SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Nimmt das Vertrauen in Gesundheitssysteme ab? Ein internationaler Vergleich

Wendt, Claus

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Wendt, C. (2008). Nimmt das Vertrauen in Gesundheitssysteme ab? Ein internationaler Vergleich. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 4446-4457). Frankfurt am Main: Campus Verl. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-154850

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Nimmt das Vertrauen in Gesundheitssysteme ab?

Ein internationaler Vergleich

Claus Wendt

Einleitung

In diesem Beitrag gehe ich der Frage nach, wie Gesundheitssysteme, die ich in diesem Kontext als »Institutionen der Gesundheitsversorgung« bezeichne, in den 15 alten EU Ländern[1] von der jeweiligen Bevölkerung wahrgenommen und bewertet werden und ob in dieser Hinsicht in den letzten Jahren systematische Veränderungen zu verzeichnen sind.

Anfangs wird, aufbauend auf institutionentheoretischen Fragestellungen, ein analytisches Konzept vorgestellt, mit dessen Hilfe das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in Gesundheitssysteme analysiert werden soll. In dieses Konzept ist bisher nicht integriert, dass ein wesentlicher Bestandteil eines solchen Vertrauensbildungsprozesses der direkte Kontakt von Patienten mit dem Gesundheitssystem ist. Vertrauen in Ärzte und weitere Leistungserbringer, bzw. ich würde eher sagen, Vertrauen in die institutionalisierte Rolle des Arztes, ist ohne Zweifel wesentlich für einen positiven Vertrauensbildungsprozess in Bezug auf die Institution der Gesundheitsversorgung. Auf die Frage des Vertrauens in Ärzte werde ich allerdings nicht eingehen (siehe hierzu u.a. Kuhlmann 2006; Stevenson 2006).

Eine der zentralen Annahmen der soziologischen Institutionentheorie besteht darin, dass sich Individuen an Institutionen orientieren und ihr soziales Handeln durch diesen Orientierungsprozess dauerhaft strukturiert wird. Nur so ist es nach Lepsius (1997) zu verstehen, dass sich Individuen trotz vollkommen unterschiedlicher Motive und Interessenlagen in benennbaren Situationen gleichförmig verhalten. Ähnlich wird dieser Zusammenhang von Robert Evans formuliert: »The more fundamental idea is that institutional structures generate patterns of incentives and information flows, which in turn influence the behaviour of individuals and groups« (Evans 1996: 97; siehe auch Svallfors 1997; Korpi 2001; Gelissen 2002).

---

1 Folgende 15 Länder, die bereits vor 2004 Mitglied der Europäischen Union waren, werden in die Analyse einbezogen: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien.

Abschließend werden anhand der Beispiele von Deutschland und Österreich Überlegungen angestellt, welche institutionellen Faktoren zu einer Stärkung bzw. einer Schwächung des Vertrauens in Gesundheitssysteme beitragen können.

Konzeptionelle Überlegungen zur Analyse von Vertrauen

Einen zentralen Anknüpfungspunkt für die Zusammenführung institutionen-theoretischer Problemstellungen und subjektiver Einstellungen bietet eine Konzeptualisierung von Edeltraut Roller (1992). Roller baut dabei auf eine Differenzierung von Peter Flora, Jens Alber und Jürgen Kohl (1977) auf, die Wohlfahrtsstaaten danach unterscheiden, inwieweit diese in der Lage sind, die Wertvorstellungen der sozioökonomischen Sicherheit und sozioökonomischen Gleichheit zu ›realisieren‹. Während beim Prinzip der sozioökonomischen Sicherheit individuelle Nutzenüberlegungen im Vordergrund stehen würden, seien es beim Prinzip der sozioökonomischen Gleichheit allgemeine, über individuelle Interessen hinausgehende Wertüberzeugungen. Auf dieser Grundlage wird zwischen Zielen und Folgen wohlfahrtsstaatlicher Politik unterschieden (siehe hierzu auch Andreß/Heien/Hofäcker 2001; Gelissen 2002; Kohl 2002; Wendt 2003a; Kohl/Wendt 2004).

In diesem Konzept werden folglich zwei Einstellungsdimensionen voneinander abgegrenzt:

1. Ziele, die sich weiter danach differenzieren lassen, für welche Bereiche der Staat die Sicherstellung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen übernehmen soll (Extensität) und wie umfassen diese Kompetenzen bei gegebener staatlicher Zuständigkeit sein sollen (Intensität);
2. Folgen, die sich als intendierte und nicht-intendierte voneinander abgrenzen lassen. Hierbei sind erhebliche Übereinstimmungen der Konzeption von Roller (1992) mit institutionentheoretischen Ansätzen festzustellen (Wendt 2003a). Außerdem bestehen Überschneidungen mit Konzepten, in denen wie beispielsweise bei Svallfors (1997) eine allgemeine Unterteilung von Orientierungsmustern vorgenommen wird, die sich auf Werte/Normen einerseits und Eigeninteresse andererseits beziehen.

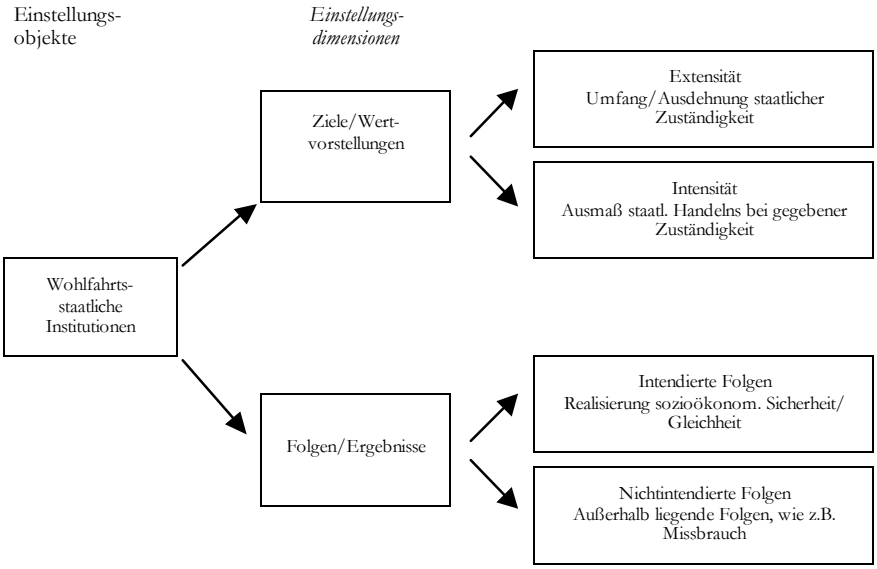


Schaubild 1: Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat

(Quelle: eigene Darstellung nach Roller 1992)

Stellt man diese beiden Einstellungsdimensionen einander gegenüber und führt die zusätzliche Annahme ein, dass bei einer längerfristigen positiven Orientierung sowohl an den Werten als auch an den Ergebnissen einer Institution ein Vertrauensbildungsprozess einsetzt, erhält man folgende Vierfelder-Matrix:

		Zustimmung zu den zugrunde liegenden Wertvorstellungen	
		Hoch	niedrig
Zufriedenheit mit den Ergebnissen	hoch	A	C
	niedrig	B	D

Schaubild 2: Institutionenvertrauen

In *Feld A* basiert das Vertrauen sowohl auf einer hohen Zustimmung zu den zugrunde liegenden Wertvorstellungen als auch auf einer hohen Zustimmung zu den Ergebnissen. Das Vertrauen in die Institution scheint hier »doppelt gesichert« zu sein, und auch kurzfristige negative Erfahrungen dürften nicht zu einem Vertrauensverlust führen.

In *Feld B* besteht eine hohe Zustimmung zu den Wertvorstellungen einer Institution, doch die Unzufriedenheit mit den Ergebnissen der Institution ist hoch. Dennoch ist nicht notwendigerweise ein Deinstitutionalisierungsprozess zu erwarten, da eine Übereinstimmung mit den Wertvorstellungen möglicherweise negative persönliche Erfahrungen kompensiert.

In *Feld C* findet sich eine niedrige Zustimmung zu den Wertvorstellungen bei gleichzeitig hoher Zufriedenheit mit den Ergebnissen. Hier sind zwei Entwicklungen vorstellbar: Es könnte sich im Rahmen eines längeren Prozesses auch eine Übereinstimmung mit den Wertvorstellungen einer Institution entwickeln. So hat beispielsweise das Wirtschaftswunder in Deutschland nach Ende des Zweiten Weltkrieges sowohl das Vertrauen in die Institution »Marktwirtschaft« als auch in die Institution »Demokratie« gestärkt. Eine alternative Entwicklung wäre allerdings, dass eine Institution trotz positiver Ergebnisse nicht akzeptiert wird, sofern die zugrunde liegenden Wertvorstellungen langfristig auf Ablehnung stoßen.

In *Feld D* schließlich ist ein Deinstitutionalisierungsprozess wahrscheinlich, der sich allerdings aufgrund der damit verbundenen Transformationskosten über viele Jahre hinauszögern kann.

Welche Annahmen sind auf Grundlage dieses Modells in Bezug auf das Vertrauen in Gesundheitssysteme zu stellen? Gesundheitssysteme integrieren in der Regel die gesamte Bevölkerung. Sie versprechen Sicherheit in existenziellen gesundheitlichen Krisensituationen. Insofern ist davon auszugehen, dass dieser Wert der Sicherheit und auch das Ziel der Solidarität hoch eingeschätzt werden und zwar in der Regel über alle Bevölkerungsgruppen hinweg. Eine Herzoperation, um es zugespitzt zu formulieren, ist auch von einem Mitglied der gehobenen Mittelschicht nicht eigenständig, also ohne die Unterstützung einer Solidargemeinschaft, zu finanzieren. Dagegen kann angenommen werden, dass die Bürgerinnen und Bürger mit den Ergebnissen der Institution der Gesundheitsversorgung in zunehmendem Maße unzufrieden sind. Eine Einschränkung des Leistungspakets ist in vielen Gesundheitssystemen an der Tagesordnung, und der Umfang privater Selbst- und Zuzahlungen nimmt zu. Der sich seit Beginn der 1990er Jahre beschleunigende und verschärfende Reformprozess und die negative öffentliche Diskussion über viele Gesundheitssysteme kann außerdem dazu führen, dass sowohl die Ergebnisse dieser Institution als auch die Wertvorstellungen zunehmend kritisch bewertet werden.

Einstellungen zu Gesundheitssystemen

Mit Hilfe der Eurobarometer-Daten sollen diese Annahmen für die EU-15-Länder einer ersten empirischen Überprüfung unterzogen werden. Daran anschließend werden am Beispiel ausgewählter Länder Überlegungen angestellt, welche Änderungen der institutionellen Arrangements den Einstellungswandel möglicherweise herbeigeführt haben. Die Einstellungsdaten stammen von den Eurobarometer-Datensätzen 44.3 des Jahres 1996, 49.0 von 1998 und 57.2 von 2002.

Die Zustimmung zu den Wertvorstellungen der Institution der Gesundheitsversorgung wird über das Ausmaß der Ablehnung der Aussage operationalisiert:

»The government or social insurance should only provide everyone with essential services, such as care for serious diseases, and encourage people to provide for themselves in other respects.« (Eurobarometer 57.2, 2002; entsprechende Formulierungen finden sich in den EB 44.3 und 49.0)

Ein hohes Ausmaß an Ablehnung dieser Feststellung gilt als Indikator, dass die Werte der Chancengleichheit, Solidarität und Sicherheit in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben (Gelissen 2002; Kohl/Wendt 2004). In den Worten von Edeltraut Roller werden Einstellungen in Bezug auf die Extensität und Intensität sozialpolitischer Ziele erhoben.

Die Zufriedenheit mit den Ergebnissen wird über die Frage erhoben:

»Please tell me whether you are very satisfied, fairly satisfied, neither satisfied nor dissatisfied, not very satisfied or not at all satisfied with the health care system in our country.« (Eurobarometer 57.2, 2002; entsprechende Formulierungen finden sich in den EB 44.3 und 49.0)

In der Begrifflichkeit von Roller werden hiermit die intendierten und nicht-intendierten Folgen der Institution erfasst.

Überprüft man zuerst für alle EU-15-Länder die Zustimmung in der Bevölkerung zu einer umfassenden Zuständigkeit des Staates für ein hohes Ausmaß an Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, so ist deutlich zu erkennen, dass die Zustimmung in den Jahren 1996, 1998 und 2002 sehr hoch und über die Zeit hinweg sogar leicht angestiegen ist. Leichte Schwankungen gibt es dabei allerdings hinsichtlich der Stärke der Zustimmung (»strongly agree«).

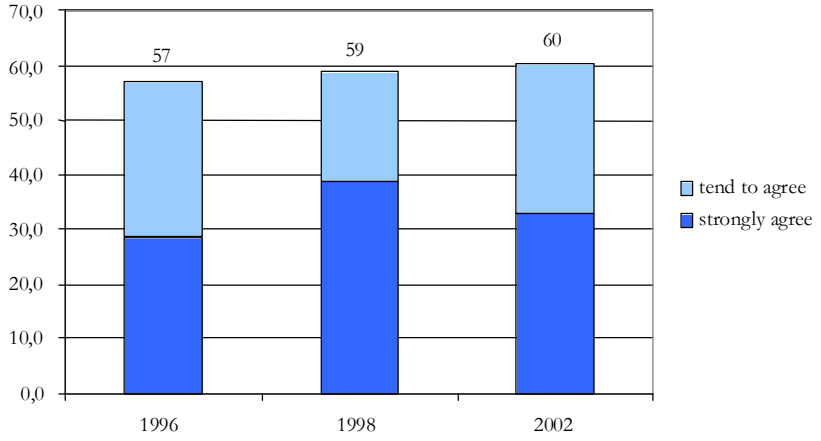


Schaubild 3: Zustimmung zu einer umfassenden Zuständigkeit/ Verantwortung des Staates

(Quellen: Eurobarometer 44.3/1996, 49.0/1998, 57.2/2002)

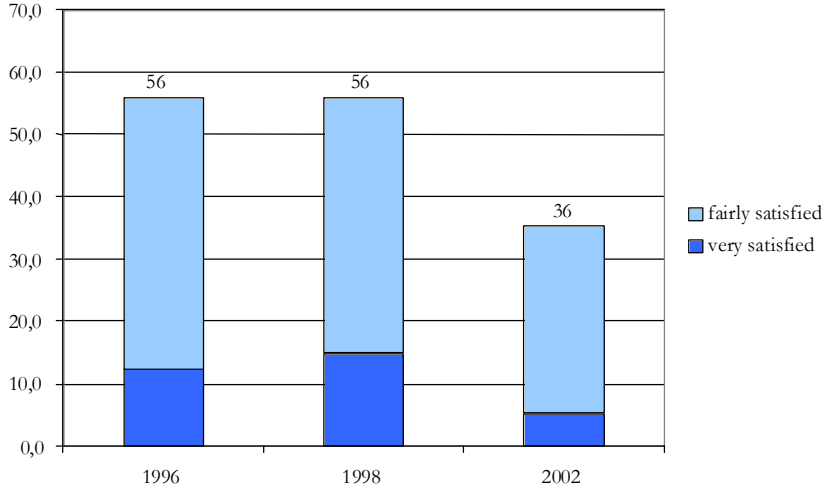


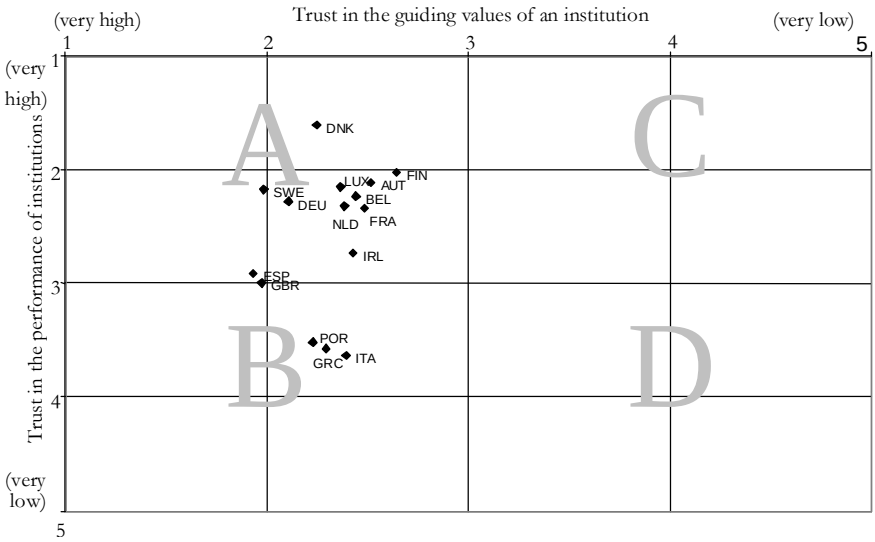
Schaubild 4: Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme

(Quellen: Eurobarometer 44.3/1996, 49.0/1998, 57.2/2002)

Dagegen hat die Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme in den EU-15-Ländern zwischen 1996/98 und 2002 deutlich abgenommen. Lag der Wert 1998 noch bei über 55 Prozent, ist er bis 2002 um ca. 20 Prozentpunkte auf etwa 36 Prozent gesunken. Insbesondere der Anteil derjenigen, die mit dem Gesundheitssystem sehr zufrieden sind, ist mit etwa 5 Prozent im Jahr 2002 sehr niedrig.

In den EU 15-Ländern insgesamt haben wir also die Situation, dass seit Ende der 1990er Jahre die Ergebnisse der Gesundheitssysteme zunehmend negativ bewertet werden, während die Vorstellung, dass es die Aufgabe des Staates sei, eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger sicher zu stellen, weiterhin einen sehr hohen Stellenwert hat. Das ist keineswegs selbstverständlich. Man könnte ja auch annehmen, dass die Bürgerinnen und Bürger aufgrund der Unzufriedenheit mit den Ergebnissen zu der Überzeugung gelangen, dass (wenn staatliche Gesundheitssysteme das gewohnte Leistungsniveau nicht mehr garantieren) ein Wechsel hin zu privaten Absicherungsformen zu begrüßen sei, also auch mehr Eigenverantwortung anstelle von Solidarität und Chancengleichheit. Das ist allerdings nicht der Fall.

Als nächstes sollen die Einstellungsdaten zu Gesundheitssystemen in das vorgestellte Modell eingefügt werden (siehe *Schaubild 2: Institutionenvertrauen*). Hierfür gewichte ich die Zustimmungswerte in der Form, dass eine sehr hohe Zustimmung mit dem Wert 1, eine leichte Zustimmung mit 2, weder noch mit 3, stimme nicht zu mit 4 und stimme überhaupt nicht zu mit 5 bewertet werden. Die Zustimmung bzw. Zufriedenheit ist also bei 1 sehr hoch und bei 5 sehr niedrig (siehe hierzu auch Wendt 2003a; Gelissen 2002).

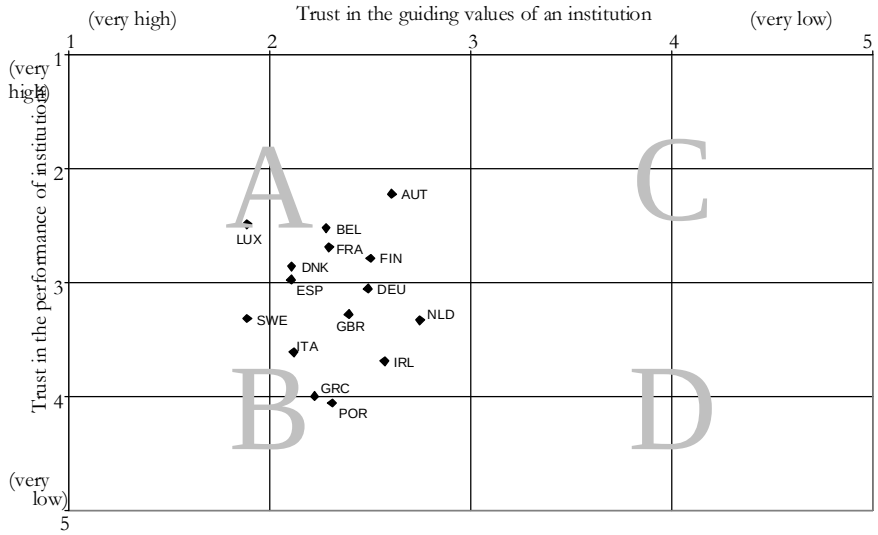


AUT: Österreich, BEL: Belgien, DEU: Deutschland, DNK: Dänemark, ESP: Spanien, FIN: Finnland, FRA: Frankreich, GBR: Großbritannien, GRC: Griechenland, IRL: Irland, ITA: Italien, LUX: Luxemburg, NLD: Niederlande, POR: Portugal, SWE: Schweden

Schaubild 5: Gesundheitssystemvertrauen, 1996

(Quelle: Eurobarometer 44.3/1996)

Es ist deutlich zu erkennen, dass im Jahr 1996 fast alle EU-15-Länder »doppelt gesichert« in Feld A zu finden sind und somit sowohl eine hohe Zustimmung zu den Wertvorstellungen als auch eine hohe Zufriedenheit mit den Ergebnissen aufweisen. Ausnahmen sind die südeuropäischen Länder Griechenland, Portugal und Italien. Großbritannien und Spanien befinden sich bereits zu diesem Zeitpunkt auf der Grenze zwischen Feld A und Feld B.



AUT: Österreich, BEL: Belgien, DEU: Deutschland, DNK: Dänemark, ESP: Spanien, FIN: Finnland, FRA: Frankreich, GBR: Großbritannien, GRC: Griechenland, IRL: Irland, ITA: Italien, LUX: Luxemburg, NLD: Niederlande, POR: Portugal, SWE: Schweden

Schaubild 6: Gesundheitssystemvertrauen, 2002

Quelle: Eurobarometer 57.2/2002

Im Jahr 2002 hat sich dieses Bild gewandelt. Nur noch 7 Länder befinden sich in Feld A, während sich 8 Länder in Feld B mit einer zwar weiterhin hohen Zustimmung zu einer umfassenden staatlichen Verantwortung jedoch einer gleichzeitig hohen Unzufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme wiederfinden. Auffällig ist, dass sich darunter neben den südeuropäischen Ländern insbesondere diejenigen Gesundheitssysteme befinden, die seit einigen Jahren einen tief greifenden Reformprozess durchlaufen wie speziell Großbritannien aber auch Schweden, Deutschland und die Niederlande.

Sollte diese Situation länger anhalten, werden möglicherweise die Wertvorstellungen der Solidarität, Sicherheit und Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitssystem durch eine größer werdende Gruppe der Bevölkerung kritisch hinterfragt. Die Solidaritätsbereitschaft könnte abnehmen und ein solcher Prozess könnte die Institution der Gesundheitsversorgung grundsätzlich in Frage stellen. Dafür, dass sich ein solcher Prozess zukünftig verschärfen könnte, spricht, dass der demografische Wandel zu einem erheblichen Anstieg der Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen führen wird und gleichzeitig speziell in Sozialversicherungssystemen die Finanzierungsgrundlage dieser Systeme geschwächt wird.

Mögliche institutionelle Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheitssystemen

Anhand von zwei Ländern möchte ich abschließend auf institutionelle Merkmale hinweisen, die das Vertrauen in Gesundheitssysteme stärken oder aber schwächen können. Ich habe hierfür die beiden Sozialversicherungssysteme von Deutschland und Österreich ausgewählt, die sich einerseits auf eine ähnliche Tradition berufen können, die bis in das 19. Jahrhundert zurückgeht und die als Sozialversicherungssysteme ein sehr ähnliches Muster der Finanzierung und Organisation aufweisen. Andererseits unterscheiden sie sich in spezifischen Merkmalen, und diese Unterschiede haben möglicherweise dazu geführt, dass sich die Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem zwischen 1996 und 2002 erhöht hat, das nun im 15-Länder-Vergleich an erster Stelle liegt, während in Deutschland die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in dieser Zeit stark abgenommen hat.

Besonders auffällig ist, dass in Österreich im Gegensatz zu Deutschland die gesamte Bevölkerung in die soziale Krankenversicherung einbezogen ist und sich somit auch die höheren Einkommensgruppen, Selbständige und Beamte an der Solidarität mit einkommensschwächeren Menschen oder Personen mit chronischen Erkrankungen beteiligen. Emerich Tálos hat früh darauf hingewiesen, dass eine solche verpflichtende Solidarität zu einer Überbrückung der traditionellen Kluft zwischen unterschiedlichen Einkommens- und Berufsgruppen beiträgt und die Zustimmung zu einem solchen Sicherungssystem über alle Bevölkerungsgruppen hinweg stärken kann (siehe hierzu Wendt 2003b).

Als zweiter Punkt ist der in Österreich anders ausgestaltete Finanzierungsmix zu nennen. So werden in Österreich höhere Einkommensgruppen, Selbständige und Beamte für ihre Solidarität mit deutlich geringeren Beiträgen als in Deutschland »entschädigt«. Der geringere Beitragssatz wird durch eine sehr viel höhere Steuerfinanzierung aber auch deutlich höhere private Zahlungen ermöglicht. Diese privaten Zahlungen werden allem Anschein nach dann akzeptiert, wenn die Funktionsfähigkeit des Standardsystems insgesamt positiv bewertet wird.

Drittens ist zu nennen, dass in Österreich keine Kassenvielfalt besteht, sondern der weitaus überwiegende Teil der Bevölkerung bei der Gebietskrankenkrasse des jeweiligen Bundeslandes abgesichert ist. Während in Deutschland Wettbewerb zwischen den Kassen um Versicherte ermöglicht und gefördert wurde, gibt es in

Österreich im Prinzip je Bundesland eine Einheitskasse. Es ist somit kritisch zu hinterfragen, ob das in Deutschland bestehende hohe Maß an Wahlmöglichkeiten, zwischen unterschiedlichen Kassen zur Vertrauensbildung beiträgt.

Im Gegensatz zu den Nationalen Gesundheitssystemen haben aber in Österreich ebenso wie in Deutschland Aushandlungsprozesse zwischen Finanzierungsträgern und Ärzteverbänden eine lange Tradition. Man müsste am österreichischen Beispiel genauer untersuchen, ob dieses Konzept einer Einheitskasse auf regionaler Ebene besonders geeignet ist, die Versicherten bzw. die Patienten davon zu überzeugen, dass ihre Interessen in den Aushandlungsprozessen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern besonders gut berücksichtigt werden.

Die Wertvorstellungen der sozialen Sicherheit im Krankheitsfall und der Solidarität haben in allen 15 der einbezogenen EU-Länder weiterhin einen sehr hohen Stellenwert in der Bevölkerung. Die bereits im Jahr 2002 sehr niedrigen Zufriedenheitswerte mit dem Gesundheitssystem dürften auch in Zukunft weiter abnehmen. Sollten im Zuge dieses Prozesses Solidaritätsnormen ebenfalls erodieren (siehe hierzu Ullrich/Christoph 2006), könnte ein langfristiger und möglicherweise dauerhafter Vertrauensverlust in die Institution der Gesundheitsversorgung die Folge sein.

Literatur

Andreß, Hans-Jürgen/Heien, Thorsten/Hofäcker, Dirk (2001), *Wozu brauchen wir noch den Sozialstaat? Der deutsche Sozialstaat im Urteil seiner Bürger*, Wiesbaden.

Evans, Robert. G. (1996), »Marketing Markets, Regulating Regulators: Who Gains? Who Loses? What Hopes? What Scope?«, in: OECD, *Health Care Reform. The Will to Change*, Paris, S. 95–114.

Flora, Peter/Alber, Jens/Kohl, Jürgen (1977), »Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten«, *Politische Vierteljahresschrift*, Jg. 18, S. 707–772.

Gelissen, John (2002), *Worlds of Welfare, Worlds of Consent? Public Opinion on the Welfare State*, Leiden.

Kohl, Jürgen (2002), »Einstellungen der Bürger zur sozialen Sicherung, insbesondere zur Alterssicherung«, *Deutsche Renten Versicherung*, Jg. 57, S. 477–493.

Kohl, Jürgen; Wendt, Claus (2004), »Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries«, in: Glatzer, Wolfgang/von Below, Susanne/Stoffregen, Matthias (Hg.), *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*, Dordrecht, S. 311–331.

Korpi, Walter (2001), »Contentious Institutions. An Augmented Rational-Action Analysis of the Origins and Path Dependency of Welfare State Institutions in Western Countries«, *Rationality and Society*, Jg. 13, H. 2, S. 235–283.

Kuhlmann, Ellen (2006), »Traces of doubt and sources of trust – health professions in an uncertain society«, in: Julia Evetts (Hg.), *Professions, trust and knowledge*. Special Issue, Current Sociology, Jg. 54, H. 4, S. 607–620.

Lepsius, M. Rainer (1997), »Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien«, in: Göhler, Gerhard (Hg.), *Institutionenwandel*. Leviathan. Zeitschrift für Sozialreform, Sonderheft 16, Opladen, S. 57–69.

Roller, Edeltraut (1992), *Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen.

Stevenson, Fiona A. (2006), »The Doctor-Patient Relationship. Interconnections between Global Processes and Interaction«, in: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hg.), *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, Wiesbaden, S. 224–242.

Svallfors, Stefan (1997), »Worlds of Welfare and Attitudes to Redistribution: A Comparison of Eight Western Nations«, *European Sociological Review*, Jg. 13, H. 3, S. 283–304.

Ullrich, Carsten G./Christoph, Bernhard (2006), »Soziale und Risikosolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz von ›Entsolidarisierungsoptionen‹ bei gesetzlich Versicherten«, in: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hg.), *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, Wiesbaden, S. 406–431.

Wendt, Claus (2003a), »Vertrauen in Gesundheitssysteme«, *Berliner Journal für Soziologie*, Jg. 13, H. 3, S. 371–393.

Wendt, Claus (2003b), *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, Wiesbaden.