of Political Science*, 41(3), S. 999-1022.
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., & Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: A systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(6), S. 682-688.
- Bruckner, B. K. (2016). *Organisationales Vertrauen initiieren. Determinanten des intraorganisationalen Vertrauens von Beschäftigten in Großunternehmen*. Wiesbaden: Springer.
- Bude, H., Fischer, K., & Huhnholz, S. (2010). *Vertrauen: Die Bedeutung von Vertrauensformen für das soziale Kapital unserer Gesellschaft*. Bad Homburg v.d. Höhe: Herbert-Quandt-Stiftung.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen—Daten—Fakten*. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/2/7/CH3957/CMS1291326472762/bmasgk_das-oesterreichische-gesundheitssystem__zahlen-daten-fakten__web.pdf [Abruf: 27.01.2020]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2016). *Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissenstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform*. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632983&version=1472130861> [Abruf: 27.11.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). (2012). *Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*. Wien. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf [Abruf: 27.05.2020]
- Calnan, M., & Rowe, R. (2008). *Trust matters in healthcare*. New York: Open University Press/McGraw-Hill.
- Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: The system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), S. 92-97.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), S. 155-159.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.

- Coleman, J. S. (1991). *Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1 Handlungen und Handlungssysteme*. München: Oldenbourg Verlag.
- Cook, K. S. (2001). *Trust in society*. Russell Sage Foundation. <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610441322> [Abruf: 23.03.2020]
- Crocker, J. E., Swancutt, D. R., Roberts, M. J., Abel, G. A., Roland, M., & Campbell, J. L. (2013). Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: Evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open*, 3(5), S. 1-8.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. [Arbeitspapier]. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> [Abruf: 23.01.2020]
- Danner, D. (2015). *Reliabilität—Die Genauigkeit einer Messung*. Wannheim: GESIS Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines).
- Deeming, C. (2017). The Lost and the New 'Liberal World' of Welfare Capitalism: A Critical Assessment of Gøsta Esping-Andersen's *The Three Worlds of Welfare Capitalism* a Quarter Century Later. *Social Policy and Society*, 16(3), S. 405-422.
- Douglass, T., & Calnan, M. (2016). Trust matters for doctors? Towards an agenda for research. *Social Theory & Health*, 14(4), S. 393-413.
- Eid, M. (2004). Reflexive Modernity and Risk Society. *The International Journal of the Humanities: Annual Review*, 1(1), S. 823-829.
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Joyce, K., & Dahl, E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*, 18(6), S. 593-599.
- Eikemo, T. A., Huijts, T., Bambra, C., McNamara, C., Stornes, P., & Balaj, M. (2017). *Gesundheit in Europa—Soziale Unterschiede und deren Bestimmungsfaktoren. Ergebnisse der 7. Runde des European Social Survey*. (ESS Topline Results 6. Ausgabe). https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7_Toplines_Issue_6_Health_German.pdf [22.02.2020]
- Endreß, M. (2001). Vertrauen und Vertrautheit. Phänomenologisch-Anthropologische Grundlegung. In Martin Hartmann & Claus Offe (Hrsg.), *Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhaltes*. (S. 161-204). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Endreß, M., & Maring, M. (2010). *Vertrauen –zwischen sozialem Kitt und der Senkung von Transaktionskosten* (S. 91–115). Karlsruhe: KIT Scientific Publishing. <http://www.oapen.org/download?type=document&docid=422381> [Abruf: 12.01.2020]

- Endreß, M. (2012). *Vertrauen (Einsichten. Themen der Soziologie)*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Ennsner-Jedenastik, L. (2020, März 19). Das Coronavirus wird unser Vertrauen in die Politik erproben. *Der Standard. Standardabweichung*. <https://www.derstandard.at/story/2000115899595/das-coronavirus-wird-unser-vertrauen-in-die-politik-erproben> [Abruf: 22.05.2020]
- Esping Andersen, G. (1989). The three political economies of the welfare state. *Canadian Review Sociology & Anthropology*, 26(1), S. 10-36.
- ESS. (2019). *European Social Survey (ESS Österreich)*. <https://www.europeansocialsurvey.org/about/country/austria/methods.html> [Abruf: 11.03.2020]
- Eurobarometer. (2010). *Patient safety and quality of healthcare. Full report. Special Eurobarometer 327/Wave 72.2*. European Commission. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf [Abruf: 11.03.2020]
- European Commission. (2014a). *Patient Safety and Quality of Care, Special Eurobarometer 411*, Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf [Abruf: 14.02.2020]
- European Commission. (2014b). *European Commission. Social Climate Report, Special Eurobarometer 418*, Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_418_en.pdf [Abruf: 14.02.2020]
- European Social Survey (ESS7). (2014). *European Social Survey (ESS). Fragebogen (Runde 7, 2014/15) (ESS Round 7 Questionnaire)*. ESS ERIC Headquarters, Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
- Eurostat. (2019). *Number of healthy years of life: Countries compared. Healthy life years at birth, 2016*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1?inheritRedirect=true> [Abruf: 12.02.2020]
- Evers, J. (2018). *Vertrauen und Wandel sozialer Dienstleistungsorganisationen: Eine figurationssoziologische Analyse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), S. 1106-1112.
- Fromm, S. (2012). *Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuchs, D., Gabriel, O. W., & Völkl, K. (2002). *Vertrauen in politische Institutionen und politische Unterstützung*. 31(4), S. 427-450.

- Fuchs-Heinritz, W., König, A., & Bourdieu, P. (2014). *Pierre Bourdieu: Eine Einführung* (3., überarbeitete Auflage). Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft.
- Gambetta, D. (2001). Kann man dem Vertrauen vertrauen? In Martin Hartmann (Hrsg.), *Vertrauen als Grundlage sozialen Zusammenhalts*. (S. 204-240). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P. (2018). Physician–patient communication in rheumatology: A systematic review. *Rheumatology International*, 38(5), S. 763-775.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: University Press.
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), S. 62-64.
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2017). Towards a broader conceptualisation of 'public trust' in the health care system. *Social Theory & Health*, 15(1), S. 25-43.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7), S. 1453-1468.
- Gilson, L. (2005). Editorial: Building trust and value in health systems in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 61(7), S. 1381–1384.
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: Theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), S 359-375.
- Giordano, G. N., Mewes, J., & Miething, A. (2019). Trust and all-cause mortality: A multilevel study of US General Social Survey data (1978–2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(1), S. 50-55.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), S. 1360-1380.
- Gross, C., & Jungbauer-Gans. (2012). Sozialkapital als individuelle Ressource und Produkt gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. In Alban Knecht & Franz-Christian Schubert (Hrsg.), *Ressourcen im Sozialstaat und in der sozialen Arbeit: Zuteilung—Förderung—Aktivierung* (S. 117-132). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grünberg, P. (2014). *Vertrauen in das Gesundheitssystem: Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen*. Wiesbaden: Springer VS.

- Gukenbiehl, H. L. (2016). Institution und Organisation. In Hermann Korte & Bernhard Schäfers (Hrsg.), *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie*. (9. Auflage, S. 174-189). Wiesbaden: Springer.
- Habimana, K., Bachner, F., Bobek, J., Ladurner, J., & Ostermann, H. (2015). *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. (Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 4. Ausgabe). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Bericht---Das-oesterreichische-Gesundheitswesen-im-internationalen-Vergleich-.html> [Abruf: 13.12.2019]
- Hahmann, H. (1969). *Das Lexikon der deutschen Sprache*. Berlin:Ullstein.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions. What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), S. 613-639.
- Hall, M. A. (2006). Researching medical trust in the United States. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 456-467.
- Hartmann, M., & Offe, C. (Hrsg.). (2001). *Vertrauen: Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Hartung, S. (2019). Sozialkapital und Gesundheit. In Robin Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 177-189). Berlin: Springer-Verlag.
- Häußling, R. (2018). Institution. In Johannes Kopp & Anja Steinbach (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie*. (12. Auflage, S. S. 191-193). Wiesbaden: Springer.
- Hayes, A. F., & Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior Research Methods*, 39(4), S. 709-722.
- Hew Hei, C., & Ismail, A. (2017). Indicators for Medical Mistrust in Healthcare—A Review and Standpoint from Southeast Asia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(6), S. 5-20.
- Hillen, M. A., de Haes, H. C. J. M., & Smets, E. M. A. (2011). Cancer patients' trust in their physician—a review. *Psycho-Oncology*, 20(3), S. 227-241.
- Hofmarcher, M. M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Huang, E. C.-H., Pu, C., Chou, Y.-J., & Huang, N. (2018). Public Trust in Physicians—Health Care Commodification as a Possible Deteriorating Factor: Cross-sectional Analysis of 23 Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801875917.

- Inkinen, S., & Thyen, K. (2019). Regimeperformanz und politisches Vertrauen in Autokratien. In Claudia Wiesner & Philip Harfst (Hrsg.), *Legitimität und Legitimation: Vergleichende Perspektiven* (S. 315-346). Wiesbaden: Springer.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), S. 1-28.
- Jneid, S., Jabbour, H., Hajj, A., Sarkis, A., Licha, H., Hallit, S., & Khabbaz, L. R. (2018). Quality of Life and Its Association With Treatment Satisfaction, Adherence to Medication, and Trust in Physician Among Patients With Hypertension: A Cross-Sectional Designed Study. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 23(6), S. 532-542.
- Jungbauer-Gans, M., & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Aufl., S. 77-99). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.
- Kawachi, I., Kennedy, P. B., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). *Social Capital, Income Inequality, and Mortality*. 87(9), S. 1491-1498.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag. für Gesundheitsförderung.
- Kim, A. M., Bae, J., Kang, S., Kim, Y.-Y., & Lee, J.-S. (2018). Patient factors that affect trust in physicians: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), S. 1-8.
- Kotzian, P. (2011). Conditional trust: The role of individual and system-level features for trust and confidence in institutions. *Zeitschrift Für Vergleichende Politikwissenschaft*, 5(1), S. 25-49.
- Krajic, K., Forster, R., & Mixa, E. (2009). Die „Gesundheitsgesellschaft“ — eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? Eine Einleitung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), S. 3-12.
- Krajic, K., Dietscher, C., & Pelikan, J. M. (2017). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – soziologisch betrachtet. In Peter Kriwy & Monika Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie, Kapitel 10*, (S. 1-31). Wiesbaden: Springer VS.
- Krot, K., & Rudawska, I. (2016). The Role of Trust in Doctor-Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients. *Economics & Sociology*, 9(3), S. 76-88.
- Kuhlmann, E. (2006). Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology*, 54(4), S. 607-620.

- Kuhlmann, E. (2008). New Governance, Professionen und Vertrauen im Gesundheitssystem: Neue Technologien der Vertrauensbildung. In Karl-Siebert Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006.: Bd. Teilbd. 1 u. 2* (S. 4458-4466). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Lee, S.-Q., Raamkumar, A. S., Li, J., Cao, Y., Witedwittayanusat, K., Chen, L., & Theng, Y.-L. (2018). Reasons for Primary Medication Nonadherence: A Systematic Review and Metric Analysis. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 24(8), S. 778-794.
- Lepsius, R. (1997). Vertrauen zu Institutionen. In Deutsche Gesellschaft für Soziologie, Stefan Hradil, Karl-Siebert Rehberg, Andreas Pischel, Thomas Platz, & Deutsche Gesellschaft für Soziologie (Hrsg.), *Differenz und Integration: Die Zukunft moderner Gesellschaften: Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden 1996* (S. 283-293). Frankfurt am Main: Campus.
- Lewis, J. D., & Weigert, A. (1985). Trust as a Social Reality. *Social Forces*, 63(4), S. 967-985.
- Littig, B., Pollak, J., Grand, P., Leitner, A., Segert, A., Vogtenhuber, S., & Wagner, E. (2016). *European Social Survey—Welle 7. Tabellenband Österreich. Institut für Höhere Studien, Vienna. Wien.*
https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3890/1/ESS7_Tabellenband.pdf [Abruf: 14.02.2020]
- Long, J. S., & Ervin, L. H. (2000). Using Heteroscedasticity Consistent Standard Errors in the Linear Regression Model. *The American Statistician*, 54(3), S. 217-224.
- Luhmann, N. (2001). Vertrautheit, Zuversicht, Vertrauen. Probleme und Alternativen. In Martin Hartmann (Hrsg.), *Vertrauen als Grundlage sozialen Zusammenhalts*. (S. 143-161). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Luhmann, N. (2005). *Soziologische Aufklärung. [Bd.] 2: Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft* (5. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. [1968] (2014). *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (5. Aufl.). Konstanz München: UVK Lucius.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), S. 761-769.
- Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), S. 113-120.

- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review, 17*(2), S. 177-186.
- Misztal, B. A. (1996). *Trust in modern societies: The search for the bases of social order*. Cambridge: Polity Press ; Blackwell Publishers, Inc.
- Misztal, B. A. (2011). Trust: Acceptance of, Precaution Against and Cause of Vulnerability. *Comparative Sociology, 10*(3), S. 358-379.
- Morgan, M. (2008). The doctor patient relationship. In Graham Scambler (Hrsg.), *Sociology as applied to medicine* (6th ed, S. 55-71). Edinburgh: Saunders Elsevier.
- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *Journal of Epidemiology, 22*(3), S. 179-187.
- Nefiodow, L. A. (2011). Die Gesundheitswirtschaft. In Peter Granig & Leo A. Nefiodow (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft—Wachstumsmotor Im 21. Jahrhundert. Mit „Gesunden“ Innovationen Neue Wege Aus Der Krise Gehen*. (1. Auflage, S. 25-39). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Neumann, M. M. (2007). *Konsumentenvertrauen: Messung, Determinanten und Konsequenzen* (1. Aufl.). Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Nicolae, S., Endress, M., Berli, O., & Bischur, D. (Hrsg.). (2019). *(Be)Werten: Beiträge zur sozialen Konstruktion von Wertigkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Noll, H.-H. (1989). Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens: Instrumente für die gesellschaftliche Dauerbeobachtung und Sozialberichterstattung? *ZUMA Nachrichten, 13*(24), S. 26-41.
- Offe, C. (2001). Wie können wir unseren Mitbürgern vertrauen? In Martin Hartmann & Claus Offe (Hrsg.), *Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts*. (S. 241-295). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Ommen, O., Janßen, C., Neugebauer, E., & Pfaff, H. (2007). Einflussfaktoren auf das Vertrauen schwerverletzter Patienten in den Krankenhausarzt. *Der Chirurg, 78*(1), S. 52-61.
- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 91*, S. 10-14.
- Paoli, F., Schmidt, I., Wigzell, O., & Rys, A. (2019). An EU approach to health system performance assessment: Building trust and learning from each other. *Health Policy, 123*(4), S. 403-407.
- Parsons, T. (1958). Struktur und Funktion der Modernen Medizin. In Rene König & Margret Tönnemann (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie* (S. 10-57). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Paul, B., & Schmidt-Semisch. (2010). Risiko Gesundheit. Eine Einführung. In Bettina Paul & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft* (1. Aufl., S. 7-22). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Peck, B. M., & Conner, S. (2011). Talking with Me or Talking at Me? The Impact of Status Characteristics on Doctor-Patient Interaction. *Sociological Perspectives*, 54(4), S. 547-567.
- Pelikan, J. M. (2009). Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), S. 28-47.
- Pelikan, J. M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(2), S. 74–81.
- Pellegrini, C. A. (2017). Trust: The Keystone of the Patient-Physician Relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), S. 95-102.
- Pfaff, H., & Scheibler, F. (2006). Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus: Standardisierung und Individualisierung als Trends. In Claus Wendt & Christof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit*. (S. 432-444). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfeiffer, W. (2019). *DWDS. Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache: „Vertrauen“, bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. <<https://www.dwds.de/wb/Vertrauen>>, [Abruf: 28.11.2019]
- Platonova, E. A., Kennedy, K. N., & Shewchuk, R. M. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. *Medical Care Research and Review*, 65(6), S. 696-712.
- Preisendörfer, P. (1995). Vertrauen als soziologische Kategorie. Möglichkeiten und Grenzen einer entscheidungstheoretischen Fundierung des Vertrauenskonzepts. *Zeitschrift für Soziologie*, 24(4), 263-271.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rhodes, R., & Strain, J. J. (2000). Trust and Transforming Medical Institutions. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9(2), S. 205-217.
- Richter, C. (2017). *Vertrauen innerhalb von Organisationen. Ein soziologisches Modell*. Bielefeld: Transcript Verlag.

- Rocco, L., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2014). From Social Capital to Health – and back. *Health Economics*, 23(5), S. 586-605.
- Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., & McKinstry, B. (2014). Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Saheb Kashaf, M., McGill, E. T., & Berger, Z. D. (2017). Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2159-2171.
- Scambler, G. (2018). *Sociology, health and the fractured society: A critical realist account*. New York: Routledge.
- Schendera, C. F. G. (2014). *Regressionsanalyse mit SPSS* (2. korrigierte und aktualisierte Auflage). München: De Gruyter Oldenbourg.
- Schiffman, L., Thelen, S. T., & Sherman, E. (2010). Interpersonal and political trust: Modeling levels of citizens' trust. *European Journal of Marketing*, 44(3/4), S. 369-381.
- Schnittker, J. (2004). Social Distance in the Clinical Encounter: Interactional and Sociodemographic Foundations for Mistrust in Physicians. *Social Psychology Quarterly*, 67(3), S. 217-235.
- Schoenthaler, A., Montague, E., Baier Manwell, L., Brown, R., Schwartz, M. D., & Linzer, M. (2014). Patient–physician racial/ethnic concordance and blood pressure control: The role of trust and medication adherence. *Ethnicity & Health*, 19(5), S. 565-578.
- Schölkopf, M., & Pressel, H. (2017). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwartz, S. H. (o.J.). *Chapter 7 European Social Survey. A Proposal for Measuring Value Orientations across Nations*. Abgerufen 30. April 2020, von https://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_human_values.pdf [21.01.2020]
- Schwartz, W., & Janus, K. (2006). Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld. In Claus Wendt & Christof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit* (S. 72-86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwei, R. J., Kadunc, K., Nguyen, A. L., & Jacobs, E. A. (2014). Impact of sociodemographic factors and previous interactions with the health care system on institutional trust in three racial/ethnic groups. *Patient Education and Counseling*, 96(3), S. 333-338.
- Shapiro, P. S. (1987). The Social Control of Impersonal Trust. *American Journal of Sociology*, 93(3), S. 623-658.

- Shea, J. A., Micco, E., Dean, L. T., McMurphy, S., Schwartz, J. S., & Armstrong, K. (2008). Development of a Revised Health Care System Distrust Scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), S. 727-732.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie* (6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München Jena: Elsevier, Urban & Fischer.
- Simmel, G. [1922] (1999). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Gesamtausgabe Band 1.* (3. Auflage, Bd. 11). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Skirbekk, H., Middelthon, A.-L., Hjortdahl, P., & Finset, A. (2011). Mandates of Trust in the Doctor–Patient Relationship. *Qualitative Health Research*, 21(9), S. 1182-1190.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J.; Doyles, G.; Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(80), S. 1-13.
- Statista. (2020). *Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen in Österreich 2018. Umfrage Europäischen Wertestudie Januar bis April 2018.* <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/937012/umfrage/vertrauen-in-gesellschaftliche-institutionen-in-oesterreich/#statisticContainer> [Abruf: 04.05.2020]
- Statistik Austria. (2014). *Subjektiver Gesundheitszustand 2014. Gesundheitsbefragung 2014—Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.* https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.html [Abruf: 09.01.2020]
- Statistik Austria. (2017). *Gesundheitsausgaben in Österreich laut „System of Health Accounts.“* https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html [09.02.2020]
- Straten, G. F. M., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55, S. 227-234.
- Strodtholz, P., & Badura, B. (2006). Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In Claus Wendt & Cristof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit.* (S. 444-464). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach’s Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), S. 1273-1296.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring Patients’ Trust In Physicians when Assessing Quality Of Care. *Health Affairs*, 23(4), S. 124-132.

- Ullrich, C. G., & Christoph, B. (2006). Soziale und Risikosolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz von „Entsolidarisierungsoptionen“ bei gesetzlichen Versicherten. In Claus Wendt & Cristof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit*. (S. 406–432). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Urban, D., & Mayerl, J. (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung: Lehrbuch* (4., überarb. und erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- van der Schee, E., Groenewegen, P. P., & Friele, R. D. (2006). Public trust in health care: A performance indicator? *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), S. 468-476.
- Vogliotti, S., & Vattai, S. (2014). *Teil 1 Wohlfahrtsstaats-Modelle in Europa*. http://afi-ipl.org/wp-content/uploads/AFI2015_Welfare_1_de.pdf [Abruf: 14.02.2020]
- Wang, W., Zhang, H., Washburn, D. J., Shi, H., Chen, Y., Lee, S., Du, Y., & Maddock, J. E. (2018). Factors Influencing Trust towards Physicians among Patients from 12 Hospitals in China. *American Journal of Health Behavior*, 42(6), S. 19-30.
- Ward, P. (2006). Trust, Reflexivity and Dependence. *European Journal of Social Quality*, 6(2), S. 143-158.
- Ward, P., & Coates, A. (2006). ‘We shed tears, but there is no one there to wipe them up for us’: Narratives of (mis)trust in a materially deprived community. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(3), 283-301.
- Ward, P. R. (2017). Improving Access to, Use of, and Outcomes from Public Health Programs: The Importance of Building and Maintaining Trust with Patients/Clients. *Frontiers in Public Health*, 5(22), S. 1-8.
- Wehrich, M. (2009). Entscheidungsprobleme und deren Bearbeitungsformen in der Theorie reflexiver Modernisierung. In Fritz Böhle & Margit Wehrich (Hrsg.). *Handeln unter Unsicherheit* (1. Auflage, S. 305 – 333). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wendt, C., Kohl, J., Mischke, M., & Pfeifer, M. (2010). How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare. *European Sociological Review*, 26(2), S. 177-192.
- Wendt, C. (2003). Vertrauen in Gesundheitssysteme. *Berliner Journal Soziologie*, 3, S. 371-393.
- Wendt, C. (2006). Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. In Claus Wendt & Cristof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit* (S. 72–86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Wendt, C. (2007). Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. *WSI-Mitteilungen*, 60(7), S. 380-386.
- Wendt, C. (2008). Einstellungen zu wohlfahrtsstaatlichen Institutionen in Europa-Wie werden Gesundheitssysteme von den Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen? *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), S. 115-140.
- Wendt, C. (2009). Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in ihre Gesundheitssysteme. *Public Health Forum*, 17(3), S. 5-7.
- Wendt, C. (2013). *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich* (3., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- WHO (World Health Organization). Regional Office for Europe. (1948). *Constitution of the World Health Organization. Basis Documents, forty-fifth edition, Supplement.* (S. 1-18). World Health Organisation. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [12.11.2019]
- WHO (World Health Organization). Regional Office for Europe. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Abruf: 13.11.2019]
- WHO (World Health Organization). Regional Office for Europe. (2020). *Gesundheit 2020—Das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden.* <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> [23.11.2019]
- Wolf, C., & Wendt, C. (2006). Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In Claus Wendt & Cristof Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit* (S. 9–33). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zhao, D., Zhao, H., & Cleary, P. D. (2019). International variations in trust in health care systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), S. 130-139.
- Zhao, D.-H., Rao, K.-Q., & Zhang, Z.-R. (2016). Patient Trust in Physicians: Empirical Evidence from Shanghai, China. *Chinese Medical Journal*, 129(7), S. 814-818.

8. Anhang

8.1 Abstract

Introduction: Health denotes a key value in our contemporary modern reflexive society and in this context the social phenomenon trust is seen as an essential component for effective health system relationships and functioning of the institutionalized health care, but also for society in general. The aim of this thesis is to investigate the relevance of trust and other influencing individual aspects in assessing the state of the Austrian health system. Institutional and system functionalist perspectives, social capital approach and mainly the theory of structuration are recognized as theoretical background.

Methods: A secondary quantitative analysis based on the data from the European Social Survey 2018 (ESS9) for Austria was performed followed by multiple linear regression to determine the associations between the considered influential factors on the assessment of the Austrian health services.

Results: According to the results trust in representative and regulative institutions, satisfaction with institutions and interpersonal trust as a core component of social capital, show the strongest influential effects and are significantly positively associated with the subjective assessment of the state of Austrian health services. Individual characteristics like education status, urban domicile and well-being show a moderate effect.

Conclusion: The results suggest that transmission effects of trust are closely linked with subjective assessment and that primarily the development of health care as social institution is paramount to promote trust. That encompasses to focus on institutional guiding principles (fairness, transparency, inclusion) and therefore enhancing institutional performance. The central focal concern to build up a trust-based health system is the management of various interdependent health care relationships. This includes the individualization of health care through shared decision making and case management and standardization through organizational setting specific development, evidence-based practice, transparency systems as quality reportings and trust measurement in health care and consideration as quality indicator. Finally in a macroperspective sociopolitical interventions at a welfare state

level are influential to enable a fair and equal access to institutionalized health care and to reduce health inequalities as a contribution to a wider societal value.

Keywords: Trust - Assessment - Health care system - Structuration theory - Secondary analysis – European Social Survey

Kurzzusammenfassung

Einleitung: Gesundheit bezeichnet einen zentralen Wert in unserer gegenwärtigen reflexiven modernen Gesellschaft und in diesem Kontext ist das soziale Phänomen Vertrauen essenziell für effektive Gesundheitsbeziehungen und die effektive Funktionsfähigkeit der institutionalisierten Gesundheitsversorgung, wie auch für die Gesellschaft allgemein. Ziel dieser Arbeit ist es, insbesondere die Relevanz von Vertrauen und anderer individueller Einflussfaktoren in der subjektiven Einschätzung des österreichischen Gesundheitssystems zu untersuchen. Als theoretischer Hintergrund werden institutionelle und systemfunktionalistische Perspektiven, der Sozialkapitalansatz und vordergründig die Theorie der Strukturation herangezogen.

Methode: Basierend auf der Datengrundlage des European Social Survey 2018 (ESS9) für Österreich wurde eine quantitative Sekundärdatenanalyse unter Anwendung der multiplen linearen Regression durchgeführt, um den Zusammenhang der berücksichtigten Einflussfaktoren und der Zustandsbewertung des österreichischen Gesundheitssystems zu bestimmen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass vornehmlich das Vertrauen in repräsentative und regulative Institutionen, die Zufriedenheit mit Institutionen und das interpersonale Vertrauen signifikant positiv mit der Einschätzung des Zustandes des österreichischen Gesundheitssystems assoziiert sind. Individuelle Charakteristika wie Bildungsstand, urbanes Wohnumfeld und Wohlbefinden zeigen einen moderaten Einfluss.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass Übertragungseffekte des Vertrauens mit subjektiven Bewertungen in Verbindung stehen und das primär eine Entwicklung des Gesundheitssystems als soziale Institution Vertrauen fördert. Dies erfordert eine Fokussierung auf die institutionellen Leitideen (Gerechtigkeit, Transparenz, Inklusion) sowie die Förderung der institutionellen Leistungsfähigkeit. Der zentrale Ansatzpunkt für ein vertrauensbasiertes Gesundheitssystem ist im Kern das Management vielfältiger Gesundheitsbeziehungsverhältnisse. Dies beinhaltet eine Individualisierung der Gesundheitsversorgung durch gemeinsame Entscheidungsfindung und Fallmanagement sowie die Standardisierung durch settingspezifische organisationale Entwicklung, evidenzbasierte Praktiken, Transparenzsysteme wie Qualitätsberichterstattungen und die Messung und

Berücksichtigung von Vertrauen als Qualitätsparameter. Aus einer Makroperspektive sind soziopolitische Interventionen auf wohlfahrtsstaatlicher Ebene erforderlich, um einen fairen und gleichen Zugang zur institutionalisierten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren und dadurch zu einem erweiterten gesellschaftlichen Wert beizutragen.

Schlüsselbegriffe: Vertrauen – Gesundheitssystem – Einschätzung – Strukturationstheorie – Sekundäranalyse – European Social Survey

8.2 Kommentierte Modellprämissen der multiplen Regressionsanalyse

Zur Durchführung der Regressionsanalyse müssen verschiedene Modellprämissen erfüllt werden: keine Multikollinearität, lineare Beziehung zwischen erklärender Variable und erklärter Variable, keine Autokorrelation oder Heteroskedastizität der Residuen (Backhaus et al., 2016, S. 97 -110).

Das lineare Regressionsmodell basiert auch auf der Prämisse, dass die unabhängigen Variablen nicht exakt linear abhängig sind, d. h. ein Regressor darf sich nicht als lineare Funktion der übrigen Regressoren (unabhängigen Variablen) darstellen lassen (perfekte *Multikollinearität*). Als Maße zur Prüfung der Multikollinearität gibt SPSS die sog. Toleranz und den Variance Inflation Faktor (VIF) aus. Nach Urban & Mayerl (2011, S. 230ff) soll die Toleranz von 0,10 (10 % eigenständiger Varianzanteil), bzw. noch strikter von (0,2 %) nicht unterschritten werden. Toleranzwerte nahe Null geben Hinweise auf eine starke Multikollinearität zwischen der betreffenden Variable und den anderen unabhängigen Variablen. Im vorliegenden Falle liegen die Toleranzwerte der Variablen > 0,2 (Backhaus et al., 2016, S. 108). Der VIF als Kehrwert der Toleranz soll als kritischen Wert 10 nicht überschreiten, bzw. noch strikter 5,0 nicht überschreiten. Die Variance Inflationsfaktoren der im Modell berücksichtigten Variablen liegen alle in einem Wertebereich zwischen 1,086 und 1,781.

Tabelle 11: Kollinearitätsstatistik – Toleranz, Variance Inflation Factor

Kollinearitätsstatistik	Toleranz	VIF
Interpersonales Vertrauen: 0 (niedrig) bis 10 (hoch)	0,753	1,328
Vertrauen in Institutionen (0 (niedrig) bis 10 (hoch))	0,613	1,630
Subjektive Lebensqualität: 0 (niedrig) bis 10 (hoch)	0,717	1,394
Subjektive Gesundheit (sehr) schlecht (Ref.: sehr gut)	0,732	1,365
Subjektive Gesundheit mittel (Ref.: sehr gut)	0,562	1,781
Subjektive Gesundheit gut (Ref.: sehr gut)	0,645	1,550
Subjektive Einkommenssituation: zurechtkommen (Ref.: Eink. sehr gut)	0,758	1,320
Subjektive Einkommenssituation: (sehr) schwer zurechtkommen (Ref.: Eink. sehr gut)	0,679	1,472
Wohnumgebung Großstadt	0,921	1,086
Zufriedenheit mit Institutionen	0,662	1,510
Alter zentriert (0=52 Jahre)	0,774	1,292
Geschlecht weiblich	0,966	1,035
Vertrauenspersonen (mind. 3)	0,921	1,085
Formale Bildung niedrig (Ref.: Bildung hoch)	0,519	1,928
Formale Bildung mittel (Ref.: Bildung hoch)	0,528	1,895

Quelle: Eigene Berechnung anhand der Daten des ESS9 (2018)

Die *lineare Beziehung* zwischen den berücksichtigten Variablen wurde vor allem mittels Sichtung der partiellen Regressionsdiagramme beurteilt und wird bei visueller Inspektion als gegeben beurteilt.

Das Histogramm mit der Normalverteilungskurve (Abbildung 4) zeigt, dass die standardisierten Residuen der abhängigen Variable geringfügig linksschief verteilt. Das darauffolgende P-P-Diagramm (Abbildung 5) mit den beobachteten und den bei Normalverteilung erwarteten Häufigkeiten zeigt geringfügige Abweichungen von der Normalverteilung (Referenzverteilung) welche als akzeptabel angesehen werden. Aufgrund der Stichprobengröße (der hohen Fallzahl) und der Begründung des zentralen Grenzwertsatzes wird von einer Normalverteilung als Voraussetzung für die Durchführung einer linearen Regression ausgegangen (n = 2111) (Backhaus et al., 2016, S. 111, S. 120f; Urban & Mayerl, 2011, 198f).

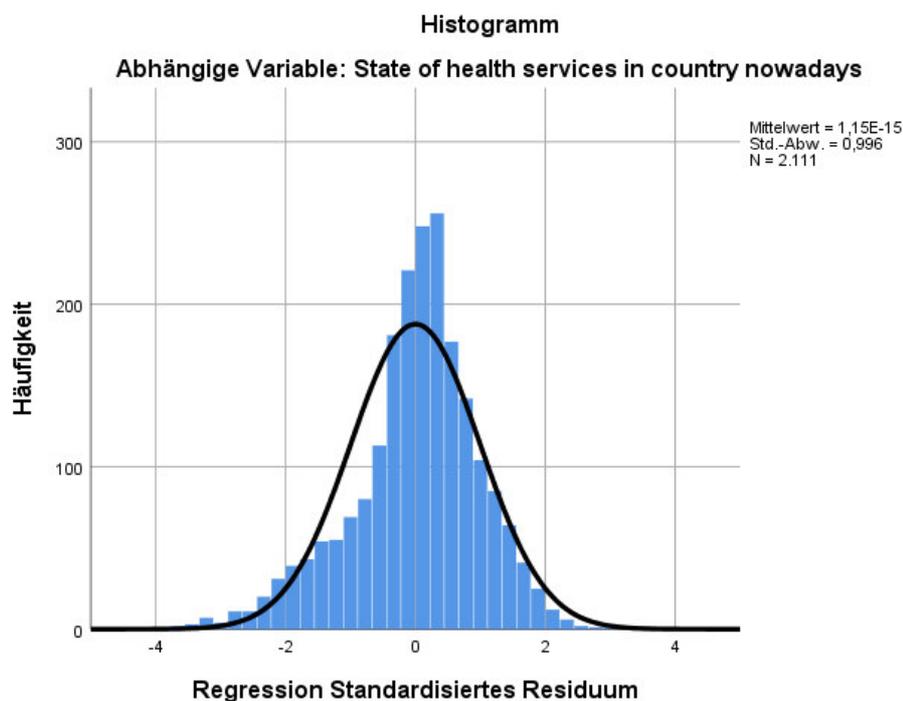


Abbildung 4: Histogramm – Beurteilung der Normalverteilung der Residuen „state of health services in country nowadays“
Quelle: SPSS-Output, eigene Berechnung anhand der Daten des ESS9 (2018)

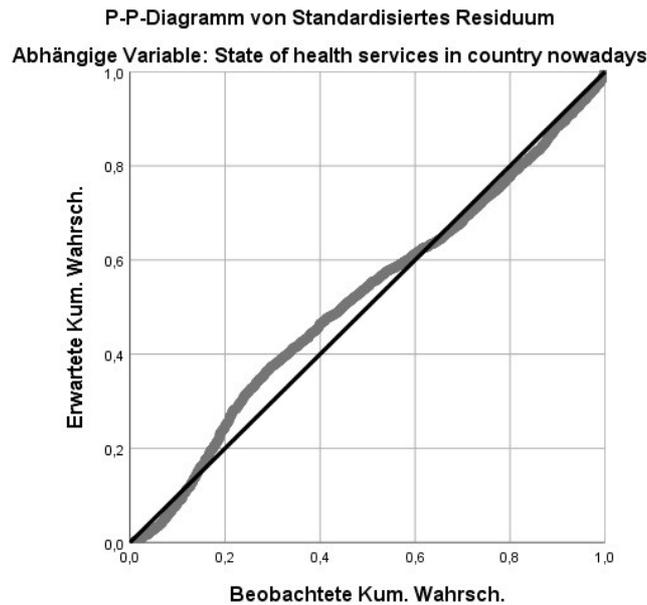


Abbildung 5: Probability-Probability-Plot Diagramm – „state of health services in country nowadays“

Quelle: SPSS-Output, eigene Berechnung anhand der Daten des ESS9 (2018)

Um die Varianzgleichheit (Homoskedastizität) zu ermitteln, wurde primär eine visuelle Inspektion der Residuen mit einem Streudiagramm vorgenommen. Die Residuen streuen nicht völlig unsystematisch (streuungsgleich) in einem Bereich von + 3 und – 4 um die horizontale Linie der Y-Achse und scheinen weitgehend zufällig verteilt ohne ein systematisch erkennbares Muster (Backhaus et al., 2016, s. 120f).

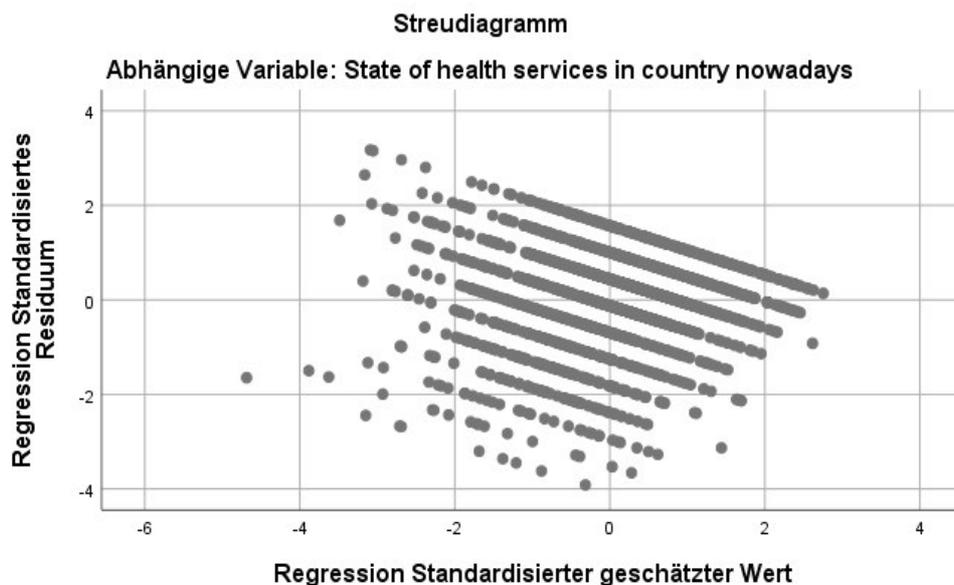


Abbildung 6: Visuelle Residuenanalyse – Darstellung der Residuen - „state of health services in country nowadays“

Quelle: SPSS-Output, eigene Berechnung anhand der Daten des ESS9 (2018)

Zur weiteren Überprüfung der Homoskedastizität wurde ein Breusch-Pagan Test, der die Nullhypothese testet, dass die Fehlervarianz nicht von den Werten der unabhängigen Variablen abhängt, durchgeführt. Der Breusch Pagan Test zeigt ein statistisch signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat: 235,650; $p < 0,001$), d. h., dass auf Heteroskedastizität hingewiesen wird. Aufgrund dessen wurde eine homoskedastizitätskonsistente Standardfehlerschätzung (Hayes & Cai, 2007; Long & Ervin, 2000) durchgeführt.

Zur Überprüfung der Autokorrelation der im Modell berücksichtigten Variablen wurde die Durbin Watson Statistik herangezogen. Dabei wird die Hypothese geprüft, dass die Beobachtungswerte nicht autokorrelieren. Werte zwischen 1,5 und 2,5 signalisieren nach Urban & Mayerl (2011, S. 266) kein beachtenswertes Ausmaß an Autokorrelation, während hingegen Werte unter 1 und über 3 als Hinweis für eine Autokorrelation zu beachten sind. Im vorliegenden Falle liegt der Durbin Watson Test bei 1,956 (siehe Tabelle 15, S. 121) und es wird daher von keiner Autokorrelation ausgegangen.

Neben den bereits vorgestellten grafischen Ansätzen zur Beurteilung der Modellangemessenheit, erfolgte noch eine Beurteilung des Einflusses von Beobachtungen, d. h. konkret auf Ausreißer, Hebelwerte, Diskrepanz oder allgemein auf Einflussmaße. Die fallweise Diagnose der standardisierten Residuen der abhängigen Variable ergibt vier Ausreißerwerte bei $> 3,5$ Standardabweichungen). Cohen et al. (2003³, S. 401, zit. in Urban & Mayerl, 2011, S. 65) empfiehlt für größere Datenmengen höhere Cutoffs, z. B. 3 bis 4, weshalb auf dieses Argument aufbauend kein Fallausschluss erfolgte. Zur Identifikation von einflussreichen Fällen wurde die Cook-Distanz herangezogen (Maximum: 0,15), die nach allgemeiner Konvention, wie im vorliegenden Falle gegeben, unter 1,0 liegen soll (Cohen et al. (2003³, S. 401, zit. in Urban & Mayerl, 2011, S. 65).

8.3 Ausgewählte Tabellen der Datenanalyse

Tabelle 12: Eignung der Korrelationsmatrix – Faktorenanalyse
Faktorenanalyse - Korrelationsmatrix

	trstpri Trust in country's parliament	trstlgl Trust in the legal system	trstplc Trust in the police	trstplt Trust in politicians	trstprt Trust in political parties	trstep Trust in the European Parliament	trstun Trust in the United Nations
Trust in country's parliament	1,000						
Trust in the legal system	0,589	1,000					
Trust in the police	0,464	0,698	10,00				
Trust in politicians	0,659	0,486	0,429	1,000			
Trust in political parties	0,643	0,468	0,403	0,883	1,000		
Trust in the European Parliament	0,594	0,480	0,346	.567	0,581	1,000	
Trust in the United Nations	0,502	0,411	0,313	0,451	0,470	0,765	1,000

Anmerkung: Korrelationen sind signifikant (einseitig) $p < 0,001$

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung Korrelationsmatrix der Faktorenanalyse anhand der Daten des ESS9 (2018)

Tabelle 13: Faktorenanalyse – Kommunalitäten als erklärter Varianzanteil
Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
Trust in country's parliament	0,571	0,638
Trust in the legal system	0,591	0,477
Trust in the police	0,500	0,335
Trust in politicians	0,797	0,671
Trust in political parties	0,792	0,661
Trust in the European Parliament	0,671	0,579
Trust in the United Nations	0,591	0,428

Anmerkung: Startwerte der Kommunalitäten und nach der Extraktion (Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse)

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung der Kommunalitäten anhand der Daten des ESS9 (2018)

Tabelle 14: Faktorenanalyse – Erklärte Gesamtvarianz
Erklärte Gesamtvarianz

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summe von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,225	60,361	60,361	3,790	54,142	54,142
2	0,982	14,031	74,392			
3	0,795	11,358	85,750			
4	0,392	5,604	91,354			
5	0,274	3,911	95,265			
6	0,216	3,086	98,352			
7	0,115	1,648	100,000			

Anmerkung: Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung der erklärten Gesamtvarianz anhand der Daten des ESS9 (2018)

Tabelle 15: Multiple Regressionsanalyse – Modellzusammenfassung^b

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderung in R-Quadrat	Statistikwerte ändern			Sig. Änderung in F	Durbin-Watson Statistik
					Änderung in F	df1	df2		
0,462 ^a	0,213	0,208	1,771	0,213	37,882	15	2095	0,000	1,965

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung Multiple Regressionsanalyse anhand der Daten des ESS9 (2018)

Tabelle 16: ANOVA^a (Analysis of Variance) – Multiple Regressionsanalyse

	Quadratsummen	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	1782,651	15	118,843	37,882	0,000 ^b
Nicht standardisierte Residuen	6572,366	2095	3,137		
Gesamt	8355,018	2110			

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung Multiple Regressionsanalyse anhand der Daten des ESS9 (2018)

a. Einflussvariablen : (Konstante), edlveat_mittel Formale Bildung mittel, interperstrst interpersonales Vertrauen: 0 (niedrig) bis 10 (hoch), gesundht_gut subjektive Gesundheit: gut, alter_zentr Alter (zentriert: 0=52J.), geschl_w Geschlecht weiblich, einksit_mittel subjektive Einkommenssituation: zurechtkommen, wohnung_großstadt Wohnumgebung: Großstadt, vertrauenspers_ja Vertrauenspersonen (mind.3), instats institutionelle Zufriedenheit, gesundht_schlecht subjektive Gesundheit: (sehr) schlecht, sublq Subjektives Wohlbefinden = 0 (niedrig) bis 10 (hoch), einksit_schwierig subjektive Einkommenssituation: (sehr) schwer zurechtkommen, insttrst Vertrauen in Institutionen: 0 (niedrig) bis 10 (hoch), gesundht_mittel subjektive Gesundheit: mittel, edlveat_niedrig Formale Bildung niedrig

b. Abhängige Variable: stfhlth State of health services in country nowadays

8.4 Syntax IBM-SPSS Statistics 25

**1. Datensatz für Österreich*

USE ALL.

```
COMPUTE filter_$=((cntry = "AT")).
VARIABLE LABELS filter_$ '(cntry = "AT") (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
```

**Beschreibung der Stichprobe, Überblick über Variablen*

```
FREQUENCIES VARIABLES= gndr agea domicil edlveat hincfel fvgabc
  ppltrst pplfair pplhlp trstprl trstlgl trstpbc trstplt trstprt trstep trstun stfeco stfgov
  stfdem happy stflife
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS
  SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /HISTOGRAM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

** 1. Datenaufbereitung*

** 1.1 Regressand: Zustandsbewertung mit Gesundheitssystem*

```
FREQUENCIES VARIABLES=stfhlth
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=stfhlth
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

**Deskriptiver Vergleich mit ESS 2014 ESS7*

**RECODE stfhlth (0 thru 2=1) (3 thru 7=2) (8 thru 10=3) INTO stfhlthkategorien.*

**EXECUTE.*

**VARIABLE LABELS stfhlthkategorien "Gesundheitssystembewertung".*

**VALUE LABELS stfhlthkategorien 1 "ziemlich, äußerst schlecht" 2 "mittelmäßig" 3 "ziemlich, äußerst gut".*

**FREQUENCIES stfhlthkategorien.*

** 1.2 Regressoren*

**Interpersonales Vertrauen*

```
FREQUENCIES VARIABLES=ppltrst pplfair pplhlp  
  /NTILES=4  
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT  
  /HISTOGRAM NORMAL  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

RELIABILITY

```
/VARIABLES=ppltrst pplfair pplhlp  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR  
/SUMMARY=TOTAL MEANS.
```

```
COMPUTE interperstrst= sum (ppltrst + pplfair + pplhlp)/3.  
EXECUTE.
```

VARIABLE LABELS interperstrst "interpersonales Vertrauen: 0 (niedrig) 10 (hoch)".

VALUE LABELS interperstrst 0 "niedrig" 10 "vollkommenes Vertrauen".

```
FREQUENCIES VARIABLES=interperstrst  
  /NTILES=4  
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS  
SESKEW KURTOSIS SEKURT  
/BARCHART  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

**Interpersonales Vertrauen - Anzahl der Vertrauenspersonen Dummyvariable
Vertrauenspers_ja*

```
FREQUENCIES VARIABLES=inprdsc  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
COMPUTE vertrauenspers_ja=inprdsc >3.  
EXECUTE.
```

VARIABLE LABELS vertrauenspers_ja "Vertrauenspersonen vorhanden (mind.3)".

VALUE LABELS vertrauenspers_ja 0 "trifft nicht zu" 1 "trifft zu".

FORMATS vertrauenspers_ja (F1.0).

```
FREQUENCIES vertrauenspers_ja.
```

**Institutionelles Vertrauen (national/supranational)*

```
FREQUENCIES VARIABLES=trstp1 trstl1 trstplc trstplt trstprt trstep trstun
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=trstp1 trstl1 trstplc trstplt trstprt trstep trstun
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING=PAIRWISE.
```

```
FACTOR
  /VARIABLES trstp1 trstl1 trstplc trstplt trstprt trstep trstun
  /MISSING LISTWISE
  /ANALYSIS trstp1 trstl1 trstplc trstplt trstprt trstep trstun
  /PRINT INITIAL CORRELATION SIG DET KMO INV REPR AIC EXTRACTION
  ROTATION
  /PLOT EIGEN
  /CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
  /EXTRACTION PAF
  /CRITERIA ITERATE(25) DELTA(0)
  /ROTATION OBLIMIN
  /METHOD=CORRELATION.
```

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=trstp1 trstl1 trstplc trstplt trstprt trstep trstun
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR COV
  /SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE COV CORR.
```

```
COMPUTE insttrst = sum (trstp1 +trstl1 +trstplc +trstplt +trstprt +trstep +trstun)/7.
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS insttrst "Vertrauen in Institutionen: 0 (niedrig) 10 (hoch)".
VALUE LABELS insttrst 0 "kein Vertrauen" 10 "vollkommenes Vertrauen".
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=insttrst
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS
  SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /BARChart FREQ
```

/ORDER=ANALYSIS.

*Zufriedenheit mit nationalen Institutionen: stfeco, stfgov, stfdem (11 stufige Skala)

FREQUENCIES VARIABLES=stfeco stfgov stfdem

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS
SESKEW KURTOSIS SEKURT

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

RELIABILITY

/VARIABLES=stfeco stfgov stfdem

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR COV

/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE COV CORR.

COMPUTE instsat= sum (stfeco +stfgov + stfdem)/3.

EXECUTE.

VARIABLE LABELS instsat "institutionelle Zufriedenheit".

VALUE LABELS insttrst 0 "unzufrieden" 10 "sehr zufrieden".

FREQUENCIES VARIABLES=instsat

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SKEWNESS
SESKEW KURTOSIS SEKURT

/BARChart FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

**Subjektives Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, Lebensglück)*

FREQUENCIES VARIABLES=stflife

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=happy

/NTILES=4

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

RELIABILITY

```
/VARIABLES= happy stflife  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR COV  
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE COV CORR.
```

```
COMPUTE sublq = (stflife + happy)/2.  
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS sublq "Subjektives Wohlbefinden = 0 (niedrig) - 10 (hoch)".  
VALUE LABELS sublq 0 "niedrig" 10 "hoch".  
FORMATS sublq (F3.1).
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=sublq  
/NTILES=4  
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT  
/HISTOGRAM NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

* *Subjektiver Gesundheitszustand*

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=health  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=health  
/NTILES=4  
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT  
/HISTOGRAM NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
RECODE health (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (SYSMIS=SYSMIS) INTO health_rec.  
VARIABLE LABELS health_rec 'subjektive Gesundheit'.  
VALUE LABELS health_rec 1 "sehr schlecht" 2 "schlecht" 3 "mittelmäßig" 4 "gut" 5  
"sehr gut".  
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=health_rec  
/NTILES=4  
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT  
/HISTOGRAM NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

gesundht_sehr gut (=1, wenn health = 1),
gesundht_gut (=1, wenn health = 2),
gesundht_mittel (=1, wenn health = 3),
gesundht_schlecht (=1, wenn health = 4 oder 5)

```
COMPUTE gesundht_sehr gut = (health=1).  
COMPUTE gesundht_gut = (health=2).  
COMPUTE gesundht_mittel = (health=3).  
COMPUTE gesundht_schlecht = (health=4 OR health=5).  
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS gesundht_sehr gut "subjektive Gesundheit: sehr gut".  
VARIABLE LABELS gesundht_gut "subjektive Gesundheit: gut".  
VARIABLE LABELS gesundht_mittel "subjektive Gesundheit: mittel".  
VARIABLE LABELS gesundht_schlecht "subjektive Gesundheit: (sehr) schlecht".  
VALUE LABELS gesundht_sehr gut gesundht_gut gesundht_mittel  
gesundht_schlecht 0 "trifft nicht zu" 1 "trifft zu".
```

```
FORMATS  
gesundht_sehr gut  
gesundht_gut  
gesundht_mittel  
gesundht_schlecht (F1.0).
```

```
FREQUENCIES  
health  
gesundht_sehr gut  
gesundht_gut  
gesundht_mittel  
gesundht_schlecht.
```

```
*Gender  
FREQUENCIES VARIABLES=gndr  
/NTILES=4  
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT  
/HISTOGRAM NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.  
RECODE gndr (1=0)(2=1) INTO geschl_w.  
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS geschl_w "Geschlecht weiblich".  
VALUE LABELS geschl_w 0 "männlich" 1 "weiblich".  
FORMATS geschl_w (F1.0).  
FREQUENCIES gndr geschl_w.
```

** Alter*

```
FREQUENCIES VARIABLES=agea
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

MEANS agea. /* 52 Jahre gerundet.

```
COMPUTE alter_zentr = agea - 52.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS alter_zentr "Alter (zentriert: 0=52J.)".
FREQUENCIES alter_zentr.
```

**Haushaltseinkommen - Einschätzung*

```
FREQUENCIES VARIABLES=hincfel
  /NTILES=4
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
  /HISTOGRAM NORMAL
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
COMPUTE einksit_sehrgut=(hincfel=1).
COMPUTE einksit_mittel=(hincfel=2).
COMPUTE einksit_schwierig=(hincfel=3 OR hincfel=4).
```

```
VARIABLE LABELS einksit_sehrgut "subjektive Einkommenssituation: sehr gut".
VARIABLE LABELS einksit_mittel "subjektive Einkommenssituation:
zurechtkommen".
VARIABLE LABELS einksit_schwierig "subjektive Einkommenssituation: (sehr)
schwer zurechtkommen".
VALUE LABELS einksit_sehrgut einksit_mittel einksit_schwierig 0 "trifft nicht zu" 1
"trifft zu".
FORMATS einksit_sehrgut einksit_mittel einksit_schwierig (F1.0).
```

```
FREQUENCIES
hincfel
einksit_sehrgut
einksit_mittel
einksit_schwierig.
EXECUTE.
```

**Bildung: edlveat Highest level of education, Austria*

FREQUENCIES edlveat.
EXECUTE.

COMPUTE edlveat_niedrig=(edlveat=1 OR edlveat=2 OR edlveat=3 OR edlveat=4
OR edlveat=5).
COMPUTE edlveat_mittel=(edlveat=6 OR edlveat=7 OR edlveat=8 OR edlveat=9 OR
edlveat=10 OR edlveat=11).
COMPUTE edlveat_hoch=(edlveat=12 OR edlveat=13 OR edlveat=14 OR
edlveat=15 OR edlveat=16 OR edlveat=17 OR edlveat=18).
VARIABLE LABELS edlveat_niedrig "Formale Bildung niedrig".
VARIABLE LABELS edlveat_mittel "Formale Bildung mittel".
VARIABLE LABELS edlveat_hoch "Formale Bildung hoch".
VALUE LABELS edlveat_niedrig edlveat_mittel edlveat_hoch 0 "trifft nicht zu" 1 "trifft
zu".
FORMATS edlveat_niedrig edlveat_mittel edlveat_hoch (F1.0).
FREQUENCIES edlveat_niedrig, edlveat_mittel, edlveat_hoch.

**Domicil Wohnumfeld*

FREQUENCIES domicil.
COMPUTE wohnumg_großstadt = (domicil = 1).
EXECUTE.

VARIABLE LABELS wohnumg_großstadt "Wohnumgebung: Großstadt".
VALUE LABELS wohnumg_großstadt 0 "trifft nicht zu" 1"trifft zu".
FORMATS wohnumg_großstadt (F1.0).

FREQUENCIES domicil wohnumg_großstadt.

**3. REGRESSION*

REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS BCOV COEFF OUTS CI(95) BCOV R ANOVA COLLIN TOL
CHANGE ZPP
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT stfhlth
/METHOD=ENTER interperstrst insttrst sublq gesundht_schlecht gesundht_mittel
gesundht_gut einksit_mittel

```

    einksit_schwierig    wohnumg_großstadt    instsat    alter_zentr    geschl_w
vertrauenspers_ja edlveat_niedrig edlveat_mittel
/PARTIALPLOT ALL
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID)
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)
/SAVE MAHAL COOK LEVER DFBETA SDBETA DFFIT SDFIT COVRATIO RESID
ZRESID SRESID ZPRED.

```

DATASET ACTIVATE DataSet1.

```

UNIANOVA stfhlth WITH interperstrst insttrst sublq gesundht_schlecht
gesundht_mittel gesundht_gut einksit_mittel
    einksit_schwierig    wohnumg_großstadt    instsat    alter_zentr    geschl_w
vertrauenspers_ja edlveat_niedrig edlveat_mittel
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/PRINT MBP BP
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/ROBUST=HC3
/DESIGN=interperstrst insttrst sublq gesundht_schlecht gesundht_mittel
gesundht_gut einksit_mittel
    einksit_schwierig    wohnumg_großstadt    instsat    alter_zentr    geschl_w
vertrauenspers_ja edlveat_niedrig edlveat_mittel.

```