

Das Ansehen des Arztberufes aus Sicht der Ärzte in West- und Ostdeutschland

Kaross, Dietmar; Spindler, Jutta

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kaross, D., & Spindler, J. (1994). Das Ansehen des Arztberufes aus Sicht der Ärzte in West- und Ostdeutschland. *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung*, 35, 72-81. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201211>

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.

Das Ansehen des Arztberufes aus Sicht der Ärzte in West- und Ostdeutschland

von Dietmar Kaross und Jutta Spindler¹

Zusammenfassung

Der Beruf des Arztes genießt nicht nur in der Bevölkerung ein hohes soziales Ansehen, sondern auch bei den Ärzten selbst, unabhängig davon, ob sie in den alten oder neuen Bundesländern praktizieren.

Dies ist eins der Ergebnisse einer 1992/93 durchgeführten Befragung von niedergelassenen Allgemeinärzten und Internisten, welche in diesem Beitrag vorgestellt werden. Die theoretische Konzeption der empirischen Analyse ermöglicht eine differenzierte Betrachtung des ärztlichen Berufsprestiges hinsichtlich dessen Determinanten.

Obwohl die hier vorgestellten Ergebnisse zur ärztlichen Selbsteinschätzung des sozialen Ansehens ihres Berufes auch im Hinblick auf die aktuelle und kontrovers geführte Diskussion zur Reformierung des Arztberufes vor dem Hintergrund der Gesundheitsstrukturgebung von Interesse sind, geht es uns an dieser Stelle eher um eine exemplarische Darstellung der Studie "Arztberuf und Ärztliche Praxis".²

Abstract

In both Eastern and Western Germany the medical profession is held in high esteem not only by society but also by the members of that profession itself.

This is one of the results of a survey of medical practitioners in 1992/93. Because of the theoretical conception of the empirical analysis, it will be possible to give a differentiated view of the prestige of the medical profession.

Of course, the presented results about the doctor's self-assessment of the practitioner's social prestige are interesting where the current discussion about the reform of the German Health Care System is concerned. But here we only desire to provide an exemplary discussion of the study on "Medical Profession and Medical Practice."

1 **Dietmar Kaross** und **Jutta Spindler** sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Seminar für Sozialwissenschaften (Abteilung für Soziologie) der Universität zu Köln, Godesberger Straße 10, D-50968 Köln.

2 Nach Abschluß der Untersuchung wird der Datensatz zur Studie "Arztberuf und Ärztliche Praxis" dem Zentralarchiv zur Archivierung überlassen.

1. Vorbemerkung

Bevölkerungsumfragen zum Berufsprestige haben eine lange Tradition in der Bundesrepublik. Langzeitvergleiche über mehr als zwei Jahrzehnte zeigen, daß mit großem Abstand zu anderen Berufsgruppen Ärzte stetig die höchste Wertschätzung in der Bevölkerung erfahren. Im Jahre 1993 setzten 81 % aller Befragten den Ärztestand auf den ersten Platz. Auf den weiteren Rängen folgen Pastoren, Rechtsanwälte und danach erst die Hochschulprofessoren.³

Einordnungen des Berufsprestiges durch Berufsinhaber selbst sind dagegen weitaus seltener Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Im Rahmen der im Jahre 1992/1993 durchgeführten Studie "Arztberuf und Ärztliche Praxis"⁴ sollten die befragten Ärztinnen und Ärzte auch das soziale Ansehen von acht Berufen beurteilen. Das Berufsrating ambulant tätiger Allgemeinärzte und Internisten soll an dieser Stelle als exemplarisches Teilergebnis der Studie vorgestellt werden.

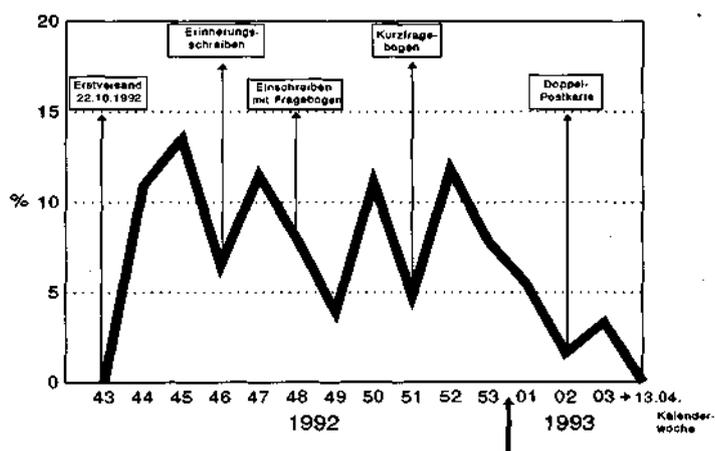
2. Methode und Datenbasis

Der Erhebungsbogen über "Arztberuf und Ärztliche Praxis" wurde an eine systematische Zufallsauswahl von 3.000 niedergelassenen Allgemeinärzten und Internisten aus den neuen und alten Bundesländern versandt. Die repräsentativ ausgewählten Ärzte wurden in der Zeit zwischen dem 22.10.1992 und dem 13.04.1993 schriftlich befragt. Aufgrund der besonderen Charakteristika der ärztlichen Befragtenpopulation (insbesondere hohe zeitliche Belastung) wurde eine aufwendige Feldstrategie mit mehreren Erinnerungsschreiben sowie einem zusätzlichen Kurzfragebogen gewählt, um die Teilnahmebereitschaft der Ärzte zu erhöhen.

³ 3 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Berichte Nr. 22, 1993.

⁴ Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte Ärztebefragung wurde als Teilstudie einer medizinsoziologischen Untersuchung unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Kinz am Seminar für Sozialwissenschaften der Universität zu Köln durchgeführt. Im Vordergrund der Untersuchung standen u.a. Probleme der strukturellen Verschränkung von hausärztlicher und fachärztlicher Tätigkeit, der personellen und materiellen Ressourcenausstattung ambulanter Praxen, der Leistungsdifferenzierung diagnostischen und therapeutischen Handelns sowie der geriatrischen Versorgung durch den Primärarzt. Zu den Forschungsthemen wurden insgesamt 102 Struktur-, Meinungs-, Einstellungs- und Verhaltensfragen gestellt; auf dieser Grundlage konnte die bisher in Deutschland umfangreichste und differenzierteste empirische Analyse primärärztlicher Tätigkeit durchgeführt werden. Erste Veröffentlichungen sind im Deutschen Ärzteblatt (Kinz/Kaross/Reifferscheid, 1993 und Kinz/Lüschen, 1993) sowie im Berichtsband des letzten Soziologentags in Düsseldorf (Kaross/Knesebeck/Reifferscheid, 1993) erschienen.

Abbildung 1: Rücklaufquoten nach Mahnung und Kalenderwochen (in %)



Die Abbildung 1 gibt die Rücklaufquoten nach den einzelnen Versandterminen wieder. In der Kurve wird der Rücklauf der beiden verwendeten Erhebungsinstrumente zusammengefaßt. Es wurde zum Abschluß der Feldphase eine Stichprobenausschöpfung von 63,6% (1.810 Befragte)⁵ der bereinigten Stichprobe realisiert. Dabei lag die Beteiligung in den neuen Bundesländern (68,7%), verglichen mit den alten Bundesländern (58,3%), um rund 10% höher. Für eine Ärztebefragung ist dies eine überdurchschnittlich hohe Ausschöpfungsquote, vor allem wenn man sie mit den bekanntesten Ärztstudien in der Bundesrepublik vergleicht, die im Regelfall nur einen Rücklauf um 30% erreichen.

3. Die berufliche Selbstbewertung der Ärzteschaft

Nicht erst seit dem Gesundheitsstrukturgesetz, sondern seit Jahrzehnten gehört die Ärzteschaft zu einer der umstrittensten Berufsgruppen in der veröffentlichten Meinung. Die ihr als dominant unterstellte Gewinnmotivation hat der "Stern" vor vielen Jahren einmal in der Metapher von den "Beutelschneidern" verdichtet. In einer differenzierten Analyse hat *Renate Mayntz* (1992) den von den Ärzteverbänden immer wieder deklarierten Anspruch der Gemeinwohlorientierung als "Gemeinwohrrhetorik" demaskiert.

Schärfe und Konstanz der Kritik am Ärztstand haben das Ansehen der Ärzte in der Bevölkerung in keiner Weise gemindert, wie die anfangs zitierten Umfrageergebnisse des

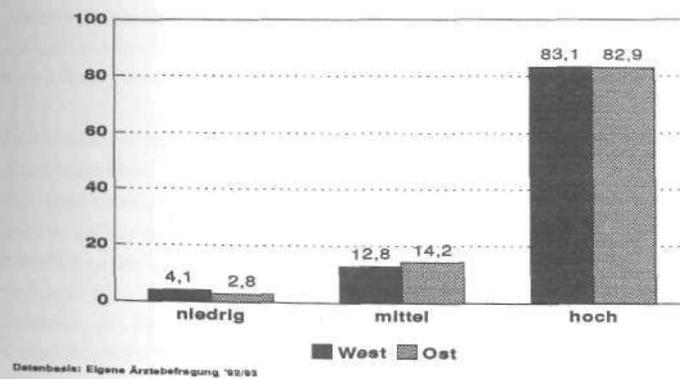
⁵ Die folgenden Auswertungen basieren allerdings allein auf den Antworten derjenigen 1437 Befragten, die die Langfassung des Fragebogens beantwortet haben.

Instituts für Demoskopie in Allensbach zeigen. Unberührt von den öffentlichen Auseinandersetzungen ist aber auch die Einschätzung des sozialen Selbstwerts der ärztlichen Berufsgruppe. Nach unseren Untersuchungen sind 83,0% der Ärzte der Ansicht, daß ihre Profession ein hohes soziales Ansehen in der Gesellschaft genießt (vgl. Abbildung 2).

Weiterhin zeigen die Analysen, daß die Mediziner bezüglich ihrer Einstellung insgesamt eine sehr homogene Gruppe bilden. Es gibt bei der Einschätzung zum Ansehen des Arztberufs kaum meßbare Unterschiede nach Geschlecht, zwischen jüngeren und älteren Befragten, zwischen den Ärztegruppen (Praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten) sowie zwischen Stadt- und Landärzten.

Ferner, und das ist überraschend, sind kaum Abweichungen in der Berufsprestige-Einschätzung zwischen den Medizinern aus den neuen und alten Bundesländer nachzuweisen. Im Osten wie im Westen ist der überwiegende Anteil der Befragten (mit mehr als 80%) der Ansicht, daß die Berufsgruppe der Ärzte ein hohes soziales Ansehen genießt. Erstaunlich ist das Ergebnis vor allem deshalb, weil die Ärzteschaft in der ehemaligen DDR anders als in der früheren Bundesrepublik, nicht zu den privilegierten Berufsgruppen zählte.

Abbildung 2: Das soziale Ansehen des Arztes aus der Sicht von Ärzten⁶



Eine empirisch gültige Interpretation der Übereinstimmungen von Ärzten in Ost- und Westdeutschland gestaltet sich außerordentlich schwierig, da generell weder Bevölkerungsumfragen zum beruflichen Ansehen noch Prestige-Selbsteinstufungen von Berufsgruppen in der ehemaligen DDR erhoben wurden; der herrschenden Ideologie entsprechend also auch nicht für und bei Medizinern. Das Fehlen von Unterschieden könnte allerdings ein Indiz

⁶ Der Fragetext lautete: "... wie würden Sie das soziale Ansehen dieser Berufe in der Gesellschaft bewerten?" Die ursprüngliche 5er-Skala, bei der nur die Endpunkte benannt waren ("sehr niedrig" bzw. "sehr hoch"), wurde für die Auswertung auf drei Ausprägungen (niedrig, mittel, hoch) verdichtet.

dafür sein, daß sich die ärztlichen Berufswerteinschätzungen im Laufe der letzten 40 Jahre kaum verändert haben. Plausibel ist aber auch, daß in der relativ kurzen Zeit nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten nicht nur eine strukturelle sondern auch eine kulturelle Angleichung in der Ärzteschaft vollzogen wurde.

4. Berufliches Selbstbild der Ärzte im Vergleich zu anderen Berufen

Bei der Einstufung der sieben anderen Berufe durch die befragten Mediziner (vgl. Abbildungen 3 und 4) liegen mit großem Abstand auf den weiteren Rängen hinter dem Arztberuf die Pfarrer/Pastoren, Industrieunternehmer und die Rechtsanwälte. So wird den Pfarrern/Pastoren von etwas mehr als der Hälfte der Befragten (56,0%) ein hohes soziales Ansehen in der Gesellschaft beigemessen. Der Gruppe der Industrieunternehmer kommt nach Ansicht von 48,1% der Ärzte ein hohes Sozialprestige zu. Dabei genießen sie bei den Ärzten aus den neuen Bundesländern (52,9%) einen besseren Ruf als bei den Ärzten aus den alten Bundesländern (42,0%). Den Rechtsanwälten wird von 47,7% der Mediziner ein hohes soziales Ansehen zugeschrieben, hier auch wieder weit stärker von den Befragten in den neuen Bundesländern (59,9%) als von den Befragten in den alten Bundesländern (32,9%).

Abbildung 3: Soziales Ansehen von Berufen in der Einschätzung der Ärzteschaft

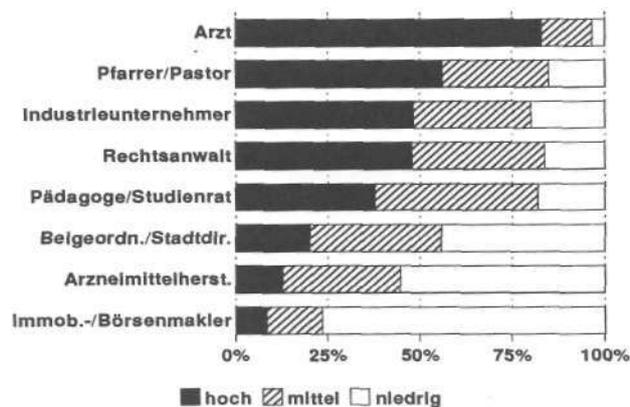
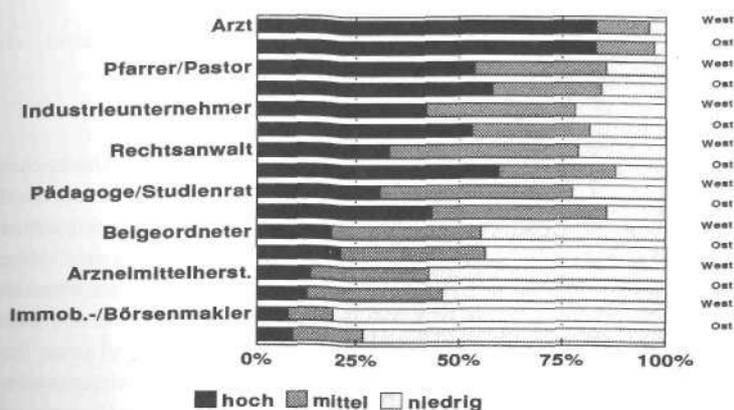


Abbildung 4: Soziales Ansehen von Berufen in der Einschätzung von Ärzten im Ost-West-Vergleich



Eigene Ärztebefragung '92/93

Das geringste Ansehen in den Augen der Ärzte genießen die Immobilien- und Börsenmakler. Nur 8,2% der Befragten sind der Ansicht, daß diesen Berufen ein hohes soziales Ansehen in der Gesellschaft zukommt. Hier fällt die Wertschätzung der Ärzte aus den alten Bundesländern mit 7,6% sogar noch etwas niedriger aus als jene von Medizinern aus den neuen Bundesländern (8,7%).

Fast ebenso niedrig wird von den praktizierenden Medizinern das soziale Ansehen der Arzneimittelhersteller eingestuft; nur 12,6% der Ärzte sind der Ansicht, daß diese Gruppe eine hohe soziale Wertschätzung erfährt. Dieses auf den ersten Blick überraschende Ergebnis, vor allem wenn man es mit dem der Industrieunternehmer vergleicht, verführt natürlich zu den unterschiedlichsten und je nach Standort eines Rezipienten wohl auch sich widersprechenden ad-hoc-Deutungen. Sicherlich spiegelt sich in der sehr niedrigen Wertschätzung des Berufsstandes der Arzneimittelhersteller - zumindest teilweise - ein vom Gesundheitsstrukturgesetz entfachter Interessenskonflikt zwischen Ärzten und Pharmaproduzenten wider: Das Arzneimittelbudget wurde im ambulanten Versorgungsbereich für 1993 auf das Niveau von 1991 abgesenkt. Überschreitungen der gesetzlich festgelegten Richtgrößen hätten zu einem Teil kollektiv durch die Ärzteschaft und zu einem weiteren Teil durch die Pharmazeutische Industrie ausgeglichen werden müssen.⁷

⁷ Dies war die Ausgangssituation, so wie sie sich für die niedergelassenen Ärzte zum Befragungszeitpunkt abzeichnete. Letztlich wurde das Arzneimittelbudget für 1993 nicht überschritten - für 1994 gelten bereits leicht abgeänderte Regelungen.

An dieser Stelle soll zur Interpretation der Unterschiede in der Berufsprestige-einschätzung nicht weiter auf einzelne Charakteristika der jeweiligen Berufsgruppen eingegangen werden. Vielmehr soll eine theoretische Perspektive entwickelt werden, die von der funktionalen Differenzierung der Berufe in der Gesellschaft ausgeht.

5. Die Kognition funktionaler Berufsdifferenzierungen

In ihren Anfängen geht die Berufsprestigeforschung, d.h. die empirische Untersuchung einer theoretisch nicht näher begründeten Zusammenstellung von Berufen nach der Höhe ihres Ansehens, zurück bis in die zwanziger Jahre (*Counts* 1925). Da die gefundenen empirischen Verteilungen interkulturell und intertemporär über lange Zeit hin stabil blieben, gab es kaum Anlaß, alternative Hypothesen zu testen oder die gefundenen Zusammenhänge zu spezifizieren. Veränderte wissenschaftliche Auffassungen begannen sich in dem Maße durchzusetzen, wie auf der Basis der amtlichen Statistik Aufstieg und Fall ganzer Berufsgruppensysteme oder aber deren innere Differenzierung über längere Zeiträume hinweg beobachtet werden konnten. So ist inzwischen allgemein bekannt, daß der Übergang von der industriellen zur postindustriellen Gesellschaft durch die Expansion der Dienstleistungsproduktion (*Maleri* 1991), das Anwachsen und die Differenzierung der Dienstleistungsberufe (*Albach* 1989) begleitet ist. Die Auswahl der von den befragten Ärzten nach sozialem Ansehen zu beurteilenden Berufe ist in diesem theoretischen Kontext zu sehen; sie folgt mehrdimensionalen Kriterien. Auf diese Weise sollte untersucht werden, ob die soziale Wahrnehmung von Berufsrankordnungen von der Kognition funktionaler Berufsdifferenzierungen begleitet sein kann. Ärztliche Professionen gehören bekanntlich zur Klasse der personenbezogenen Dienstleistungsberufe, wozu auch die in die Erhebung aufgenommenen Berufe des Pfarrers/Pastors und des Studienrats/Pädagogen gerechnet werden. Die von diesen Berufen erbrachten Leistungen sind u.a. gekennzeichnet durch das Uno-Actu-Prinzip und die Zeitbezogenheit, ferner und im Unterschied zum Beruf des Rechtsanwalts oder auch des Beigeordneten/Stadtdirektors durch eine besondere Qualität der menschlichen Beziehungen (*Gross*, 1983). Auf dem Hintergrund der hier nur anzudeutenden theoretischen Überlegungen läßt sich die mit der Ärztebefragung zu prüfende Existenzhypothese in die einfache Frage fassen: Spiegeln sich die aus der sozialwissenschaftlichen Berufsforschung bekannten objektiven Berufsdifferenzierungen in der subjektiven Kognition relevanter beruflicher Akteure wider?

Um zu untersuchen, ob die oben nachgewiesene Berufsprestigeordnung latent mit einer Ordnung funktionaler Berufsdifferenzierung verbunden ist, wurde eine Faktorenanalyse für die fünf Dienstleistungsberufe der Befragungsliste durchgeführt. In einer Hauptkomponentenanalyse (Eigenwertkriterium 1) wurden zwei Faktoren extrahiert, die 62,6 % der

Varianz erklären. Nach Rotation ergaben sich die in der Tabelle 1 wiedergegebenen Faktorladungen.

Tabelle 1: Rotierte Faktorladungsmatrix

	Faktor 1	Faktor 2
Arzt	.77378	-.19592
Pfarrer/Pastor	.75475	.23054
Studienrat/Pädagoge	.64737	.32525
Beigeordneter/Stadtdirektor	.01958	.85441
Rechtsanwalt	.16329	.76554
<i>erklärte Varianz</i>	38,8%	23,7%

Das Ergebnis der Analyse zeigt, daß sich die berücksichtigten Dienstleistungsberufe in zwei latente Dimensionen gruppieren. Die erste Gruppe umfaßt Berufe, die "personenbezogene Dienstleistungen" anbieten; hierzu gehören Ärzte, Pädagogen/Studienräte und Pfarrer/Pastoren. Die zweite Gruppe wird von Berufen gebildet, die "sachbezogene Dienstleistungen" erbringen: Dazu zählen Stadtdirektoren/Beigeordnete und Rechtsanwälte. Unsere oben diskutierten theoretischen Annahmen erscheinen nach dieser Analyse weiterhin plausibel. Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen sehr hohen bzw. sehr niedrigen Faktorladungen der einzelnen Variablen bei den entsprechenden Faktoren läßt sich statistisch nachvollziehen, daß die Berufsprestigeeinschätzungen der Ärzte durch die unterschiedlichen funktionalen Dienstleistungsorientierungen der Berufsgruppen konfundiert sind.

6. Ausblick

Es wird abzuwarten sein, ob das ärztliche Berufsprestige weiterhin auf einem solch hohem Niveau bleibt. Denn der tiefgreifende gesellschaftliche Wandel - insbesondere im Hinblick auf die demographische Alterung der Gesellschaft - wirkt sich auch auf das Leistungsgeschehen sowie die Qualität der personenbezogenen Dienstleistungen im ambulanten Versorgungssystem aus. So wurden bereits in dem 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz strukturelle Veränderungen im Arztberuf verankert, die sich z.T. erst in den nächsten Jahren auswirken werden. Maßnahmen wie beispielsweise Zulassungs- und Niederlas-

sungsbeschränkungen, Trennung der ambulanten Versorgung in ein hausärztliches und fachärztliches Angebot werden aber bereits jetzt unter Ärzten und deren Interessenvertretern als beruflicher Prestigeverlust angesehen.

Inwieweit sich die gesundheitspolitisch initiierten Veränderungen dieser Rahmenbedingungen tatsächlich auch auf das soziale Ansehen des Arztberufs auswirken - sei es aus der Sicht der Bevölkerung oder aus der Perspektive der Ärzte selbst -, läßt sich erst im Laufe der nächsten Jahre abschätzen. Denn noch ist unklar, wie sich die langfristig angelegten Reformschritte tatsächlich auf das Leistungsgeschehen und in der Folge auf dessen normative Bewertung auswirken. Außerdem werden bereits heute die nächsten Stufen der Gesundheitsreform diskutiert, die mit großer Sicherheit weitere strukturelle Neuordnungen auslösen werden (vgl. *Arnold* 1993 und Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994).

Von diesen Überlegungen einmal abgesehen, ist es nicht unwahrscheinlich, daß sich die angesprochene Strukturpolitik insbesondere negativ auf das - gerade eben gestärkte - berufliche Selbstbild von Ärzten in den neuen Bundesländern auswirken könnte. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sie aufgrund der bisher geringen Erfahrung in der freien Praxis durch den bereits jetzt zu beobachtenden gestiegenen Konkurrenzdruck unter den niedergelassenen Ärzten benachteiligt sind.

Eine Dauerbeobachtung der noch nicht abgeschlossenen Reform des deutschen Gesundheitswesens unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung des medizinischen Versorgungssystems in den neuen Bundesländern würde als geeignetes Instrumentarium zur Analyse der intendierten und nicht-intendierten Folgen der Gesundheitsstrukturgesetzgebung in Betracht kommen. Damit könnten auch die in diesem Beitrag diskutierten Problemstellungen hinsichtlich der Veränderungen im beruflichen Gefüge der Gesundheitsversorgung differenzierter analysiert sowie weitere forschungsrelevante Perspektiven eröffnet werden.

Literatur

Albach, Horst, 1989:
Dienstleistungen in der modernen Industriegesellschaft.
München: C. H. Beck.

Arnold, Michael, 1993:
Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende.
Stuttgart: Enke.

Gross, Peter, 1983:

Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?
Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kaross, Dietmar; Knesebeck, Olaf von dem; Reifferscheid, Gerd, 1993:

Medizinische Versorgung und soziale Unterstützung im Alter.

In: **Meulemann, Heiner; Elting-Camus, Agnes** (Hrsg.): 26. Deutscher Soziologentag (Düsseldorf 1992).
Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa. Tagungsband II: Berichte aus den Sektionen,
Arbeitsgruppen und Ad Hoc-Gruppen.

Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 749 - 752.

Kunz, Gerhard; Kaross, Dietmar; Reifferscheid, Gerd, 1993:

Arztberuf und Gesundheitspolitik (II). Strukturreform und Verbändetätigkeit im primärärztlichen
Meinungsbild.

In: Deutsches Ärzteblatt 90, Juli 1993, Heft 30, A1: S. 2051 - 2056.

Kunz, Gerhard; Lüschen, Günther, 1993:

Arztberuf und Gesundheitspolitik (I). Strukturreform und Pflegeproblematik im ärztlichen Meinungsbild.

In: Deutsches Ärzteblatt 90. Jg., Juli 1993, Heft 28/29, A1: S. 1986-1991.

Maleri, Rudolf, 1991:

Grundlagen der Dienstleistungsproduktion.

Berlin: Springer.

Mayntz, Renate, 1992:

Interessenverbände und Gemeinwohl. Die Verbändestudie der Bertelsmann Stiftung.

In: **Mayntz, Renate** (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl.

Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 11 - 35.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994:

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität
bei sich ändernden Rahmenbedingungen.

Sachstandsbericht 1994. Kurzfassung.

Bonn: Selbstverlag.