

Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder¹

Claus Wendt

In Gesundheitssystemen finden tiefgreifende Umbrüche statt, die dazu führen können, dass das über viele Jahre hinweg hohe Vertrauen in Gesundheitssysteme erodiert. In diesem Beitrag wird analysiert, welche institutionellen Regelungen das Vertrauen in Gesundheitssysteme stützen bzw. welche Reformen umgekehrt zu einem weiteren Vertrauensverlust führen können. Für die gesundheitspolitische Diskussion sind diese Informationen u.a. deshalb relevant, weil so festgestellt werden kann, welche gesundheitspolitischen Maßnahmen den Präferenzen und Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen bzw. welche Reformen auf Widerstände stoßen dürften.

1 Einleitung

Gesundheitssysteme versprechen Sicherheit in existenziellen Notsituationen. Alle Bürgerinnen und Bürger, und nicht nur die sogenannten „Risikogruppen“, können aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sein, die ihre persönlichen finanziellen Möglichkeiten bei Weitem übersteigen würden. Auf eine solche Situation ist man in der Regel nicht aufgrund eigener Erfahrungen vorbereitet, sondern man muss darauf vertrauen, dass die für eine möglichst optimale Therapie erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall zur Verfügung gestellt werden. Die Frage des Vertrauens ist somit für Gesundheitssysteme zentral.²

Wenn das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung abnimmt, ist es zwar in den meisten Fällen nicht möglich, sich einer Solidargemeinschaft vollständig zu entziehen. Doch kann ein sinkendes Vertrauen in Gesundheitssysteme weitreichende Folgen haben: Politische Entscheidungsträger werden bei Wahlen durch die Bürgerinnen und Bürger „abgestraft“, Patienten konsultieren regelmäßig mehrere Ärzte, um „sicher zu gehen“, dass auch die „richtige“ Therapie verordnet wird, oder Versicherte schließen immer häufiger eine private Krankenversicherung ab, sodass die Ungleichheit zwischen Patienten mit und denen ohne eine (zusätzliche) private Krankenversicherung zunimmt.

Bisher haben insbesondere wohlfahrtsstaatliche Teilsysteme wie das Gesundheitssystem, die auf die gesamte Gesellschaft (und nicht nur auf bestimmte soziale Gruppen) ausgerichtet sind, eine hohe Unterstützung in der Bevölkerung erfahren. Wenn höhere Einkommensgruppen nicht nur an der Finanzierung beteiligt werden, sondern auch von den Leistungen profitieren, ist die Unterstützung für die entsprechenden Leistungssysteme in der Regel höher (Pierson 2001). Diese Form der verpflicht-

1 Der Beitrag ist ursprünglich erschienen als Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder: in: WSI Mitteilungen 7/2007, S. 380-386. Er wurde von der Redaktion zum Nachdruck freigegeben.

2 In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse des DFG-Projektes „Wohlfahrtsstaatliche Institutionen und sozialpolitische Einstellungen. Neue Perspektiven für die vergleichende Wohlfahrtsstaatsanalyse“ präsentiert, das am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung durchgeführt wird (Laufzeit: 2006-2009). Für die Durchsicht des Manuskripts und für hilfreiche Anregungen bedanke ich mich bei Ines Schaurer, Michaela Pfeifer und Monika Mischke.

tenden Solidarität (Schulenburg 1990) hat nicht nur zu einem positiven gesellschaftlichen Integrationsprozess beigetragen (Giddens 1996), sondern durch das Versprechen von Sicherheit in gesundheitlichen und sozialen Krisensituationen haben die sozialen Sicherungssysteme darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz demokratischer Institutionen insgesamt geleistet (Lepsius 1996).

Seit Anfang der 1990er Jahre werden Wohlfahrtsstaaten und speziell Gesundheitssysteme in zunehmendem Maße mit Strukturreformen konfrontiert, die möglicherweise dazu führen, dass das Vertrauen in Gesundheitssysteme langfristig sinkt. Eine solche Entwicklung wäre auch deshalb problematisch, da der Aufbau von Vertrauen sehr viel Zeit erfordert und somit ein einmal erfolgter Vertrauensverlust nicht ohne Weiteres rückgängig zu machen ist.

Im Folgenden wird ein Modell zur Analyse von Vertrauen in Institutionen vorgestellt. Unter Verwendung der Eurobarometer 44.3 und 57.2 wird mit Hilfe dieses Analyserasters untersucht, wie sich das Vertrauen in Gesundheitssysteme zwischen 1996 und 2002 in 15 Ländern der Europäischen Union verändert hat.³ Die vergleichende Analyse wird von der Hypothese angeleitet, dass verschiedene institutionelle Arrangements die Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheitssystemen durch die Bevölkerung unterschiedlich strukturieren (Abschnitt 2). Der Fokus ist hierbei auf Unterschiede zwischen den Ländern gerichtet und es wird gefragt, ob Ländergruppen mit einem hohen bzw. niedrigen Vertrauen zu identifizieren sind, die jeweils spezifische institutionelle Muster aufweisen (Abschnitt 3). Darüber hinaus wird untersucht, ob je nach Einkommenshöhe, Gesundheitszustand oder Alter ein unterschiedlich hohes Vertrauen in das Gesundheitssystem zu verzeichnen ist (Abschnitt 4). Abschließend werden am Beispiel einzelner Länder Überlegungen angestellt, welche institutionellen Arrangements einen Vertrauensverlust bisher besonders effektiv verhindert haben bzw. in Zukunft zu einer Stärkung des Vertrauens beitragen könnten (Abschnitt 5).

2 Konzeptionelle Überlegungen zur Analyse von Vertrauen in Gesundheitssysteme

Die Analyse von Vertrauen in Institutionen knüpft an eine Konzeptualisierung von Edeltraut Roller (1992) an, die Wohlfahrtsstaaten danach unterscheidet, inwieweit diese in der Lage sind, die Wertvorstellungen der sozioökonomischen Sicherheit und sozioökonomischen Gleichheit zu „realisieren“ (Flora et al. 1977). 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 (Andreß et al. 2001; Gelissen 2002; Heien 2002; Wendt 2003a; Kohl/Wendt 2004).

3 Der Eurobarometer-Survey ist eine repräsentative Bevölkerungsumfrage der erwachsenen Wohnbevölkerung mit einem Stichprobenumfang von etwa 1.000 Personen pro Land. Erfasst werden Bürgerinnen und Bürger ab dem 15. Lebensjahr. Für die jeweilige Befragung wird der gleiche Fragebogen verwendet, der nach professionellen Standards vom Englischen in die jeweilige Landessprache übersetzt wird. Der Vorzug der Eurobarometer-Daten liegt in der internationalen Vergleichbarkeit sowie darin, dass für mehrere Zeitpunkte Informationen vorliegen. Die Daten für den Eurobarometer-Datensatz 44.3 wurden zwischen Februar und April 1996 erhoben, die Daten für den Eurobarometer-Datensatz 57.2 zwischen April und Juni 2002.

In diesem Konzept (Abbildung 1) 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 umfassend diese Kompetenzen beigegebener staatlicher Zuständigkeit sein sollen (Intensität);
- (2) Folgen, bei denen sich intendierte und nicht-intendierte Folgen voneinander abgrenzen lassen.

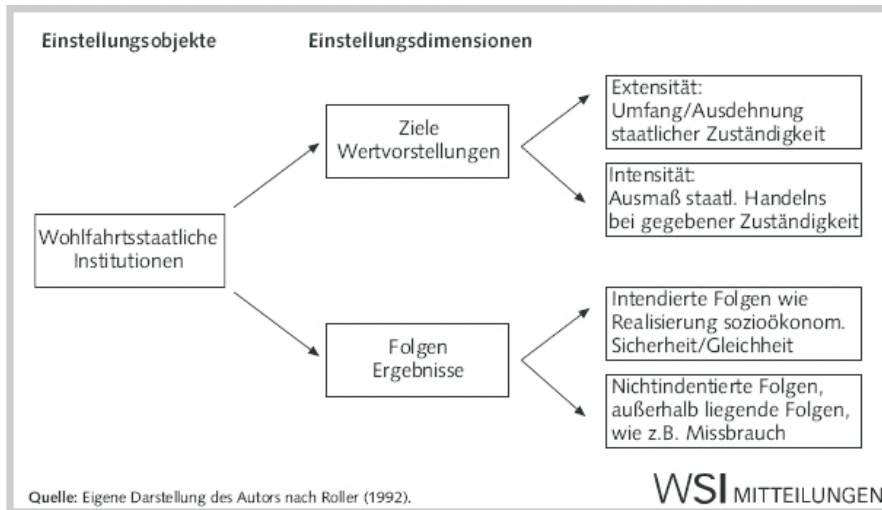


Abb. 1: Einstellung zum Wohlfahrtsstaat

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 (Lepsius 1997), erhält man folgende Vierfelder-Übersicht (Abbildung 2).

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, auf denen die Institution fußt, doch die

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

Quelle: Eigene Darstellung des Autors. WSI MITTEILUNGEN

Abb. 2: Institutionenvertrauen

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, und in Feld D schließlich ist ein Deinstitutionalisierungsprozess wahrscheinlich, der sich allerdings aufgrund der damit verbundenen Transformationskosten über viele Jahre hinauszögern kann (Wendt 2003a; Wendt 2003b).

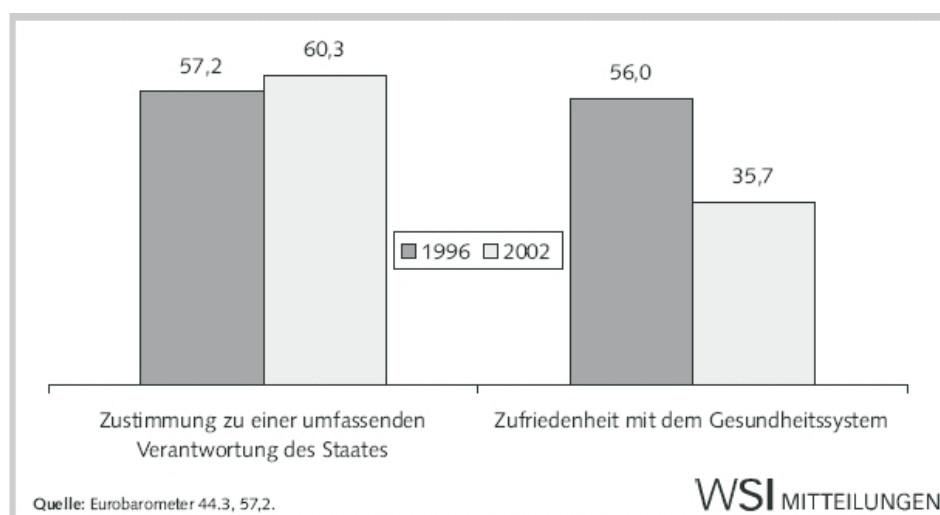


Abb.3: Die Bewertung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Union (EU 15) - in %

Welche Annahmen sind auf Grundlage dieses Modells⁴ 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 wie auch das Ziel der Solidarität hoch eingeschätzt werden, und zwar in der Regel über alle Bevölkerungsgruppen hinweg. Dagegen kann angenommen werden, dass die Bürgerinnen und Bürger mit der Funktionsfähigkeit 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 können außerdem dazu führen, dass sowohl die Ergebnisse dieser Institution als auch die Wertvorstellungen zunehmend kritisch bewertet werden.

4 Das vorgestellte Modell soll zukünftig weiter ausdifferenziert werden. So ist beispielsweise für den Vertrauensbildungsprozess der Kontakt zu Ärzten und weiteren Leistungserbringern wesentlich (Calnan/Stanford 2004). Außerdem gilt als wichtiger Indikator für die Höhe des Vertrauens die Einschätzung der zukünftigen Leistungsfähigkeit (Taylor-Gooby 2005, S. 218). Bereits die hier vorgenommene Bezugnahme auf Werte einerseits und Zufriedenheit andererseits geht jedoch über die häufig einseitige Ausrichtung auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem hinaus.

3 Das Vertrauen in Gesundheitssysteme europäischer Länder sinkt

In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (hier: EU 15⁵) ist bis in die 1990er Jahre eine hohe Zustimmung zum Gesundheitssystem zu verzeichnen (Mossialos 1997; Gelissen 2002). Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist dabei nahezu unabhängig von der relativen Höhe der Gesundheitsausgaben (in % des BIP). Auffällig ist allerdings die vergleichsweise niedrige Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in den südeuropäischen Ländern Spanien, Portugal, Italien und Griechenland (Kohl/Wendt 2004). Bisher präferieren die Bürgerinnen und Bürger in den EU 15-Ländern mehrheitlich eine Steigerung der Gesundheitsausgaben, sofern dies der einzige Weg ist, um eine Einschränkung des Leistungsniveaus abzuwenden. Allerdings ist die Präferenz für eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben umso geringer, je höher das gegenwärtige Ausgabenniveau ist (Gelissen 2002; Kohl/Wendt 2004). Gelissen (2002) misst im Bereich der Gesundheitsversorgung außerdem ein hohes Ausmaß an Solidarität. Die Unterstützung des Gesundheitssystems ist danach weitgehend unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Klasse oder von der Einkommenshöhe. Hieraus zieht er den Schluss, dass das Eigeninteresse für die Bewertung eines Gesundheitssystems von geringerer Bedeutung ist als die Orientierung an Wertvorstellungen, die der Institution zugrunde liegen: „[A] moral commitment to the public good outweighs self-interest as a motive for the overwhelming support for public health care services in the European Community“ (Gelissen 2002, S. 162). Allerdings weisen auch die oberen Einkommensgruppen ein hohes Eigeninteresse an einer umfassenden Absicherung im Krankheitsfall auf, und insofern ist die positive Haltung dieser Bevölkerungsgruppe nicht ausschließlich auf solidarische Grundüberzeugungen zurückzuführen.

Hieran zeigt sich, dass sich die Zustimmung zum Gesundheitssystem auf zwei unterschiedliche Aspekte bezieht, die nicht immer deutlich voneinander unterschieden werden (Übersicht 1). Es geht dabei zum einen um die Frage, ob der Staat eine umfassende Verantwortung im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen soll und zum anderen um das Ausmaß an Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.

Die Zustimmung zu einer umfassenden Rolle des Staates wird über das Ausmaß an Ablehnung der Feststellung erhoben: „Der Staat oder die Sozialversicherung sollte jeden nur mit einer Grundversorgung, wie z. B. der Versorgung bei schweren Erkrankungen, ausstatten und die Bevölkerung ermutigen, in anderen Belangen für sich selbst zu sorgen“ (stimme voll zu, stimme eher zu, stimme weder zu noch nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu) (EB 44.3/Q.121, EB 57.2/Q.6). Eine Ablehnung dieser Aussage wird von Gelissen (2002, S. 144ff.) als eine Zustimmung zu einer Verantwortung des Staates für eine umfassende Gesundheitsversorgung gewertet.

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem wird über die Frage erhoben: „Sind Sie insgesamt gesehen mit der Art und Weise, wie die Gesundheitsversorgung in ‚Ihrem Land‘ funktioniert, sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden, nicht sehr zufrieden, oder überhaupt nicht zufrieden?“ (EB 44.3/Q.123) bzw. „Sind Sie insgesamt gesehen sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden, nicht sehr zufrieden, oder überhaupt nicht zufrieden mit dem Gesundheitssystem in ‚Ihrem Land‘?“ (EB 57.2/Q.4).

WSI MITTEILUNGEN

Übersicht 1: Verwendete Eurobarometer-Fragen

In der Terminologie von Roller (1992) betrifft der erste Aspekt die Extensität, also das Ausmaß gewünschter staatlicher Intervention und der zweite Aspekt die Folgen bzw. die Funktionsfähigkeit des

5 Die Analyse bezieht sich auf diejenigen Länder, die bereits vor 2004 Mitglied der Europäischen Union waren (EU 15): Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien.

Gesundheitssystem. Außerdem stützen sich die oben genannten Texte auf Daten, die Mitte der 1990er Jahre erhoben wurden. In einer Reihe von Ländern hat sich die Häufigkeit und Intensität von Gesundheitsreformen seit Anfang der 1990er Jahre erhöht, und die dabei oft erfolgte Kombination aus Leistungseinschränkungen und einer Erhöhung privater Zuzahlungen kann sich in der Wahrnehmung der Bürgerinnen und Bürger langfristig negativ widerspiegeln (Mossialos 1997).

In Abbildung 3 ist zu erkennen, dass im Jahr 1996 eine hohe Zustimmung sowohl in Bezug auf das Ausmaß an staatlicher Intervention als auch zu den Ergebnissen zu verzeichnen war. Im Jahr 2002 hat sich der Wunsch nach einer umfassenden Rolle des Staates im Bereich der Gesundheitsversorgung noch einmal gesteigert. Diese Entwicklung ist so zu interpretieren, dass die Wertvorstellungen der Sicherheit im Krankheitsfall und ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung bei Aufrechterhaltung einer solidarischen Finanzierung in Europa weiterhin einen hohen Stellenwert haben (Gelissen 2002, S. 162). Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung ist im Durchschnitt der EU 15-Länder demgegenüber deutlich gesunken.

Fügt man die Werte für die EU 15-Länder in das in Abbildung 2 dargestellte Modell ein, können im Jahr 1996 die meisten Gesundheitssysteme in Feld A eingeordnet werden (Abbildung 4). Die positive Orientierung an den Ergebnissen der Gesundheitssysteme und an den zugrunde liegenden Wertvorstellungen sind Bestandteil eines hohen Vertrauens in die Gesundheitsversorgung. Hier finden sich so unterschiedliche Fälle wie die Nationalen Gesundheitssysteme (NHS) von Dänemark, Finnland und Schweden sowie die gesetzlichen Krankenversicherungssysteme von Deutschland, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden. Die beiden NHS-Systeme von Großbritannien und Irland weisen bereits Mitte der 1990er Jahre Zufriedenheitswerte von etwa 50 % auf. Die südeuropäischen NHS-Systeme von Spanien, Portugal und Griechenland sind mit Zufriedenheitswerten von deutlich unter 50 % in Feld B einzuordnen. Das Vertrauen in die Gesundheitssysteme stützt sich hier somit überwiegend auf eine Zustimmung zu den Wertvorstellungen. Demgegenüber befinden sich die gesetzlichen Krankenversicherungen von Belgien und Österreich mit einer vergleichsweise hohen Zufriedenheit und einer skeptischeren Haltung gegenüber einer umfassenden Rolle des Staates in Feld C.

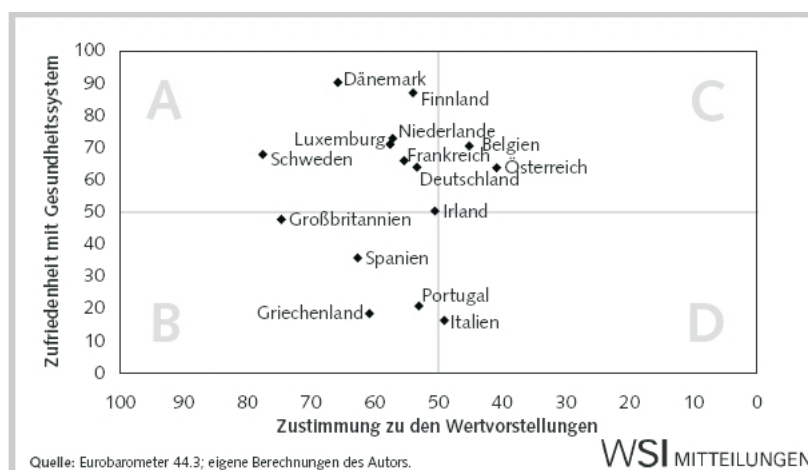


Abb. 4: Vertrauen in Gesundheitssysteme 1996 - in %

Aufgrund der deutlich gesunkenen Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem sind im Jahr 2002 die Mehrzahl der Länder in Feld B zu verorten (Abbildung 5). Das Vertrauen basiert gemäß des oben dargestellten Modells nicht mehr auf positiven Ergebnissen, sondern primär auf einer Zustimmung zu den Wertvorstellungen. In den Niederlanden ist auch dieser positive Bezug zu einer Verantwortung des Staates für eine umfassende Gesundheitsversorgung (und somit eine Zustimmung zu einer möglichst weit gefassten – verpflichtenden – Solidargemeinschaft) nur noch bedingt vorhanden. Diese Entwicklung hängt möglicherweise damit zusammen, dass 1996 als erste Säule eine soziale „Grundversicherung“ für die gesamte Bevölkerung sowie eine zweite Säule eingeführt wurde, in der bei einem höheren Einkommen alternativ zur Sozialversicherung eine private Krankenversicherung gewählt werden kann. Anfang des 21. Jahrhunderts stellt der Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung in den Niederlanden mit fast 20 % einen europäischen Spitzenwert dar. Diese Entwicklung wurde von stark sinkenden Zufriedenheitswerten begleitet, was dafür spricht, dass die Einführung „systemfremder“ Elemente (also in diesem Fall die strukturelle Verknüpfung einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung) eine positive Orientierung erschwert.

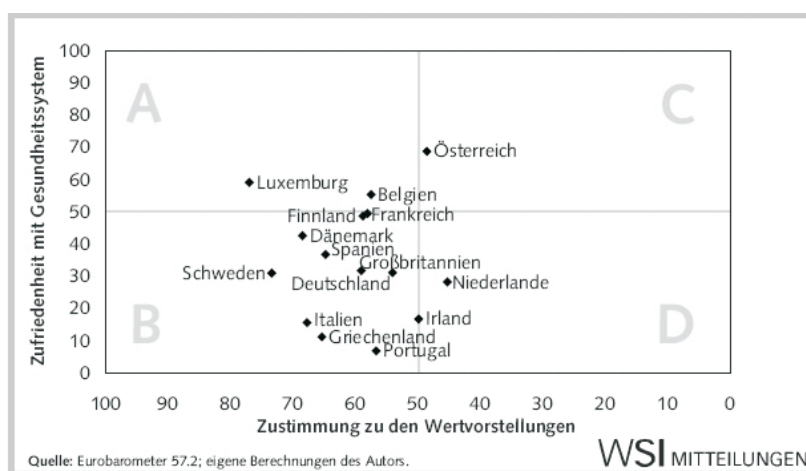


Abb. 5: Vertrauen in Gesundheitssysteme 2002 - in %

Diese Annahme wird dadurch unterfüttert, dass auch die südeuropäischen Gesundheitssysteme Griechenlands, Italiens und Portugals, die bereits 1996 niedrige Zufriedenheitswerte aufwiesen, durch eine Kombination sehr heterogener Organisationsmerkmale gekennzeichnet sind. So wurden nach Einführung der NHS-Systeme Ende der 1970er bzw. Anfang der 1980er Jahre Elemente der zuvor bestehenden Sozialversicherungssysteme beibehalten, und die privaten Selbst- und Zuzahlungen blieben – speziell in Griechenland – auf einem sehr viel höheren Niveau als in anderen europäischen Ländern (Bahle et al. 2007). Da sich die südeuropäischen NHS-Systeme dem Ausgabeniveau der „etablierten“ NHS-Systeme angenähert haben, ohne jedoch deren „einheitliche“ Organisationsstruktur zu übernehmen, könnte dies ein Grund für die niedrigen Zufriedenheitswerte sein. Dafür spricht auch, dass Spanien als das einzige südeuropäische Land, das sich vollständig von dem „Sozialversicherungs-Erbe“ getrennt hat, auf eine deutlich höhere und zwischen 1996 und 2002 leicht ansteigende Zustimmung verweisen kann.

Auch weitere Gesundheitssysteme, die im Jahr 2002 Zufriedenheitswerte von nur etwa 30 % aufweisen, blicken auf Strukturreformen zurück, mit denen „systemfremde“ Bestandteile implementiert wurden, wie z. B. „interne Märkte“ in Großbritannien und Schweden oder der Kassenwettbewerb in Deutschland. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob die damit verbundene Ausweitung der Wahlfreiheiten für Patienten bzw. Versicherte zukünftig zu einer positiven Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung beiträgt und dadurch langfristig das Vertrauen wieder stärkt. In Großbritannien wird z. B. seit einigen Jahren eine ansteigende Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung festgestellt (Cannan/Stanford 2004). Langfristig könnten diese positiven Erfahrungen auch die Zustimmung zum britischen National Health Service wieder erhöhen.

Im Jahr 2002 ist in Österreich die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem am höchsten. Die österreichische gesetzliche Krankenversicherung wurde bereits in den 1950er und 1960er Jahren zu einer Volksversicherung ausgebaut, die die gesamte Bevölkerung integriert. Anders als in Deutschland sind auch Beamte, Selbstständige und höhere Einkommensgruppen Mitglied der Solidargemeinschaft und werden für diese „Verpflichtung zur Solidarität“ mit vergleichsweise niedrigen Sozialversicherungsbeiträgen „entschädigt“ (Wendt 2003b). Heute bedeutet der umfassende Deckungsgrad sowie das hohe Ausmaß an Wahlmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten zwischen niedergelassenen Ärzten eine enge Verbindung zwischen individueller Sicherheit und Wahlfreiheit, die einen Hauptgrund für die hohe Zufriedenheit in Österreich darstellen kann.

4 Bewertung von Gesundheitssystemen durch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen

Differenziert man zwischen unterschiedlichen sozio-ökonomischen Gruppen, so ist nach wie vor kein systematischer Unterschied der Zufriedenheit zwischen unterschiedlichen Einkommensgruppen zu erkennen. Im Durchschnitt der EU 15-Länder äußern sich Personen mit einem höheren Einkommen sogar leicht zufriedener als diejenigen mit einem niedrigeren Einkommen (EB 57.2/2002, eigene Berechnung; siehe für frühere Zeitpunkte Gelissen 2002; Wendt 2003a). Dies kann als weiterer Indikator dafür gewertet werden, dass die sozialpolitischen Ziele der Solidarität und des chancengleichen Zugangs zum Gesundheitssystem weiterhin einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft haben und auch von Nettozahlern unterstützt werden.

Differenziert man demgegenüber zwischen denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen und denjenigen, die ihre Gesundheit als schlecht einstufen, so lassen sich zwischen den Ländern spezifische Unterschiede feststellen, die mit dem unterschiedlichen institutionellen Design der Gesundheitssysteme zusammenhängen können. So äußern in den gesetzlichen Krankenversicherungssystemen „Kranke“ eine höhere Unzufriedenheit als „Gesunde“ (EB 57.2/2002, eigene Berechnung). Während Gelissen (2002, S. 156ff.) anhand der Daten von 1996 keine je nach Gesundheitszustand unterschiedliche Einschätzung des Gesundheitssystems ausmachen konnte, ist bei Sozialversicherungssystemen in dieser Hinsicht die Schere zwischen Kranken und Gesunden auseinander gegangen. Diese Entwicklung könnte damit zusammenhängen, dass die Reformen der letzten Dekade in diesen Gesundheitssystemen speziell die Belastungen für Kranke erhöht haben.

Demgegenüber sind in den NHS-Systemen von Dänemark, Großbritannien und Schweden nur marginale Unterschiede der Zufriedenheit zwischen Gesunden und Kranken zu erkennen. Dies deutet darauf hin, dass in diesen Ländern Patienten nicht in einer Weise belastet wurden, die ihre Zufrieden-

heit weit stärker sinken lässt als bei der gesunden Bevölkerung. Zusammenfassend erfolgt in NHS-Systemen die Bewertung des Systems der Gesundheitsversorgung weitgehend unabhängig vom Gesundheitszustand, während in gesetzlichen Krankenversicherungssystemen im Jahr 2002 die Bewertung durch Kranke deutlich negativer ausfällt als durch Gesunde.

Im Durchschnitt nimmt die ältere Bevölkerung häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch und kann außerdem auf sehr viel längere Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem zurückblicken als Jüngere. Die Eurobarometer-Daten zeigen deutlich, dass ältere Menschen trotz ihres durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustandes mit dem Gesundheitssystem nicht weniger zufrieden sind als jüngere Personen (EB 57.2/2002, eigene Berechnung; siehe auch Gelissen 2002, S. 158). Von diesem Trend weichen die NHS-Systeme von Dänemark, Großbritannien, Schweden ab. In diesen Ländern ist die ältere Bevölkerung sehr viel zufriedener als jüngere Bevölkerungsgruppen.

Bezieht man die nach Gesundheitszustand bzw. Alter differenzierte Zufriedenheit auf unterschiedliche institutionelle Strukturen, so sind folgende Muster zu erkennen:

- In gesetzlichen Krankenversicherungssystemen sind diejenigen, die häufiger Leistungen in Anspruch nehmen müssen, mit dem Gesundheitssystem unzufriedener als Personen, die seltener auf Gesundheitsleistungen angewiesen sind. Die Erhöhung privater Selbst- und Zuzahlungen sowie Leistungseinschränkungen machen sich somit in Systemen besonders bemerkbar, in denen Versicherte über viele Jahre hinweg davon ausgehen konnten, dass sie aufgrund zuvor gezahlter Beiträge einen Anspruch auf ein umfassendes Leistungsspektrum haben.
- In „etablierten“ NHS-Systemen ist demgegenüber keine nach Gesundheitszustand differenzierte Zufriedenheit zu erkennen. Allerdings sind hier ältere Menschen deutlich zufriedener mit dem Gesundheitssystem. Dieser Personenkreis konnte über einen längeren Zeitraum Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem machen, und es ist deshalb anzunehmen, dass diese Gesundheitssysteme langfristig den Aufbau positiver Orientierungen stützen.
- Hiervon unterscheiden sich die NHS-Systeme von Finnland und Spanien dahingehend, dass hier erstens Gesunde zufriedener sind als Kranke und zweitens die in „etablierten“ NHS-Systemen gemessene höhere Zufriedenheit älterer Menschen nicht zu erkennen ist. Ein Grund hierfür dürften die vergleichsweise hohen privaten Zuzahlungen in diesen beiden Ländern sein.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Analysen, wie Gesundheitssysteme durch die Bürgerinnen und Bürger wahrgenommen und bewertet werden, liefern zusätzliche Informationen über die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen. In diesem Beitrag wurde gefragt, wie sich das Vertrauen in Gesundheitssysteme seit Mitte der 1990er Jahre verändert hat. Es konnte gezeigt werden, dass die Kategorie „Vertrauen“ weiterhin einen hohen Stellenwert für die Stabilität von Gesundheitssystemen hat. Die Vorstellung, dass es die Aufgabe des Staates sei, einen umfassenden Schutz für den Fall des Eintritts einer Erkrankung zu garantieren, ist in den Gesellschaften der EU 15-Länder tief verankert. Dieses Einstellungsmuster kann dahingehend interpretiert werden, dass die Wertvorstellung einer durch staatliche Regulierung auf Dauer gestellten Solidarität sowie der dadurch gewährleistete chancengleiche Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen nach wie vor eine hohe Bedeutung in europäischen Gesellschaften haben. Darin drückt sich auch ein hohes Vertrauen in die Fähigkeit des Staates aus, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen sowie einen auch für untere Einkommensgruppen finanzierbaren Zugang zur

Gesundheitsversorgung verlässlicher anbieten zu können als es über alternative Strukturen, wie z. B. über einen privaten Krankenversicherungsmarkt, möglich wäre.

Demgegenüber hat die Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Gesundheitssysteme stark abgenommen. Die Einschätzung der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung scheint immer weniger geeignet, um das Vertrauen in Gesundheitssysteme langfristig zu stützen. Hierbei ist auffällig, dass die südeuropäischen NHS-Systeme trotz einer spürbaren Ausweitung der für Gesundheitsleistungen zur Verfügung gestellten Ressourcen nach wie vor sehr niedrige Zustimmungswerte erhalten. Die kritische Bewertung der Gesundheitssysteme von Griechenland und Portugal könnte damit zusammenhängen, dass auch nach Einführung der NHS-Systeme Elemente der zuvor bestehenden Sozialversicherung aufrechterhalten wurden und eine positive Orientierung an diesen sehr heterogenen Systemen dadurch erschwert wurde. Dafür spricht auch, dass Spanien sich deutlicher von dem „Sozialversicherungs-Erbe“ getrennt hat und heute sehr viel bessere Zufriedenheitswerte erhält als die übrigen südeuropäischen Länder. Auch in weiteren Gesundheitssystemen, die im Jahr 2002 eine sehr niedrige Zustimmung erhielten, wurden seit den 1990er Jahren „systemfremde“ Bestandteile eingeführt, wie z. B. die „internen Märkte“ in Großbritannien, der in Deutschland lange Zeit unbekannte Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen oder die strukturelle Verknüpfung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Niederlanden.

Diese Entwicklungen sprechen dafür, dass eine Institutionalisierung sehr unterschiedlicher Ziele in Gesundheitssystemen (z. B. Erhöhung der Effizienz durch den Einbau von Wettbewerbselementen versus chancengleicher Zugang und solidarische Finanzierung) eine einheitliche Orientierung an Gesundheitssystemen erschwert. Eine vergleichsweise hohe Zufriedenheit wird demgegenüber heute in der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung gemessen, die bereits in den 1950er und 1960er Jahren zu einer Volksversicherung ausgebaut wurde und gleichzeitig ein hohes Ausmaß an Wahlfreiheiten bei dem Zugang zu niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten aufrecht erhalten hat. Dieses Beispiel spricht dafür, dass eine solidarische Finanzierung bei Gewährleistung einer vergleichsweise hohen Konsumenten- bzw. Patientensouveränität das Vertrauen in Gesundheitssysteme fördern kann.

Differenziert man zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, so ist keine nach Einkommenshöhe gestaffelte Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zu erkennen. Die oberen Einkommensgruppen unterstützen das Gesundheitssystem trotz ihrer höheren finanziellen Belastung ebenso stark wie die – auf Solidarität angewiesenen – unteren Einkommensgruppen. Auch wenn höheren Einkommensgruppen ebenfalls ein starkes Eigeninteresse an einer funktionsfähigen Gesundheitsversorgung zugeschrieben werden kann, ist dies gleichzeitig als ein weiteres Anzeichen für ein hohes Ausmaß an Solidarität in der Bevölkerung zu werten (Gelissen 2002). Dagegen sind Kranke seit einigen Jahren mit dem Gesundheitssystem weniger zufrieden als Gesunde (siehe für Deutschland auch Roller 2006). Einschnitte beim Leistungsspektrum sowie Ausweitung privater Zuzahlungen haben insbesondere Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand belastet, und diese Entwicklung spiegelt sich in den Einstellungsdaten wider. Ausnahmen sind die NHS-Systeme von Dänemark, Großbritannien und Schweden, in denen die Bewertung der Gesundheitsversorgung unabhängig vom Gesundheitszustand ausfällt. Diese drei Länder sind es auch, in denen ältere Menschen mit dem Gesundheitssystem deutlich zufriedener sind als Jüngere.

Diese Befunde sind mit weiteren Informationen zu ergänzen, um das Vertrauen in Gesundheitssysteme genauer bestimmen zu können (Ullrich/Christoph 2006). Welche Auswirkung die Gestaltungsmerkmale einzelner wohlfahrtstaatlicher Programme auf die Zustimmungsbereitschaft der Bevölke-

rung haben, so Alber (2001), ist nach wie vor zu wenig erforscht. Gleichzeitig wird allerdings deutlich, dass die Bürgerinnen und Bürger „do not believe that access to medical care should depend on the size of their bank accounts“ (Marmor et al. 2006, S. 402). In Ländern mit sehr unterschiedlich aufgebauten Gesundheitssystemen besteht nach wie vor weitgehend Konsens darüber, dass es die Aufgabe des Staates sei, für alle Bürgerinnen und Bürger einen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Literatur

- Alber, J. (2001): Hat sich der Wohlfahrtsstaat als soziale Ordnung bewährt?, in: Mayer, K. U. (Hrsg.): *Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat*, Frankfurt a. M., S. 59–111
- Andreß, H.-J./Heien, T./Hofäcker, D. (2001): *Wozu brauchen wir noch den Sozialstaat? Der deutsche Sozialstaat im Urteil seiner Bürger*, Opladen
- Bahle, T./Kohl, J./Wendt, C. (2007): Social Security, in: Immerfall, S./ Therborn, G. (Eds): *Handbook of European Societies*, (im Erscheinen)
- Calnan, M. W./Stanford, E. (2004): Public Trust in Health Care: the System or the Doctor?, *Quality and Safety in Health Care*, 13, pp. 92–97
- Flora, P./Alber, J./Kohl, J. (1977): Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten, *Politische Vierteljahresschrift* 18, S. 707–772
- Gelissen, J. (2002): *Worlds of Welfare, Worlds of Consent? Public Opinion on the Welfare State*, Leiden
- Giddens, A. (1996): T. H. Marshall, the State and Democracy, in: Blumer, M./Rees, A. M. (Eds.): *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T. H. Marshall*, London, pp. 65–80
- Heien, T. (2002): *Wohlfahrtsansprüche der Bürger und sozialpolitische Realität in Europa*, Berlin
- Kohl, J./Wendt, C. (2004): Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries, in: Glatzer, W./Below, S. v./Stoffregen, M. (Eds.): *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*, Dordrecht, pp. 311–331
- Lepsius, M. R. (1996): Kriterien für die Erneuerung des Gesellschaftspaktes in Deutschland, in: Fricke, W./Oetzel, V. (Hrsg.): *Zukunft der Gesellschaft*, Bonn, S. 64–73
- Lepsius, M. R. (1997): Vertrauen zu Institutionen, in: Hradil, S. (Hrsg.): *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften*, Opladen, S. 283–293
- Marmor, T. R./Okma, K. G. H./Latham, S. R. (2006): Values, Institutions and Health Politics. Comparative Perspectives, in: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg): *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden, S. 383–405
- Mossialos, E. (1997): Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, *Health Economics*, 6, pp. 109– 116
- Pierson, P. (2001): *The New Politics of the Welfare State*, Oxford
- Roller, E. (1992): *Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen
- Roller, E. (2006): Das Bildungs- und Gesundheitssystem im Urteil der Bürger, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 30–31, S. 23–30

-
- Schulenburg, J.-M. G. v. d. (1990): Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer Positionsbestimmung, in: Sachße, C./Engelhardt, H. T. (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M., S. 313–335
- Taylor-Gooby, P. (2005): Uncertainty, Trust and Pensions: The Case of the Current UK Reforms, *Social Policy & Administration*, 39, pp. 217–232
- Ullrich, C. G./Christoph, B. (2006): Soziale und Risikosolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz von „Entsolidarisierungsoptionen“ bei gesetzlich Versicherten, in: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg): *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden, S. 406–431
- Wendt, C. (2003a): Vertrauen in Gesundheitssysteme, *Berliner Journal für Soziologie*, 3, S. 371–393
- Wendt, C. (2003b): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung – Gesundheitssysteme im Vergleich*, Wiesbaden

Zur Person

Claus Wendt, Dr., Senior Research Fellow und Projektleiter am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Universität Mannheim. Arbeitsschwerpunkte: Institutionentheorie, Wohlfahrtsstaatsvergleich, Gesundheitssystemvergleich.
E-Mail: claus.wendt@mzes.uni-mannheim.de