

**Diplomarbeit**

**Vertrauen in Mitmenschen, Ärzte/innen und das  
Gesundheitssystem unter älteren  
Pflegergeldempfänger/innen (50+) in Österreich**

eingereicht von

**Laura Greta Zietemann**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr.phil. Wolfgang Freidl**

**Univ.-Ass. Priv.-Doz. Dr.phil. Erwin Stolz, MA.**

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 13.04.2020*

*Laura Greta Zietemann eh*

## Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlichst bedanken, die mich auf dem Weg zur Fertigstellung dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei meinen Betreuern Herr Univ.-Prof. Dr.phil. Wolfgang Freidl und Herr Univ.-Ass. Priv.-Doz. Dr.phil. Erwin Stolz, MA bedanken. Sie sind mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden und haben mich mit ihrer Erfahrung und ihrem Engagement auf eine Art und Weise unterstützt, die ich niemals als selbstverständlich gesehen habe.

Auch bei meinen Eltern und meinem Freund, welche mich mit ihrer Motivation und ihrer Geduld bestärkt haben, möchte ich mich von ganzem Herzen bedanken.

# Zusammenfassung

## Hintergrund

Mit der Zunahme der Anzahl an älteren Pflegegeldempfängern/innen in Österreich und dem damit einhergehenden Anstieg von Lebensjahren mit funktioneller Beeinträchtigung rückt zunehmend eine qualitativ hochwertige Versorgung dieser Personengruppe im Alltag in den Fokus. Ältere pflegebedürftige Personen sind in ihrem täglichen Leben sowie in ihrer pflegerischen und medizinischen Versorgung stark von ihren Mitmenschen abhängig. Durch dieses Abhängigkeitsverhältnis steigt die Bedeutung von Vertrauen in eine gelungene medizinische Versorgung.

## Methoden

Anhand einer österreichweiten Querschnittsanalyse, in Auftrag geben vom Institut für Sozialmedizin, wurde 2016 mittels computergestützter Befragung von 493 älteren Pflegegeldempfänger/innen (50 +) erhoben, wie sehr Pflegebedürftige anderen Menschen - den Ärzten/innen im Allgemeinen und dem Gesundheitssystem im Speziellen - vertrauen und welche Determinanten das Vertrauen beeinflussen. Mittels multipler linearer Regression wurde untersucht, welche Determinanten für die drei Zielvariablen „soziales Vertrauen“, „Vertrauen in Ärzte/innen“ und „Vertrauen in das Gesundheitssystem“, maßgeblich sind.

## Ergebnisse

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  betrug in der multiplen linearen Regression des Modells „soziales Vertrauen“ 0,09 ( $N = 404$ ,  $p < 0,001$ ). Dabei zeigten sich signifikante Zusammenhänge ( $p < 0,05$ ) mit den unabhängigen Variablen „Religiosität“, „Lebensqualität“ und „Pflegestufe“ mit folgender Richtung: Je religiöser der/die Proband/in, je höher die Lebensqualität und je höher die Pflegestufe, desto größer ist das soziale Vertrauen.

In der multiplen linearen Regression des Modells „Vertrauen in Ärzte/innen“ betrug das Bestimmtheitsmaß  $R^2 = 0,12$  ( $N = 353$ ,  $p < 0,001$ ). Die unabhängigen Variablen „Religiosität“, „Lebensqualität“ und „Wohnort“ zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit folgender Richtung: Je religiöser der/die Proband/in, je höher die Lebensqualität, desto größer ist das Vertrauen in Ärzte/innen. Die Probanden/innen, welche in einer Kleinstadt leben, haben mehr Vertrauen in Ärzte/innen, verglichen mit den auf dem Land lebenden.

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  des Modells „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ betrug in der multiplen linearen Regression 0,18 ( $N = 418$ ,  $p < 0,001$ ). Die Zielvariable zeigte mit den

unabhängigen Variablen „Religiosität“, „Lebensqualität“ und „Alter“ einen signifikanten Zusammenhang mit folgender Richtung: Je religiöser der/die Proband/in, je höher die Lebensqualität und je höher das Alter, desto größer ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem.

### Conclusio

Im Allgemeinen zeigt sich bezogen auf das Kollektiv „ältere Pflegebedürftige“ anhand der aktuellen Studienlage ein großer Nachholbedarf an Untersuchungen, die speziell auf dieses Kollektiv, sowie auf die Determinante Vertrauen ausgerichtet sind. Die Ergebnisse dokumentieren den Benefit eines großen Maßes an Vertrauen sowohl für den Einzelnen als auch für den gesamten Gesundheitssektor. Daher sollte es nicht nur im Bereich Gesundheitswesen Anstoß für Maßnahmen, die Vertrauen stärken und erweitern, geben, sondern auch in anderen öffentlichen Sektoren.

# Abstract

## Background

With the increasing number of elderly recipients of care benefits in Austria and the associated rise in the number of years of life with functional impairments, the focus is increasingly shifting to qualified care for this group in their daily life. Elderly persons needing care are highly dependent on their fellow human beings, both, in their daily lives and in their nursing and medical care. Due to this interdependency the relevance of trust for a proficient care becomes increasingly important.

## Methods

On the basis of an Austria-wide cross-sectional analysis commissioned by the Institute of Social Medicine in 2016, 493 older long-term care allowance recipients (50+) were asked by the means of a computer-assisted survey to what extent they trust other people - doctors in general and the health care system in particular - and which determinants influence this trust. By the means of multiple linear regression, it was examined which determinants have an impact on the outcome variables "social trust", "trust in doctors" and "trust in the health care system".

## Results

The coefficient of determination  $R^2$  in the multiple linear regression analysis of the model "social trust" was 0.09 ( $N = 404$ ,  $p < 0.001$ ). This revealed significant correlations ( $p < 0.05$ ) with the independent variables "religiousness", "quality of life" and "level of care" with the following direction: the more religious the respondent is, the higher the quality of life is and the higher the level of care is, the greater is the social trust.

In the multiple linear regression of the model "trust in doctors", the coefficient of determination was  $R^2 = 0.12$  ( $N = 353$ ,  $p < 0.001$ ). The independent variables "religiousness", "quality of life" and "place of residence" showed a significant correlation with the following direction: the more religious the respondent or the higher the quality of life is, the greater is the trust in doctors. The respondents who live in a small town trust doctors more compared to ones living in the countryside.

The coefficient of determination  $R^2$  of the model "trust in the health care system" was 0.18 in the multiple linear regression ( $N = 418$ ,  $p < 0.001$ ). The target variable showed a significant correlation with the independent variables "religiosity", "quality of life" and

"age" with the following direction: the more religious the respondent is, the higher the quality of life is and the higher the age is, the greater is the confidence in the health care system.

### Conclusion

In general, current research shows that there is a great backlog demand for studies relating to the collective of elderly care-dependent people, which are specifically catered to this collective and to the determinant trust. The results show the benefit of a large amount of trust for both, the individual and for the health sector. Therefore, not only in the health care sector, but also in the other public sectors, measures to strengthen and extend trust should be initiated.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	ii
Zusammenfassung .....	iii
Abstract.....	v
Inhaltsverzeichnis .....	vii
Abbildungsverzeichnis .....	1
Tabellenverzeichnis .....	2
1 Einleitung .....	3
2 Stand der Literatur .....	6
2.1 Soziales Vertrauen .....	6
2.1.1 Bedeutung von „Sozialem Vertrauen“ .....	6
2.1.2 Determinanten von „sozialem Vertrauen“ .....	7
2.1.3 „Soziales Vertrauen“ im Alter .....	11
2.1.4 Maßnahmen zur Stärkung von „Sozialem Vertrauen“ .....	12
2.2 Vertrauen in Ärzte/innen .....	13
2.2.1 Bedeutung von „Vertrauen in Ärzte/innen“ .....	13
2.2.2 Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung .....	14
2.2.3 Entwicklung von „Vertrauen in Ärzte/innen“ .....	15
2.2.4 Determinanten von „Vertrauen in Ärzte/innen“ .....	15
2.2.5 Faktoren seitens der Patienten/innen .....	17
2.2.6 Maßnahmen zur Stärkung von „Vertrauen in Ärzte/innen“ .....	19
2.3 Vertrauen in das Gesundheitssystem .....	19
2.3.1 Bedeutung von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ .....	19
2.3.2 Entwicklung von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ .....	20
2.3.3 Determinanten von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ .....	21
2.3.4 Wechselseitigkeit der Determinanten .....	23
3 Forschungsfragen .....	25
3.1 Hypothese 1 .....	25
3.2 Hypothese 2 .....	25
3.3 Hypothese 3 .....	26
3.4 Hypothese 4 .....	26
4 Material und Methoden .....	27
4.1 Allgemeines Studiendesign.....	27
4.2 Zielvariablen .....	28
4.3 Prädiktorvariablen.....	29
5 Ergebnisse – Resultate.....	33
5.1 Stichprobenmerkmale .....	33

5.2	Deskriptive Analyse.....	34
5.3	Posthoc Test (Bonferroni).....	39
5.4	Multiple Regressionsanalyse .....	40
6	Diskussion .....	45
7	Stärken und Limitationen .....	48
8	Conclusio .....	49
9	Literaturverzeichnis .....	50
	Anhang – Fragebogen.....	59

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung "Soziales Vertrauen" .....	34
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung "Vertrauen in Ärzte/innen" .....	35
Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung "Vertrauen in das Gesundheitssystem" .....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale.....	33
Tabelle 2: Korrelationsmatrix.....	37
Tabelle 3: Mittelwertvergleich (einfaktorielle ANOVA).....	38
Tabelle 4: Modell „soziales Vertrauen“ .....	41
Tabelle 5: Modell „Vertrauen in Ärzte/innen“ .....	42
Tabelle 6: Modell „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ .....	43

# 1 Einleitung

Die Bedeutung von „Vertrauen“ für unser Leben ist existentiell. Sie ist die wichtigste Determinante nicht nur für den Aufbau von glücklichen und funktionierenden Beziehungen, sondern auch für deren Aufrechterhaltung (Simpson 2007). Schon der Forscher Erikson bezeichnete „Vertrauen“ als den Grundstein für die Ausbildung einer gesunden Persönlichkeit (Erikson 1963). Im täglichen Leben schützt uns Vertrauen vor der Überforderung durch die Komplexität des Alltags (Luhmann 1968). Der Mensch hat nur eine begrenzte Fähigkeit sich zu orientieren, zu entscheiden und zu kontrollieren (Luhmann 1968). Vertrauen lässt Situationen müheloser erscheinen, da es Risiken überschaubarer und vor allen Dingen berechenbarer werden lässt (Hillmann 2007: 940).

Mit anderen Worten ist „Vertrauen“ die Zuversicht, nicht das zu erhalten, was man befürchtet, sondern jenes, was man sich wünscht (Deutsch 1973). Daraus ergibt sich in Situationen, in denen Vertrauen erforderlich ist, immer ein Gefühl von Verwundbarkeit, begleitet von einer positiven Erwartungshaltung an den Vertrauten (Simpson 2007). Interessant ist auch, dass Vertrauen sich zwar in unserer Vergangenheit, also in erlebten Erfahrungen begründet, es sich jedoch im Gegensatz zur Zufriedenheit in die Zukunft ausrichtet (Safran et al. 1998, Rotter 1980). Indem wir einem anderen Menschen Vertrauen schenken, beurteilen wir, inwieweit er für uns in Zukunft verlässlich, kooperativ oder hilfreich sein kann (Rotter 1971).

In dem Moment, in dem der Mensch eine Vertrauensbeziehung eingeht, begibt er sich zugleich in ein Abhängigkeitsverhältnis (Simpson 2007). Diese Tatsache gewinnt insbesondere bei dem untersuchten Studienkollektiv von Pflegebedürftigen an Bedeutung. Ihre Pflegebedürftigkeit führt dazu, dass sie häufig nicht in der Lage sind, ihre eigenen Bedürfnisse selbstständig zu decken und somit verstärkt auf den guten Willen anderer angewiesen sind (Dinç & Gastmans 2012).

Des Weiteren hat Vertrauen generell eine besondere Bedeutung in der Gesundheitsbranche. Ohne Vertrauen wird kein/e Patient/in vom Gesundheitssystem bereitgestellte Leistungen wahrnehmen (Rowe & Calnan 2006), sich gegenüber den einzelnen Mitarbeitern/innen des Gesundheitssystems offen äußern (Gilson 2006) und sich auch nicht an Therapiemaßnahmen halten, um nur einige Beispiele zu nennen (Thom 2004). Das Gesundheitssystem in

Österreich wird korporatistisch gesteuert, das heißt durch ein Zusammenspiel verschiedener Akteure (BMASGK 2019). Die Aufgaben werden zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden aufgeteilt (BMASGK 2019). Zugrunde liegt eine Pflichtversicherung; der soziale Aspekt wird im Solidaritätsprinzip – z. B. der Ausgleich zwischen einkommensstarken und -schwachen Gruppen – ersichtlich (BMASGK 2019). Die einzelnen Versicherungsträger stehen zudem nicht in einem Wettbewerb (BMASGK 2019).

Um die Aktualität des Studienkollektivs „Ältere Pflegegeldempfänger/innen (50+) in Österreich“ zu betonen, soll an dieser Stelle auf die aktuelle soziodemographische Entwicklung Österreichs hingewiesen werden. Der Anteil an Österreicher/innen im Alter von 65 Jahren und mehr hat von 2000 (15,4%) auf 2018 (18,8%) um 22 % zugenommen und eine weitere Zunahme auf insgesamt 23,1 % bis 2030 wird angenommen (STATISTIK AUSTRIA 2019). Aber nicht nur das Alter der Bevölkerung nimmt zu, damit einher geht auch eine Zunahme der Lebensjahre mit funktioneller Beeinträchtigung. Die Anzahl an Lebensjahren mit funktioneller Beeinträchtigung ist zwischen 2003 und 2017 bei Frauen um 5,3 Jahre (auf 26,3 Jahre) und bei Männern um 3,4 Jahre (auf 21,3 Jahre) gestiegen (STATISTIK AUSTRIA 2019). Zu dieser Erhöhung kommt noch eine Zunahme der Pflegegeldempfänger/innen, diese wuchsen von 285.500 im Jahr 2000 auf 458.783 im Jahr 2017 um 173.283 Menschen (BMASGK 2017).

Aus den oben angeführten Zahlen kann man die Bedeutung des Studienkollektivs für die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens in Österreich ablesen. Eine veränderte Rahmenbedingung findet sich auch in der öffentlichen Haltung der Bevölkerung gegenüber Autoritäten, Experten/innen und Institutionen (Beck 1992). Man hat die Beschränktheit der medizinischen Expertise erkannt, es herrscht kein blindes Vertrauen mehr in der Gesellschaft der Industrieländer, in denen der Kunde König ist, und man sorgt sich um die Effektivität etablierter Systeme (Rowe & Calnan 2006). Als Anzeichen für das schwindende Vertrauen in die medizinische Profession und das Gesundheitssystem kann man die Zunahme von Klagen durch Patienten/innen werten (Fugelli 2001).

Dennoch ist die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in eine hierarchische (Klemper 2015: 145). Die Ärzteschaft nimmt aufgrund ihrer Expertise eine Machtposition gegenüber dem/der Patienten/in ein (Klemper 2015: 145).

Zu der ungleichmäßigen Wissensverteilung besitzen Ärzte/innen die Definitionsmacht, sie bestimmen die Krankenrolle des/der Patienten/in und steuern die Interaktion (Siegrist 2005:

20). Um nichtsdestotrotz eine funktionierende Beziehung zu schaffen, muss sich der/die Patient/in auf die moralische Integrität und medizinische Kompetenz verlassen können (Fugelli 2001). Dahingehend zeigt sich hier die Bedeutung von „Vertrauen“ als Überwinder der Asymmetrie (Brien 1998).

## **2 Stand der Literatur**

In der Einleitung wurden bereits die gängigen Definitionen von „Vertrauen“ näher erläutert. Es gibt es jedoch nicht nur das Vertrauen im gängigen Sinn, sondern darüberhinausgehende Ansätze, die sich hinsichtlich des/der Empfängers/in des entgegengebrachten Vertrauens ergeben.

Nachfolgend werden drei unterschiedliche Arten von Vertrauen genauer beleuchtet - „soziales Vertrauen“, „Vertrauen in Ärzte/innen“ und „Vertrauen in das Gesundheitssystem“. Sie entsprechen den drei Kriteriumsvariablen dieser Diplomarbeit und werden vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung, Entwicklung, Determinanten und Maßnahmen untersucht.

### **2.1 Soziales Vertrauen**

Im Folgenden geht es um den Aspekt des Vertrauens in andere Menschen allgemein, das sogenannte „Generalisierte“ oder „Soziale Vertrauen“, welches definiert wird als: „How much one believes a target group, or other people in general, to be honest, reliable, and dependable.“ (Li & Fung 2013, S. 347).

#### **2.1.1 Bedeutung von „Sozialem Vertrauen“**

Die Bedeutung von generalisiertem Vertrauen für die Gesellschaft kann man anhand vieler verschiedener Auswirkungen aufzeigen. Zum einen haben Untersuchungen ergeben, dass Länder, deren Einwohner/innen ein großes generalisiertes Vertrauen haben, sich durch effektivere öffentliche Einrichtungen als andere auszeichnen (Puntnam 1993, Tabellini 2008). Es führt weiterhin dazu, dass vertrauensvollere Menschen eher ehrenamtliche Tätigkeiten ausführen (Bekkers 2012). Ein weiterer positiver Effekt ist die - wie anschließend ausgeführt - bessere Gesundheit, der sich Menschen mit größerem generalisiertem Vertrauen erfreuen (Giordano et al. 2012). Auch der positive Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zeigt den Mehrwert von generalisiertem Vertrauen (Helliwell & Wang 2011). Anhand dieser positiven Auswirkungen ist es leicht zu verstehen, warum generalisiertes Vertrauen von gesellschaftlicher Relevanz ist und es erfolgversprechend ist, die bisherigen Forschungen dazu auszubauen und zu erweitern.

In der Betrachtungsweise der Ökonomie ist das generalisierte Vertrauen die Summe der verschiedensten Erfahrungen, die ein Individuum in seinem Leben macht: also kein statisches Konstrukt, sondern eines, das im Laufe des Lebens wachsen oder schrumpfen kann (Glaeser et al. 2000).

In der Sozialmedizin werden zur möglichen Dynamik von generalisiertem Vertrauen unterschiedliche Aussagen getroffen: Beispielsweise gibt es die Auffassung, dass das generalisierte Vertrauen in frühen Jahren festgelegt wird, unabhängig von den Erfahrungen, die im späteren Laufe des Lebens gemacht werden (Putnam 2000, Uslaner 2002). Aber auch die gegenteilige Meinung existiert in der Sozialmedizin: In einer Studie von Giordano et al. wurde erhoben, dass das Vertrauen von 45 Prozent der Probanden in dem untersuchten Zeitrahmen (von 2000 bis 2007) variiert hat, womit diese Studie die dynamische Auffassung von generalisiertem Vertrauen stützt (Giordano et al. 2012).

### 2.1.2 Determinanten von „sozialem Vertrauen“

Umstritten ist auch die Triebkraft, welche das generalisierte Vertrauen innerhalb einer Bevölkerung verstärkt oder vermindert. Aus institutionellem Blickwinkel existiert die Annahme, dass das generalisierte Vertrauen das Ergebnis wirkungsvoller **staatlicher Institutionen** ist (Levi 1998). Dem gegenüber steht die Aussage, dass es die Politik ist, die Ungleichheiten minimiert, und nicht die Institutionen an sich, die die positiven Auswirkungen auf das generalisierte Vertrauen haben (Rothstein & Stolle 2008). Je weiter ein Land sozial, politisch und wirtschaftlich entwickelt ist und je geringer die Einkommensunterschiede der Bevölkerung sind, umso größer ist das generalisierte Vertrauen (Alesina & La Ferrara 2002, Kawachi et al. 1997).

Bei einer Untersuchung der **Vererbbarkeit** von generalisiertem Vertrauen wurde dessen Einfluss als sehr gering eingestuft und stattdessen auf die Kultur einer Bevölkerung als größten Einflussfaktor verwiesen (Bjørnskov 2006). Dies spiegelt sich in der Aussage wider, dass nicht nur abhängig von der eigenen individuellen Veranlagung das Niveau an generalisiertem Vertrauen beeinflusst wird, sondern auch durch das durchschnittliche Niveau an generalisiertem Vertrauen in einem Land (Poortinga 2006).

Aber nicht nur Einflussfaktoren auf gesellschaftlicher Ebene wurde als Determinanten des generalisierten Vertrauens identifiziert, auch individuelle Charakteristika korrelieren mit dem generalisierten Vertrauen eines Menschen.

Eine sehr häufig evaluierte Determinante ist der **Gesundheitszustand** der Person, basierend auf deren eigenen Einschätzung. So korreliert beispielsweise in einer vergleichenden Studie zwischen den USA und Deutschland geringeres generalisiertes Vertrauen mit einem schlechteren selbstbewerteten Gesundheitszustand (Pollack & von dem Knesebeck 2004). Dieses Ergebnis steht im Konsens mit der Untersuchung von Andrew, die ebenfalls zu dem Ergebnis kam, dass ein größeres generalisiertes Vertrauen mit einer besseren subjektiven Gesundheit korreliert (Andrew 2005). Auch viele weitere Publikationen beschreiben diesen Zusammenhang (Barefoot et al. 1998, Giordano et al. 2012, Rose 2000, Snelgrove et al. 2009). Des Weiteren wird ein negativer Zusammenhang zwischen Vertrauen und Mortalität in der Studie von Giordano beschrieben. (vgl Giordano et al. 2018). Inwieweit man bei dieser Korrelation von einem kausalen Zusammenhang ausgehen kann, wird diskutiert.

Dazu gibt es verschiedene Theorien, wie ein größeres Maß an generalisiertem Vertrauen die subjektive Gesundheit positiv beeinflussen kann. Es wird angeführt, dass der chronische Stresslevel eines Menschen durch ein hohes generalisiertes Vertrauen vermindert werden kann (Jen et al. 2010, Kawachi & Berkman 2000) und so das generalisierte Vertrauen in der Lage ist, direkt gesundheitsfördernd zu wirken.

Zudem soll generalisiertes Vertrauen auch gesellschaftlich Ängste mindern und damit die Einbindung in soziale Netzwerke erleichtern (Jen et al. 2010, Nyqvist et al. 2012). Dem gegenüber steht die Hypothese, dass die Gesundheit an sich dafür verantwortlich sein könnte, wie groß das Maß an generalisiertem Vertrauen ist (Nummela et al. 2008). Als Beispiel wird angeführt, dass ein schlechter Gesundheitszustand die Isolation eines Menschen und daraus entstehend ein geringeres generalisiertes Vertrauen verursachen kann (Poortinga 2006).

Zusätzlich zu dem subjektiven Gesundheitszustand existiert auch eine positive Korrelation zwischen größerem generalisiertem Vertrauen und geringerer funktioneller Beeinträchtigung eines Menschen. Ferner wurde eine geringere Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen ermittelt (Andrew 2005, Pollack & von dem Knesebeck 2004).

Als eine weitere Determinante wird die subjektive Lebenszufriedenheit beziehungsweise die **Lebensqualität** angeführt: Es wird eine positive Verbindung zu generalisiertem Vertrauen in vielen Publikationen postuliert (Barefoot et al. 1998, Calvo et al. 2012, Giordano et al. 2012, Nieminen et al. 2010), auch nach Abgleichen mit soziodemographischen Faktoren. Für diesen Zusammenhang existieren mehrere mögliche Erklärungen: Es können sich engere soziale Verbindungen durch das größere generalisierte Vertrauen in Mitmenschen generell

ausbilden und durch das weitere soziale Netzwerk kann eine subjektiv größere Lebenszufriedenheit entstehen (Diener & Seligman 2002, Hibbard 1985, Iwasaki et al. 2002). Aber auch über die Gemeinde-Ebene anhand der besseren sozialen Unterstützung der Gemeindemitglieder untereinander, sowie durch den größeren gegenseitigen Respekt kann sich der positive Effekt von generalisiertem Vertrauen auf die Lebensqualität erklären lassen (Berkman & Kawachi 2000).

Im Weiteren wird auch die Frage des Glaubens und dessen Einfluss auf das soziale Vertrauen der Menschen in der Literatur erörtert. Eine Reihe von Studien (Berggren & Bjørnskov 2011, Schoenfeld 1978, Traummüller 2011, Welch et al. 2004) ist sich einig, dass die alleinige **Zugehörigkeit zu einer Religion** nicht ausreichend ist, um das soziale Vertrauen zu beeinflussen. Je regelmäßiger jedoch befragte Personen ihre Kirche bzw. Gottesdienste besuchen, desto größer ist ihr generalisiertes Vertrauen (Berggren & Bjørnskov 2011, Schoenfeld 1978, Traummüller 2011, Welch et al. 2004). Ein weiterer Faktor, der die Wirkung der Religion auf Vertrauen beeinflussen kann, ist die Art der Religion (Traummüller 2011, Welch et al. 2004). Konservative Religionen schneiden schlechter ab als liberale (Schoenfeld 1978). Theoretisch kann Glaube das Vertrauen stärken, indem er ermutigt, Nächstenliebe und Vertrauen zu leben; er kann jedoch praktisch durch Ausgrenzung Intoleranz und Vorurteile gegenüber Nicht-Gläubigen/Anders-Gläubigen schüren (Berggren & Bjørnskov 2011, Welch et al. 2004). Um diese Aspekte zusammenzufassen, kann man sagen, dass der individuell gelebte Glaube einen Einfluss auf das soziale Vertrauen hat (Traummüller 2011), aber dass die tragende Rolle bei diesem Zusammenhang die soziale Funktion der Religion bildet (Lundåsen & Trägårdh 2013).

Eine objektiv erhebbare Determinante ist das **Alter** der Probanden/innen. Dieser Parameter korreliert ebenfalls mit generalisiertem Vertrauen, aber nicht immer in dieselbe Richtung: Auf der einen Seite steht die Aussage, dass jüngere Menschen ein größeres Niveau an generalisiertem Vertrauen haben (Hibbard 1985), auf der anderen Seite besagen aktuellere Studien, dass es eher die älteren Menschen sind, die ein größeres generalisiertes Vertrauen in ihre Mitmenschen hegen (Li & Fung 2013, Subramanian et al. 2003, Putnam 2000).

Es existiert parallel dazu der Ansatz des statischen Konstrukts von generalisiertem Vertrauen, der besagt, dass sich das generalisierte Vertrauen im Leben eines Erwachsenen nicht verändert. Diese Studie bezog sich jedoch nur auf das Vertrauen gegenüber etwa gleichaltrigen Fremden (Sutter & Koch 2007).

Die **Bildung eines Menschen** wird in verschiedenen Abhandlungen mit dem generalisierten Vertrauen in Zusammenhang gebracht. Eine statistisch relevante und positive Korrelation wurde mehrfach publiziert (Hooghe et al. 2012, Nieminen et al. 2010, Snelgrove et al. 2009, Subramanian et al. 2003). Als Erklärung für diese Korrelation wird angeführt, dass es dem Menschen durch besser ausgeprägte kognitive Fähigkeiten leichter fällt, Vertrauen aufzubauen (Hooghe et al. 2012). Es gibt aber auch Studien ohne statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen generalisiertem Vertrauen und Bildung, zum Beispiel die von von Pollack & von dem Knesebeck (2004).

Darüber hinaus wurde die Verbindung zwischen generalisiertem Vertrauen und der **Intelligenz eines Menschen** untersucht. Auch hier wurde eine unbestreitbare Korrelation beschrieben (Hooghe et al. 2012, Sturgis et al. 2010). Eine Interpretation dieser Ergebnisse besagt, dass eine hohe Intelligenz es der Person erleichtert, die Vertrauenswürdigkeit anderer Menschen einzuschätzen und diese Person somit seltener Beziehungen eingeht, in denen sie Gefahr läuft, dass das eigene Vertrauen missbraucht wird (Carl et al. 2014).

Auch das Einkommen beziehungsweise der **sozioökonomische Status** scheint mit der Variable Vertrauen zusammenzuhängen. Bei Personen mit geringerem generalisiertem Vertrauen lag gleichzeitig auch ein niedrigerer sozioökonomischer Status vor (Alesina & La Ferrara 2002, Subramanian et al. 2003). Dieser Effekt verringerte sich mit zunehmendem Alter (Nummela et al. 2008). Vor allem in Bezug auf Deutschland konnte in einer anderen Studie jedoch keine statistisch signifikante Korrelation nachgewiesen werden (Pollack & von dem Knesebeck 2004).

Eine weiter diskutierte Verbindung ist die zwischen **gesellschaftlicher Teilnahme** und generalisiertem Vertrauen. Beide werden verwendet, um das Konzept „social capital“ zu definieren. Umstritten ist, inwiefern die beiden Determinanten sich gegenseitig beeinflussen. Es wurde eine enge Korrelation zwischen gesellschaftlicher Teilnahme und generalisiertem Vertrauen festgestellt (Nummela et al. 2008). Diese Studie besagt dennoch, dass - trotz der Korrelation - generalisiertes Vertrauen keine Pflicht-Voraussetzung für eine soziale Teilnahme ist und umgekehrt. Dies geschieht in Anlehnung an Lindströms Konzept von der Miniaturisierung der Gesellschaft (Lindström 2004).

Der Trend hin zur Miniaturisierung der Gesellschaft wird im wachsenden **Individualismus** begründet: Gleichgesinnte im Hinblick auf Wertevorstellungen werden in kleineren spezifischeren Gruppen gefunden, daher verringert sich auch der Kreis an Menschen, denen man vertrauen kann, auf eine kleinere Anzahl (Nummela et al. 2008).

Andere Autoren identifizieren den Individualismus einer Gesellschaft jedoch ganz im Gegenteil als wichtigen Einflussfaktor, der das generalisierte Vertrauen stärkt (Yamagishi et al. 1998, Li & Fung 2013). Erklärt wird dieser Zusammenhang, indem den individualistischen Werten einer Gesellschaft eine Gleichstellung aller Mitglieder zugesprochen wird und somit die Mitglieder einer solchen Gesellschaft Außenstehenden gegenüber offener sind und dadurch ein Klima fördern, in dem ein größeres generalisiertes Vertrauen aufgebaut werden kann (Li & Fung 2013).

Dem **Geschlecht** kommt als Determinante für das generalisierte Vertrauen keine eindeutige Rolle zu. Es gibt die Aussage, dass Frauen generell vertrauensvoller sind (Hibbard 1985), ebenso die gegenteilige Meinung (Alesina & La Ferrara 2002, Putnam 2000, Subramanian 2003) und auch, dass keine signifikante Korrelation zu beobachten ist (Pollack & von dem Knesebeck 2004).

Auch die **Wohnsituation** zeigt keinen eindeutigen Trend. In ländlicheren Bezirken der Vereinigten Staaten herrschte ein geringeres generalisiertes Vertrauen (Greiner et al. 2004), in einer anderen Studie ist jedoch keine statistische Signifikanz der beiden Parameter nachzuweisen (Pollack & von dem Knesebeck 2004).

Der **Beziehungsstatus** ist für das generalisierte Vertrauen dahingehend relevant, als dass das Vertrauen bei getrennten oder geschiedenen Personen geringer sein kann als bei jenen, die mit einem Partner/ einer Partnerin zusammenleben (Subramanian et al. 2003).

### 2.1.3 „**Soziales Vertrauen**“ im Alter

Es scheint so, als gebe es einen bestimmten Abschnitt im Leben eines Menschen, in dem generalisiertes Vertrauen an Relevanz sogar noch zunimmt (Cannuscio et al. 2003). Ab einem gewissen Alter beginnt der Gesundheitszustand des Menschen kontinuierlich oder plötzlich abzunehmen, in physischer wie auch in kognitiver Hinsicht (Giffin 1969). In die selbe Richtung kann sich gleichzeitig das Selbstwertgefühl entwickeln, da viele Tätigkeiten,

die ehemals selbstverständlich waren, nicht mehr selbstständig bewältigt werden können (Giffin 1969). Um jedoch mit diesen neuen Anforderungen Schritt zu halten, wird die Person früher oder später auf die Hilfe anderer angewiesen sein. Durch ein größeres generalisiertes Vertrauen ist es möglich, die Hemmschwelle der Hilfeannahme zu senken und somit eine ausreichende eigene Unterstützung sicherzustellen (Bookwala 2011, Li & Fung 2013).

Auch im Hinblick auf die limitierte Lebenszeit, die älteren Menschen häufig bewusster ist als jüngeren und der daraus folgenden intensivierten Bedeutung von Beziehungen mit ihren Mitmenschen, wäre das vermehrte Vertrauen eine Strategie, um emotionale Sicherheit zu bewahren (Li & Fung 2013).

Ein höheres Maß an Vertrauen kann also in diesem Fall eine wichtige Ressource darstellen, um den zukünftigen Herausforderungen entgegenzutreten und ein erfolgreiches Älterwerden zu ermöglichen (Pollack & von dem Knesebeck 2004).

#### **2.1.4 Maßnahmen zur Stärkung von „Sozialem Vertrauen“**

Aufgrund des aufgezeigten positiven Einflusses von einem großen Maß an generalisiertem Vertrauen ist es nicht ungewöhnlich, dass bereits verschiedene Ideen existieren, um generalisiertes Vertrauen zu fördern. Zu den vorgeschlagenen Möglichkeiten gehören unter anderem, die Teilnahme an gesellschaftlichen Organisationen zu erleichtern, Möglichkeiten zu schaffen, die eigene Sozialkompetenz auszubauen und solche Menschen zu honorieren, die sich darin besonders hervorgetan haben. Weitere Ideen sind, mehr öffentliche Räume für kommunikative Zusammentreffen zu gestalten, in der Öffentlichkeit durch die Medien vertrauenswürdige Personen hervorzuheben und dafür Sorgen zu tragen, dass auch ältere Menschen in einer Gemeinde ausreichend soziale Kontakte pflegen können (Nieminen et al. 2010, Tokuda et al. 2008).

Gerade Mediziner/innen können diesen Ablauf unterstützen, indem sie bei der Patienten/innen-Anamnese auch die Wohnsituation des Einzelnen innerhalb der Gemeinde erheben und als gesundheitsfördernde Maßnahmen soziale Aktivitäten empfehlen, wie zum Beispiel die Teilnahme am Gemeindeleben (Cannuscio et al. 2003).

## 2.2 Vertrauen in Ärzte/innen

### 2.2.1 Bedeutung von „Vertrauen in Ärzte/innen“

„Vertrauen in Ärzte/innen“ ist ein Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung, dessen Relevanz man bereits an der großen Aufmerksamkeit erkennt, die diesem Thema in der Literatur zukommt. In den meisten Abhandlungen wird entweder das Vertrauen in Ärzte/innen im Allgemeinen oder das Vertrauen in den eigenen persönlichen Arzt/persönliche Ärztin beschrieben. Beide Arten von Vertrauen bauen auf einer unterschiedlichen Grundlage auf (Hall et al. 2001). Das Vertrauen beginnt auf der allgemeinen Ebene und verfeinert sich durch den persönlichen Kontakt (Goold & Klipp 2002). Jedoch kann man beide kaum klar voneinander trennen, da das Vertrauen in den persönlichen Arzt/persönliche Ärztin auch das Vertrauen in Ärzte/innen allgemein beeinflussen kann und umgekehrt (Gray 1997).

Warum ist also das Vertrauen in Ärzte/innen und dessen Erfassung von Bedeutung für die Gesellschaft? Man kann das Vertrauen der Patienten/innen in ihren Arzt/ihre Ärztin, angebunden an das Konzept von „social capital“, als eine Art kollektives Gut sehen, was von Nöten ist, um ein nicht nur effektives, sondern ein wohlbringendes Gesundheitssystem zu erhalten (Thom et al. 2004).

Im Hinblick auf die Effizienz der Versorgung gibt es zwei Überlegungen, die sie veranschaulichen: Zum einen ist es dem Patienten/der Patientin in einer vertrauensvollen Beziehung möglich, sensible Informationen dem Arzt/der Ärztin anzuvertrauen, die eine Behandlung verbessern, die jedoch ohne Vertrauen verschwiegen werden könnten; zum anderen wird sich in einer Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung mit starker Vertrauensbasis eher auf die Aussagen des Arztes/der Ärztin verlassen; somit können weitere überflüssige Konsultationen und Tests zu vermieden werden (Thom et al. 2004).

Zusammengefasst kann man sagen, dass sich die positiven Attribute einer Stärkung des Vertrauens nicht nur in einer Senkung der Kosten für das Gesundheitssystem widerspiegeln, sondern auch in einer besseren Gesundheit der Gesellschaft durch eine bessere Einhaltung der Therapiemaßnahmen, einer verstärkten Nutzung von Vorsorgeangeboten und einem besseren subjektiven Gesundheitszustand.

Das Erfassen des Aspekts „Vertrauen in Ärzte/innen“ bietet zudem eine Alternative, um Anbieter des Gesundheitssystems zu bewerten und Veränderungen in der Gesundheitsversorgung zu evaluieren (Hall et al. 2002).

## 2.2.2 Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, das Ungleichgewicht der Machtverteilung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in hervorzuheben. Der Patient/die Patientin ist, hinsichtlich des medizinischen Fachwissens und der Handlungskompetenz, dem Arzt/der Ärztin grundsätzlich unterlegen. Aber nicht nur diese asymmetrischen Aspekte der Beziehung macht den Patienten/die Patientin verletzlich, auch seine Krankheit an sich lässt ihn bewusst oder unbewusst auf den guten Willen des Arztes/der Ärztin angewiesen sein (Baier 1986).

In dieser Abhängigkeitsbeziehung baut der Patient/die Patientin auf Vertrauen, um die mit der Erkrankung verbundene Unsicherheit so weit wie möglich zu minimieren (Mascarenhas et al. 2006).

Allgemeingültig formuliert bedeutet das, dass Patienten/innen ihrem Arzt/ihrer Ärztin ihr Leben und ihre Gesundheit anvertrauen und das auch gerechtfertigt tun können sollten (General Medical Council 2016).

Dieses klassische Bild der Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung unterliegt jedoch einem Wandel: Es wird unter anderem herausgefordert durch die Umverteilung des Wissens, zum Beispiel durch das Massenmedium Internet (Skirbekk et al. 2011). Aber nicht nur die Experte/innen-Laien-Beziehung verändert sich, auch die Erwartungshaltung der Patienten/innen an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin hat sich verändert. Der moderne Patient/die moderne Patientin nimmt beinahe die Haltung eines/einer Konsumenten/in ein, er/sie stellt seine/ihre Forderungen und Ansprüche und möchte diese zu seiner/ihrer Zufriedenheit umgesetzt sehen (Calnan & Rowe 2008).

Auch wenn sich die Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung verändert, bleibt Vertrauen die weithin anerkannte Basis für eine effektive Behandlung des Patienten/der Patientin (Calnan & Rowe 2006, Croker et al. 2013). In welchem Ausmaß das Vertrauen die Produktivität einer Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung beeinflusst, erkennt man daran, dass Patienten/innen, die ihrem Arzt/ihrer Ärztin mehr vertrauten, ein besseres Gesundheitsverhalten an den Tag legen, weniger gravierende Symptome zeigen, eine bessere Lebensqualität haben und generell mit ihrer Behandlung zufriedener waren als solche, die Ärzten/innen weniger vertrauen (Birkhäuser et al. 2017).

Ebenso wichtig ist der Aspekt „Vertrauen in Ärzte/innen“ für die Zufriedenheit der Patienten/innen, für die Compliance - also Ratschläge und Vorgaben des Arztes/der Ärztin anzunehmen und auch umzusetzen - sowie für den Aufbau einer partnerschaftlichen

Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in im Sinne eines erfolgreichen Älterwerdens und einem besseren Handling von Krankheiten (Mascarenhas et al. 2006, Safran et al. 1998, Thom et al. 1999).

### **2.2.3 Entwicklung von „Vertrauen in Ärzte/innen“**

Besonders bedeutsam ist die positive Korrelation von Vertrauen in Ärzte/innen und dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (Croker 2013). Dabei geht man davon aus, dass die Vertrauensbeziehung nicht etwas Statisches, sondern eine Entwicklung darstellt (Lewicki et al. 2006, Mechanic 1996). Wenn nun die positive Wirkung von Vertrauen in Ärzte/innen auf den Gesundheitszustand zeitversetzt auftritt, ist dies unter Umständen schwierig nachzuweisen (Birkhäuser et al. 2017).

Aber nicht nur die Auswirkungen von Vertrauen auf die Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung sind interessant, sondern auch der aktuelle Stand, inwieweit dieses Vertrauen der Patienten/innen in ihren Arzt/ihre Ärztin derzeit gegeben ist.

Es wird beispielsweise ein Verlust an Vertrauen beschrieben, das durch neue Formen von Informationsverbreitung in der breiten Öffentlichkeit ausgelöst wird. Hier geht es beispielsweise um die Berichterstattung über schlechte Behandlungsqualität und Versagen der Gesundheitsbranche, festgelegte evidenz-basierte Standards einzuhalten (Jacobs & Shapiro 2000).

Dennoch haben Patienten/innen in Ärzte/innen im Allgemeinen weiterhin bemerkenswert viel Vertrauen, wie zwei Studien aus Deutschland und Österreich zeigen: In Österreich vertrauten 85 Prozent der Befragten den Ärzten/innen (MAKAM Research GmbH 2015). In Deutschland wurde 2018 bei der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Ärzten/innen von den Patienten/innen zu 91 Prozent ein gutes beziehungsweise sehr gutes Vertrauensverhältnis attestiert (FGW Telefonfeld GmbH 2018).

### **2.2.4 Determinanten von „Vertrauen in Ärzte/innen“**

Worauf fußt nun dieses Vertrauen, das Patienten/innen ihren Ärzten/innen entgegenbringen? Manche Patienten/innen haben Schwierigkeiten zu benennen, was sie dazu bringt, einem

Arzt/einer Ärztin zu vertrauen und nehmen wenig quantifizierbare Begriffe wie das „Bauchgefühl“ zu Hilfe (Mechanic & Meyer 2000).

Verschiedenen Studien ist es gelungen, einige quantifizierbare **institutionelle Faktoren** zu erfassen, welche für die Patienten/innen ursächlich sind, ihrem Arzt/ihrer Ärztin zu vertrauen. Dazu gehört die Dauer der Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung, die Möglichkeit, den Arzt/die Ärztin frei und aktiv selbst auswählen zu können oder Rahmenbedingungen wie die selbstbestimmte Dauer eines Arzttermins. Auch oder gerade die interpersonellen Kompetenzen des Arztes/der Ärztin wie Anteilnahme, Mitgefühl und Fürsorge sind für eine auf Vertrauen begründete Beziehung wichtig (Mainous et al. 2001, Thom et al. 1999, Kao et al. 1998, Keating et al. 2004, Skirbekk et al. 2011).

Wie anfangs erwähnt, ist es häufig nicht möglich, für den Patienten/die Patientin die tatsächliche **fachliche Kompetenz** eines Arztes/einer Ärztin zu beurteilen. Somit verlässt er/sie sich generell auf Zertifikate und die Qualifikationen, die Ärzte/innen im Zuge ihrer Ausbildung erlangen oder bewertet die Befähigung des Arztes/der Ärztin einfach anhand des Ergebnisses der Behandlung und dem Verlauf seiner/ihrer Erkrankung (Mechanic 2004). Zum anderen ist es auch möglich, dass Patienten/innen die Kompetenz ihres Arztes/ihrer Ärztin anhand zwischenmenschlicher Anhaltspunkte beurteilen. Dazu gehört nicht nur, wie der Arzt/die Ärztin die Beschwerden des Patienten/der Patientin erhebt, sondern auch seine/ihre Fähigkeit, die Erkrankung dem Patienten/der Patientin verständlich näherzubringen sowie gestellte Fragen nachvollziehbar zu beantworten (Mechanic 2004). Zudem legen Patienten/innen oftmals Wert darauf, ein ausreichendes Maß an Information zu erhalten, in die Entscheidungsfindung mit einbezogen zu werden, soweit es ihnen angenehm ist, und auch, ob der Arzt/die Ärztin in der Lage ist zuzuhören (Keating et al. 2004, Trachtenberg et al. 2005). Aber genauso das Gefühl, den Arzt/die Ärztin auf ihrer Seite zu wissen und sich dessen/deren Engagement für ihre Belange sicher zu sein, liegt den Patienten/innen am Herzen (Mechanic 2004).

Alle diese Gegebenheiten können die Vertrauensbasis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in stärken und somit dem Prozess der medizinischen Versorgung einen Raum geben, in dem die Vorsorge und Behandlung einer Erkrankung ihr größtmögliches Potenzial entfalten kann.

## 2.2.5 Faktoren seitens der Patienten/innen

Vertrauen beruht auf einer gegenseitigen Beziehung. Daher ist es genauso von Bedeutung, Charakteristika zu identifizieren, welche auf ein stärkeres Vertrauen seitens der Patienten/innen hinweisen können. Zu diesen Charakteristika gehört zum einen das **Alter** des Patienten/der Patientin, welches in verschiedenen Studien positiv mit Vertrauen korreliert (Tarrant et al. 2003, Mascarenhas et al. 2006, Thom et al. 1999). Sie besagen, je älter der Patient/die Patientin ist, desto größer ist auch sein/ihr Vertrauen in seinen Arzt/ihre Ärztin.

Da die konzeptuelle Basis für Adhärenz und Vertrauen laut experimenteller Psychologie mit einer erhöhten Bereitschaft, Risiken einzugehen, verbunden ist (Gambetta 1988, Deutsch 1962) und ältere Patienten/innen eher passiv sind und eine größere Compliance zeigen als jüngere (Trachtenberg et al. 2005), wäre es möglich, dass diese beiden Aspekte einander bedingen.

Zu den weiteren Faktoren, die mit Vertrauen korrelieren, gehört auch die **Ethnie** des Patienten/der Patientin (Tarrant et al. 2003, Keating et al. 2004, Doescher et al. 2000). Patienten/innen, die ethnischen Minderheiten angehörten, hatten geringeres Vertrauen in ihre Ärzte/innen. Ein Erklärungsversuch dazu lautet, dass wenn Arzt/Ärztin und Patient/in derselben ethnischen Gruppe angehören, per se eine stärkere Vertrauensbasis vorhanden ist (Keating et al 2004); dies ist bei Minderheiten generell seltener der Fall.

Ebenfalls positiv korreliert Vertrauen mit dem **Gesundheitszustand** des Patienten/der Patientin (Keating et al. 2004). Je besser der Patient/die Patientin seinen Gesundheitszustand einschätzte, zum Beispiel sehr gut oder exzellent, desto größer war vergleichsweise sein/ihr Vertrauen in den Arzt/die Ärztin (Keating et al. 2004). Diese Korrelation wurde schon in der Studie von Kao et al. 1998 erhoben. Auch die bessere Nutzung von Vorsorgeangeboten trägt zur Stärkung der Gesundheit von der den Ärzten/innen vertrauenden Patientengruppe bei (Thom et al. 2004).

Die **Religion** scheint ein weiterer Einflussfaktor für das Vertrauen in Ärzte/innen im Allgemeinen zu sein. In einer Abhandlung wird beispielsweise beschrieben, dass Menschen, die regelmäßig einen Gottesdienst besuchen, ein signifikant höheres Vertrauen in Ärzte haben (Benjamins 2006). Die reine Zugehörigkeit zu einer Glaubensrichtung beschert den

Mitgliedern allerdings nur in manchen Fällen ein größeres Vertrauen, zum Beispiel bei Mitgliedern der „Mainline“-Protestanten (Benjamins 2006). Als Begründung für diesen Zusammenhang wird angeführt, dass verschiedenste Religionsgemeinschaften Ansichten wie den Respekt vor Autoritätspersonen stärken und generell ein positiveres Weltbild vermitteln (Ellison & Levin 1998).

Ein weiterer Aspekt, ist die Art und **Höhe der Vergütung**, die ein Arzt/eine Ärztin erfährt. Wobei in der entsprechenden Studie drei Viertel der Patienten/innen der Meinung waren, dass die Art und Höhe der Vergütung keinen Einfluss auf die Qualität ihrer Behandlung habe (Kao et al. 1998). In der Studie wird auch die Entwicklung der Medizin hin zu einer kostenorientierten Wissenschaft thematisiert und der Konflikt, in den Ärzte/innen gebracht werden, wenn sie sich zwischen ihren Verpflichtungen gegenüber den Patienten/innen und den Interessen der Versicherung entscheiden müssen (Kao et al. 1998).

Ferner ist die **Lebensqualität** eine beschriebene Determinante für das Vertrauen in Ärzte/innen. In den meisten Fällen wird das Vertrauen umso geringer ausfallen, je schlechter die Lebensqualität ist (Ernstmann et al. 2017, Simon et al. 2014, Waters et al. 2010). Durch eine gute Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung erhält der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit, positiven Einfluss auf den Patienten/die Patientin zu nehmen, ihn/sie zu befähigen mit der Lebenssituation besser umzugehen und so die Lebensqualität psychisch oder physisch zu stärken (Birkhäuser et al. 2017, Ernstmann et al. 2017).

Auch das durchschnittliche **Haushaltseinkommen** einer Person kann das Vertrauen in den behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin positiv beeinflussen (Doescher et al. 2000). Dieser Zusammenhang war jedoch in einer anderen Studie nicht nachweisbar (Kao et al. 1998).

Aber auch Faktoren, die nur teilweise oder nicht positiv mit Vertrauen korrelieren, sollen hier erwähnt werden. Das **Geschlecht** des Patienten/der Patientin zeigt keine positive Korrelation (Thom et al. 1999) oder wenn, eine geringe hinsichtlich der Fakten, dass Frauen ein geringeres Vertrauen hatten (Keating et al. 2004). Auch die **Bildung** der Patienten/innen zeigt keine signifikante Korrelation (Thom et al. 1999), genauso wie die **Art der Versicherung** (Keating et al. 2004). Ebenso zeigte sich keine Auswirkung auf das Vertrauen in Ärzte/innen, egal ob die befragten Patienten/innen auf dem Land oder in der Stadt leben (Doescher et al. 2000).

## **2.2.6 Maßnahmen zur Stärkung von „Vertrauen in Ärzte/innen“**

Um Veränderungen im Gesundheitssystem zu bewirken, die eine positive und vertrauensvolle Arzt/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung verstärken, ist es wichtig, das Vertrauen der Patienten/innen weiterhin zu erforschen (Thom et al. 1999).

Eine praktische Relevanz für die Berufsgruppe der Ärzte/innen liegt im Erlernen bestimmter kommunikativer Fähigkeiten, welche bei Patienten/innen das Vertrauen stärken (Keating et al. 2004). Dazu gehört das Überprüfen, ob der Patient/die Patientin das Gesagte verstanden hat, Selbstauskünfte des Patienten/der Patientin zu unterstützen und nicht zu bewerten, gemeinsame Interessen hervorzuheben und durch Teilen der Informationen das Machtgefälle hinsichtlich des Expertenwissens zu verringern (Thom et al. 2004).

Aber nicht nur durch Interventionen seitens der Ärzte/innen sind Veränderungen möglich, auch Rahmenbedingungen in organisatorischer Hinsicht sollten sich in Richtung vertrauensbildender Maßnahmen verändern (Thom et al. 2004).

## **2.3 Vertrauen in das Gesundheitssystem**

### **2.3.1 Bedeutung von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“**

Abgesehen von dem Vertrauen eines Menschen in einen anderen oder auch eine Gruppe von Menschen, dem so genannten interpersonellen Vertrauen, existiert noch eine zweite Art von Vertrauen, das in Institutionen, wie zum Beispiel dem Gesundheitssystem; die Art von „institutionelle Vertrauen“.

Es wird definiert als das Vertrauen, das ein Mensch Institutionen wie einem Krankenhaus, einer Versicherung oder dem jeweiligen Gesundheitssystem entgegenbringt (Hall et al. 2001, Rowe & Calnan 2006). Das Besondere an dieser Art des Vertrauens sind die beiden Partner/innen in einer solchen Beziehung. Auf der einen Seite der Mensch mit Emotionen und Empfindungen und auf der anderen Seite eine oftmals eher ungreifbare Institution (Fugelli 2001). Mit der Abstraktheit einer Institution wie dem Gesundheitssystem geht der Mensch um, indem er ihr ein Gesicht verleiht. Ein Beispiel dafür ist das Bild von Ärzten/innen als Tor zum Gesundheitssystem (Mechanic 2004). Dem entspricht auch das Ergebnis einer Abhandlung, dass das institutionelle Vertrauen, wenn es im Gesundheitswesen erfasst wird, sich eher auf das Mikro-Level der Versorgung bezieht, also auf die Menschen, die das Gesundheitssystem verkörpern (Calnan & Sanford 2004).

Woher stammt nun das Interesse der Forschung an dem Faktor Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem? Es begründet sich zu einem großen Teil in dem materiellen und immateriellen Gewinn für die Gesellschaft, welchen sie durch ein starkes institutionelles Vertrauen erfährt.

Dieser Gewinn verdeutlicht sich an folgenden positiven Auswirkungen, die ein großes Maß an Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem bewirken. Vertrauen in das Gesundheitssystem ist Voraussetzung für vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Parteien, damit ein produktives und wirtschaftlich tragbares System zustande kommen kann (Gilson 2003). Ein großes institutionelles Vertrauen ist verbunden mit einem besseren Zugang zu dem Gesundheitssystem und in Folge dessen auch mit einem besseren Einsatz (Russel 2005). Dieser zeigt sich beispielsweise in einer besseren Nutzung von Vorsorgeangeboten (Musa et al. 2009).

In gleichem Maße profitieren auch andere Bereiche des Gesundheitssystems von größerem Vertrauen. Menschen mit größerem Vertrauen sind eher dazu geneigt, sich als Organspender/innen registrieren zu lassen, des Weiteren verzichten sie auf überflüssige Besuche der Notaufnahme (Boulware et al. 2003, Whetten et al. 2006). Aber auch die Behandlung eines Patienten/einer Patientin an sich wird effektiver. Der Patient/die Patientin ist eher zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung bereit, er/sie stellt dem Behandelnden/der Behandelnden alle nötigen Informationen zur Verfügung und verhält sich compliant einer Therapiemaßnahme gegenüber (Gilson 2006). Dies zeigte sich zum Beispiel an der Einnahme antiretroviraler Medikamente (Altice et al. 2001) und der Akzeptanz von HPV-Impfungen (Marlow et al. 2007).

### **2.3.2 Entwicklung von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“**

Generell scheint die Geschichte des Vertrauens in Gesundheitssysteme keine zu sein, die von Erfolg gekrönt ist. Eine Abnahme von Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem wird in vielen Studien verzeichnet - häufig bezogen auf die USA und Europa (Mechanic 1996, Taylor 2008, Wendt 2003). Für diesen voranschreitenden „Verschleiß“ von Vertrauen gibt es verschiedene Erklärungsversuche: Die einen machen das Gesundheitssystem an sich für den Vertrauensabfall verantwortlich, hier ist als Beispiel eine Studie aus Großbritannien zu nennen (Taylor-Gooby & Hastie 2003). Die anderen vertreten die Meinung, dass die Entwicklung des Vertrauens in das Gesundheitssystem mit einer veränderten Haltung der Öffentlichkeit zusammenhängt. Im Detail geht es dabei um ein vermindertes Vertrauen in

Experten/innen und Institutionen generell, eine eher ablehnende Haltung gegenüber Autoritäten und damit einhergehend eine stärkere Gewichtung der eigenen Risikobeurteilung (Davies 1999).

### 2.3.3 Determinanten von „Vertrauen in das Gesundheitssystem“

Auf organisatorischer Ebene wurde einige Faktoren identifiziert, die mit dem Level an institutionellem Vertrauen in das Gesundheitssystem korrelieren. Den größten Einfluss auf das Vertrauen hatten, laut einer Studie aus Großbritannien, Faktoren auf der Ebene des sogenannten Mikro-Levels (Calnan & Sanford 2004). Dazu gehörte, in welchem Ausmaß der Arzt/die Ärztin auf eine am Patienten orientierte Behandlung fokussiert ist; dabei waren insbesondere von Bedeutung die **Arzt-/Ärztin-Patienten/innen-Beziehung** und das **Fachwissen** des Arztes/der Ärztin.

Auch Faktoren auf der Makro-Ebene konnten identifiziert werden, die das Vertrauen, wenn auch in geringerem Umfang, beeinflussten, zum Beispiel die Wartezeiten in einem Krankenhaus oder in welchem Maße die Patienten/innen den Einfluss von Sparmaßnahmen auf ihre Behandlung beurteilten (Calnan & Sanford 2004). Diese **organisatorischen Determinanten** deuten darauf hin, dass die Wahrnehmung des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit durch eine Art Benutzer/in-Denken bestimmt wird (Calnan 1998).

Ein anderer Aspekt der Forschung auf diesem Gebiet sind die Merkmale der vertrauenden Personen und inwieweit diese mit dem Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem korrelieren.

Der **Gesundheitszustand des Menschen** - meist subjektiv bewertet - ist bei diesem Thema ein oftmals untersuchter Faktor. Verschiedene Studien zeigen eine positive Korrelation des Gesundheitszustands mit dem Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem (Benjamins 2006, Calnan & Sanford 2004, Mohensi & Lindström 2007, Wang et al. 2009). Man kann diese Korrelation anhand der engen Verbindung zwischen Vertrauen in das Gesundheitssystem und dem Verhalten einer Person, bezogen auf die Gesundheit, erklären. Durch mangelndes Vertrauen in das Gesundheitssystem werden möglicherweise gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie das rechtzeitige Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin bei entsprechenden Beschwerden oder eine für die Behandlung einer Erkrankung notwendige Bereitstellung von Informationen, verhindert oder verringert (Ahnquist et al. 2010). Andererseits existieren auch Belege für verbesserte gesundheitliche Resultate durch

höheres Vertrauen. Dies belegt unter anderem eine frühzeitige Erkennung und Diagnose, zum Beispiel bei Krebserkrankungen (Mainous 2004).

Des Weiteren scheint die **Ethnie** einen Einfluss auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem zu haben (Jacobs et al. 2011). Studien bescheinigen ethnischen Minderheiten, insbesondere im Vergleich zur mehrheitlich weißen Bevölkerung, ein geringeres Vertrauen in das Gesundheitssystem (Guerrero et al. 2015, Schwei et al. 2014). Dieses unterschiedliche Level an institutionellem Vertrauen in Bezug auf die Ethnie wird teilweise begründet in der Gegebenheit, dass Menschen, die einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und ein geringeres Einkommen haben sowie einen schwächeren Bildungsstand vorweisen, generell ein geringeres Vertrauen in das Gesundheitssystem haben (Guerrero et al. 2015).

Diese Begründung führt zu dem nächsten Einflussfaktor, dem **Bildungsgrad einer Person**. Die nachgewiesene Korrelation ist auch in diesem Fall positiv: Je höher die Bildung einer Person ist, umso größer ist ihr Level an institutionellem Vertrauen in das Gesundheitssystem (Benjamins 2006, Guerrero et al. 2015).

Auch das **Einkommen** einer Person scheint mit dem Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem zusammenzuhängen. Eine Publikation beschreibt, dass Personen mit geringerem Einkommen weniger vertrauensvoll gegenüber dem Gesundheitssystem sind (Guerrero et al. 2015). Im Einklang dazu steht eine weitere Studie, die Personen mit einem jährlichen Haushaltseinkommen über 75.000 \$ ein größeres Vertrauen bescheinigt (Schwei et al. 2014).

Die signifikante Korrelation dieser Studie verschwand jedoch nach Adjustieren der Ergebnisse für weitere Faktoren. Dieses Resultat zeigt, dass mit dem hohen Einkommen weitere Aspekte einhergehen, wie zum Beispiel ein guter Versicherungsstatus, durch den der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert wird (Schwei et al. 2014). Somit beeinflussen diese einzelnen Faktoren einander gegenseitig. Im Allgemeinen wird von manchen Autoren/innen die Ansicht vertreten, dass ein gewisser finanzieller Reichtum es dem Menschen erleichtert, anderen sein Vertrauen zu schenken, da er optimistisch ein größeres Risiko eingehen kann, da er durch seine bessere finanzielle Stellung eine Art Sicherheitsnetz hat (Ingelhart 1999, Uslaner 1999).

Ein weiterer Faktor, der mit dem Vertrauen in das Gesundheitssystem korreliert, ist das **Alter** der befragten Person. Die Verbindung ist positiv; ältere Menschen haben ein größeres institutionelles Vertrauen (Benjamins 2006, Calnan & Sanford 2004).

Ferner existiert eine Korrelation von Vertrauen in das Gesundheitssystem mit der Art und Weise, wie der/die Einzelne versichert ist. Schon der Umstand, eine Krankenversicherung zu besitzen, korreliert positiv mit dem institutionellen Vertrauen (Benjamins 2006). Eine andere Studie geht noch weiter auf die **Art der Versicherung** ein, und zeigt, dass privat versicherte Personen ein geringeres Vertrauen in das Gesundheitssystem haben (Calnan & Sanford 2004).

Eine Untersuchung des **Einflusses der Religion** auf das institutionelle Vertrauen ergab, dass anders als das allgemeine Vertrauen und das Vertrauen in Ärzte/innen, keine signifikante Korrelation nachweisbar ist (Benjamins 2006).

Ebenso wenig zeigt das **Geschlecht** der Probanden/innen einen klaren Zusammenhang mit dem Vertrauen in das Gesundheitssystem (Benjamins 2006, Calnan & Sanford 2004).

Hier soll noch eine Personengruppe mit besonderen Einsichten in die einzelnen Teilaspekte des Gesundheitssystems erwähnt werden. **Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen**, die sie auf lange Sicht körperlich und psychisch einschränken, werden häufig als sogenannte Laien-Experten bezeichnet (Calnan & Sanford 2004). Durch ihren stetigen Kontakt mit verschiedensten Mitarbeitern/innen des Gesundheitssystems fällt es ihnen leichter, Missstände zu erkennen. Dennoch gab es in der entsprechenden Abhandlung keinen Hinweis auf ein geringeres Vertrauen bei dieser Personengruppe (Calnan & Sanford 2004).

#### 2.3.4 Wechselseitigkeit der Determinanten

Wie zu Beginn bereits beschrieben, ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem etwas Besonderes, da die Menschen in diesem Fall einer Institution vertrauen. Um sich von dieser Abstraktheit zu lösen, nimmt der Mensch nicht primär das System in seiner Struktur wahr, sondern die Personen, die es verkörpern. Somit haben Angestellte im Gesundheitssektor die Möglichkeit, das Maß an Vertrauen in das jeweilige Gesundheitssystem zu beeinflussen.

Dies führt zu der folgenden Frage: Beruht diese Einflussnahme-Beziehung auf Gegenseitigkeit? Um diese Frage zu beantworten, lässt sich die relativ allgemeingültige Auffassung heranziehen, dass man entsprechend der Art und Weise, mit der man selbst behandelt wird, andere behandelt (Gilson 2006). Daraus kann man ableiten, dass die Arbeitsvoraussetzungen und das Klima am Arbeitsplatz das öffentliche Ansehen des Gesundheitssystems indirekt beeinflussen (Gilson 2006).

Anhand des aufgezeigten Wertes von Vertrauen für die Gesundheitsversorgung ist zusammenfassend zu betonen, dass, um die öffentliche Gesundheit zu verbessern, eine Stärkung des Vertrauens in das Gesundheitssystem unabdingbar ist (Blendon et al. 2014, Schwei et al. 2014, Yang et al. 2011).

### **3 Forschungsfragen**

Anhand der Zusammenfassung der bisherigen Literatur zum Thema soziales Vertrauen, Vertrauen in Ärzte/innen und Vertrauen in das Gesundheitssystem lassen sich im Hinblick auf den Fragebogen der im Folgenden behandelten Studie einige Hypothesen formulieren. Vielversprechend ist die Untersuchung der Determinanten für Vertrauen bezogen auf alle drei Aspekte. Hervorzuheben ist bei der betreffenden Studie, inwieweit sich die Determinanten, die in vielen anderen Fällen an einem sehr breiten Personenkollektiv erhoben wurden, sich mit denen einer weitaus weniger erforschten Personengruppe decken, nämlich österreichischen Pflegegeldempfängern/innen mit einem Alter von 50 Jahren und älter. Es soll des Weiteren nicht nur untersucht werden, wie sehr dieses Personenkollektiv anderen Menschen im Allgemeinen, Ärzten/innen und dem Gesundheitssystem im Speziellen vertrauten, sondern auch welche Determinanten das Vertrauen beeinflussten.

#### **3.1 Hypothese 1**

Als mit am häufigsten evaluierte Determinante kristallisierte sich der Gesundheitszustand einer Person heraus. Durch verschiedenste Mechanismen, wie einer Verminderung des Stresslevels oder einer Stärkung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (Kawachi & Berkman 2000, Ahnquist et al. 2010), kann Vertrauen die Gesundheit beeinflussen. Die Annahme stützend, dass ein großes Vertrauen für die Gesundheit förderlich ist, nehmen wir an:

Hypothese 1: Je größer das soziale Vertrauen, das Vertrauen in Ärzte/innen oder das Vertrauen in das Gesundheitssystem ist, desto besser ist die Gesundheit der befragten Person.

#### **3.2 Hypothese 2**

Ebenso wurde das Alter der Probanden/innen standardmäßig miterfasst und ergab in vielen Fällen einen signifikanten Zusammenhang mit Vertrauen (Benjamins 2006, Li & Fung 2013, Mascarenhas et al. 2006). Daher stellen wir die Hypothese auf:

Hypothese 2: Je älter der Proband/die Probandin ist, umso stärker ist sein/ihr soziales Vertrauen, sein/ihr Vertrauen in Ärzte/innen und sein/ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem.

### **3.3 Hypothese 3**

Ferner von Interesse ist der Bildungsgrad und sein Zusammenhang mit dem Vertrauen. Hier ist die Korrelation nicht so eindeutig, verglichen mit den vorherigen Determinanten. Es lässt sich jedoch ein klarer Trend in Richtung eines positiven Zusammenhangs ablesen (Guerrero et al. 2015, Hooghe et al. 2012). Aufgrund dessen nehmen wir an:

Hypothese 3: Ein höherer Bildungsgrad des Probanden/der Probandin geht mit einem größeren sozialen Vertrauen, Vertrauen in Ärzte/innen und Vertrauen in das Gesundheitssystem einher.

### **3.4 Hypothese 4**

Um an dieser Stelle auf das besondere Personenkollektiv der Studie zurückzukommen, stellen wir in Konformität mit Hypothese 1 zu der Variable Gesundheitszustand die Annahme auf:

Hypothese 4: Je höher die Pflegestufe des Probanden/der Probandin aktuell ist, umso geringer ist sein/ihr soziales Vertrauen, sein/ihr Vertrauen in Ärzte/innen und sein/ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem.

Da eine höhere Pflegestufe definitionsgemäß mit einem höheren Pflegebedarf und einer größeren funktionellen Beeinträchtigung einhergeht, kann man in diesem Fall auch von einem schlechteren Gesundheitszustand ausgehen (Andrew 2005, Pollack & von dem Knesebeck 2004).

## 4 Material und Methoden

Im ersten Teil der Diplomarbeit wurde eine ausführliche Literaturrecherche zu den Themen Soziales Vertrauen, Vertrauen in Ärzte/innen und Vertrauen in das Gesundheitssystem mit dem Fokus auf ältere Menschen durchgeführt. Das besondere Merkmal der Studienteilnehmer/innen, ihre Pflegebedürftigkeit, wurde in der bisherigen Literatur kaum behandelt. Anhand der bereits publizierten Literatur wurden die im vorherigen Teil beschriebenen Forschungsfragen dieser Arbeit abgeleitet.

### 4.1 Allgemeines Studiendesign

Die Querschnittsanalyse unter den Österreichern/innen, die pflegebedürftig und über 50 Jahre alt waren, wurde von dem Markt- und Meinungsforschungsunternehmen IFES (Institut für empirische Sozialforschung GmbH) in Wien durchgeführt und vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz in Auftrag gegeben. Pflegebedürftigkeit wird in Österreich definiert als ständiger Betreuungs- und Hilfebedarf auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde. (§4(1) Bundespflegegeldgesetz). Dieser Pflegebedarf wird unterteilt in sieben Stufen, von Stufe 1 mit mehr als 65 Stunden Pflegebedarf pro Monat bis Stufe 7 mit mehr als 180 Stunden Pflegebedarf pro Monat, in welcher „keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzuachtender Zustand vorliegt“ (§4(2) Bundespflegegeldgesetz).

Da weder Wissenschaftler/innen noch Markt- und Meinungsforschungsunternehmen in Österreich eine Zugangsberechtigung für administrative Informationen wie der Pflegestufe einer Person oder deren Pflegegeld besitzen, war es nicht möglich, diese Bevölkerungsgruppe direkt zu kontaktieren, um Informationen zu erhalten. Um diese Hürde zu umgehen, wurde bei mehreren IFES Zufallsstichproben aus der allgemeinen Bevölkerung folgende Screening-Frage gestellt: „Darf ich Sie fragen: Gibt es in diesem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?“. So konnten Personen identifiziert werden, die pflegebedürftig und über 50 Jahre alt waren (Stolz et al. 2017).

Anhand der Screening-Frage konnten 588 pflegebedürftige Österreicher/innen, 50 Jahre alt oder älter, ermittelt werden. Von diesen 588 Personen gaben 501 ihre mündliche Zustimmung zur Teilnahme an der Studie.

Mit den 501 Teilnehmern/innen führte IFES persönliche, computergestützte Befragungen (CAPI) von Juni bis September 2016 durch. Die Teilnehmer/innen wurden vorab aufgeklärt, dass sie die Gespräche jederzeit abbrechen können und die Anonymität ihrer persönlichen Daten allzeit gewährleistet sei. Die absolute Anzahl von vollständig durchgeführten Befragungen betrug schlussendlich 493, da acht Gespräche abgebrochen wurden beziehungsweise nicht abgeschlossen werden konnten.

Als Mitglied der ESOMAR (European Society for Opinion and Market Research) ist die Agentur IFES, welche die Befragungen durchgeführt hat, deren Standard und Verhaltenskodex verpflichtet.

Die Durchführung dieser Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Graz genehmigt (EK-Nummer 26-425 ex 13/14).

## **4.2 Zielvariablen**

In der beschriebenen Studie wurden unter anderem die drei Zielvariablen: Vertrauen in andere Menschen im Allgemeinen, Vertrauen in Ärzte/innen und Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem erhoben.

Das soziale Vertrauen wurde angelehnt an die Kurzsкала für Interpersonales Vertrauen (KUSIV3) erhoben. Dem/der jeweiligen Probanden/in wurden fünf Aussagen vorgelesen, dann wurde er/sie aufgefordert anzugeben, inwieweit er/sie der jeweiligen Aussage zustimmt oder auch nicht. Um den Grad der Zustimmung zu ermitteln, stand eine Ratingskala mit vier möglichen Stufen: „stimme völlig zu“ (1), „stimme eher schon zu“ (2), „stimme eher nicht zu“ (3), „stimme überhaupt nicht zu“ (4), sowie „weiß nicht, kann ich nicht sagen“ (5) zur Verfügung. Die fünf Aussagen entsprechend der vorgelesenen Reihenfolge lauten: „Die meisten Menschen sind hilfsbereit.“, „Ich bin überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.“, „Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.“, „Im Allgemeinen kann man Menschen vertrauen.“ und „Die meisten Menschen versuchen einander auszunutzen.“. Die Zustimmung der Probanden/innen zu diesen fünf Aussagen ergab hinsichtlich des interpersonales Vertrauens eine mögliche Bandbreite von minimal 5 Punkten (geringes soziales Vertrauen) bis maximal 20 Punkten (großes soziales Vertrauen). Die Zielvariable „Vertrauen in Ärzte/innen“ wurde ebenfalls anhand der Zustimmung zu fünf verschiedenen Aussagen erhoben. Die Aussagen wurden durch den Satz „Bei den folgenden Aussagen geht es um Ärzte und Ärztinnen im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie Sie diese einschätzen“ eingeleitet. Für die Antworten stand dieselbe vierstufige

Ratingskala, wie oben bereits beschrieben, zur Verfügung. Gemäß der durchgefragten Reihenfolge lauteten diese fünf Aussagen: „Alles in allem: Ärzten kann man vertrauen.“, „Ärzte besprechen alle Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Patienten.“, „Die medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse von Ärzten sind nicht so gut, wie sie sein sollten.“, „Ärzte interessieren sich mehr fürs Geldverdienen als für ihre Patienten.“ und „Ärzte würden es ihren Patienten sagen, wenn sie einen Behandlungsfehler gemacht hätten.“. Auch in diesem Fall reichte das Spektrum der Antworten auf der Skala von 5 Punkten (geringes Vertrauen) bis 20 Punkten (großes Vertrauen).

Das Vertrauen der Probanden/innen in das österreichische Gesundheitssystem wurde mittels einer einzigen Frage erhoben: „Sagen Sie mir bitte, wie groß das Vertrauen ist, dass Sie dem österreichischen Gesundheitssystem entgegenbringen?“. Zur Erhebung des Maßes an Vertrauen standen fünf Antwortkategorien zur Verfügung: „überhaupt kein Vertrauen“ (1), „wenig Vertrauen“ (2), „etwas Vertrauen“ (3), „großes Vertrauen“ (4), sehr großes Vertrauen (5), daher reicht diese Skala von 1 bis 5.

### **4.3 Prädiktorvariablen**

Als **soziodemographische Variablen** wurden in der Studie jeweils das Alter in Jahren, das Geschlecht, der Bildungsstand, das gesamte Netto-Haushaltseinkommen ohne Pflegegeld, der Wohnort der Probanden/innen inklusive ihrer aktuellen Wohnsituation und deren Pflegestufe erfasst.

Das Alter wurde unterteilt in drei Gruppen: 50 bis 64 Jahre, 65 bis 80 Jahre und 80 Jahre und älter. Auch der Bildungsstand der Probanden/innen wurde in drei Gruppen untergliedert: Zu der Gruppe 1 wurden alle Probanden/innen mit Pflichtschulabschluss gezählt, in der Gruppe 2 waren alle Probanden/innen mit Lehrabschluss/Fachschule und in der dritten Gruppe waren alle Probanden/innen mit Matura, Universitäts- oder Hochschulausbildung vertreten. Das Netto-Haushaltseinkommen wurde anhand von fünf Stufen erfasst: „bis 1.000 Euro“, „bis 1.500 Euro“, „bis 2.000 Euro“, „bis 3.000 Euro“, „über 3.000 Euro“ und „weiß nicht, keine Angabe“. Des Weiteren wurden der erfragte Parameter des Wohnorts, bezogen auf die Gemeindegröße, unterteilt in ländlich (alle Gemeindegrößen kleiner 5.000 Einwohner), Kleinstadt (5.001 bis 50.000 Einwohner), Großstadt (50.001 bis 300.000) und Wien (300.001 Einwohner und mehr). Die aktuelle Wohnsituation wurde in zwei Gruppen unterteilt, nämlich in die, die allein wohnen und in die, die nicht alleine wohnen. Die derzeitige Pflegestufe der Studienteilnehmer/innen wurde von der Stufe 1 (mehr als 65

Stunden Pflegebedarf/Monat) bis zur Stufe 7 (mit mehr als 180 Stunden Pflegebedarf/Monat, siehe (§4(2) Bundespflegegeldgesetz) erhoben.

Zum einen wurde der subjektive **Gesundheitszustand** durch die Frage „Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?“ auf einer fünfstufigen Ratingskala („sehr gut“ (1), „gut“ (2), „mittelmäßig“ (3), „schlecht“ (4), „sehr schlecht“ (5)) erhoben. Um die Gesundheit auch stärker objektiviert beurteilen zu können, wurde als weiteres Instrument die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) verwendet. Dies geschah anhand der Frage „Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine der folgenden Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?“ bezogen auf die fünf Aktivitäten „Essen oder Trinken“, „Sich von einem Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederzulassen“, „An- und Ausziehen“, „Toilettenbenützung“ und „Baden oder Duschen“. Zu jeder Aktivität waren fünf Antwortmöglichkeiten gegeben: „keine Schwierigkeiten“ (1), „einige Schwierigkeiten“ (2), „große Schwierigkeiten“ (3), „bin nicht dazu in der Lage“ (4) sowie „weiß nicht, kann ich nicht sagen“. Somit reichte die Spanne von minimal 5 (entspricht keine Schwierigkeiten bei den oben genannten Tätigkeiten) bis maximal 20 (entspricht zu keiner der oben genannten Tätigkeiten ohne Hilfe in der Lage zu sein) erreichbaren Punkten.

Auch die **Religiosität** der Studienteilnehmer/innen wurde von den Probanden/innen selbst eingeschätzt („Wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen“). In diesem Fall standen vier Antwortkategorien von „gar nicht religiös“ (4) bis „sehr religiös“ (1) zur Verfügung. Die Kategorien „sehr religiös“ und „eher religiös“ wurden in einer Gruppe zusammengefasst (1), ebenso wie die Kategorien „eher nicht religiös“ und „gar nicht religiös“ eine Gruppe bilden (2).

Die **Lebensqualität** wurde anhand des Instrumentarium WHOQOL-OLD-SHORT (Fang 2012), einer Fragebatterie zur interkulturellen Erfassung der Lebensqualität im Alter, erhoben. Sie setzt sich in diesem Fall aus folgenden sechs Fragen zusammen: Zunächst wurde gefragt „Wie sehr trifft das Folgende auf Sie zu oder nicht“ bezogen auf die Aussagen „Ich mache mir Sorgen, wie ich einmal sterben werde.“ und „Ich erfahre in meinem Leben ein Gefühl der Gemeinschaft.“ mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5). Des Weiteren wurden folgende Fragen gestellt: „Inwieweit, sind Sie mit Ihren Möglichkeiten zufrieden, weiterhin im Leben etwas zu erreichen?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie sie Ihre Zeit nutzen?“ - mit denselben Antwortmöglichkeiten

wie zuvor. Dann folgte die Frage „In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gerne wollen?“ mit einer fünfstufigen Antwortskala von „überhaupt nicht“ (1) bis „völlig“ (5). Die letzte Frage betraf die eigene Beurteilung der Sinnesfunktionen Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Tasten. Wiederum waren die Antwortmöglichkeiten fünfstufig von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (5). Zusammengenommen reichte die Skala der Fragebatterie von 6 (geringe Lebensqualität) bis 30 (hohe Lebensqualität).

Abschließend ist zu erwähnen, dass bei dieser Stichprobe auch die **Art der Pflege**, die die Studienteilnehmer/innen erfahren, erfasst wurde. Im Anschluss an die Fragebatterie über die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) wurde gefragt, von wem die Probanden/innen, wenn sie Schwierigkeiten bei den aufgezählten Tätigkeiten (siehe Gesundheitszustand) haben, regelmäßig Hilfe erhalten und als Antwortmöglichkeiten waren gegeben: 24-Stunden-Pflege, mobile Hauskrankenpflege, Partner/Partnerin, Tochter, Schwiegertochter, Sohn, Schwiegersohn, Enkelkinder, Nachbarn/Freunde/Bekannte und andere. Die Möglichkeiten wurden mit „ja“ (1), „nein“ (2) oder „trifft nicht zu, habe ich nicht“ beantwortet. Diese alternativen Pflegearten wurden in drei Gruppe zusammengefasst: Die erste Gruppe der ausschließlich informellen Pflege (1), dazu zählt die Pflege durch Partner/Partnerin, Tochter, Schwiegertochter, Sohn, Schwiegersohn, Enkelkinder, Nachbarn/Freunde/Bekannte, die zweite Gruppe der ausschließlich professionellen Pflege (2), dazu zählt die 24-Stunden-Pflege und die mobile Hauskrankenpflege und die dritte Gruppe, bei denen beides zutrif (3).

Bei den drei Zielvariablen kam es zu **Ausfallraten** von 1,8% bei „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ (entspricht einer Anzahl von 9 Teilnehmern/innen), von 7,7% bei „soziales Vertrauen“ (entspricht einer Anzahl von 38) und von 20,5% bei „Vertrauen in Ärzte/innen“ (entspricht einer Anzahl von 101).

Bei den zuvor aufgezählten Prädiktorvariablen kam es zum Teil zu **fehlenden Werten**, welche im Folgenden prozentual aufgelistet werden. Keine fehlenden Angaben gab es bei dem Alter, dem Geschlecht, der Bildung, der Pflegestufe, dem Wohnort und der Wohnsituation.

Die Fragebatterie der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) ergab bei zwei Teilnehmern/innen einen fehlenden Wert (entspricht 0,4% des Gesamtkollektivs). Die Frage nach dem subjektiv bewerteten Gesundheitszustand beantworteten drei der Probanden/innen nicht (entspricht 0,6%) und die Frage nach der Religiosität fünf (entspricht 1,0%). Die

Lebensqualität wiederum konnte bei 41 der Studienteilnehmer/innen nicht erfasst werden (entspricht 8,3%). Die Frage nach der Art der Pflege ergab 65 fehlende Werte (entspricht 13,2%). Die meisten fehlenden Angaben waren bei der Frage nach dem Netto-Haushaltseinkommen. Dort machten 94 Probanden/innen keine Angabe, dies entspricht 19,1% des Studienkollektivs.

## 5 Ergebnisse – Resultate

### 5.1 Stichprobenmerkmale

Die Stichprobe hat folgenden Charakteristika: das Durchschnittsalter der Teilnehmer/innen betrug 74,2 Jahre; 58,2 % der Probanden/innen waren weiblich und 41,8% männlich; 22,9 % lebten in ländlichen Gebieten, 18,7 % in einer Kleinstadt, 14,4 % in einer Großstadt und 44,0% waren in Wien zu Hause. Alle weiteren Details werden in der Tabelle 1 erläutert:

*Tabelle 1: Stichprobenmerkmale*

Variable	n (%)	n (Mittelwert, Standardabweichung), Spannweite
Alter		493 (74.2, 11.0, 50-98)
50-64	91 (18.5%)	
65-80	225 (45.6%)	
80+	177 (35.9%)	
Geschlecht		
Männer	206 (41.8%)	
Frauen	287 (58.2%)	
Bildung		
Pflichtschule	138 (28.0%)	
Lehre/Fachschule	267 (54.1%)	
Matura/Universität/Hochschule	88 (17.9%)	
Netto-Haushaltseinkommen		
Bis 1.000 €	75 (15.2%)	
Bis 1.500 €	94 (19.1%)	
Bis 2.000 €	65 (13.2%)	
Bis 3.000 €	87 (17.6%)	
Über 3.000 €	78 (15.8%)	
Weiß nicht, keine Angabe	94 (19.1%)	
Wohnort		
Ländlich	113 (22.9%)	
Kleinstadt	92 (18.7%)	
Großstadt	71 (14.4%)	
Wien	217 (44.0%)	
Gesundheitszustand		
Sehr gut bis mittelmäßig	379 (76.9%)	
Schlecht/sehr schlecht	111 (22.5%)	
ADL		491 (9.2, 2.95, 5-20)
Religion		
Sehr/eher religiös	377 (76.5%)	
Eher nicht/ gar nicht religiös	111 (22.5%)	
Lebensqualität		452 (19.3, 3.7, 6-30)

Pflegetyp		
Nur informell	225 (45.6%)	
Nur professionell	34 (6.9%)	
Gemischt	169 (34.3%)	
Pflegestufe		493 (2.2, 1.26, 1-7)
1	164 (33.3%)	
2	172 (34.9%)	
3	92 (18.7%)	
4	35 (7.1%)	
5	17 (3.5%)	
6	8 (1.6%)	
7	5 (1.0%)	
Wohnsituation		
Nicht-alonein	352 (71.4%)	
Allein	141 (28.6%)	

## 5.2 Deskriptive Analyse

Die Ausprägungen der drei Zielvariablen unter den befragten pflegebedürftigen älteren Österreichern/innen werden im Anschluss beschrieben.

Die Fragenbatterie zu der Zielvariablen „Soziales Vertrauen“ wurde von 455 Probanden beantwortet und ergab einen Mittelwert von 14,0, einem Median von 14, (Minimum 5, Maximum 20) mit einer Standardabweichung von 2,84.

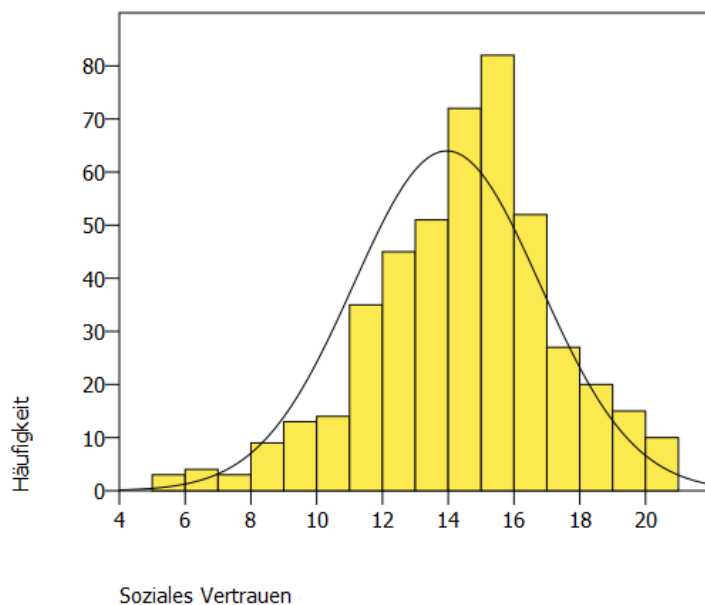


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung "Soziales Vertrauen"

Bei der Variablen „allgemeines Vertrauen in Ärzte/innen“ beträgt der Mittelwert 13,4 und der Median 13 (Minimum 5, Maximum 20) und die Standardabweichung 2,62. Diese Frage beantworteten 392 der 493 Studienteilnehmer/innen.

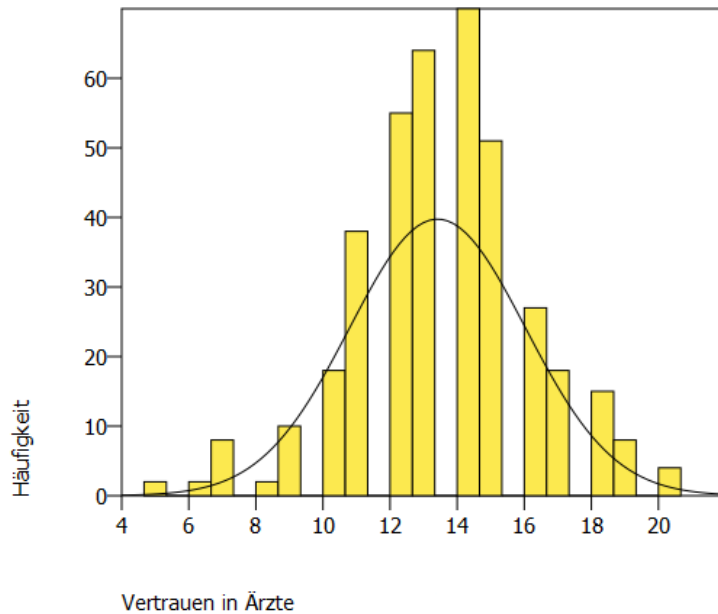


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung "Vertrauen in Ärzte/innen"

Die letzte der drei Zielvariablen „Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem“ konnte von 484 Teilnehmern/innen erfasst werden und ergab einen Mittelwert von 3,7 und einen Median von 4 (Minimum 1, Maximum 5) und eine Standardabweichung von 0,91.

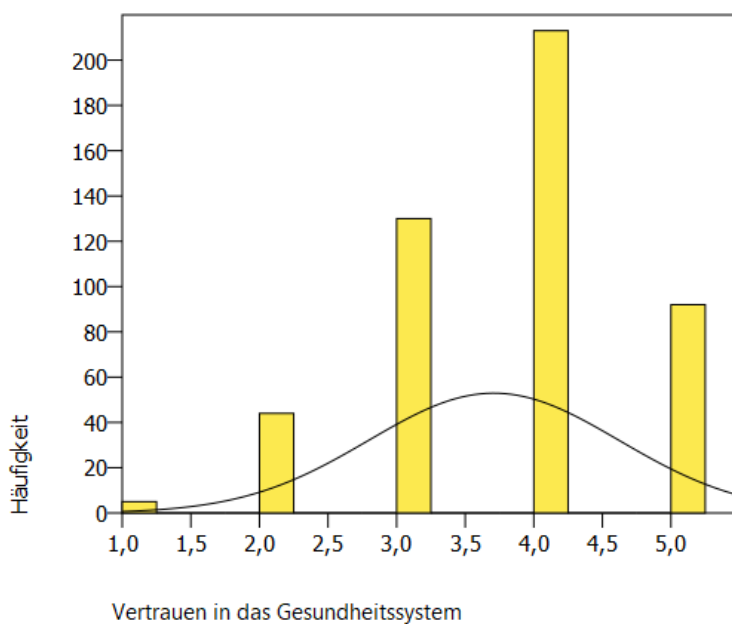


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung "Vertrauen in das Gesundheitssystem"

Anhand einer **Korrelationsmatrix** der drei Zielvariablen mit dem Pearson Koeffizienten (siehe Tabelle 2) zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen allen drei Variablen (Signifikanzgrenze bei 0,05). Das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem und das Vertrauen in Ärzte/innen ergab einen moderat positiv linearen Zusammenhang (Pearson Koeffizient 0,45, n=390, Signifikanz: 0,000). Das besagt, dass Probanden/innen, die dem Gesundheitssystem vertrauen, auch den Ärzten/innen im Allgemeinen eher vertrauen. Ein schwach positiv linearer Zusammenhang zeigte sich zwischen dem sozialen Vertrauen und dem Vertrauen in Ärzte/innen (Person Koeffizient 0,32, n=388, Signifikanz: 0,000) und dem sozialen Vertrauen und dem Vertrauen in das Gesundheitssystem (Pearson Koeffizient 0,28, n=451, Signifikanz 0,000). Das besagt, dass Menschen, die ein größeres soziales Vertrauen haben, auch in Ärzte/innen und das Gesundheitssystem ein größeres Vertrauen haben.

Im folgenden Schritt wurden **bivariate Korrelationen** zwischen den Ziel- und den Prädiktorvariablen berechnet für die kontinuierlichen Variablen (Lebensqualität, Gesundheitszustand (ADLs) und Pflegestufe) sowie Mittelwertvergleiche mit den kategorialen Variablen durchgeführt.

Im Bezug auf „soziales Vertrauen“ existierte eine signifikante Korrelation mit den Variablen „Lebensqualität“, nämlich ein schwach positiver linearer Zusammenhang (s. Tabelle 2) und „Gesundheitszustand (ADLs)“, hier ein gering negativer linearer Zusammenhang (s. Tabelle 2). Der lineare Zusammenhang besagt in beiden Fällen, dass das soziale Vertrauen jeweils größer ist, wenn der/die Proband/in eine bessere Lebensqualität hat und sich besserer Gesundheit erfreut.

Die zweite Zielvariable „Vertrauen in Ärzte/innen“, besaß ebenfalls mit der Lebensqualität einen schwach positiven linearen Zusammenhang und mit dem Gesundheitszustand einen gering negativen linearen Zusammenhang (s. Tabelle 2). Dieser Zusammenhang lässt sich entsprechend dem oben beschriebenen veranschaulichen.

Wohingegen die Variable „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ mit allen drei kontinuierlichen Prädiktorvariablen eine signifikante Korrelation aufzuweisen hatte. Zum einen existierte mit der Variablen „Lebensqualität“ ein schwach positiver Zusammenhang, zum anderen besaß sie einen gering negativen Zusammenhang mit den Variablen „Pflegestufe“ und „Gesundheitszustand“. Auch hier entspricht die Bedeutung dem oben Beschriebenen, zusätzlich zur Pflegestufe, hier bedeutet der Zusammenhang, je höher die Pflegestufe, desto geringer das Vertrauen.

Tabelle 2: Korrelationsmatrix

	Soziales Vertrauen	Vertrauen in Ärzte	Vertrauen in das Gesundheitssystem	Lebensqualität	Gesundheitszustand (ADLs)	Pflegestufe
Soziales Vertrauen	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl 1.00 455					
Vertrauen in Ärzte	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl 0.32 0.000 383	1.00 392				
Vertrauen in das Gesundheitssystem	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl 0.28 0.000 451	0.45 0.000 390	1.00 484			
Lebensqualität	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl 0.21 0.000 429	0.22 0.000 379	0.33 0.000 449	1.00 452		
Gesundheitszustand (ADLs)	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl -0.13 0.005 454	-0.10 0.047 391	-0.18 0.000 482	-0.38 0.000 451	1.00 491	
Pflegestufe	Pearson Koeffizient Signifikanz Anzahl 0.02 0.691 455	-0.09 0.073 392	-0.17 0.000 484	-0.21 0.000 452	0.42 0.000 491	1.00 493

Anhand eines Mittelwertvergleichs (**einfaktorielle ANOVA**) wurde der Zusammenhang zwischen den Zielvariablen und den kategorialen Prädiktorvariablen berechnet. Alle Daten werden zur Übersicht in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Mittelwertvergleich (einfaktorielle ANOVA)

Zielvariable	Soziales Vertrauen	Vertrauen in Ärzte/innen	Vertrauen in das Gesundheitssystem
	Mittelwert (SD), p-Wert	Mittelwert (SD), p-Wert	Mittelwert (SD), p-Wert
<b>Alter</b>			
50-64	14,04 (2,47)	13,17 (2,58)	3,22 (0,93)
65-80	13,94 (2,86)	13,63 (2,56)	3,84 (0,86)
80+	19,94 (2,99)	13,23 (2,74)	3,79 (0,89)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,962	13,42 (2,62), 0,289	3,71 (0,91), <0,001
<b>Geschlecht</b>			
Männlich	13,67 (2,83)	13,46 (2,45)	3,67 (0,86)
Weiblich	14,16 (2,83)	13,38 (2,76)	3,73 (0,95)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,069	13,42 (2,62), 0,789	3,71 (0,91), 0,489
<b>Bildung</b>			
Pflichtschule	14,39 (2,74)	13,69 (2,88)	3,64 (0,96)
Lehre/Fachschule	13,68 (2,77)	13,23 (2,55)	3,70 (0,88)
Matura/Hochschule/Uni	14,19 (3,08)	13,63 (2,62)	3,84 (0,93)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,057	13,42 (2,62), 0,257	3,71 (0,91), 0,284
<b>Haushaltseinkommen</b>			
Bis 1.000€	13,90 (3,49)	13,46 (3,00)	3,64 (0,96)
Bis 1.500€	14,01 (2,69)	13,53 (3,06)	3,58 (0,98)
Bis 2.000€	14,05 (2,51)	12,88 (2,74)	3,32 (0,90)
Bis 3.000€	14,06 (2,59)	13,79 (2,33)	3,94 (0,83)
>3.000€	14,53 (2,74)	13,71 (2,30)	4,08 (0,77)
Gesamt	14,11 (2,82), 0,695	13,51 (2,70), 0,417	3,73 (0,93), <0,001
<b>Wohnort</b>			
Ländlich	14,47 (2,77)	13,14 (2,88)	3,70 (0,79)
Kleinstadt	14,02 (3,07)	14,16 (3,06)	3,75 (0,94)
Großstadt	14,35 (3,15)	13,65 (2,97)	3,76 (0,89)
Wien	13,58 (2,62)	13,21 (2,21)	3,68 (0,97)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,044	13,42 (2,62), 0,047	3,71 (0,91), 0,897
<b>Wohnsituation</b>			
Nicht allein	13,93 (2,69)	13,52 (2,44)	3,71 (0,91)
Allein	14,03 (3,17)	13,11 (3,09)	3,71 (0,91)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,730	13,42 (2,62), 0,182	3,71 (0,91), 0,956
<b>Gesundheitszustand (s.)</b>			
Sehr gut - mittelmäßig	14,12 (2,64)	13,53 (2,49)	3,78 (0,89)
Schlecht/sehr schlecht	13,29 (3,38)	13,05 (3,01)	3,43 (0,95)
Gesamt	13,94 (2,83), 0,011	13,43 (2,62), 0,134	3,71 (0,91), <0,001

Religion			
Sehr religiös/religiös	14,16 (2,62)	13,68 (2,51)	3,77 (0,92)
Eher nicht – gar nicht	13,26 (3,40)	12,47 (2,81)	3,51 (0,84)
Gesamt	13,96 (2,84), 0,005	13,41 (2,62), <0,001	3,71 (0,91), 0,008
Art der Pflege			
Informell	13,82 (2,79)	13,45 (2,54)	3,78 (0,95)
Professionell	13,59 (3,13)	12,87 (2,94)	3,64 (0,99)
Beides	14,02 (2,67)	13,45 (2,43)	3,64 (0,88)
Gesamt	13,96 (2,78), 0,323	13,41 (2,52), 0,563	3,71 (0,92), 0,312

Statistisch signifikante Unterschiede im Mittelwert zwischen den jeweiligen Gruppen zeigten sich, bezogen auf die Zielvariable „Soziales Vertrauen“, beim Wohnort (Werte siehe Posthoc-Test), dem selbstbewerteten Gesundheitszustand (mittlere Differenz 0,83, Standardabweichung 2,83) und der Religiosität der Studienteilnehmer/innen (mittlere Differenz 0,90, Standardabweichung 2,84).

Genauso signifikant verhalten sich die Mittelwertsunterschiede der einzelnen Gruppen des Wohnorts (Werte siehe Posthoc-Test) und der Religiosität der Probanden/innen (mittlere Differenz 1,21, Standardabweichung 2,62) mit der Variable „Vertrauen in Ärzte/innen“.

Bezogen auf die dritte Zielvariable „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ zeigte sich bei vier der kategorialen Prädiktorvariablen ein signifikanter Unterschied im Mittelwert der Gruppen, nämlich bei dem Alter (Werte siehe Posthoc-Test), dem Netto-Haushaltseinkommen (Werte siehe Posthoc-Test), dem selbstbewerteten Gesundheitszustand (mittlere Differenz 0,35, Standardabweichung 0,91) und der Religiosität (mittlere Differenz 0,26, Standardabweichung 0,91).

### 5.3 Posthoc Test (Bonferroni)

Um festzustellen, zwischen welchen Gruppen die Unterschiede der Mittelwerte exakt liegen, wurde bei allen Prädiktorvariablen mit signifikanten Ergebnissen und mehr als 2 Untergruppen (Wohnort, Alter und Haushaltseinkommen) ein Posthoc-Test nach Bonferroni durchgeführt.

Der Mittelwertsunterschied der Variable „Wohnort“ im Bezug auf die Zielvariable „Soziales Vertrauen“ verlor im Bonferroni Test seine Signifikanz. Gleichmaßen verhält es sich mit dem „Wohnort“ und der Zielvariablen „Vertrauen in Ärzte/innen“.

Bei der Zielvariablen „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ hatten sich bei der einfaktoriellen ANOVA bei den verschiedenen Altersgruppen und den unterschiedlichen

Stufen des Haushaltseinkommens ein signifikantes Ergebnis gezeigt. Mittels dem Bonferroni Test zeigte sich, dass der Mittelwertsunterschied der Altersgruppen zwischen der Gruppe 50-64 und 65-80 Jahre (mittlere Differenz = -0,62, Standardfehler 0,11), sowie der Gruppe 50-64 und der Gruppe 80 Jahre und älter (mittlere Differenz = -0,57, Standardfehler 0,12) liegt. Das bedeutet, verglichen mit der Gruppe 50-64 Jahren, zeigte die Gruppe 65-80 Jahre und die Gruppe 80 Jahre und älter ein größeres Vertrauen in das Gesundheitssystem im Mittelwert. Hinsichtlich des Haushaltseinkommens liegen die Unterschiede im Mittelwert zwischen den Stufen bis 1.000 € (mittlere Differenz = -0,43, Standardfehler 0,15), bis 1.500 € (mittlere Differenz = -0,50, Standardfehler 0,14) und bis 2.000 € (mittlere Differenz = -0,75, Standardfehler 0,15) im Vergleich mit der Stufe über 3.000 €.

Das bedeutet, verglichen mit der Gruppe Haushaltseinkommen von über 3.000 €, hatten die Gruppen bis 1.000 €, bis 1.500 €, bis 2.000 € und bis 3.000 € im Mittelwert, ein geringeres Vertrauen in das Gesundheitssystem.

Ein weiterer Mittelwertunterschied liegt zwischen der Stufe bis 2.000 € und bis 3.000 € (mittlere Differenz -0,62, Standardfehler 0,15). Das bedeutet, dass die Gruppe mit einem Haushaltseinkommen von bis 3.000 € im Vergleich zur Gruppe mit bis 2.000 €, ein größeres Vertrauen in das Gesundheitssystem im Mittelwert zeigte.

## 5.4 Multiple Regressionsanalyse

Um den Einfluss der relevanten unabhängigen Variablen auf die jeweilige abhängige Variable unter Berücksichtigung der Wirkung der anderen eingeschlossenen Prädiktorvariablen zu untersuchen, wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Zu den eingeschlossenen unabhängigen Variablen gehören die soziodemographischen Variablen „Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnort“ und die „Pflegestufe“. Des Weiteren wurde der „Subjektive Gesundheitszustand“ sowie der Parameter „Aktivitäten des täglichen Lebens, die Religiosität, die Lebensqualität“ und die „Art der Pflege“ miteinbezogen. Die soziodemographische Variable des Haushaltsnettoeinkommens wurde aus dem Modell ausgeschlossen, da sie die Fallzahl im Schnitt um 20 Prozent verringerte (Modell „Soziales Vertrauen“ 80 Fälle weniger, Modell „Vertrauen in Ärzte“ 73 Fälle weniger, Modell „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ 84 Fälle weniger).

Des Weiteren wurde die **Multikollinearität** zwischen den unabhängigen Variablen mittels des Variance Inflation Factors (VIF) untersucht. Die berechneten VIF-Werte sind generell

<1,2 mit Ausnahme von ADL und Pflegestufe (jeweils VIF=1,4). Leicht erhöhte Werte (VIF~2,2) zeigten sich bei der Dummy-Variable Alter, was auf die Dummy-Kodierung zurückzuführen ist. Diese Werte deuten *nicht* auf ein Multikollinearitäts-Problem in den Regressionsanalysen hin.

Die Tabellen 4-6 zeigen die vollständigen Ergebnisse der Regressionsanalysen.

Tabelle 4: Modell „soziales Vertrauen“

Variable	B	Beta	Signifikanz	Konfidenzintervall
Alter 65-79	0,08	0,01	0,842	[-0,73; 0,90]
Alter 80+	-0,16	-0,03	0,709	[-1,02; 0,70]
Geschlecht	0,30	0,05	2,93	[-0,26; 0,87]
Bildung mittel	-0,40	-0,07	0,261	[-1,09; 0,30]
Bildung hoch	0,14	0,02	0,755	[-0,75; 1,03]
Kleinstadt	-0,16	-0,02	0,714	[-1,04; 0,71]
Großstadt	-0,63	-0,07	0,220	[-1,63; 0,38]
Wien	-0,64	-0,11	0,096	[-1,39; 0,11]
Allein leben	0,12	0,02	0,740	[-0,60; 0,85]
Pflegestufe	0,28	0,12	0,033	[0,02; 0,53]
Gesundheitszustand	-0,29	-0,04	0,440	[-1,04; 0,45]
ADLs	-0,10	-0,10	0,102	[-0,22; 0,02]
Religiosität	-1,34	-0,19	0,000	[-2,03-; -0,66]
Lebensqualität	0,15	0,18	0,001	[0,06; 0,23]
Keine Pflege	-1,03	-0,09	0,64	[-2,12; 0,06]
Professionelle Pflege	-0,26	-0,02	0,656	[-1,41; 0,89]
Gemischte Pflege	0,53	0,09	0,088	[-0,08; 1,14]

Modellinformation	Fallzahl	Korrigiertes R-Quadrat
	404	0,09

Das Modell zur abhängigen Variablen „Soziales Vertrauen“ umfasst eine Fallzahl von 404 Probanden/innen und ergibt ein korrigiertes R-Quadrat von 0,09 und erklärt somit 9 Prozent der Varianz. Es zeigen sich bei folgenden unabhängigen Variablen ein signifikante Assoziation mit der abhängigen Variablen: Mit jeder Pflegestufe ändert sich der Faktor „Soziales Vertrauen“ um 0,28 (unstandardisierter Regressionskoeffizient B = 0,28) und der standardisierte Regressionskoeffizient beträgt 0,12. Das bedeutet, je höher die Pflegestufe eines/einer Probanden/in, desto größer sein/ihr soziales Vertrauen. Die Religiosität der Probanden beeinflusst das soziale Vertrauen dahingehend, dass mit jeder Einheit sich der Faktor des sozialen Vertrauens um -1,34 ändert (unstandardisierter Regressionskoeffizient B = -1,34). Hier beträgt der standardisierte Regressionskoeffizient -0,19. Dies besagt, je religiöser der/die Studienteilnehmer/in, desto größer ihr soziales Vertrauen. Die letzte Prädiktorvariable mit signifikantem Einfluss ist die „Lebensqualität“. Das soziale

Vertrauen ändert sich mit jeder Einheit der Lebensqualität um 0,15 (unstandardisierter Regressionskoeffizient  $B = 0,15$ ) und der standardisierte Regressionskoeffizient beträgt 0,18. In diesem Fall bedeutet eine bessere Lebensqualität ein größeres soziales Vertrauen. Die standardisierten Regressionskoeffizienten berücksichtigen die unterschiedliche Skalierung der einzelnen Variablen und standardisieren sie. Somit ist anhand dieser Werte möglich den Einfluss der Faktoren miteinander zu vergleichen. Im Fall des Modells „Soziales Vertrauen“ kann man also die Aussage treffen, dass die „Religiosität“ die Zielvariable am stärksten beeinflusst, gefolgt von der „Lebensqualität“.

Tabelle 5: Modell „Vertrauen in Ärzte/innen“

Variable	B	Beta	Signifikanz	Konfidenzintervall
Alter 65-79	0,13	0,03	0,734	[-0,65; 0,92]
Alter 80+	-0,28	-0,05	0,516	[-1,11; 0,56]
Geschlecht	0,00	0,00	0,999	[-0,54; 0,54]
Bildung medium	-0,19	-0,04	0,594	[-0,88; 0,50]
Bildung hoch	0,34	0,05	0,436	[-0,51; 1,19]
Kleinstadt	1,41	0,20	0,001	[0,55-; 2,27]
Großstadt	-0,19	-0,02	0,725	[-1,22; 0,85]
Wien	0,06	0,01	0,876	[-0,67; 0,78]
Allein leben	-0,23	-0,04	0,536	[-0,96; 0,50]
Pflegestufe	-0,04	-0,02	0,730	[-0,29; 0,20]
Gesundheitszustand	0,24	0,04	0,510	[-0,48; 0,97]
ADLs	0,02	0,02	0,774	[-0,10; 0,14]
Religiosität	-1,45	-0,23	0,000	[-2,12; -0,78]
Lebensqualität	0,19	0,25	0,000	[0,11; 0,27]
Keine Pflege	-0,66	-0,07	0,211	[-1,69; 0,37]
Professionelle Pflege	-0,07	-0,01	0,914	[-1,28; 1,15]
Gemischte Pflege	0,26	0,05	0,394	[-0,33; 0,84]

Modellinformation	Fallzahl	Korrigiertes R-Quadrat
	353	0,12

Das Modell zur abhängigen Variablen „Vertrauen in Ärzte/innen“ schließt 353 Fälle mit ein und erklärt 12 Prozent der Varianz (korrigiertes R-Quadrat = 0,12). In diesem Modell zeigt sich bei der Dummy-Variablen „Kleinstadt“ ein signifikanter Einfluss, der Regressionskoeffizient  $B$  beträgt 1,41 und der standardisierte Regressionskoeffizient 0,20. Das heißt, dass im Vergleich zur Referenzgruppe derjenigen, die auf dem Land leben, Personen, die in einer Kleinstadt leben, im Durchschnitt mehr Vertrauen in Ärzte haben. Auch die Variablen „Religiosität“ (Regressionskoeffizient  $B = -1,45$ , standardisierter Regressionskoeffizient = -0,23) und „Lebensqualität“ (Regressionskoeffizient  $B = 0,19$ , standardisierter Regressionskoeffizient = 0,25) weisen einen signifikanten Einfluss auf. Das

bedeutet je größer die Religiosität, beziehungsweise je besser die Lebensqualität, umso größer war das Vertrauen in Ärzte/innen. Somit wird das Vertrauen in Ärzte/innen am stärksten durch die Variable „Lebensqualität“ beeinflusst, gefolgt von der „Religiosität“.

Tabelle 6: Modell „Vertrauen in das Gesundheitssystem“

Variable	B	Beta	Signifikanz	Konfidenzintervall
Alter 65-79	0,59	0,31	0,000	[0,33; 0,84]
Alter 80+	0,54	0,27	0,000	[0,27; 0,81]
Geschlecht	-0,02	-0,01	0,837	[-0,19; 0,16]
Bildung medium	0,01	0,00	0,962	[-0,21; 0,22]
Bildung hoch	0,12	0,05	0,397	[-0,16; 0,40]
Kleinstadt	0,10	0,04	0,463	[-0,17; 0,37]
Großstadt	-0,03	-0,01	0,866	[-0,33; 0,28]
Wien	0,03	0,01	0,812	[-0,20; 0,26]
Allein leben	-0,19	-0,09	0,102	[-0,41; 0,04]
Pflegestufe	-0,02	-0,02	0,702	[-0,09; 0,06]
Gesundheitszustand	-0,08	-0,03	0,500	[-0,31; 0,15]
ADLs	-0,03	-0,03	0,148	[-0,06; 0,01]
Religiosität	-0,26	-0,11	0,017	[-0,47; -0,05]
Lebensqualität	0,08	0,32	0,000	[0,06; 0,11]
Keine Pflege	-0,27	-0,08	0,102	[-0,60; 0,05]
Professionelle Pflege	0,09	0,03	0,611	[-0,26; 0,45]
Gemischte Pflege	-0,03	-0,01	0,763	[-0,22; 0,16]

Modellinformation	Fallzahl	Korrigiertes R-Quadrat
	418	0,18

Dieses Modell zur Zielvariablen „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ umfasst eine Fallzahl von 418 Fällen. Das korrigierte R-Quadrat beträgt 0,18 und dementsprechend erklärt es 18 Prozent der Varianz. Zwei Untergruppen der Variable Alter zeigen einen signifikanten Einfluss auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem: Zum einen die Gruppe 65-79 Jahre (Regressionskoeffizient  $B = 0,59$ , standardisierter Regressionskoeffizient = 0,31) und zum anderen die Gruppe 80 Jahre und älter (Regressionskoeffizient  $B = 0,54$ , standardisierter Regressionskoeffizient = 0,27). Das bedeutet, im Vergleich zur Referenzgruppe der 50-64-Jährigen haben ältere Pflegegeldempfänger mehr Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie in den beiden vorherigen Modellen weisen auch hier die beiden Variablen „Religiosität“ (Regressionskoeffizient  $B = -0,26$ , standardisierter Regressionskoeffizient = -0,11) und „Lebensqualität“ (Regressionskoeffizient  $B = 0,08$ , standardisierter Regressionskoeffizient = 0,32) einen signifikanten Einfluss auf. Somit gilt auch in diesem Modell, je stärker die Religiosität oder je besser die Lebensqualität, desto größer das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Demgemäß üben das Alter und die

„Lebensqualität“ den größten Einfluss auf das „Vertrauen der Probanden/innen in das Gesundheitssystem“ aus.

## 6 Diskussion

In diesem Kapitel sollen die formulierten Hypothesen, die auf dem aktuellen Stand der Literatur fußen, bezogen auf die drei Zielvariablen „soziales Vertrauen“, „Vertrauen in Ärzte/innen“ und „Vertrauen in das Gesundheitssystem“ und die Ergebnisse der statistischen Analyse interpretiert werden.

Die **erste Hypothese** stellte die Behauptung auf, dass mit einem größeren sozialen Vertrauen, Vertrauen in Ärzte/innen oder Vertrauen in das Gesundheitssystem eine bessere Gesundheit des/der Probanden/in einhergeht. Der Pearson-Korrelations-Koeffizient zeigte für alle drei Prädiktorvariablen eine signifikante Korrelation mit dem Gesundheitszustand, erhoben durch das Instrument „Aktivitäten des täglichen Lebens“ entsprechend der aufgestellten Hypothese. Auch der subjektive Gesundheitszustand zeigte in der einfaktoriellen ANOVA signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen „sehr gut bis mittelmäßiger Gesundheitszustand“ und „schlecht bis sehr schlechter Gesundheitszustand“ bezogen auf alle drei Zielvariablen, welche mit der aufgestellten Hypothese konform sind.

Im Regressionsmodell bestätigte sich dieses Ergebnis jedoch nicht, was auf eine Wechselwirkung mit einer der anderen eingeschlossenen Prädiktorvariablen hindeuten kann. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu der aktuellen Studienlage betreffend der Determinante Gesundheitszustand. Verschiedenste Publikationen beschreiben den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und den drei Kategorien von Vertrauen (Giordano et al. 2012, Keating et al. 2004 und Wang et al. 2009). Eine der angeführten Begründungen für diesen Zusammenhang bezieht sich auf den Benefit eines regelmäßigen und rechtzeitigen Kontaktes der Patienten/innen mit dem Gesundheitssystem (Ahnquist et al. 2010, Thom et al. 2004). Da sich unser behandeltes Patientenkollektiv von den untersuchten Studienkollektiven durch das Merkmal der Pflegebedürftigkeit der Probanden/innen abhebt, wäre es möglich, dass dieses Merkmal ursächlich für diesen Gegensatz zur aktuellen Studienlage ist. Durch die Pflegebedürftigkeit unseres Patienten/innen-kollektivs ist ein regelmäßiger Kontakt mit dem Gesundheitssystem generell gegeben und somit ist dieser Benefit für den Gesundheitszustand möglicherweise von dem Maß an Vertrauen abhängig.

In der **zweiten Hypothese** wurde ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten/innen und den drei Vertrauenskategorien vermutet. Dieser vermutete Zusammenhang zeigte sich jedoch nur bezogen auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Der signifikante Unterschied der Mittelwerte zeigte sich im Posthoc Test bei der Gruppe „80 Jahre und älter“, welche verglichen mit den Gruppen „50-64 Jahre“ und „65-80 Jahre“, ein größeres Vertrauen in das Gesundheitssystem hatte. Auch unter Berücksichtigung der Wirkung der anderen eingeschlossenen Prädiktorvariablen, bleibt im Regressionsmodell ein signifikanter Einfluss des Alters auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem erhalten. Dieses Ergebnis steht im Konsens mit dem Ergebnis anderer Studien, welche älteren Menschen ein größeres institutionelles Vertrauen zusprechen (Benjamins 2006, Calnan & Sanford 2004).

In der **dritten Hypothese** haben wir angenommen, dass ein höherer Bildungsgrad des Probanden/der Probandin mit einem größeren Vertrauen in allen drei Prädiktorvariablen einhergeht. Dieser Zusammenhang lässt sich anhand der Ergebnisse unserer Stichprobe nicht bestätigen.

Die **vierte Hypothese** bezieht direkt das besondere Charakteristikum unseres Studienkollektivs mit ein und besagt, dass je höher die Pflegestufe des Probanden/der Probandin desto geringer sein/ihr soziales Vertrauen, sein/ihr Vertrauen in Ärzte/innen und sein/ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem ist. Die statistisch signifikante Korrelation mit einem gering negativen Zusammenhang zwischen der Pflegestufe und dem Vertrauen in das Gesundheitssystem stützt diese Hypothese. Dieses Resultat bestätigt sich jedoch nicht im multiplen Regressionsmodell. Dafür zeigte sich ein statistisch signifikanter Einfluss der Pflegestufe bezüglich sozialen Vertrauens. Jedoch ist die Richtung entgegengesetzt der Hypothese, da je höher die Pflegestufe der Befragten desto größer deren soziales Vertrauen. Dies erscheint plausibel, da aus der Literatur hervorgeht, dass ein höheres Maß an generalisiertem Vertrauen, eine wichtige Ressource des alternden Menschen darstellt (Pollack & von dem Knesebeck 2004). Unser Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass, um mit den zunehmenden Herausforderungen des Alltags Schritt zu halten, ein höheres Vertrauen in unsere Mitmenschen eine Art von Copingstrategie darstellt (Li & Fung 2013).

Ein weiteres interessantes Resultat lässt sich in allen Modellen beobachten. Die Prädiktorvariablen „Religiosität“ und „Lebensqualität“ zeigen durchgehend eine

signifikante Assoziation mit den Zielvariablen. Das bedeutet, je besser die Lebensqualität, beziehungsweise je stärker die Religiosität, ist, desto stärker ausgeprägt ist das soziale Vertrauen, das Vertrauen in Ärzte/innen oder das Vertrauen in das Gesundheitssystem des/der Studienteilnehmer/in.

Der positive Zusammenhang zwischen den drei Vertrauenskategorien und der Religiosität des Einzelnen steht zusammengefasst im Einklang mit dem aktuellen Stand der Literatur (Benjamins 2006, Traunmüller 2011). Für diesen Zusammenhang existieren verschiedenste Erklärungen, welche von der durch den Glauben vermittelten Akzeptanz und Nächstenliebe bis zu dem besonderen Respekt gläubiger Menschen gegenüber Autoritätspersonen reichen (Ellison & Levin 1998).

Auch die positive Verbindung zwischen der Lebensqualität und den Vertrauenskategorien wurden vielfach in Publikationen nachgewiesen (Birkhäuer et al. 2017, Ernstmann et al. 2017, Nieminen et al. 2010). Möglicherweise kann diese Verbindung auf ein besseres soziales Umfeld zurückzuführen sein, was durch die durch ein größeres Maß an Vertrauen ermöglichten Beziehungen mit den Mitmenschen entsteht (Diener & Seligman 2002). Zudem scheint es plausibel, dass durch ein größeres Vertrauen in Ärzte/innen, der/die Patient/in eher von der Arzt/Ärztin-Patient/in-Beziehung profitiert. Somit ist der/die Patient/in besser in der Lage, mit seiner/ihrer Lebenssituation umzugehen und seine/ihre Lebensqualität anhand dieses Benefits zu steigern (Ernstmann et al. 2017).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass unter den befragten Personen die Ausprägungen von Vertrauen, also das Ausmaß an entgegengebrachtem Vertrauen, in keinem Bereich unter die Fünfzig-Prozent-Marke der jeweiligen Skala fiel.

Hervorzuheben ist, dass, bezogen auf die Pflegebedürftigkeit des Patientenkollektivs und der damit einhergehenden Herausforderungen im Alltag eines chronisch kranken Menschen, sowie dem vermehrten Kontakts zu den verschiedenen Ebenen des österreichischen Gesundheitssystems, der Großteil der Patienten/innen sowohl ihren Mitmenschen, als auch den Ärzten/innen und dem Gesundheitssystem eher Vertrauen schenken, als dass sie ihnen misstrauen (Calnan & Sanford 2004).

## 7 Stärken und Limitationen

Zu den besonderen Stärken dieser Studie gehört, dass es sich um eine österreichweite Umfrage handelt. Zudem wurden ausschließlich validierte Instrumente für den Fragebogen verwendet. Weiterhin positiv hervorzuheben ist, dass drei unterschiedliche Kategorien von Vertrauen untersucht wurden und somit das Vertrauen in seinen verschiedenen Facetten adressiert werden konnte.

Aufgrund der Art der Stichprobensammlung mittels der Frage „Gibt es in diesem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?“, wurde ausschließlich das Kollektiv der Pflegebedürftigen, welches zu Hause wohnt, erfasst. Die Pflegebedürftigen mit einem Heimplatz sind nicht repräsentiert. Aus dieser Limitation folgt auch die Annahme, dass in unserem Patientenkollektiv Patienten/innen mit höheren Pflegestufen und schlechterem Gesundheitszustand unterrepräsentiert sind, da diese Gruppe eher in einer Langzeitpflegeeinrichtung versorgt wird. Zudem überwiegen Personen, die in einer urbanen Umgebung leben. Auch dieser Aspekt kann die Ergebnisse dieser Arbeit beeinflusst haben. Da jedoch weder Wissenschaftler/innen noch Markt- und Meinungsforscher/innen Zugang zu den administrativen Informationen wie der Pflegestufe oder den Charakteristika der Pflegegeldempfänger/innen in Österreich haben, besteht leider keine Möglichkeit zu überprüfen, inwiefern unser Studienkollektiv tatsächlich repräsentativ für die Gruppe der älteren österreichischen Pflegebedürftigen (50+) ist.

Da es sich bei dieser Studie lediglich um eine Querschnittsstudie handelt, ist es weiterhin nicht möglich, kausale Zusammenhänge aus den Daten abzuleiten.

Zu guter Letzt ist noch zu erwähnen, dass aufgrund zu großer fehlender Werte die soziodemographische Variable des Nettohaushaltseinkommens aus allen drei Modellen ausgeschlossen wurde. Auch dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

## 8 Conclusio

Schlussendlich kann man zusammenfassend ableiten, dass es so scheint, als zeichneten sich einige durchgängige Assoziationen mit den drei Vertrauenskategorien, wie beispielsweise die Religiosität und die Lebensqualität, ab. Das institutionelle Vertrauen, hier das Vertrauen in das Gesundheitssystem, scheint bei älteren Menschen, auch unter den Pflegebedürftigen, größer zu sein als bei jüngeren.

Insbesondere von Interesse ist in dieser Studie die Beobachtung einer Steigerung des generalisierten Vertrauens in Mitmenschen mit der Höhe der Pflegestufe. Inwieweit diese Beobachtung einen Einzelaspekt darstellt oder ob man möglicherweise auf dem Weg ist, einen neuen Aspekt des Älterwerdens zu verstehen, erfordert weitere Forschung in diesem Bereich.

Generell zeigte die Literaturrecherche einen großen Nachholbedarf in Bezug auf Studien, welche sich auf das Personenkollektiv „Pflegebedürftige“ konzentrieren. Ein Kollektiv, welches nicht nur in Österreich zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Insbesondere hinsichtlich des immensen Benefits für die Bevölkerung, aber auch für das Gesundheitssystem im Allgemeinen, ist das Vertrauen ein wertvolles Gut, das es nicht nur zu schützen, sondern im besten Fall zu vergrößern gilt (Rowe & Calnan 2006, Schwei et al. 2014). Dahingehend ist es von großer Dringlichkeit, das Augenmerk des politischen und öffentlichen Interesses zum einen auf das Schaffen von Rahmenbedingungen für eine vertrauensvollen Atmosphäre zu legen, zum anderen verantwortliche Berufsgruppen in vertrauensstärkenden Maßnahmen zu schulen und den Effekt der getätigten Interventionen kontinuierlich zu evaluieren (Thom et al. 2004).

## 9 Literaturverzeichnis

Ahnquist J, Wamala SP, Lindström M (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the national Swedish survey of public health. *Int J Qual Heal Care* 2010; 22:250-258.

Alesina A & La Ferrara E (2002). Who Trusts Others? *Journal of Public Economics*. 2002;85: 207-34.

Altice FL, Mostashari F, Friedland GH (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Sep 1;28(1):47-58.

Andrew MK (2005). Social capital, health, and care home residence among older adults: a secondary analysis of the Health Survey for England 2000. *Eur J Ageing*. 2005;2(2):137–148.

Baier A (1986). Trust and antitrust. *Ethics*, 96(2): 231-260.

Barefoot JC, Maynard KE, Beckham JC, Brummett BH, Hooker K, Siegler IC (1998). Trust, health, and longevity. *J Behav Med*. 1998 Dec;21(6):517-26.

Beck U (1992). *Risk society*. London: Sage.

Bekkers R (2012). Trust and volunteering: Selection or causation? Evidence from a 4 year panel study. *Political Behavior* 34(2):1-23.

Benjamins MR (2006). Religious influences on trust in physicians and the health care system. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(1):69-83.

Berggren N, Bjørnskov C (2011). Is the importance of religion in daily life related to social trust? Cross-country and cross-state comparisons. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2011 Dec;80(3):459-480.

Berkman LF, Kawachi I (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press. pp xxii., 391.

Birkhäuser 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*. 2017 Feb 7;12(2):e0170988.

Bjørnskov C (2006). Determinants of generalized trust: A cross-country comparison. *Public Choice* (2006) 130:1–21.

Blendon RJ, Benson JM, Hero JO (2014). Public trust in physicians-U.S. medicine in international perspective. *N Engl J Med*. 2014 Oct 23;371(17):1570-2.

BMASGK (2018) Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017.

BMASGK (2019) Das österreichische Gesundheitssystem, Zahlen – Daten – Fakten.

Bookwala J (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 66B(5): 605-616.

Boulware LE, Cooper LA, Ratner LE, LaVeist TA, Powe NR (2003). Race and trust in the health care system. *Public Health Rep*. 2003 Jul-Aug;118(4):358-65.

Brien A (1998). Professional ethics and the culture of trust. *Journal of Business Ethics* 17:391-409.

Bundesanstalt Statistik Österreich, STATISTIK AUSTRIA (2020) Bevölkerung [online] erreichbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html) [letzter Zugriff am 21.03.2020]

Bundesanstalt Statistik Österreich, STATISTIK AUSTRIA (2020) Gesundheit [online] erreichbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html) [letzter Zugriff am 21.03.2020]

Bundesanstalt Statistik Österreich, STATISTIK AUSTRIA (2020) Lebensformen [online] erreichbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/lebensformen/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html) [letzter Zugriff am 21.03.2020]

Calnan M (1998). The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care*.1998;14:24-31.

Calnan M, Sanford E (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *Qual Saf Health Care*. 2004 Apr;13(2):92-7.

Calnan M, Rowe R (2006). Researching trust relations in health care: conceptual and methodological challenges – introduction. *Journal of health organization and management*. 2006; 20(5):349-58.

Calnan M, Rowe R (2008). *Trust matters in health care*. Buckingham, UK: Open University Press.

Calvo R, Zheng Y, Kumar S, Olgiati A, Berkman L (2012). Well-being and social capital on planet earth: cross-national evidence from 142 countries. *PLoS One*. 2012;7(8):e42793.

Cannuscio C, Block J, Kawachi I (2003). Social capital and successful aging: the role of senior housing. *Ann Intern Med*. 2003 Sep 2;139(5 Pt 2):395-9.

Carl N, Billari FC (2014). Generalized trust and intelligence in the United States. *PLoS One*. 2014;9(3):e91786.

Croker JE, Swancutt DR, Roberts MJ, Abel GA, Roland M, Campbell JL. (2013) Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ open*. 2013;3(5)

- Davies H (1999). Falling public trust in health services: implications for accountability. *J Health Serv Res Policy*. Oct;4(4):193-4.
- Deutsch M (1962). Cooperation and trust: Some theoretical notes. In: Jones MR, ed. *The Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1962:275.
- Deutsch M (1973). *The resolution of conflict*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Diener E, Seligman ME (2002). Very happy people. *Psychol Sci*. 2002 Jan;13(1):81-4.
- Dinç L, Gastmans C (2012). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nurs Inq*. 2012 Sep;19(3):223-37.
- Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K (2000). Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med*. 2000 Nov-Dec;9(10):1156-63.
- Ellison CG, Levin JF (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*; 25(6): 700-720.
- Ernstmann N, Weissbach L, Herden J, Winter N, Ansmann L (2017). Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy - a longitudinal multilevel analysis. *BJU Int*. 2017 Mar;119(3):396-405.
- Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji S (2012). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *Gerontologist*. 2012 Feb;52(1):66-78.
- FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (2018) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 [online] erreichbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband\\_KBV\\_Versichertenbefragung\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf) [letzter Zugriff am 21.03.2020]
- Fugelli P (2001). James Mackenzie Lecture. Trust--in general practice. *Br J Gen Pract*. 2011 Jul;51(468):575-9.
- Gambetta D (1988). *Trust: Making and breaking cooperative relations*. Cambridge, MA: Oxford University Press.
- General Medical Council (2016). *Duties of a doctor: The duties of a doctor registered with the General Medical Council*.
- Giffin K (1969). Personal trust and the interpersonal problems of the aged person. *The Gerontologist*. 1969 Dec;9(4):286-292.
- Gilson L (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*. 56: 1453-1468.
- Gilson L (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *J Health Organ Manag*. 2006;20(5):359-75.

- Giordano GN, Björk J, Lindström M (2012). Social capital and self-rated health—a study of temporal (causal) relationships. *Soc Sci Med.* 2012 Jul;75(2):340-8.
- Giordano GN, Mewes J, Miething A (2018). Trust and all-cause mortality: a multilevel study of US General Social Survey data (1978-2010). *Epidemiol Community Health* 2018; 0:1-6.
- Glaeser E, Laibson D, Scheinkman J, Soutter C (2000). Measuring trust. *Quarterly Journal of Economics*; 115(3): 811-846.
- Goold SD, Klipp G (2002). Managed care members talk about trust. *Soc Sci Med*; 54(6): 879-888.
- Gray DP (1997). Health promotion and primary care. The Society's Annual Lecture for 1997. *J R Soc Health.* 1997 Aug;117(4):250-9.
- Greiner KA, Li C, Kawachi I, Hunt DC, Ahluwalia JS (2004). The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density. *Soc Sci Med.* 2004 Dec;59(11):2303-12.
- Guerrero N, Mendes de Leon CF, Evans DA, Jacobs EA (2015). Determinants of trust in health care in an older population. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Mar;63(3):553-7.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 79(4): 613-639.
- Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, Balkrishnan R (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev.* 2002 Sep;59(3):293-318. Erratum in: *Med Care Res Rev.* 2003 Mar;60(1):118.
- Helliwell J, Wang S (2011). Trust and wellbeing. *Int J Well* 1: 42-78.
- Hibbard JH (1985). Social ties and health status: an examination of moderating factors. *Health Educ Q.* 1985 Spring;12(1):23-34.
- Hillmann, Karl-Heinz: *Wörterbuch der Soziologie*, Stuttgart. Kröner 2007.
- Hooghe M, Marien S, de Vroome T (2012). The cognitive ability of trust. The relation between education, cognitive ability, and generalized and political trust. *Intelligence* 40(6): 604-613.
- Inglehart R (1999). Trust, well-being and democracy. Warren, M.E. (Ed.), *Democracy and Trust*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 88-120.
- Iwasaki M, Otani T, Ohta A, Yosiaki S, Kuroiwa M, Suzuki S. (2002). Rural-urban differences in sociodemographic, social network and lifestyle factors related to mortality of middle-aged Japanese men from the Komo-Ise cohort study. *J Epidemiol.* 2002 Mar;12(2):93-104.
- Jacobs EA, Mendenhall E, Mclearney AS, Rolle I, Whitaker EE, Warnecke R, Ferrans CE (2011). An exploratory study of how trust in health care institutions varies across African American, Hispanic and white populations. *Commun Med.* 2011;8(1):89-98.

Jacobs LR, Shapiro RY (2000). Politicians don't pander: political manipulation and the loss of democratic responsiveness. Chicago, London: University of Chicago Press, 2000:237-40.

Jen MH, Sund ER, Johnston R, Jones K (2010). Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health Place*. 2010 Sep;16(5):1022-9.

Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD (1998). Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med*. 1998;13(10):681-686.

Kawachi I, Kennedy BP (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ*. 1997 Apr 5;314(7086):1037-40.

Kawachi I & Berkman L (2000) Social cohesion, social capital, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174-190). Oxford: Oxford University Press.

Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ (2004). Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 2004 May 10;164(9):1015-20.

Klemper, David: *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften*. Hogrefe 2015.

Levi M (1998). *A state of trust*. New York, New York: Russell Sage Foundation.

Lewicki RJ, Tomlinson EC, Gillespie N. (2006). Models of interpersonal trust development: Theoretical approaches, empirical evidence, and future directions. *J Manage*. 2006; 32(6):991-1022.

Li T, Fung HH (2013). Age differences in trust: an investigation across 38 countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013 May;68(3):347-55.

Lindström M (2004). Social capital, the miniaturisation of community and self-reported global and psychological health. *Social Science and Medicine* 59: 595-607.

Luhmann, Niklas: *Vertrauen – Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, Stuttgart. Enke 1968.

Lundåsen SW, Trägårdh L (2013). Social Trust and Religion in Sweden: Theological Belief Versus Social Organization. In: de Hart J., Dekker P., Halman L. (eds) *Religion and Civil Society in Europe*. Springer, Dordrecht.

Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM (2001). Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med*. 33:22-27.

Mainous AG, Kern D, Hainer B, Kneuper-Hall R, Stephens J, Geesey ME (2004). The relationship between continuity of care and trust with stage of cancer at diagnosis. *Fam Med*. 2004 Jan;36(1):35-9.

MAKAM Research GmbH (2015) Vertrauen [online] erreichbar unter: <https://www.makam.at/vertrauen2015/> [letzter Zugriff am 21.03.2020]

Marlow LA, Waller J, Wardle J (2007). Trust and experience as predictors of HPV vaccine acceptance. *Hum Vaccin. Sep-Oct*;3(5):171-5.

Mascarenhas OA, Cardozo LJ, Afonso NM, Siddique M, Steinberg J, Lepczyk M (2006). Hypothesized predictors of patient-physician trust and distrust in the elderly: implications for health and disease management. *Clin Interv Aging. 2006*;1(2):175–188.

Mechanic D (1996). Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q. 74*:171-189.

Mechanic D, Meyer S (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med. 2000 Sep*;51(5):657-68.

Mechanic D (2004). In my chosen doctor I trust. *BMJ. 2004 Dec 18*;329(7480):1418-9.

Mohseni M, Lindstrom M (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc Sci Med. 2007 Apr*;64(7):1373-83.

Musa D, Schulz R, Harris R, Silverman M, Thomas SB (2009). Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *Am J Public Health. Jul*;99(7):1293-1299.

Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Aro H, Alanen E, Hyyppä MT (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *Int J Public Health. 2010 Dec*;55(6):531-42.

Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, Karisto A, Uutela A (2008). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health and Place. 2008 Jul*;14(2):243-253.

Nyqvist F, Nygård M, Jakobsson G (2012). Social participation, interpersonal trust, and health: a study of 65- and 75-year-olds in western Finland. *Scand J Public Health. 2012 Jul*;40(5):431-8.

Pollack CE, von dem Knesebeck O (2004). Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health Place. 2004 Dec*;10(4):383-91.

Poortinga W (2006). Social capital: an individual or collective resource for health? *Soc Sci Med. 2006 Jan*;62(2):292-302.

Putnam, Robert (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.

Putnam, Robert (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American Community*. New York: Simon&Schuster.

RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes) Bundespflegegeldgesetz [online] erreichbar unter:  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> [letzter Zugriff am 21.03.2020]

Rose R (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med.* 2000 Nov;51(9):1421-35.

Rothstein B, Stolle D (2008). The state and social capital – an institutional theory of generalised trust. *Comparative Politics*, 40, 441-459.

Rotter JB (1971). Generalized expectancies for interpersonal trust. *Am Psychol*, 26:443-52.

Rotter JB (1980). Interpersonal trust, trustworthiness, and gullibility. *Am Psychol*, 35:1-7.

Rowe R, Calnan M (2006). Trust relations in health care--the new agenda. *Eur J Public Health.* 2006 Feb;16(1):4-6.

Russel S (2005). Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: trusting the state, trusting private providers. *Soc Sci Med.* 61(7):1396-407.

Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. (1998) Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* 1998, 47:213-220.

Schoenfeld E (1978). Image of man: The effect of religion on trust. *Review of Religious Research*; 20(1): 61-67.

Schwei RJ, Kadunc K, Nguyen AL, Jacobs EA (2014). Impact of sociodemographic factors and previous interactions with the health care system on institutional trust in three racial/ethnic groups. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):333–338.

Siegrist, Johannes: *Medizinische Soziologie*, München. Elsevier 2005.

Simon MA, Zhang M, Dong X (2014). Trust in physicians among U.S. chinese older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014 Nov;69 Suppl 2:S46-53.

Simpson, JA (2007). Psychological Foundations of Trust. *Current Directions in Psychological Science.* 2007 Oct;16(5): 264-268.

Skirbekk H, Middelthon AL, Hjortdahl P, Finset (2011) A Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qual Health Res.* 2011 Sep;21(9):1182-90

Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M (2009). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey. *Soc Sci Med.* 2009 Jun;68(11):1993-2001.

Stolz E, Mayerl H, Gasser-Steiner P, Freidl W (2017). Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Med Ethics.* 2017; 18: 71.

- Sturgis P, Read S, Allum N (2010). Does intelligence foster generalized trust? An empirical test using the UK birth cohort studies. *Intelligence* 38(1): 45-54.
- Subramanian SV, Lochner KA, Kawachi I (2003). Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct?. *Health Place*. 2003 Mar;9(1):33-44.
- Sutter M. & Kocher MG. (2007). Trust and trustworthiness across different age groups. *Games and Economic Behaviour*, 59(2): 364-382.
- Tabellini G. (2008). Presidential address: institutions and culture. *J Eur Econ Assoc* 6: 255-294.
- Tarrant C, Stokes T, Baker R (2003). Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2003;53(495):798–800.
- Taylor H. (2008). The Harris Poll #22.
- Taylor-Goobie HF, Hastie CH (2003). Paying for world class services: a British dilemma. *J Soc Policy* 32: 271-88.
- Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med Care*. 1999 May;37(5):510-7.
- Thom DH, Hall MA, Pawlson LG (2004) Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff (Millwood)*. 2004 Jul-Aug;23(4):124-32.
- Tokuda Y, Jimba M, Yanai H, Fujii S, Inoguchi T (2008). Interpersonal Trust and Quality-of-Life: A Cross-Sectional Study in Japan. *PloS one*. 2008 Dec;3(12):e3985.
- Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care. *J Fam Pract*. 2005 Apr;54(4):344-52.
- Traunmüller R (2011). Moral communities? Religion as a source of social trust in a multilevel analysis of 97 German regions. *European Sociological Review*. 2011; 27(3):346-363.
- Uslaner, Erik M. (1999). Democracy and social capital. Warren, M.E. (Ed.), *Democracy and Trust*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 121-50.
- Uslaner, Erik M. (2002). *The Moral Foundation of Trust*. New York, New York: Cambridge University Press.
- Wang H, Schlesinger M, Wang H, Hsiao WC (2009). The flip-side of social capital: the distinctive influences of trust and mistrust on health in rural China. *Soc Sci Med*. 2009 Jan;68(1):133-42.
- Waters EA, Arora NK, Klein WMP, Han PKJ (2010). Perceived Risk, Trust and Health-related Quality of Life Among Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*; 39(1): 91-97.

Welch MR, Sikkink D, Sartain E, Bond C (2004). Trust in God and Trust in Man: The Ambivalent Role of Religion in Shaping Dimensions of Social Trust. *Journal for the scientific study of religion*; 43(3): 317-343.

Wendt C (2003). Trust in health care systems. *Berl J Soziol* 13:371.

Whetten K, Leserman J, Whetten R, Ostermann J, Thielman N, Swartz M, Stangl D (2006). Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use. *American journal of public health*, 96(4): 716-21.

Yamagishi T, Cook KS, Watabe M (1998). Uncertainty, Trust, and Commitment Formation in the United States and Japan. *American Journal of Sociology* Vol. 104(1): 165-194

Yang TC, Matthews SA, Shoff C (2011). Individual health care system distrust and neighborhood social environment: how are they jointly associated with self-rated health?. *J Urban Health*. 2011;88(5):945–958.

# Anhang – Fragebogen

Fragebogen zur Pflege – Finale Version vom 6.6.16 ( Projekt: 26.604.005)

## NUR PERSONEN AB 50 JAHREN BEFRAGEN

### 0. Screening-Frage:

Darf ich Sie fragen: Gibt es in Ihrem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?

- ja, Befragte/r selbst .....1 \*1
- ja, ein Haushaltsmitglied (Zielpersonenwechsel) .....2\*PAPI machen/FB übergeben
- nein.....3\*Ende dieses Teiles

### 1. In welcher Pflegestufe befinden Sie sich derzeit?

- Stufe 1 ..... 1
- Stufe 2 ..... 2
- Stufe 3 ..... 3
- Stufe 4 ..... 4
- Stufe 5 ..... 5
- Stufe 6 ..... 6
- Stufe 7 ..... 7

### 2. Wie viele Monate befinden Sie sich bereits in dieser Pflegestufe? [Anzahl der Monate]

--	--	--

### 3. Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand? (Vorlesen)

- sehr gut..... 1
- gut ..... 2
- mittelmäßig .....3
- schlecht .....4
- sehr schlecht.....5

### 4. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten eine der folgenden Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen? (Durchfragen)

	keine Schwierigkeiten	einige Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	bin nicht dazu in der Lage	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Essen oder trinken	1	2	3	4	5
Sich von einem Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederzulassen	1	2	3	4	5
An- und ausziehen	1	2	3	4	5
Toilettenbenützung	1	2	3	4	5
Baden oder duschen	1	2	3	4	5

### 5. Erhalten Sie im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten normalerweise Hilfe von anderen?

- ja, in ausreichendem Maße ..... 1
- ja, aber nicht in ausreichendem Maße..... 2
- nein .....3 \*7

**6. Wenn ja, von wem erhalten Sie regelmäßig Hilfe bei den genannten Tätigkeiten? (Durchfragen)**

	ja	nein	<i>trifft nicht zu, habe ich nicht</i>
24-Stunden Pflege	1	2	3
mobile Hauskrankenpflege	1	2	3
Partner/Partnerin	1	2	3
Tochter	1	2	3
Schwiegertochter	1	2	3
Sohn	1	2	3
Schwiegersohn	1	2	3
Enkelkinder	1	2	3
Nachbarn/Freunde/Bekannte	1	2	3
andere	1	2	3

**7. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Sagen Sie bitte jeweils, wie sehr Sie dem zustimmen oder nicht zustimmen. (Durchfragen)**

	stimme völlig zu	stimme eher schon zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Die meisten Menschen sind hilfsbereit.	1	2	3	4	5
Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.	1	2	3	4	5
Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.	1	2	3	4	5
Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.	1	2	3	4	5
Die meisten Menschen versuchen andere auszunutzen.	1	2	3	4	5

**8. Nun geht es um Gefühle: (Durchfragen)**

	sehr selten oder nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Wie oft haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?	1	2	3	4	5	6
Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?	1	2	3	4	5	6

**9. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken – was davon trifft da am ehesten zu? (Vorlesen)**

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben				Sie fragen sich, wieso Sie überhaupt leben	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
1	2	3	4	5	6

**10. Jetzt möchte ich Ihnen einige Sätze vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in letzter Zeit geht. Bitte sagen Sie jeweils, wie sehr das Folgende zutraf. (Durchfragen)**

	überhaupt nicht bzw. kaum	manchmal	öfter	meistens bzw. die ganze Zeit	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Ich war deprimiert/niedergeschlagen	1	2	3	4	5
Ich fühlte mich einsam	1	2	3	4	5
Ich war traurig	1	2	3	4	5

**11. Nun geht es um ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben? 0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = völlig zufrieden**

Überhaupt  
nicht  
  
g

*kann ich nicht  
sagen*  
  
völlig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

**12. Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?**

- überhaupt keinen..... 1
- wenig..... 2
- mittelmäßig ..... 3
- ziemlich viel..... 4
- sehr viel..... 5

**13. Wie sehr trifft das Folgende auf Sie zu oder nicht zu? (Durchfragen)**

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Ich mache mir darüber Sorgen, wie ich einmal sterben werde	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie ich sterben werden	1	2	3	4	5	6
Ich habe Angst vor dem Sterben	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, dass mein Tod von Schmerzen begleitet sein könnte	1	2	3	4	5	6
Ich erfahre in meinem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft	1	2	3	4	5	6

**14. Im Folgenden geht es um Ihre Zufriedenheit: (Durchfragen)**

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten zufrieden, weiterhin im Leben etwas zu erreichen?	1	2	3	4	5	6
Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	1	2	3	4	5	6

**15. In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun wollen?**

- überhaupt nicht..... 1
- eher nicht..... 2
- halbwegs ..... 3
- überwiegend..... 4
- völlig ..... 5
- kann ich nicht sagen*..... 6

**16. Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen, also Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten?**

(Bei der Einstufung im Zweifelsfall das jeweils schlechteste eintragen – z.B. schlecht sehen)

- sehr schlecht.....1
- eher schlecht .....2
- mittelmäßig.....3
- eher gut .....4
- sehr gut.....5
- kann ich nicht sagen*.....6

**17. Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten geht. Sagen Sie bitte jeweils, ob dies auf Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten zutrifft oder nicht zutrifft. (Durchfragen)**

	ja	nein	weiß nicht
Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Ihr Leben nicht wert ist, gelebt zu werden?	1	2	3
Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, z.B. zu Bett zu gehen und nicht mehr aufzuwachen?	1	2	3
Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	1	2	3

**18. Bei den folgenden Aussagen sollen Sie über sich und andere Menschen nachdenken. Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ihren eigenen Einstellungen und Erfahrungen und NICHT mit dem, was generell oder für andere Menschen zutreffend sein könnte. Bitte denken Sie dabei daran, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. (Durchfragen)**

		trifft überhaupt nicht auf mich zu						trifft voll und ganz auf mich zu	kann ich nicht sagen
A	Zurzeit ginge es den Menschen in meinem Leben besser, wenn ich nicht mehr da wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
B	Zurzeit habe ich das Glück, viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	1	2	3	4	5	6	7	8
C	Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.	1	2	3	4	5	6	7	8
D	Zurzeit fühle ich mich, als würde ich dazugehören.	1	2	3	4	5	6	7	8
E	Zurzeit denke ich dass, dass mein Tod eine Erleichterung für die Menschen in meinem Leben wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
F	Zurzeit bin ich anderen Menschen nahe.	1	2	3	4	5	6	7	8
G	Zurzeit denke ich, dass die Menschen in meinem Leben wünschen, sie könnten mich los sein.	1	2	3	4	5	6	7	8
H	Zurzeit fühle ich mich abgeschnitten von anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6	7	8
I	Zurzeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben schlimmer mache.	1	2	3	4	5	6	7	8
J	Zurzeit fühle ich mich bei sozialen Zusammenkünften oft wie ein Außenseiter.	1	2	3	4	5	6	7	8

**19. Bei den folgenden Aussagen geht es um Ärzte und Ärztinnen im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie Sie diese einschätzen. (Durchfragen)**

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß nicht, kann ich nicht sagen
Alles in allem: Ärzten kann man vertrauen	1	2	3	4	5
Ärzte besprechen alle Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Patienten	1	2	3	4	5
Die medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse von Ärzten sind nicht so gut wie sie sein sollten	1	2	3	4	5
Ärzte interessieren sich mehr fürs Geldverdienen als für ihre Patienten	1	2	3	4	5
Ärzte würden es ihren Patienten sagen, wenn sie einen Behandlungsfehler gemacht hätten	1	2	3	4	5

**20. Sagen Sie mir bitte, wie groß das Vertrauen ist, dass Sie dem österreichischen Gesundheitssystem entgegenbringen? (Vorlesen)**

- überhaupt kein Vertrauen..... 1
- wenig Vertrauen.....2
- etwas Vertrauen .....3
- großes Vertrauen.....4
- sehr großes Vertrauen .....5

**21. Haben Sie persönlich ältere Angehörige bzw. einen Partner gepflegt?**

- ja..... 1
- nein.....2

**22. Haben Sie persönlich eine oder mehrere sterbende Personen begleitet?**

- ja..... 1
- nein.....2

**23. Stellen Sie sich folgende Situation vor: Eine betagte, ältere Person wohnt alleine und ist seit längerem pflegebedürftig, d.h. sie benötigt mehrmals täglich die Unterstützung anderer bei folgenden Tätigkeiten: Essen zu sich nehmen, auf die Toilette gehen, Körperpflege (Waschen/Duschen), Anziehen von Kleidung und aus dem Bett aufstehen. Falls diese ältere, pflegebedürftige Person nicht mehr weiterleben möchte, was davon würden Sie befürworten oder ablehnen? (Durchfragen)**

	ja	nein	weiß nicht
Bei dieser Person sollte auf deren Wunsch auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichtet werden.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr ein Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung gestellt wird.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr vom Arzt ein Mittel verabreicht wird, das ihren Tod herbeiführt.	1	2	3

**24. Und was würden Sie, vorausgesetzt Sie würden nicht mehr weiterleben wollen, für sich selbst in Betracht ziehen? (Durchfragen)**

	ja	nein	weiß nicht
Auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichten.	1	2	3
Ein zur Verfügung gestelltes Mittel zur Selbstötung einnehmen.	1	2	3
Vom Arzt ein Mittel verabreichen lassen, das den Tod herbeiführt.	1	2	3

**25. Wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen? (Vorlesen)**

- sehr religiös ..... 1
- eher religiös ..... 2
- eher nicht religiös ..... 3
- gar nicht religiös ..... 4

**26. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? (Zuordnen)**

- der römisch-katholischen Kirche ..... 1
- der evangelischen Kirche ..... 2
- einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft ..... 3
- einer moslemischen Glaubensgemeinschaft ..... 4
- einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft ..... 5
- keiner Religionsgemeinschaft ..... 6

**27. Wie würden Sie sich selbst einschätzen? (Vorlesen)**

- sehr liberal ..... 1
- eher liberal ..... 2
- eher konservativ ..... 3
- sehr konservativ ..... 4

**28. Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken – was würden Sie dann sagen, wie ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt? (Vorlesen)**

- mit großen Schwierigkeiten ..... 1
- mit gewissen Schwierigkeiten ..... 2
- einigermaßen problemlos ..... 3
- völlig problemlos ..... 4

Statistikfragen:

**29. GESCHLECHT**

männlich .....	1
weiblich .....	2

**30. ALTER IN JAHREN (Eintragen)**

---

**31. ABGESCHLOSSENE SCHULBILDUNG**

Pflichtschulabschluss.....	1
Lehrabschluss/Fachschule .....	2
Matura .....	3
Universität, Hochschule .....	4

**32. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (samt Ihnen)?**

Eine Person (nur Befragte/r selbst).....	1
Zwei Personen .....	2
Drei Personen .....	3
Vier oder mehr Personen .....	4

**33. Wie hoch ca. ist das gesamte Netto-Haushaltseinkommen – ohne Pflegegeld**

Bis 1.000 Euro .....	1
Bis 1.500 Euro .....	2
Bis 2.000 Euro .....	3
Bis 3.000 Euro .....	4
<u>Über 3.000 Euro</u> .....	<u>5</u>
<i>Weiß nicht, keine Angabe</i> .....	6

**34. Gemeindegröße**

bis 2.000 Einwohner	
bis 5.000 Einwohner .....	1
bis 10.000 Einwohner .....	2
bis 20.000 Einwohner .....	3
bis 50.000 Einwohner .....	4
<u>bis 300.000 Einwohner</u> .....	<u>5</u>
über 300.000 Einwohner (Wien) .....	6

**35. BUNDESLAND**

Vorarlberg .....	1
Tirol .....	2
Salzburg.....	3
Oberösterreich .....	4
Kärnten .....	5
Steiermark .....	6
Burgenland .....	7
Niederösterreich .....	8
Wien .....	9